

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · German Edition

No. 1+2/2011 · 8. Jahrgang · Leipzig, 2. Februar 2011 · PVSt. 64494 · Einzelpreis: 3,00 €



Schlüsselwort: Plaquebeherrschung

Die Gingivitis durch längerfristige Plaqueablagerungen ging zwar zurück, ist dennoch zu einem hohen Prozentsatz zu finden. Das Risiko für eine spätere Parodontitis bleibt.

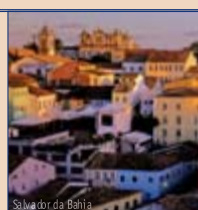
► Seite 4ff



Starker Verbund mit Zukunft

Die SANAVIS Group zählt künftig weltweit zu den zehn größten Lieferanten dentaler Ausstattungen. *Dental Tribune* sprach mit dem Geschäftsführer Dr. Martin Rickert über den neuen Konzern.

► Seite 8



Risikofaktor Zahnlosigkeit

Auf dem FDI-Jahresweltkongress 2010 in Salvador da Bahia, Brasilien, wurde ein zeitgemäßes Symposium über die Bedeutung von Mundhygiene bei Zahnprothesenträgern veranstaltet.

► Seite 11f

ANZEIGE

Semi-permanenter Implantatzement



ZAKK® Implant

R-dental Dentalerzeugnisse GmbH
Informationen unter Tel. 0 40 - 22757617
Fax 0 800 - 733 68 25 gebührenfrei
E-mail: info@r-dental.com
r-dental.com

GKV-Kostenerstattung mit Belastungen

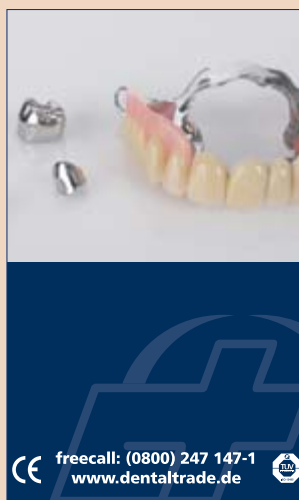
Zahnarzt hat genug Chancen für Privattherapien.

BONN/KREMS (jp) – Mit großen Worten von neuer Liberalität in der GKV haben die schwarz-gelben Koalitions-Gesundheitspolitiker die Öffnung hin zur Kostenerstattung im GKV-FinG gefeiert. Was da aber zum 1. Januar 2011 in Kraft getreten ist, ist eine weitgehende Polit-Luftnummer ohne Wert für die Zahnarztpraxis. Wählen Zahnarzt und GKV-Versicherter die Kostenerstattung, dann verlieren sie als Bürokratieabschlag 5 Prozent von der Erstattungssumme. Das wäre vielleicht

hinnehmbar, aber die Kasse ist nicht verpflichtet, jenen Beitragsanteil zu erstatten, der im Rahmen der Sachleistung zu bezahlen wäre, sondern kann, mehr oder minder willkürlich, den Erstattungsrahmen selbst bestimmen.

Die klare Prognose: Die Neuregelung des § 13 Abs. SGBV im GKV-FinG wird kaum wahrgenommen werden, weil es für den Zahnarzt mit seinem Patienten bessere Möglichkeiten gibt: Mehrkostenregelung in der Füllungs-

Fortsetzung auf Seite 2 unten →



Top-Angebot zu Spitzenpreisen!

Teleskop-Krone
Primär- und Sekundärteil

komplett **99,99 €***

* Jede Vollverblendung nur 24,92 € / zzgl. MwSt.
Angebot ist gültig bis zum 28.02.2011. Es gilt das Auftragsdatum der Praxis.

dentaltrade®
...faire Leistung, faire Preise

ANZEIGE

Der Nachwuchs kämpft sich vor

Nach Gründung des BdZA ist noch viel zu tun.

BERLIN – Als im Januar 2008 in Berlin der Bundesverband der zahnmedizinischen Alumni in Deutschland – kurz BdZA – gegründet wurde, war bereits klar, dass die selbst gestellte Aufgabe nicht leicht sein würde. Eine zahnmedizinische Alumni-Kultur zu schaffen und die Interessen der jungen Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland geschlossen vertreten zu können, ist unzweifelhaft eine große Herausforderung. 24 Monate und eine Amtsperiode des hoch ambitionierten Vorstandes später, ist die Ergebnisbilanz jedoch noch immer nicht gänzlich zufriedenstellend. Zwar konnten große, wichtige Fachgesellschaften als Unterstützer und fördernde Mitglieder gewonnen werden, aber die Universitäten tun sich weiterhin sichtlich schwer, ihre „Vorgartenmentalität“ zu überwinden und sich im Sinne einer bundesweiten Absolventen-Bewegung zusammenzuschließen. Es ist noch ein langer Weg, aber der Nachwuchs kämpft sich vor. **DI** Mehr zum Thema auf Seite 27 →

BONN – Wissenschaftler der Universität Bonn stellten nach entsprechenden Vorarbeiten im Dezember die Entwicklung des ersten Prototypen eines neuartigen Lasersystems zur Zahnbehandlung vor. Dabei handelt es sich um eine Lasertechnologie, die mit ultrakurzen Laserpulsen im Bereich von Pikosekunden (ps) arbeitet. Ärzte und Physiker testen derzeit den neuen Laser am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn (ZZMK) an Stoßzähnen von Mammutfunden aus Sibirien sowie an Schweinekiefern und extrahierten menschlichen Zähnen.

Mit der Entwicklung dieses Lasersystems für die Zahnheilkunde soll eine neue Behandlungsdimension erschlossen werden, welche den veränderten Bedingungen, insbesondere in Bezug auf die Volkskrankheiten Karies und Parodontitis Rechnung trage. Auch chirurgische Indikationen sollen durch innovative Konzepte und Techniken implementiert werden.

Bei dem Projekt MiLaDi – Minimalinvasive Laserablation und Diagnose von oralem Hartgewebe – handelt es sich um einen Forschungsverbund zwischen der Arbeitsgruppe „Laser in der Zahnmedizin“ am ZZMK Bonn sowie zweier Industrieunter-



Abb. 1 und 2: Der Laserbohrer bei der Arbeit. (Fotos: Volker Lannert, Universität Bonn)

nehmen. Projektleiter ist Univ.-Prof. Dr. Matthias Frentzen von der Poliklinik für Parodontologie, Zahnerhaltung und präventive Zahnheilkunde, Bonn. Gefördert wird das Projekt bis 2012 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mit 6,8 Mio €.

Ultrakurzpuls-Laser-Technologie

„Die Gewebeablation beruht nicht auf dem physikalischen Prinzip der Absorption, sondern auf nichtlinearen optischen Effekten, mit denen die Erzeugung eines Plasmas einhergeht. Bei dieser Technologie werden Piko-

sekunden-Pulse mit einem Durchmesser von 30 µm mit extrem hoher Wiederholrate auf die zu bearbeitende Oberfläche appliziert“, erläutert Projektleiter Univ.-Prof. Dr. Matthias Frentzen. Durch ein Scannersystem werden diese Pulse nach einem vorgegebenen Muster auf die zu bearbeitende Fläche projiziert.

Durch die hohe Energiedichte des Pulses erfolgt eine plasmaassoziierte Ablation des Materials. Frentzen: „So wird in Millionen von kleinen Einzelschritten die bestrahlte Probe ohne Erhitzung abgetragen. Durch optische

Analyse des entstehenden Plasmas kann das bearbeitete Gewebe z.B. zu diagnostischen Zwecken charakterisiert werden.“

Behandlungsansätze

Das Kurzpuls-Lasertherapiesystem ermöglicht es dem Anwender, Zahnhartsubstanz sowie Zahnstein minimalinvasiv und schmerzarm abzutragen. „Darüber hinaus kann durch diese Technologie eine das umgebende Gewebe schonende Bearbeitung von Knochen, z.B. im Rahmen

Fortsetzung auf Seite 3 →

ANZEIGE

Den haben wir so klein gekriegt, den müssen wir Ihnen einfach groß zeigen:

99 €

(Zirkon aus unserem Fräszentrum in Essen.)

Dieser Preis spricht zwar auch alleine für sich, aber Sie sind bestimmt neugierig, wie wir das geschafft haben. Ganz einfach: wir haben uns Gedanken über neue Alternativen gemacht, unsere Kunden nach Ihren Wünschen gefragt und ein wenig investiert.

Das ist dabei rausgekommen und wenn wir mit dem Preis auch Ihnen einen Wunsch erfüllen können, dann sagen Sie uns das doch einfach unter unserer kostenlosen Telefonnummer:

0800 8776226
www.kostenguenstiger-zahnersatz.de



imex
DER ZAHNERSATZ
Einfach intelligenter.



Was die Zahnärzte erwartet!

Jürgen Pischel spricht Klartext

Schwarz-Gelb führt in der Gesundheitspolitik nahtlos die schwarz-rote Linie fort, dies, man muss es so feststellen, unter der Fach-Verantwortung der FDP. Die Enttäuschung war umso größer, als die Hoffnungen auf eine liberale Gesundheitspolitik auf allen Problemgebieten zahnärztlicher Wünsche immens waren.

Dazu mehrere Beispiele: Die neue GOZ wird keine an der HOZ ausgerichtete, sondern eine am BEMA entlanglaufende. Ob sie denn überhaupt in 2011 kommt, ist trotz aller Planungssprüche fraglich. Vor allem die FDP wird mit der CDU/CSU den PKVen die Öffnungsklausel für Einzelverträge mit Zahnärzten beschreiben. Was die PKVen fordern, ist für die FDP Befehl und CDU-Gesundheitssprecher haben das schon öffentlich bestätigt. Angesichts der Landtagswahlen in 2011 wollen sie Ärzten und Zahnärzten die Öffnungsklausel vorerst nicht antun. So könnte die GOZ neu erst 2012 kommen.

Nach mehr als 20 Jahren GOZ-Punktwertstillstand glauben die Funktionäre sich mit 10 Prozent GOZ-Honorarvolumensteigerung in 2011 schmücken zu können, obwohl sie zuletzt noch HOZ-angepasst 60 Prozent mehr gefordert hatten. In 2010 haben die PKVen die Beiträge für ihre Versicherten im

Schnitt um 8 Prozent angehoben. Den PKVen wird vieles aus der Politik geöffnet, dafür leisten sie immer weniger und knebeln die Leistungserbringer immer mehr.

Was gilt sonst für 2011: Neue Approbationsordnung – Fehlanzeigen, wahrscheinlich für die gesamte schwarz-gelbe Legislaturperiode. Die Umsetzung würde an den Universitäten mehr Geld fordern, das geben die Hochschul-Budgets nicht her. Öffnung der Kostenerstattung in der GKV? Eine reine Schimäre, denn was am 1. Januar in Kraft getreten ist, ist eine Kostenerstattungs-Verhinderungs-Regelung in der GKV. Verwaltungsabschlag bei der Erstattung ohne wirkliche Öffnung hinein in die Privattherapie.

Budgetierung – bleibt bei Zahnärzten für 2011 verbunden mit vielen Versprechen – Landtagswahlen – ab 2012 darauf verzichten zu können. Neue Festzuschussregelungen – Fehlanzeigen. In der Füllungstherapie fahren die Zahnärzte besser mit der Mehrkostenregelung, beim Zahnersatz zahlen die Versicherten weiter mehr Beitrag als an sie und die Zahnärzte ausgeschüttet wird.

Die Dentalhygienikerin wird in 2011/2012 immer mehr zum akademisierten und selbstständig – ohne Aufsicht für bestimmte Leistungen – am Patienten wirkenden Berufsbild. Neue Technologien und Verfahren in der Zahnmedizin, da wird die IDS 2011 den Zahnärzten viele Möglichkeiten besserer Zahnheilkunde aufzeigen und neue Praxischancen eröffnen. Schon aus den neuen Technologien werden sich immer weitergehende Spezialisierungen in der Zahnheilkunde eröffnen, die auch neue Kooperations- und Praxisformen fordern.

Also, selbstverantwortlich alles Neue prüfen und voranschreiten, unabhängig von Politik und Funktioniärsbeschlüssen,

toi, toi, toi

Ihr J. Pischel

Es dreht sich stets um das liebe Geld

Patientenbeschwerden – GOZ-Novellierung – Öffnungsklausel – Preisvergleichsportale.

BONN/KREMS (jp) – 2.300 untersuchte Beschwerden zu Zahnarzt-Liquidationen aus einer der 22 Beratungsstellen in einer Studie der „Unabhängigen Patientenberatung Deutschland“ (UPD) haben in zahlreichen Zeitungen sowie Rundfunk- und Fernsehberichten die Zahnärzte wieder einmal in die Abzocker-Ecke geschoben. Dies bei 80 Millionen Behandlungsfällen pro Jahr beim Zahnarzt, mindestens ein Drittel davon mit mehr oder minder hohen Privatanteilsrechnungen.

Sicher gibt es einige, die vorsätzlich „billig“ antreten und wenn sie den Patienten haben, glauben, alles leisten und berechnen zu können.

GOZ-Novelle zur Ausgabensenkung

Das GOÄ/GOZ-Novellierungsziel, das PKVen und Länderrepräsentanten dem BMG nun verschrieben haben, heißt: Senkung von überhöhten Behandlungskosten. Bei den Zahnärzten ist dies in den Entwürfen zur

mer in breit angelegten, aber wenig erfolgreichen Pressekampagnen die Öffnungsklausel, die die CDU-Gesundheitspolitiker und das BMG den PKVen bereits zugesagt haben, als „Diskontklausel“ anzuprangern versucht. Wörtlich: „Die freie Arztwahl der Patienten und die Therapiefreiheit würden sukzessive dem Preisdiktat und einseitigem Sparvorhaben der PKV zum Opfer fallen“, so gemeinsam Ärzte- und Zahnärztekammern mit Patientenorganisationen. BZÄK-Präsident Dr. Engel: „Den PKVen geht es nur um Patientenlenkung.“

Spannend ist nur, dass die Öffnungsklausel für Einzel- und Sonderverträge der PKVen mit Zahnärzten und Zahnarztgruppen vehement von allen Zahnarztfunktionären abgelehnt wird, aber in KZVen und Kammern bereits Vorbereitungen getroffen werden als Vertragspartner für Zahnarztgruppen für die PKVen bereitzustehen. Motto: Hauptsache mitmischen und mitverdienen.

Preisvergleich öffnet Wettbewerb

Wer Wettbewerb will, muss sich auch dem Preisvergleich stellen. So klingen viele harsche Urteile aus den Zahnarzt-Körperschaften gegen das Bundesgerichtshof-Urteil zu den Preisvergleichsportalen (2te Zahnarztmeinung) wenig glaubwürdig. Für den unterlegenen KZV-Bayern-Chef Dr. Janusz Rat ein „schwarzer Tag für Patienten“. „Das ist ein grundfalsches Signal. Der BGH lässt zu, dass medizinische Behandlungen nach dem eBay-Prinzip versteigert werden. Doch Patienten und zahnärztliche Behandlungen sind keine Handelsware, auf die man im Internet ein Gebot abgibt“, so Rat.

Der BGH hält es für völlig in Ordnung, wenn irgendein Zahnarzt nach dem vorliegenden Heil- und Kostenplan den Kollegen unterbietet und der Patient deshalb zu dem „Billiganbieter“ wechselt. Diesen Preisvergleich über ein Unternehmen anzubieten sei kein „berufsunwürdiges“ Verdrängen, sondern diene dem „notwendigen Wettbewerb“ und einer „verbesserten Transparenz“, helfe „Qualität und Effizienz“ der medizinischen Versorgung durch „mehr Wahlmöglichkeiten zu verbessern“, so der BGH.

Übrigens nichts Neues: Das Bundesverfassungsgericht (BVG) hat schon vor Jahren die Akquisition von Patienten auch über Preis-Leistungswettbewerb als nicht berufswidrig eingestuft, und erlaubt.

Der Kreis schließt sich: Geld regiert auch die Zahnarztwelt! **DT**



Gegen Krankenkassen gab es über 20.000 Beschwerden, niemand prangerte sie an. Spannend die Bewertung der 2.300 Zahnarztbeschwerden, denn kein einziges Mal ging es um Behandlungsfehler, immer nur um angeblich zu hohe Abrechnungen.

Sicher gibt es mehr Grund für Unsicherheiten, als jene, die bei einer Patienten-Beratungsstelle landen. So führen viele PKV-Kostenerstattungsverfahren zu umfangreichem Briefwechsel und oft zu Gericht. Außerdem, viele Patienten verspüren ein „Rechnungs-Unbehagen“, vor allem wenn Heil- und Kostenplan und Rechnung entsprechend differieren. So fußen sogar, so die „Unabhängige Patientenberatung“ und Sprecher der Verbraucherzentralen, die überwiegende Mehrzahl der Beschwerden auf „Mehrberechnungen“ ohne Vorabklärung mit dem Patienten. Das Thema ist uralt und hätte längst – innerberuflich – wenn schon nicht einer Lösung, so einer Verbesserung zugeführt werden können.

Es sind ja meist alles nur Aufklärungs- und Beratungsschwächen vieler Zahnärzte, die einfach nicht die Kommunikationstechnik beherrschen, den Patienten Leistung und dafür notwendigen Honorar vermitteln zu können.

GOZ-Novelle als Bewertungs- und Leistungsbeschreibungsbasis der BEMA festgezurr, nun haben die Gesundheits-Ministerialverantwortlichen den Ärztevertretern verkündet, dass auch die neue GOÄ auf Kassen-EBM-Basis ausgerichtet werden wird.

Welch verkehrte Welt, in der die PKVen soviel Geld für die Vertriebsprovision zur Hereinholung von KV-Verträgen pro Jahr an PKV-Vertreter bezahlen, nämlich 2,8 Mrd. Euro, wie in etwa für Zahnbehandlungen aller PKV-Versicherten an Honoraren und Zahntechnikkosten aufgewandt werden muss.

Man predigt öffentlich gerne „Wettbewerb“ als Maxime des Handelns in Politik und bei PKVen wie GKV. Wettbewerb sollte für Versicherte mehr Wahlmöglichkeit und mehr Individualität der Versorgung bedeuten, wird aber als reines Instrument zur Kostendämpfung in einer „renditeorientierten PKV-Marktmacht-Politik“ verstanden, statt zur Auseinandersetzung um die bessere Leistung.

„Öffnungsklausel“ zur Kostendominanz

So wird auch von der BZÄK gemeinsam mit der Bundesärztekam-

Fortsetzung von Seite 1 oben

therapie und Festzuschuss beim Zahnersatz. Damit sind bei den Zahnärzten bereits mehr als 3/4 aller Leistungen abgedeckt. Werden in einer Praxis vermehrt Leistungen in der Parodontologie oder auch in der Endodontie erbracht, dann kann die Abrechnungsausschüttung über den von der Kasse zu erbringenden Sachleistungsanteil über Kostenerstattung sicher Sinn machen.

Der Patient, regelmäßiger Beitragslieferant bei der Kasse, schaut wenigstens nicht völlig in die Röhre und erkennt gleichzeitig, wie wenig für eine leistungsgerechte und effiziente PAR-Therapie die Kasse zu zahlen bereit ist. Die bürokratischen Auflagen für den Versicherten muss daher der Zahnarzt lösen helfen.

Vor allem können sich KZVen nicht darauf beschränken, die GKV-

FinG-Kostenerstattungsleistung als wenig attraktiv abzutun, sondern müssen für die Praxen Service-Pakete zur Kostenerstattung in den dafür relevanten Bereichen Paro und Endo, wie auch KFO bei den GKV-Leistungsberechtigten mit Muster-Erstattungslösungen bereitstellen.

Gleiche Aufforderung geht an die Abrechnungsgesellschaften, Wege zur Kostenerstattung in der PAR- und Endo-Therapie zu öffnen. **DT**

ANZEIGE



enretec – der Partner des deutschen Fachhandels für Entsorgungslösungen im Dental- und Medizinbereich

Kostenfreie Servicehotline:
0800 / 3 67 38 32
www.enretec.de

DENTAL TRIBUNE German Edition	Chefredaktion Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner (V.i.S.d.P.) isbaner@oemus-media.de	Produktionsleitung Gernot Meyer meyer@oemus-media.de
IMPRESSUM	Redaktionsleitung Jeannette Enders (je), M.A. j.enders@oemus-media.de	Anzeigendisposition Marius Mezger m.mezger@oemus-media.de
Verlag Oemus Media AG Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig Tel.: 0341 48474-0 Fax: 0341 48474-290 kontakt@oemus-media.de www.oemus.com	Korrespondent Gesundheitspolitik Jürgen Pischel (jp) info@dp-umi.ac.at	Bob Schliebe b.schliebe@oemus-media.de
Verleger Torsten R. Oemus	Anzeigenverkauf Verkaufsleitung Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller hiller@oemus-media.de	Lysann Reichardt l.reichardt@oemus-media.de
Verlagsleitung Ingolf Döbbecke Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller	Verkauf Steffi Katharina Goldmann s.goldmann@oemus-media.de	Layout/Satz Franziska Dachsel

Erscheinungsweise
Dental Tribune German Edition erscheint 2011 mit 10 Ausgaben, es gilt die Preisliste Nr. 2 vom 1.1.2011. Es gelten die AGB.

Druckerei
Vogel Druck und Medienservice GmbH, Leibnizstraße 5, 97204 Höchberg

Mitglied der Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V.

Verlags- und Urheberrecht
Dental Tribune German Edition ist ein eigenständiges redaktionelles Publikationsorgan der Oemus Media AG. Die Zeitschrift und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen an die Redaktion wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Mit Einsendung des Manuskriptes geht das Recht zur Veröffentlichung als auch die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten in deutscher oder fremder Sprache, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken zur Herstellung von Sonderdrucken und Fotokopien an den Verlag über. Für unverlangt eingesandte Bücher und Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden. Mit anderen als den redaktionseigenen Signa oder mit Verfassernamen gekennzeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, welche der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Autor des Beitrages trägt die Verantwortung. Gekennzeichnete Sondernummern und Anzeigen befinden sich außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Für Verbands-, Unternehmens- und Marktinformationen kann keine Gewähr übernommen werden. Eine Haftung für Folgen aus unrichtigen oder fehlerhaften Darstellungen wird in jedem Falle ausgeschlossen. Gerichtsstand ist Leipzig.

Spektakulärer Fund in Israel: 400.000 Jahre alte Zähne

Forscher entdeckten menschliche Knochen und Zähne des Homo sapiens in prähistorischer Stätte bei Tel Aviv.

TEL AVIV – Wissenschaftler haben in Israel nach eigenen Angaben die wohl bislang ältesten Hinweise auf die Existenz des Menschen entdeckt. Die Tel Aviver Universität teilte jüngst auf ihrer Webseite mit, bei Ausgrabungen in einer Höhle seien Forscher auf etwa

400.000 Jahre alte Zähne und Knochen des Homo sapiens gestoßen.

Bislang seien nur etwa 200.000 Jahre alte Überreste des modernen Menschen in Afrika entdeckt worden. Die Resultate sind im *American Journal of Physical Anthropology* ver-

öffentlicht. „Dies ist die bisher früheste Periode, aus der es Hinweise auf die Existenz des modernen Menschen auf der Welt gibt“, hieß es in der Mitteilung der Universität zu dem neuen Fund. An der Studie waren unter anderem die Archäologen Professor Avi Gofar und Ron Barkai sowie Professor Israel Hershkovitz von der Abteilung für Anatomie und Anthropologie der medizinischen Fakultät beteiligt.

Die Zähne wurden den Angaben zufolge in der Quessem-Höhle gefunden, einer prähistorischen Stätte östlich von Tel Aviv. Acht Zähne seien gemeinsam mit einem internatio-

nen Forscherteam untersucht worden. Die Untersuchungen hätten ergeben, dass sie in Größe und Form sehr jenen der bisher weltweit gefundenen Überreste des Homo sapiens ähnelten.

In Israel seien in der Vergangenheit etwa 100.000 Jahre alte Überreste des Homo sapiens gefunden worden, in der Carmel-Gegend im Norden des Landes sowie in Kafzeh in der Nähe von Nazareth. Die derzeit weitgehend akzeptierte „Out of Africa“-Theorie besagt, dass sich der moderne Mensch in Afrika entwickelte und von dort aus über den Rest der Welt ausbreitete. **DTI**



Abb. 1: Forscher gehen davon aus, dass die in Israel gefundenen Zähne etwa 400.000 Jahre alt sind. (Foto: Tel Aviv University, Archaeology Department)

Quelle: dpa, www.welt.de

← Fortsetzung von Seite 1 Leitartikel



Abb. 3: Prof. Frentzen und Florian Schelle beobachten, wie der „Laser-Meißel“ die quadratische Elfenbeinprobe bearbeitet.

knochenchirurgischer Maßnahmen sowie in der Implantologie durchgeführt, chirurgische Maßnahmen an gesunden und erkrankten oralen Weichgeweben, einschließlich der Analyse des abzutragenden Materials, sowie ein Biofilmmangement der oralen plaqueassoziierten Erkrankungen in den Bereichen der Kariologie, Endodontie und Parodontologie vorgenommen werden“, fasst Frentzen zusammen.

Zukünftige Forschungsaufgaben

Die Arbeitsgruppe „Laser in der Zahnmedizin“ beschäftigt sich bereits seit 1989 mit kurzgepulsten Lasersystemen. Die Ergebnisse der Arbeiten wurden international publiziert und von renommierten Institutionen wie z.B. der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ausgezeichnet.

Der Forschungsverbund MiLaDi setzt sich das Ziel, die biologisch-medizinischen Grundlagen für eine sichere Laseranwendung zu schaffen. Außerdem soll die technische Entwicklung des Lasertherapiegerätes aus zahnärztlicher Sicht zielführend begleitet werden. Die hierdurch ermöglichten neuen Therapieverfahren sollen im Weiteren in einer Reihe von Forschungsarbeiten überprüft und klinisch abgesichert werden.

„Hierzu zählen u.a. Forschungsarbeiten zur Optimierung der eingesetzten Laser- und Scannerparameter zur Maximierung der Effizienz. Der ‚Abbrand‘, der bei der Materialbearbeitung entsteht, muss auf toxische Substanzen untersucht werden, ebenso wie Nebenwirkungen durch Druckeffekte. Für die verschiedenen medizinischen Anwendungen werden unterschiedliche Handstücke erprobt. Die Detektionsfunktion muss an die Materialbearbeitung adaptiert werden, Oberflächeneffekte, z.B. im Rahmen der adhäsiven Restauration, sind vor einer klinischen Anwendung zu überprüfen. Im Rahmen der patientenbezogenen Weiterentwicklung sollen, wo notwendig, tierexperimentelle Tests die biologische Verträglichkeit des Therapiesystems sicherstellen.“

Weitere Informationen zum Forschungsprojekt finden Sie im Internet auf der folgenden Webseite: www.miladi.uni-bonn.de. **DTI**

Quecksilber könnte Alzheimer verursachen

Ein internationales Wissenschaftsteam untersuchte den Zusammenhang von Amalgamfüllungen und der Alzheimer-Demenz. Von Yvonne Bachmann, DTI.



VIRGINIA/BOSTON/FRANKFURT (ODER) – Erneut gibt es Anlass für die Diskussion um die Verwendung von Amalgam als Zahnfüllung. Ein Forscherteam deutscher und amerikanischer Universitäten hat herausgefunden, dass Quecksilber eine Ursache für die Erkrankung an Alzheimer-Demenz sein kann.

Die Wissenschaftler der Europa-Universität Viadrina in Frankfurt (Oder), der Universitätsklinik Freiburg sowie dem Samuelli Institut (Virginia, USA) und der Northeastern University (Boston, USA) sind zu dem

Schluss gekommen, dass man auf Amalgamfüllungen verzichten sollte. „Es wäre nicht sehr klug, das Material weiter einzusetzen“, sagte Prof. Dr. Dr. phil. Harald Walach, Professor für Forschungsmethodik, komplementäre Medizin und Heilkunde an der Viadrina-Universität Frankfurt, im Gespräch mit *Dental Tribune*. Walach sichtete mit anderen Forschern über Jahre Literatur zum Thema Quecksilber und dem möglichen Zusam-

menhang mit einer Alzheimer-Erkrankung. Quecksilber bindet sich im Körper an Selen, heißt es in einer Pressemitteilung der Viadrina-Universität. Selenhaltige Proteine verwendet der Körper, um Schaden, der durch Stoffwechselprozesse im Gehirn entsteht, abzufangen. Dieser führt zur Alterung und schließlich zum

Tod der Zelle. Wenn Quecksilber sich an Selen bindet, werden diese Prozesse beschleunigt.

Studien über niedrig dosierte Exposition – etwa bei Zahnärzten – zeigen, dass Quecksilber zu kognitiven Einbußen führt. Allerdings fehlen gute Langzeitstudien. **DTI**

Quelle: www.dental-tribune.com

ANZEIGE

IDS[®]

2011

www.ids-cologne.de

WELTWEIT DIE NUMMER 1 FÜR DIE ZAHNMEDIZIN

ZEIT SPAREN, GELD SPAREN!
 Jetzt online registrieren und Karten kaufen.
www.ids-cologne.de

Besuchen Sie die global führende Leitmesse für zahnmedizinischen Fortschritt. Auf der IDS 2011 präsentieren rund 1.800 Aussteller aus über 50 Ländern ihre neuesten Innovationen. Nutzen Sie die Schubkraft weltweiter Forschung für Ihre Praxis, lassen Sie sich von der Effizienz neuer Lösungen und Produkte begeistern, treffen Sie Ihre Kollegen aus aller Welt. Willkommen in Köln.

Praxisausrüstung und -ausstattung | Instrumente und Werkstoffe | Implantologie und Pharmazeutika | Prophylaxe und Zahnästhetik | und vieles mehr

Koelnmesse GmbH · Messeplatz 1 · 50679 Köln · Germany
 Telefon +49 180 577-3577* · ids@visitor.koelnmesse.de
* 0,14 €/Min. aus dem dt. Festnetz, max. 0,42 €/Min. aus dem Mobilfunknetz

34. Internationale Dental-Schau
KÖLN, 22.-26.03.2011
 22. März: Fachhändlertag

Aktuelle Konzepte zur Prävention von Gingivitis und Parodontitis

Orale Gesundheit – (k)eine Selbstverständlichkeit im täglichen Leben. Von vielen Patienten unterschätzt gelten insbesondere Zahnschmelz und Zahnfleisch als Gebiete, deren erhöhte Aufmerksamkeit hinsichtlich der Vorbeugung von Erkrankungen gezollt werden sollte. Ein Fachbericht von Prof. emer. Heinz H. Renggli aus Nijmegen, Niederlande.

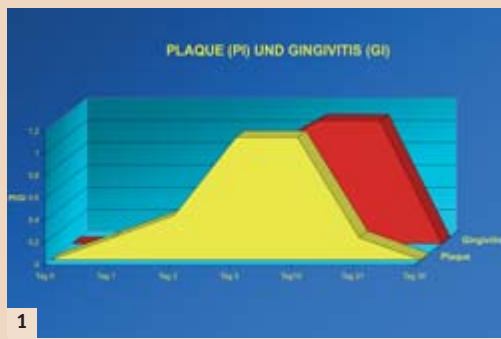
Die beiden häufigsten oralen Erkrankungen Karies und Gingivitis – Vorläufer der Parodontitis – werden primär durch Plaques – also mikrobielle Biofilme, die mittels komplizierten Mechanismen Zahn-(Restaurations-)Oberflächen anhaften und nicht einfach abzulösen sind – verursacht. Orale Biofilme bestehen aus komplexen Bakterienpopulationen, die sich auf Zähnen und der Schleimhaut festsetzen. Es wird geschätzt, dass ungefähr 400–1.000 Bakterienspezies, antagonistisch oder synergistisch, zu bestimmten Zeiten in oralen Biofilmen kolonisieren.

Plauebildung wird durch den Genuss von kohlenhydrathaltigen Speisen gefördert, wobei spezifische Plaquebakterien aus Glukose und Fruktose hochpolymere Stoffe (Dextrane) bilden, welche die Grundlage der Plaquematrix ausmachen und der Plaque klebrige und übel riechende Eigenschaften vermitteln. Die Plaquebildung wird aber auch durch Speichelfluss und selbstreinigende Mechanismen beeinflusst. Diese natürlichen Reinigungsmechanismen sind beim Menschen unbedeutend (Löe 2000).

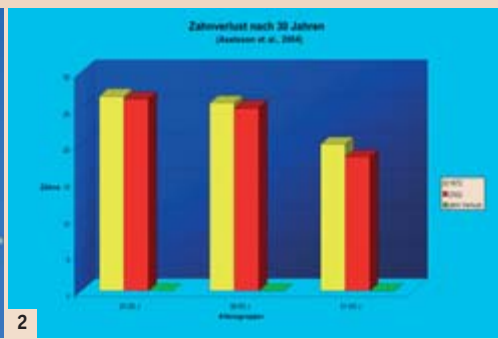
Soll die orale Gesundheit erhalten bleiben, muss die Plaque deshalb in regelmäßigen Intervallen entfernt werden. Als zuverlässige Hilfsmittel zur Plaqueentfernung haben sich Zahnbürsten erwiesen. Evident ist, dass deren systematischer und regelmäßiger Gebrauch bei der individuellen Zahnreinigung (IZR) essenziell zur Erhaltung der oralen Gesundheit beiträgt (van der Weijden et al. 2008). Neuerdings werden auch Spülmittel zur Reduktion der Plaquebildung angeboten. Einige davon sind in Kombination mit mechanischen Hilfsmitteln eine Bereicherung.

Häuft sich Plaque an, hat dies die Entzündung der Gingiva zur Folge. Sie breitet sich unter bestimmten Bedingungen in tiefer liegende parodontale Gewebe aus und kann zusammen mit spezifischen, ins Gewebe eindringenden Bakterien mittels komplexen Mechanismen Parodontitis erzeugen (Kinane et al. 2008). Parodontitis ihrerseits gilt erwiesenermaßen als Risikofaktor für Diabetes, Herzinfarkt und Schwangerschaftskomplikationen (Williams und Paquette 2008). Grund genug also, um insbesondere bei Risikopatienten Vorsorgemaßnahmen zu treffen.

Intraossären Implantaten kommt in der modernen Zahnmedizin große Bedeutung zu. Die das Im-



1



2



3

Abb. 1: Studienergebnisse der Forschergruppe von Löe zum Zusammenhang zwischen Plaqueakkumulation und Gingivitisauftreten. – **Abb. 2:** Studienergebnisse zur Effizienz sekundärer Prävention nach Axelsson (2004). – **Abb. 3:** Interdentärbürsten in situ.

plantat fest umschließende Mukosa ist bei aufkommender Plaqueakkumulation am Implantat ebenso Entzündungsprozessen unterworfen wie die marginale Gingiva. Sie breiten sich jedoch schneller und vorhersagbar in tiefer liegende Gewebsabschnitte aus. Die Perimukositis wird zur Periimplantitis.

ragenden Humanexperiment nachgewiesen, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen Plaqueakkumulation und Gingivitisauftreten besteht (Löe et al. 1965) (**Abb. 1**). Studenten mit gesunder Gingiva wurde untersagt, während des Experimentes die Zähne zu reinigen. Mit Indizes wurden das Auftreten

Kinder und Heranwachsende ausgerichtet. Dabei geht es darum, nach dem Durchbruch der Zähne im Milch- und bleibenden Gebiss die parodontalen Gewebe gesund zu halten. Drei Wege stehen dafür offen: reduzieren vorhandener Plaque, verhindern neuer Plaqueakkumulationen und schließlich

grad erfordern. Die primäre Prävention wird deshalb in vielen europäischen Ländern speziell dafür ausgebildeten und diplomierten Mitarbeiterinnen anvertraut, die als Prophylaxeassistenten oder Präventionsassistenten im Auftrag und unter Aufsicht von Zahnärzten diese wichtige Aufgabe ausführen.



Foto: Yuri Arcurs

Die dabei auftretenden Gewebe schädigenden Prozesse sind weitgehend mit jenen der Parodontitis vergleichbar.

Plauebeherrschung ist das Schlüsselwort

Die Befunde retrospektiver Studien in den 70er- und 80er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts haben uns Hinweise gegeben, wie parodontale Gewebe nach einer Parodontistherapie während vielen Jahren stabil gehalten werden können. Einige vergleichende Studien haben sich mit Sondiertiefen und Attachmentschwund auseinandergesetzt. Weit wichtiger sind aber jene Studien, die Zahnverlust als relevantes Kriterium herangezogen hatten. Aus solchen Langzeitstudien geht hervor, dass bei Patienten, die sich keiner Behandlung der Parodontitis unterzogen hatten, durchschnittlich 0,6 Zähne jährlich verloren gingen, mit Behandlung, aber ohne Nachsorge, waren es 0,2 Zähne. Wurden die Patienten nach der Behandlung in ein professionelles Betreuungsprogramm aufgenommen, konnte der Verlust auf 0,1 Zähne jährlich reduziert werden.

Vor 45 Jahren hatten Löe und seine Mitarbeiter mit einem hervor-

von Plaque (Plaque Index) und von gingivaler Entzündung (Gingivitis Index) dokumentiert. Bei fortschreitender Plaqueakkumulation entwickelte sich eine Gingivitis, die im Laufe des Experimentes an Intensität zunahm. Nach 21 Tagen wurden die Zähne professionell gereinigt und es durften wieder die gewohnten Mundhygienemaßnahmen vorgenommen werden. Die Entzündung des Zahnfleisches ging zurück und wurde bei sorgfältiger Mundhygiene wieder gesund. Mit diesem Experiment war der Grundstein für die parodontale Prophylaxe gelegt: Plaquebeherrschung ist das Schlüsselwort. Minimieren des Plaqueniveaus bedeutet beim systemisch Gesunden Entzündungsfreiheit und letztlich Verminderung des Risikos zur Parodontitis. Es werden aktuell drei Gruppen von parodontal-präventiven Maßnahmen unterschieden: primäre, sekundäre und tertiäre Prävention (Temmerman et al. 2009).

Parodontal-präventive Maßnahmen

Mit der primären Prävention wird das Zustandekommen von parodontalen Entzündungsprozessen verhindert. Sie ist meistens auf

selektives Ausschalten von parodontopathogenen Keimen.

Sind bereits Gingivitis-/Parodontitis-symptome feststellbar, ändert sich die Zielsetzung. Jetzt geht es darum, die Progression der Erkrankung aufzuhalten. Die sekundäre Prävention beginnt sehr früh in der Pathogenese von Gingivitis/Parodontitis. Sie findet ihre Basis in der frühzeitigen und exakten Diagnose als auch in zielgerichteten therapeutischen Maßnahmen, mit denen die Entzündung gestoppt wird und/oder Rezidive nach erfolgreicher Behandlung verhindert werden. Bei fortgeschrittener Parodontitis müssen parodontale Defekte chirurgisch korrigiert werden, um Kaufunktion und orale Gesundheit erhalten zu können oder wieder herzustellen. Dieses Vorgehen wird tertiäre Prävention oder Korrekturtherapie genannt. Ihr Ziel ist zweifach: einerseits Begrenzung des Schadens und andererseits die Rehabilitation hiervon.

Das beste Kosten-Nutzen-Verhältnis zeigt unter normalen Umständen natürlich die primäre Prävention. Neben Aufklärung des Patienten sind nur geringe und einfache Manipulationen nötig, die sicher keinen hohen Ausbildungs-

Primäre Prävention

Das Experiment von Löe und seinen Mitarbeitern lehrt uns, dass das Auftreten von Gingivitis durch sorgfältige Plaqueentfernung verhindert oder, falls bereits Gingivitis vorliegt, diese dadurch eliminiert und die Gingiva wieder gesund wird. Patienten in der primären Prävention müssen gründlich über diese Zusammenhänge aufgeklärt werden.

Meistens sind es Kinder und Jugendliche, der Sprachgebrauch ist ihrem Alter anzupassen. Mittel der Wahl zur Plaqueentfernung ist in der primären Prävention die Zahnbürste. Deren Gebrauch muss Kindern exakt erklärt und überprüft werden, um andere Schäden, die langfristig entstehen können, zu verhindern. Es ist nachgewiesen, dass schrubbende Bewegungen mit Handzahnbürsten bereits bei Kindern zu gingivalen Rezessionen führen können (Wennström et al. 2008). Moderne Elektrobürsten mit kleinen und weichen Bürstköpfen, deren Gebrauch sorgfältig instruiert werden muss, sind bei älteren Kindern vorzuziehen. Sie wecken den Spieltrieb und fördern deshalb die Motivation zur oralen Hygiene. Bei geschlossenen Interdentalräumen sollte keine Zahnseide gebraucht werden. Es fehlen wissenschaftlich unterbaute Studien, die deren Gebrauch neben der Zahnbürste bei Kindern und Heranwachsenden rechtfertigen würden (Berchier et al. 2008).

Eine seit Jahren etablierte Gingivitis ist in hohem Maße Risikofaktor für das spätere Auftreten von Parodontitis. Gute Plaquebeherrschung und somit Minimierung des Risikofaktors Gingivitis ist deshalb die beste Parodontitisprophylaxe.

Sekundäre Prävention

Als erfolgreiches Konzept, um die Progression entzündlicher parodontaler Erkrankungen aufzuhalten, hat sich die Kombination von individueller Plaqueentfernung (IPE) und professioneller Zahnreinigung (PZR) erwiesen. Aufklärung

ANZEIGE

Valplast®

www.bio-aesthetischer-zahnersatz.de

ab 222 €

- ästhetisch
- allergiefrei
- unzerbrechlich

sticky granules

bionic

«the ⁺swiss jewel...»



easy-graft®CRYSTAL

Genial einfach das easy-graft®CRYSTAL Handling!

Soft aus der Spritze • direkt in den Defekt • die gewünschte Form modellieren
• härtet in Minuten zum stabilen Formkörper aus • stützt mobilisierte Knochen-
lamellen • in der Regel keine Membran notwendig!

Genial innovativ!

Die synthetische Alternative easy-graft®CRYSTAL, mit der biphasischen Biomaterial-
Formel (60 % HA / 40 % β -TCP). Das Hydroxylapatit beschleunigt die Osteokon-
duktion und sorgt für eine nachhaltige Volumenstabilität. Der β -TCP-Anteil löst sich
und bewirkt eine optimale Porosität und Osteointegration.

Vertrieb Deutschland



Hager & Meisinger GmbH
Hansemannstraße 10
41468 Neuss
Telefon 02131 20120
www.meisinger.de



Nemris GmbH & Co. KG
Marktstraße 2
93453 Neukirchen b. Hl. Blut
Telefon 09947 90 418 0
www.nemris.de



paropharm GmbH
Julius-Bührer-Straße 2
78224 Singen
Telefon 0180 137 33 68
www.paropharm.de

DS
DENTAL

Degradable Solutions AG
Wagistr. 23, CH-8952 Schlieren
Telefon +41 43 433 62 60
dental@degradable.ch
www.degradable.ch

synthetic bone graft solutions - Swiss made

und Instruktion der Patienten spielt dabei eine wichtige Rolle. PZR allein, ohne individuelle Mundhygieneinstruktionen, zeigt nicht den gewünschten Effekt (Needleman et al. 2005). Bei der sekundären Prävention erlangen Hilfsmittel zur Entfernung der interdentalen Plaqueablagerungen große Bedeutung.

Interdentalbürsten sind für die individuelle Plaqueentfernung das Mittel der Wahl (Slot et al. 2008) (Abb. 3). Sie stehen in verschiedenen Stärken und Längen, mit oder ohne Handgriff, für einmaligen oder mehrfachen Gebrauch zur Verfügung. Sie sind zur Reinigung aller durchgängigen Interdentalräume geeignet. Bei Engstand der Zähne ist die Zahnseide das geeignete Hilfsmittel, allerdings muss deren Anwendung vorab gründlich instruiert werden. Neuerdings werden auch chemische Hilfsmittel, meistens in Kombination mit Bürsten, zur individuellen Plaquebeherrschung herangezogen. Chlorhexidinspülmittel sind erwiesenermaßen die effektivsten (Addy und Moran 2008). Sie werden entweder als Antiplaque-mittel zum Kurzzeitgebrauch in Konzentrationen von 0,12 % oder 0,2 % oder für den Langzeitge-

brauch zur Verzögerung der Plaquebildung als 0,05%iges Spülmittel angeboten. Chlorhexidine haben beim Spülprozess keinen Einfluss auf die interdentalen Plaque. Soll diese ebenfalls erreicht werden, müsste Chlorhexidin, allerdings nur bei entzündungsfreier Gingiva, mittels Irrigator (Munddusche) appliziert werden.

Gele mit 1 % Chlorhexidin sind wichtige Hilfsmittel zur Verhütung der Perimukositis nach Implantationen. Sie sollten vom Patient mehrmals wöchentlich, nach sorgfältiger Plaqueentfernung mit weichen Bürsten, am mukosalen Rand der implantatgetragenen Restauration angebracht werden. Bei dünner Mukosa besteht nämlich die Gefahr, dass diese nicht straff genug am Implantat anliegt und sich auf dem Implantat Plaque bilden kann, die mit mechanischen Hilfsmitteln nicht komplett zu entfernen ist.

Ebenso wichtig wie die regelmäßige, individuelle ist die professionelle Plaqueentfernung. Diese ist immer begleitet von Befunderhebung und Vergleichen mit früheren Messungen, aufklärenden Gesprächen, Instruktionen, Verbesserungsvorschlägen und Motivation des Patienten. Die PZR wird in dieser Behandlungsphase vorzugsweise mit

modernen Ultraschallinstrumenten durchgeführt und schließt die Politur mit fluoridhaltigen Pasten ein. Die Verhütung neuer durch Parodontitis verursachter Defekte und von Rezidiven ist abhängig von der Regelmäßigkeit und den Intervallen zwischen den PZR Interventionen.



Abb. 4 und 5: Behandlungsbeispiele.

Mit Einführung des „Spiderwebs“ (Lang und Tonetti 2003), in dem verschiedene relevante Parameter schematisch zusammengefasst sind, ist eine objektive Beurteilungsbasis für die Zeitintervalle vorgegeben. Es werden die Anzahl blutender Gingivaeinheiten, die Anzahl der Taschen mit Tiefen von mehr als 5mm, die Anzahl verloren gegangener Zähne, der parodontale Knochenschwund bezüglich Alter, Diabetes und die Anzahl Zigaretten, die pro Tag geraucht werden, in die

Beurteilung einbezogen. Alle diese Parameter sind, wissenschaftlich untermauert, mit dem Risiko zur Parodontitis und deren Fortschreiten verbunden. Mit dem „Spiderweb“ kann schließlich die Häufigkeit der PZR-Sitzungen eingeschätzt werden. Der Vorteil besteht jetzt darin,

dass mit dem „Spiderweb“ das Risiko des Patienten für weitere parodontale Destruktionen ermittelt wird und nicht das Risiko eines einzelnen Zahnes.

Tertiäre Prävention

In der tertiären Prävention werden durch chirurgische und restaurative Eingriffe Korrekturen am Parodont und an Zähnen vorgenommen, die dem Patient das Wichtigste im Kausystem, nämlich dessen Funktionieren, zurückgeben. Diese sogenannte Korrekturphase ist sehr komplex. Neben parodontal-chirurgischen Eingriffen sind orthodontische Regulierungen, ästhetische Anpassungen, Zahnrestaurationen, Implantationen und Zahnersatz denkbar. Leider wird in der Praxis noch immer häufig die Meinung vertreten, dass Patienten, die diese Phase durchlaufen haben, also ein sogenanntes saniertes Gebiss haben, selbstständig, ohne professionelle Hilfe Parodont und Zähne durch „gute Mundhygiene“ schadenfrei halten können. Dies ist ein großer Irrtum, wie mehrere Untersuchungen mit aller Deutlichkeit zeigen (Lang et al. 2008). Die tertiäre Prävention steht nie für sich allein. Sie ist eine Übergangsphase und führt immer direkt zurück zur sekundären Prävention.

Erfolge und zukünftige präventive Maßnahmen

Präventivem Denken und Handeln wird in unserer modernen Gesellschaft ein fester Platz eingeräumt. Die Präventivmedizin hat gewaltige Fortschritte gemacht. Die präventiven Anstrengungen in der Zahnmedizin sind erfolgreich. Dank systematischer Fluoridapplikationen ist die Karies bei Kindern rückläufig. Durch viel Aufklärungsarbeit haben Eltern gelernt, dass die primäre Prävention für die Gesundheit des sich entwickelnden Kindes entscheidend ist. Sie strengen sich an, Kindern bereits in frühem Alter regelmäßige Zahnreinigung beizubringen, sie richtig zu ernähren und Zwischenmahlzeiten zu minimieren.

Epidemiologische Daten zeigen jedoch, dass noch viel zu tun ist. Die meisten Kinder in der zivilisierten Gesellschaft „putzen“ die Zähne, aber leider werden sie nicht gründlich gereinigt. Die Gingivitis als Folge längerfristiger Plaqueablagerungen ist zwar, verglichen mit früheren Jahren, zurückgegangen, ist aber immer noch zu einem hohen

Prozentsatz, vornehmlich während der Pubertät, zu finden. Das Risiko für eine spätere Parodontitis ist also von frühen Jahren an vorhanden.

Mit Maßnahmen der primären Prävention, mit sorgfältiger Plaqueentfernung also, kann dieses Risiko ausgeschlossen werden. Bei einem sehr geringen Anteil der Kinder und Jugendlichen in industrialisierten Ländern (maximal 5 %) kann sich allerdings eine sogenannte aggressive Parodontitis entwickeln, die durch spezifische Bakterien mit verursacht wird. Viele Untersuchungen zeigen, dass mittels sekundärer Prävention, nach vorangegangener gründlicher Behandlung der Gingivitis/Parodontitis mit anschließenden korrigierenden Maßnahmen, weitere parodontale Destruktionsprozesse verhindert werden können (Übersicht bei Lang et al. 2008).

Wohl die eindrucklichsten Studien sind jene der Axelsson-Gruppe. 1981 hat Axelsson mit seinen Kollegen zeigen können, dass Patienten, die eine komplexe Parodontistherapie hinter sich hatten und sorgfältig in täglicher Mundhygiene trainiert wurden, innerhalb von sechs Jahren Rezidive zeigten, während bei Patienten, die neben dem Mundhygienetraining in regelmäßigen Intervallen sich einer professionellen Reinigung und erneuter Motivation unterzogen, sich keine weiteren Destruktionsprozesse abspielten. In einer 2004 veröffentlichten Arbeit wies Axelssons Gruppe nach, dass mit sekundär-präventiven Maßnahmen während 30 Jahren bei Erwachsenen – unabhängig vom Alter – weder durch Parodontitis noch durch Karies selten Zähne verloren gehen. Diese Arbeiten unterstreichen die Bedeutung der sekundären Prävention für die parodontale Gesundheit (Abb. 2).

Ähnliche Prinzipien gelten auch für Implantatpatienten. Implantate ohne Garantie für professionelle Nachsorge werden mit größter Wahrscheinlichkeit, sicher langfristig, keinen Erfolg haben, weil peri-implantäre Gewebe noch schneller auf Plaqueakkumulationen reagieren als parodontale.

Fazit

Neben sorgfältiger individueller Zahnreinigung ist die professionelle Unterstützung des Patienten mit Aufklärung, Instruktion und Zahnreinigung in regelmäßigen Zeitintervallen der Schlüssel zur Verhinderung von Parodontitis und zur Sicherung des Langzeiterfolges der Parodontitisbehandlung (Abb. 4 und 5)!

Erstveröffentlichung: Dentalhygiene Journal 1/10

ZWP online Eine Literaturliste steht für Sie ab sofort unter www.zwp-online.info/fachgebiete/dentalhygiene bereit.



Kontakt

Prof. Dr. Heinz H. Renggli
Philips van Leydenlaan 25
6525 EX Nijmegen
Niederlande
h.renggli@dent.umcn.nl

ANZEIGE

Praxismarketing

Vorsprung sichern.

Der überzeugende Gesamtauftritt Ihrer Praxis entscheidet im Wettbewerb um Umsatz und Patienten. Ein schlüssiges Marketingkonzept aus bedarfsgerechten Selbstzahlerleistungen, stimmigen Patientenbroschüren, informativer Homepage und einem effizienten Netzwerk verschafft Ihnen den entscheidenden Vorsprung gegenüber der Konkurrenz. Starten Sie im Wettbewerb aus der ersten Reihe – mit professionellem Praxismarketing von Kock&Voeste.

Jetzt buchen unter:
www.kockundvoeste.de
oder 030/318669-0

Kock&Voeste

Existenzsicherung für die Heilberufe GmbH

conwendt.de

Die Laserrevolution für die moderne Zahnarztpraxis

LITETOUCH™ – der Laser im Handstück

- Anwendungsstark
- Leicht transportabel
- Profitabel



LITETOUCH™ kommt auch zu Ihnen –
unverbindlich und kostenfrei

Vereinbaren Sie einen Vorführtermin!



Informationen anfordern per Fax 089 – 610 89 387

Bitte Unterlagen für:

- ☐ Litetouch
- ☐ Kompaktdiodenlaser Wiser
- ☐ Diodenlaser D-Touch
- ☐ Spectra-Denta CO₂-Laser

Terminvereinbarung für:

- ☐ Unverbindliche Beratung
- ☐ Kostenfreien Demotermin

Praxis:

Name:

Anschrift:

Telefon:

Email:

Homepage:



NMT München GmbH • Neue Medizintechnologien

Flurstr. 5, 82166 Gräfelfing • Tel.: 089-6108938-0 • Fax: 089-6108938-7

info@nmt-muc.de • www.nmt-muc.de • www.sanftelaserzahnheilkunde.de

„Wir wollen unseren Kunden Lösungen mit klar erkennbarem Nutzen bieten.“

Mit der Vereinigung des Firmentrios SycoTec, MICRO-MEGA und SciCan zu dem Unternehmensverbund SANAVIS Group gehört die neue Firmengruppe weltweit zu den zehn größten Lieferanten dentaler Ausstattungen. Geschäftsführer Dr. Martin Rickert spricht im Interview über die Neustrukturierung und Ziele. Von Jeannette Enders, *Dental Tribune*.

LEUTKIRCH/LEIPZIG

– Der Dentalzulieferer SycoTec am Stammsitz in Leutkirch im Allgäu erwarb im Herbst 2009 das französische Traditionsunternehmen MICRO-MEGA. Im Februar 2010 wurde das europäische Firmenduo durch das kanadische Unternehmen SciCan komplettiert. Mit der Vereinigung zu dem neuen Unternehmensverbund SANAVIS Group soll eine ideale Kombination von einander ergänzenden Produktsortimenten geschaffen werden, mit denen Zahnarzt und Team optimale Lösungen aus einer Hand geboten werden können. *Dental Tribune* befragte Geschäftsführer Dr. Martin Rickert zur Positionierung sowie über zukünftige Chancen der SANAVIS Group.



Dr. Martin Rickert, Geschäftsführer der SANAVIS Group.

Kunden. Allein durch die nun stark verbesserte regionale Präsenz können wir unseren Kunden einen viel regionaleren und damit individuelleren Service bieten. Weiterhin wird es nun möglich, die Produkte der einzelnen Firmen im Verkauf besser aufeinander abzustimmen und damit attraktiver für den Zahnarzt zu gestalten. Dies wird sich zukünftig auch im Bereich der Entwicklung von Neuprodukten zeigen und zu Produkten führen, die einen besseren Behandlungsablauf ermöglichen. Intern werden wir auf den Feldern Produktion, Einkauf, Logistik, Verwaltung und Berichtswesen deutliche Vorteile nutzen können.

Darunter fassen wir – etwas einfach ausgedrückt – die Technologien und Produkte, die das Instrument zum Drehen bzw. in Bewegung bringen, konkret also Mikromotoren, Übertragungsinstrumente und Turbinen zusammen. Dies ist die Spezialität von SycoTec, die – wie bisher – ein hoch qualifizierter OEM-Hersteller sein wird.

Nehmen wir die einzelnen Unternehmen hinsichtlich ihres Produktportfolios einmal unter die Lupe: MICRO-MEGA, der französische Hersteller hochpräziser Instrumente für die Zahnwurzelbehandlung, setzt seit über 100 Jahren im internationalen Dentalmarkt Welt-Standards. Welches Produkt gilt derzeit als State of the Art?

Mit dem Revo-SS System zur Wurzelkanalaufbereitung kann MICRO-MEGA unbestritten wieder einmal eine Vorrei-

erfahrung stützen. Diese Erfahrung führte zu Lösungen, die bei sicherer Erreichung des gewünschten Ergebnisses ein Maximum an Effizienz und Durchgängigkeit bieten. Ein konkretes Beispiel ist der Schnellsterilisator Statim, dessen Zykluszeit unerreicht ist und der zugleich mit einfacher Bedienbarkeit und wirtschaftlicher Funktionalität punktet. Weiterhin der neue Thermodesinfektor Hydrim, der wiederum durch einfache Installation und wirtschaftlichen Betrieb besticht. Alle Produkte halten selbstverständlich alle regulatorischen Anforderungen ein.

Viele Unternehmen mussten angesichts der Finanz- und Wirtschaftskrise mannigfaltige Anstrengungen unternehmen, um ihre Marktstellung auf den internationalen Märkten gegenüber ihren Wettbewerbern be-

und Service. Darüber hinaus können wir nun auch Neuentwicklungen angehen, die bisher für einzelne Firmen etwas zu groß gewesen wären. Hauptvorteil ist aber sicherlich, dass wir bei der Neuentwicklung jetzt auch auf das Know-how der anderen Firmen zurückgreifen können. Die Produkte werden zukünftig immer mehr digitalisiert und vernetzt, die Abstimmung verschiedener Produktbereiche wichtiger. Hier wird einiges von uns zu erwarten sein.

Wie wird die Kundenbetreuung organisiert?

Die Kundenbetreuung wird, wie bisher, sehr lokal organisiert sein. Bestehende und bewährte Partnerschaften werden wir selbstverständlich fortführen. Darüber hinaus können sich unsere Kunden auf den deutlichen Ausbau des Services freuen, indem wir unsere



Abb. 1: SycoTec in Leutkirch, Deutschland.



Abb. 2: MICRO-MEGA in Besançon, Frankreich.



Abb. 3: SciCan in Toronto, Kanada.

Dental Tribune: Dr. Martin Rickert, was dokumentiert der Name SANAVIS und welche neuen Aufgaben eröffnen sich für die Gruppe?

Dr. Martin Rickert: Der Name „Sanavis“ ist dem Lateinischen entlehnt und bedeutet zunächst einmal – einfach übersetzt – Gesundheit und Kraft. Er soll verdeutlichen, dass die Gruppe aus Firmen besteht, deren Hauptgeschäftsfelder im Bereich der Dentalprodukte angesiedelt sind und deren Produkte dem Zahnarzt und damit auch dem Patienten zu einer guten Mundgesundheit verhelfen sollen. Grundlage der Firmenstrategie sind zeitgemäße, innovative Produkte. Als Hauptaufgabe der Gruppe ist die schrittweise Ausrichtung auf eine gemeinsame Grundstrategie und gemeinsame Prozesse zu sehen, damit vor allem unsere Kunden auch unmittelbar den Vorteil aus diesem Zusammenschluss ziehen können.

Welche Vorteile sehen Sie in der Fusionierung der drei Unternehmen?

Die Vorteile sind zunächst einmal ein verbesserter Service für unsere

Wo wird der Fokus der einzelnen Unternehmen liegen und welche Rolle werden diese innerhalb der Sanavis Group spielen?

Die beiden Hauptmerkmale, die alle unsere Produkte aufweisen sollen, sind Ergonomie und Sicherheit. Ergonomie meint in diesem Zusammenhang, es dem Behandler zu ermöglichen, so einfach, effizient und schonend wie möglich zu arbeiten. Sicherheit bedeutet einerseits, keine Fehlermöglichkeiten im Behandlungsablauf zuzulassen. Andererseits ist hier das große Feld der Infektionskontrolle in der Praxis und am Patienten zu nennen. Die Schwerpunkte lassen sich unter dieser Überschrift einfach benennen. MICRO-MEGA ist Spezialist für die Endodontie, und zwar vom Wurzelkanalinstrument bis hin zur Füllung des Kanals. SciCan ist Spezialist für die Infektionskontrolle, die von der allgemeinen Praxishygiene über die Wiederaufbereitung von Instrumenten bis zur Infektionskontrolle während der Behandlung reicht. Und in beiden Firmen finden wir Gemeinsamkeiten, was wir „Dentale Antriebstechnik“ nennen.

terrolle beanspruchen. Es handelt sich um ein Instrumentensystem aus Nickel-Titan, welches in der Anwendung für den Behandler unerreicht einfach ist. Darüber hinaus bietet es eine maximale Sicherheit gegen Feilenbruch. Durch eine geschickte Schrittfolge mit nur drei Feilen kann der Wurzelkanal aufbereitet werden. Auch für komplizierte Kanalformen stehen einfach anzuwendende

„Auch wenn man Global-Player-Größe hat, bleibt das Geschäft lokal strukturiert.“

Erweiterungen zur Verfügung. Es zeigt sich hier, dass durch die langjährige Erfahrung von MICRO-MEGA in der Endodontie Produkte entwickelt werden können, die klare Vorteile und Effizienzsteigerungen bringen. Gerade damit tun sich viele Marktteilnehmer schwer, da es sehr auf Details ankommt.

... und das in der kanadischen Metropole Toronto beheimatete Familienunternehmen SciCan ergänzt die Angebotspalette mit kompletten Desinfektionsketten für die Praxis und kommt damit durch die immer stringenter werdenden gesetzlichen Vorgaben im Infektionsbereich zum richtigen Zeitpunkt...?

Das Thema Infektionskontrolle wird immer wichtiger, und das nicht nur wegen der regulatorischen Anforderungen. Hier bietet SciCan komplette Lösungen von A bis Z. Der Zahnarzt kann sich hier auf eine über 50-jährige

haupten zu können. Fühlen Sie sich durch die Firmenfusion gut aufgestellt?

Selbstverständlich ist es in einem schwierigen gesamtwirtschaftlichen Umfeld, wie wir es in den letzten Jahren hatten, besser, einen starken Verbund zu haben. Daher fühlen wir uns sehr gut für die Zukunft gerüstet. Dies gilt jedoch nicht nur für die rein wirtschaftlichen Themen, sondern ganz allgemein für

unser zukünftiges Geschäft. Wir wollen unseren Kunden Lösungen und Produkte mit klar erkennbarem Nutzen bieten. Auch dies wird einfacher und zukunftssicherer, wenn man – wie wir – auf eine starke Gruppe bauen kann.

MICRO-MEGA und SciCan sind international bekannte Marken, die stets in Forschung und Entwicklung investierten. Durch die Synergien der SANAVIS Group erreicht der neue Konzern Global-Player-Größe. Wie werden Sie diese Dimension nutzen?

Auch wenn man Global-Player-Größe hat, bleibt doch das Geschäft lokal strukturiert. Als Vorteile werden wir jedoch unser nun stark vergrößertes Netzwerk in die jeweils lokalen Dentalbranchen auch für diejenigen Gruppenfirmen nutzen, die in der jeweiligen Region bisher nicht so stark waren. Dies bezieht sich sowohl auf unsere Forschungspartner als auch auf Vertrieb

verbesserte Präsenz – insbesondere im deutschen Markt – für alle unsere Produktbereiche nutzen werden.

Tritt die SANAVIS Group künftig auf Messen unter einem gemeinsamen Dach auf?

Ja, auf den größeren Messen, wie auf der IDS, wird das so sein. Ein gemeinsames Dach bedeutet aber nicht, dass der Name SANAVIS im Vordergrund stehen wird, sondern nach wie vor werden die beiden Marken MICRO-MEGA und SciCan das Rückgrat des Auftritts bilden. Jedoch werden die Marken auf einem gemeinsamen Stand präsent sein.

Welche Produkte werden auf der Internationalen Dental-Schau in Köln 2011 im Fokus stehen und was dürfen wir an Innovationen erwarten?

Wir haben unsere Entwicklungsanstrengungen bereits deutlich verstärkt und freuen uns, eine große Zahl an neuen Produkten präsentieren zu können. Dazu gehören ein neuer Schnell-Sterilisator und weiterentwickelte Thermodesinfektoren. Auch bei der Wurzelkanalfüllung wird es neue Produkte geben. Im Bereich der Antriebssysteme können unsere Besucher eine ganze Palette von Innovationen sehen, angefangen über neue Endo-Antriebe, Hand- und Winkelstücke und Motoren mit bisher nicht gekannter ergonomischer Gestaltung. Ich glaube, dass wir selten ein solches Feuerwerk an Neuerungen ausstellen konnten.

Dr. Rickert, ich danke Ihnen für das ausführliche Gespräch! ☐

ZWP online Weitere Informationen zu diesem Unternehmen finden Sie unter www.zwp-online.info.

ANZEIGE

www.zwp-online.info

FINDEN STATT SUCHEN.

ZWP online

www.zwp-online.at

Jetzt auch in Österreich und der Schweiz!



www.zwp-online.ch



Ökonomie - denn Preis muss Leistung sein!

SINOL[®]



C001



C002i



C003



C004



C005



C006

Farbwahl

2-stufige OP-Lampe

Ökonomie Behandlungseinheit

Röntgenfilmbetrachter

extra großes Tray

Computer-gesteuertes Touchpad für alle wichtigen Funktionen

rechte Armlehne abschwenkbar

Die Sinol Vollausrüstung und das für nur

9.800,- €

zzgl. MwSt.

Peitschenversion auf Anfrage



Standard-Ausrüstung

- AD-4/AX-4 Turbine
ein NSK Micromotor
- ein NSK-Winkelstück und ein NSK-Handstück
3-Wege Luft- und Wasserspritze aus Edelstahl
mit auswechselbarer, sterilisierbarer Kanüle
- Zahnsteinentfernungsgerät von Satelec aus
Keramik mit drei verschiedenen Aufsätzen und
1 Steri-Box
- Mit integrierter Absauganlage oder Anschluss
für Nass- und Trockenabsaugung

- OP-Lampe mit zwei Lichtstärkeeinstellungen:
Stufe 1 = 8.000 Lux, Stufe 2 = 20.000 Lux
- Röntgenfilmbetrachter
- Umschaltmöglichkeit zwischen Leitungswasser und
den Behältern für physiologische Kochsalzlösung
- Speichelsauger und Speichelzieher
- motorbetriebener, verstellbarer Patientenstuhl
für den Behandler
- unverwüster Fußregler
- 1-mal Zahnarztstuhl



Siegburger Straße 308 · 51105 Köln

Tel. 0221 - 830 32 60 · Fax 0221 - 837 05 32 · www.sinol.de · E-Mail: dr.jhansen@t-online.de

- ☐ Bitte rufen Sie mich an
- ☐ Bitte vereinbaren Sie einen Besichtigungstermin
- ☐ Ich möchte gern bestellen und bitte um Rückruf
Finanzierung möglich

Meine Anschrift:

Praxis, Labor

Besteller

Straße (kein Postfach!)

PLZ, Ort

Meine Telefon-Nummer