DPAG Entgelt bezahlt · Oemus Media AG · Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig

DENTAL TRIBUNE

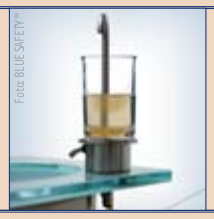
The World's Dental Newspaper · German Edition

No. 6/2011 · 8. Jahrgang · Leipzig, 1. Juni 2011 · PVSt. 64494 · Einzelpreis: 3,00 €

Laserunterstützte Zahntherapien

Was die Natur hervorbringt und der Mensch als Techniker „formt", kann letzten Endes viel Nützliches vollbringen: Gemeint ist der Laser und sein Einsatz in der Zahnmedizin.

› Seite 4f



Infektionsprävention im Fokus

Ein Problem, das fast jeder kennt: Die Wasserhygiene in Zahnarztpraxen, speziell in den Behandlungseinheiten. Die BLUE SAFETY™ Technologie verspricht sichere Hygiene.

› Seite 6

Internationaler Jubiläumskongress

Ein großer Anlass, mit internationalen Referenten und Kunden auf Malta zu feiern – 125 Jahre Familienunternehmen Dentaurum und 15 Jahre Dentaurum Implants.

› Seite 8

ANZEIGE

Dentalindustrie trotzt der Krise

ADDE präsentiert Statistik zum Europäischen Dentalmarkt.

BERN – Die Europäische Dentalhänder-Vereinigung (ADDE) veröffentlicht alljährlich den statistischen Bericht über den europäischen Dentalmarkt und seine wichtigsten Trends. Der kürzlich veröffentlichte Bericht 2011 umfasst 15 Länderberichte der Jahre 2006 bis 2010.

Dr. Ulrich Wanner, Bern, Generalsekretär des ADDE, präsentierte jüngst die neuesten Zahlen. Dabei bietet die Statistik eine Fülle von Daten, die folgende Feststellungen zulassen: Die Zahl der praktizierenden Zahnärztinnen und Zahnärzte ist europaweit mit 263.756 leicht gestiegen, wohingegen die Zahl der Dentallabore mit 155.994 rückläufig ist, während jene der Dentalhygienikerinnen mit 21.360 steigt. In Deutschland ist die Anzahl der praktizierenden Zahnärzte leicht angestiegen auf 67.160 bei 47.000 Praxen, wobei sich die Anzahl der Labore und Zahntechniker verringert hat. Nach wie vor gibt es in Deutschland kaum Dentalhygienikerinnen. DT

Fortsetzung auf Seite 2 ➔

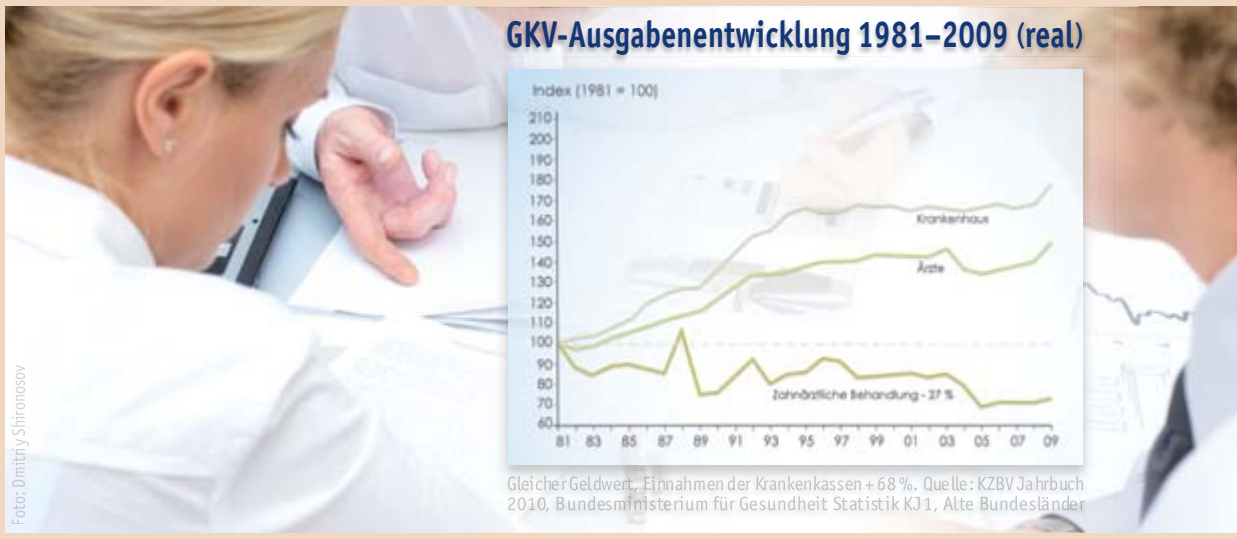
ANZEIGE

Zahnärzte verlieren immer mehr Anteile vom GKV-Topf

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung muss endlich handeln. Von Jürgen Pischel.

BONN/KREMS – Die Krankenkassenein-nahmen sind in den letzten 30 Jahren um 68 % gestiegen, die Zahnärzte haben im GKV-Topf jedoch 27 Prozent verloren. Das nicht deshalb, weil es weniger Zahnärzte wurden – ihre Zahl ist allein in den letzten 10 Jahren von 64.000 auf 67.000 angestiegen – oder weil die Patienten seltener zum Zahnarzt gehen – sondern weil die Leistungen im GKV-Katalog weniger wurden, auch schlecht vergütet sind. Diese Situation kann für die Zahnärzte immer dramatischer werden, wenn der Eigenanteil der Versicherten an den GKV-Leistungen immer höher wird oder viele Behandlungen nur privat in Anspruch genommen werden können, weil neueste Studien zeigen, dass die Menschen dann viele an sich notwendige Versorgungen nicht mehr vornehmen lassen.

Wie sehr die Zahnärzte aufgrund der Berufspolitik durch Zuzahlungen und Ausgrenzungen den Privatanteil zu erhöhen, verloren haben, zeigt auch, dass der Anteil der GKV-Ausgaben für Zahnärzte 1992 noch bei 11,06 % lag, 2001 noch bei 8,88 % und er in 2009 auf 6,99 % gefallen ist. Der Anteil für Zahnersatz sank von 3,92 % (1991) auf 1,89 % (2009). Die Krankenkassen „verdienen" aus dem GKV-Sonderbeitrag für ZE-Festzuschüsse jährlich Milliarden. Zahlten die Krankenkassen 1992 für Zahnersatz 4,88 Milliarden Euro, waren es 2009 gerade 3,03 Mrd. Euro. Für Kieferorthopädie wenden die Kassen 2009 gerade mal 0,89 Mrd. Euro auf, soviel wie 1992 (0,90 Mrd. Euro), lächerlich angesichts der Erkrankungsraten sind die Ausgaben für Parodontalbehandlungen mit 350 Mio. Euro (1992 waren es 270 Mio. Euro). Die Leistungen für Zahnerhaltung stiegen von 1992 mit 5,16 Mrd. Euro auf 6,32 Mrd. Euro in 2009, was nicht einmal dem Inflationsausgleich entspricht.



Gleicher Geldwert, Einnahmen der Krankenkassen + 68 %. Quelle: KZBV Jahrbuch 2010, Bundesministerium für Gesundheit Statistik KJ1, Alte Bundesländer

GKV-Leistungs-Ausgrenzungspolitik hat Grenzen

Die Zahnärzte müssen bereits heute – das überwiegend mit Kassenpatienten – im Durchschnitt 50 Prozent der Praxiseinnahmen über Privatleistungen liquidieren. Diesen Anteil über eine Ausgrenzung von GKV-Leistungen, über Festzuschüsse und Direktabrechnung mit Kostenerstattung regelmäßig zu erhöhen, war über Jahrzehnte das Streben zahnärztlicher Berufspolitik. Nun zeigt eine von einem Siegener Professor (Prof. Dr. C. Wendt) an der US-Harvard-Universität durchgeführte Studie, dass steigende „private Zuzahlungen bei der Behandlung das Vertrauen der Menschen in das Gesundheitssystem so schwächen, dass sie immer weniger Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen". „Es ist bereits nachgewiesen", so führt Wendt aus, „dass mit privaten Zuzahlungen nicht die gewünschte Steuerung der Nachfrage erreicht werden kann, da Zuzahlungen die nicht notwendige wie auch die notwendige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen senkt." Aus der Wendt/Harvard-Studie ergibt sich, dass die GKV-Leistungs-Ausgrenzungspolitik Grenzen hat und sich für die Berufspolitik die Frage stellt, ob diese Grenze in der Zahnheilkunde nicht längst – siehe sinkende Anteile an den GKV-Ausgaben – erreicht worden ist. DT

Nachwuchs gesucht

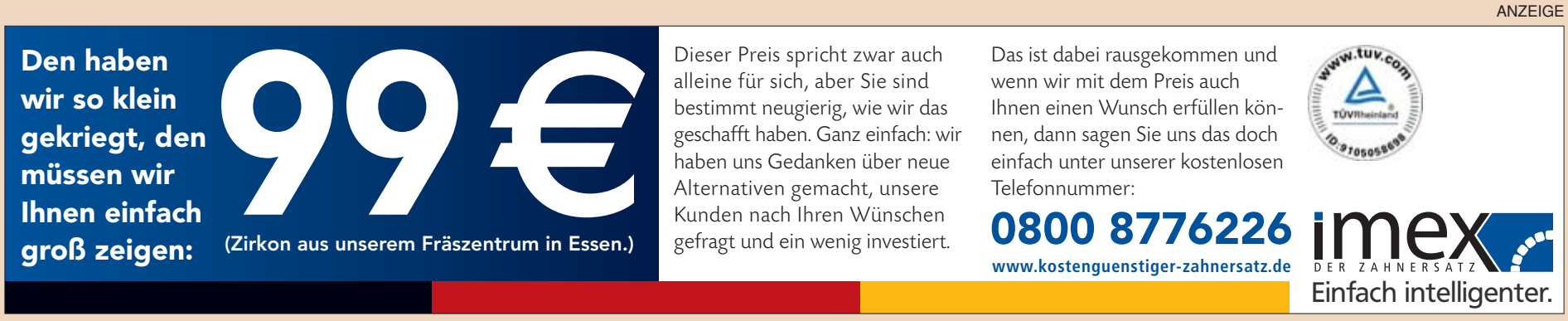
Wer engagiert sich für den Berufsstand?

BERLIN – Die Landeszahnärztekammern in der Bundesrepublik vertreten unseren Berufsstand und sind Garant für die Freiberuflichkeit der Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts nehmen sie die von den Aufsichtsbehörden übertragenen Aufgaben auf Grundlage des jeweiligen Landesrechts wahr. Diese Aufgaben werden eigenverantwortlich anstelle staatlicher Behörden erfüllt – der Staat übt die Rechtsaufsicht, jedoch nicht die Fachaufsicht aus.

Die Vorstände der 17 Landeszahnärztekammern in Deutschland werden durch ihre Mitglieder gewählt und erfüllen die Aufgaben der unterschiedlichen Ressorts neben ihrem regulären Praxisalltag. Dies kann ein Grund dafür sein, dass das Durchschnittsalter in den Kammervorständen kontinuierlich über die vergangenen Jahre gestiegen ist – in der Altersgruppe zwischen 30 und 40 Jahren findet sich offenbar nicht genügend engagierter Nachwuchs. In Zukunft möchte sich der BdZA hier verstärkt einsetzen. DT

Mehr zum Thema auf Seite 27 ➔

ANZEIGE



Dental Tribune German Edition · Nr. 6/2011 · 1. Juni 2011

Zahnarzt darf weniger als ein Heilpraktiker

Jürgen Pischel spricht Klartext

Man kann sich trefflich darüber streiten, ob Lippen aufgespritzt werden können." Aber alles, was noch weiter vom Mund entfernt sei, falle eindeutig in die Zuständigkeit von Heilpraktikern oder allgemeinen Ärzten. Nur sie seien zu Schönheits-OPs mit Anti-Falten-Spritzen berechtigt, da gebe es einen „klaren Wortlaut des Gesetzes" (Az 7 K 338/09). Eine Zahnärztin aus der Umgebung von Bielefeld hatte Botox-Behandlungen und Mesotherapie anbieten wollen. Sie hatte gegen eine Untersagung aus der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe geklagt, damit sie nicht in einer Grauzone arbeiten müsse.

Ihr Anwalt führte unter anderem ins Feld, dass das Bleichen von Zähnen schließlich auch Zahnarzt-Sache sei. Zudem wies der Jurist darauf hin, dass das Gesetz zum Aufgabenfeld der Zahnärzte schon fast 60 Jahre alt sei. Seitdem habe sich eine Menge im Praxisalltag geändert.

Der Richter bezweifelte auch nicht die Befähigung der Zahnärztin, aufgrund ihres Wissens und möglicher Fortbildung Faltenunterspritzung zu beherrschen. Es half alles nichts. Das Gericht hat Zahnärzten untersagt, im Gesichts- und Halsbereich Faltenbehandlungen durchzuführen, das Zahnheilkundegesetz verbiete es.

Der Zahnarzt darf also weniger als ein Heilpraktiker, und das sieht auch die Bundeszahnärztekammer so. So hat der BZÄK-Vorstand am 13. April 2011 entschieden: „Die Lippenunterspritzung ist vom Begriff der Zahnheilkunde umfasst und darf von Zahnärzten ausgeführt werden. Die Behandlung der Gesichtsoberfläche, insbesondere der perioralen Falten oder der Nasolabialfalten gehört dagegen grundsätzlich nicht zu den der Zahnheilkunde zugewiesenen Körperbereichen."

Es ist schon spannend, dass zahnärztliche Berufsvertretungen immer häufiger die Verantwortung des Zahnarztes für die allgemeine Gesundheit des Patienten betonen, ihn auffordern, seiner ärztlichen Gesamtverpflichtung gerecht zu werden, aber nichts dafür tun wollen, dem Zahnarzt dafür rechtlich sichere Grundlagen zu schaffen.

Es ist zu simpel dem Zahnarzt zu empfehlen, „mach ganz einfach eine Heilpraktikerprüfung". Diese erstreckt sich vornehmlich auf rechtliche Abgrenzungsproblematiken, was darf ein HP und was nicht. Macht er das, kann er „ganzheitlich heilend" wirken, muss dies seinen Patienten aber deutlich machen, sobald er nicht mehr zahnmedizinisch tätig ist. Dann ist er allerdings auch frei in der Liquidation. Das kann aber nicht der Wille der Körperschaften sein, sie müssen dafür sorgen, dass, wie schon das Gericht sagte, das Zahnheilkundegesetz den Entwicklungen in der Heilkunde angepasst wird. Dazu müssen politische Initiativen ergriffen werden.

Für viele, kosmetisch-/lifestyleorientierte Behandlungsmethoden sicher ein Rückschlag – übrigens droht hier auch noch das Gewerbesteuer-Problem – aber Auswege finden sich immer,

toi, toi, toi, Ihr J. Pischel

ANZEIGE

Dental Tribune

IMPRESSUM

Verlag
Oemus Media AG
Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-0
Fax: 0341 48474-290
kontakt@oemus-media.de
www.oemus.com

Verleger
Torsten R. Oemus

Verlagsleitung
Ingolf Döbbecke
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller

Chefredaktion
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner (ji), V.i.S.d.P.
isbaner@oemus-media.de

Redaktionsleitung
Jeannette Enders (je), M.A.
j.enders@oemus-media.de

Korrespondent Gesundheitspolitik
Jürgen Pischel (jp)
info@dp-uni.ac.at

Anzeigenverkauf
Verkaufsleitung
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller
hiller@oemus-media.de

Verkauf
Steffi Katharina Goldmann
s.goldmann@oemus-media.de

Produktionsleitung
Gernot Meyer
meyer@oemus-media.de

Anzeigendisposition
Marius Mezger
m.mezger@oemus-media.de

Bob Schliebe
b.schliebe@oemus-media.de

Lysann Reichardt
l.reichardt@oemus-media.de

Layout/Satz
Franziska Dachsel

Lektorat
Hans Motschmann
h.motschmann@oemus-media.de

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 Sonderteile 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.

Alle mit Symbolen gekennzeichneten Beiträge sind in der E-Paper-Version der jeweiligen Publikation auf **www.zwp-online.info** mit weiterführenden Informationen vernetzt.

Autor · Bildergalerie · Firmenprofil · Information · Literaturliste · Video

Gesundheitsminister Bahr – Ein Zahnarztfreund?

Über die Bedeutung des neuen Gesundheitsministers für die Zahnärzteschaft.

BONN/KREMS (jp) – Die Süddeutsche Zeitung kommentiert die FDP-Karriere von Philipp Rösler als FDP-Vorsitzender, Christian Lindner als Generalsekretär und Daniel Bahr als neuer Gesundheitsminister mit der Headline „Drei Ponys und ein Halleluja". Als Ziehsohn von Westerwelle verteidigte Bahr dessen langjährige Alleinherrschaft in der FDP mit dem Spruch „Besser ein Zugpferd zu haben, statt vier Ponys". Dazu die SZ: „Es gibt nun drei Ponys und einen ziemlich lahmen Gaul."

Daniel Bahr, seit 12. Mai 2011 der neue Gesundheitsminister. (Foto: André Krüger – BMG)

Welche Bedeutung aber hat der neue Gesundheitsminister für die Zahnärzteschaft? Man kennt sich schon aus Oppositionszeiten der FDP, wo Bahr noch der große Vorbeter einer völlig marktorientierten, auf Selbstverantwortung aufbauenden Gesundheitspolitik war. Im BMG im Rahmen der GOZ-Novellierungs-Diskussion hat Bahr sich eher als PKV-Interessensverfechter hervorgetan, trat ein für die Öffnungsklausel und weitgehenden Honorarstillstand. Niemand in der zahnärztlichen Berufspolitik muss nun jedoch befürchten, dass Bahr sich als GOZ-Novellierungs-Revisionist profilieren will und alles wie vorliegend durchzuziehen versuchen wird.

Bahr ist Politprofi und hat Politik als Beruf. Mit 14 ging er zu den jungen Liberalen, mit 16 wurde er FDP-Mitglied, machte eine Banklehre, studierte „International Health Care", zog 2002 bereits mit 25 Jahren in den Bundestag ein und kümmert sich seither um die Gesundheitspolitik. Bahr tritt als NRW-Landesvorsitzender der FDP, auf der Suche nach neuen Wählerschichten zur FDP-Rettung, für einen „humanen Liberalismus" ein. Ist das für die Gesundheitspolitik die Hinwendung zur „sozialorientierten Gesundheitspolitik" der FDP in der Unionskoalition? DT

GOZ – jetzt geht es um Punktwert-Erhöhung

Zahnärzte-Vertreter fordern höheren GOZ-Punktwert und lehnen Übernahme von Regelungen aus der GOÄ ab.

Foto: Franz Metelec

BONN/KREMS (jp) – Die Spitzengremien der Berufspolitik, voran die BZÄK und die KZBV mit Berufsverbandsvertretern, haben gemeinsam, unter Bundeszahnärztekammerführung, eine detaillierte Stellungnahme zum GOZ-Entwurf des Gesundheitsministeriums (BMG) für die Verbände-Anhörung am 9. Mai erarbeitet. Alle zahnärztlichen Vertreter im BMG haben dabei den Wegfall der Öffnungsklausel begrüßt und sich in der BMG-Anhörung vor allem auf Forderungen nach einem höheren GOZ-Punktwert und auf die Ablehnung der Übernahme von Regelungen aus der GOÄ, vornehmlich des Zielleistungsprinzips, konzentriert. Das BMG wird noch eine Anhörung der Vertreter aus Bundesministerium und aus den Länderbehörden anberaumen.

Es muss, so einhellig alle Zahnärzte-Vertreter im BMG, der seit 1988 nicht angepasste GOZ-Punktwert von 5,62421 Cent angehoben werden. Dies zumindest auf der Basis des zuletzt 1996 geänderten GOÄ-Punktwertes von 5,82873 Cent (3,6 % plus). Eine weitere aus der KZBV gekommene Forderung war die Implementierung einer Anpassungsklausel in Paragraf 5 der GOZ. Damit soll der Punktwert regelmäßig, im Idealfall jährlich, an die wirtschaftliche Entwicklung angepasst werden. Verhindert werden soll so ein erneuter jahrzehntelanger Stillstand beim Punktwert. Die Ablehnung wird hier sicher von Länderseite her kommen.

GOZ-Positionen

Die schriftliche Stellungnahme befasst sich mit vielen Einzelparagrafen des Referentenentwurfs, der durch Übernahme von Regelungen aus der GOÄ auch neue Probleme aufwirft und bürokratischen Aufwand mit sich bringt, so in der Übernahme des Zielleistungsprinzips, das auch in der GOÄ wegen der Frage der Zuordnung und Selbstständigkeit von Leistungen immer wieder für Streit sorgt. Kritik gibt es auch an der Neuregelung im Paragrafen 9 zur Vorlage von Kostenvoranschlägen sowie zur Untergrenze für Vorauszahlungen, die auf einen Betrag von 2.500 Euro angesetzt wurde.

Information: Siehe Beitrag zur ausführlichen Positionierung von *Dental Tribune* zu den einzelnen GOZ-Positionen in der E-Paper-Ausgabe.

Der Freie Verband sieht trotz seiner GOZ-Protest-Aktion nur geringe Chancen, neben dem Erfolg der Nichtaufnahme der PKV-Öffnungsklausel mehr als eine geringfügige Punktwert-Anpassung von rd. 3,5 Prozent zu erreichen und will dies als seinen Erfolg verbuchen. Insgesamt wird unter Standespolitikern der GOZ-Entwurf als für die Zahnärzteschaft „überlebbar" bewertet. Vor allem seien aufgrund der FDP-Schwäche und der Rot/Grün-Mehrheit im Bundesrat keine besseren Ergebnisse ohne Hinnahme der Öffnungsklausel – sie droht aus Länderseite heraus immer noch – zu bekommen. DT

←Fortsetzung von Seite 1 oben

Wie viele Einwohner hat ein Zahnarzt zu versorgen? Da liegt der europäische Durchschnitt bei 1.536 Einwohnern und für Deutschland bei 1.218 Einwohnern pro Zahnarzt. Die Zahl sinkt seit 2008.

Für das Verbrauchsmaterial wurde eine Umsatzzunahme um 2,9 % verzeichnet, während der Verkauf von Geräten und Einrichtungen um 2,6 % sank. In Deutschland ist der Umsatz an Verbrauchsmaterial seit 2009 leicht angestiegen. Das Volumen des Verkaufs von Geräten und Einrichtungen hat sich jedoch seit 2006 um 5 % verringert.

Diese Sammlung aufschlussreicher Marktdaten bietet wiederum ein interessantes Spektrum der Dentalbranche sowohl auf der Hersteller- und Zulieferer- wie auf der Endbenutzer-Seite. Die Studie kann bestellt werden bei:

Dr. Ulrich Wanner, Bern, ADDE

ADDE
Generalsekretariat
3073 Gümligen/BE, Schweiz
031 9527892
info@adde.info
www.adde.info

Schmerzhafte Evolution

Erstmaliges Auftreten von Oral- und Dentalerkrankungen bei 275 Millionen Jahre altem Reptil nachgewiesen.

NEW YORK/HEIDELBERG – Unsere Anfälligkeit für Infektionen im Mundraum hat gewisse Parallelen zu Reptilien der Urzeit, die sich von reinen Fleischfressern zu Allesfressern entwickelten. Robert Reisz von der University of Toronto und Kollegen wiesen bei Reptilien des Paläozoikums, die sich im Übergang zum Leben auf dem Land befanden, durch Infektionen verursachte Schäden im Kieferknochen nach.

Foto: Robert R. Reisz

Die Wissenschaftler untersuchten die Kiefer einiger gut erhaltener Exemplare des Labidosaurus hamatus, eines 275 Millionen Jahre alten Landreptils aus Nordamerika. Mithilfe einer Computertomografie konnten Reisz und Kollegen eine massive Infektion an einem Reptil nachweisen, die zum Verlust mehrerer Zähne, Schäden am Kieferknochen in Form eines Abszesses und zum inneren Verlust von Knochengewebe führte.

Als die Vorfahren weiter entwickelter Reptilien zum Leben an Land übergingen, entwickelte sich nun bei einigen Spezies ein fest verankertes Gebiss, bei dem einzelne Zähne nur selten oder nicht mehr ersetzt wurden. Die Reptilien waren nun in der Lage, ihre Nahrung zu kauen und die Nahrungsaufnahme deutlich zu verbessern. Die weltweite starke Verbreitung des Labidosaurus und seiner Verwandten sprechen für den evolutionären Erfolg dieser Strategie.

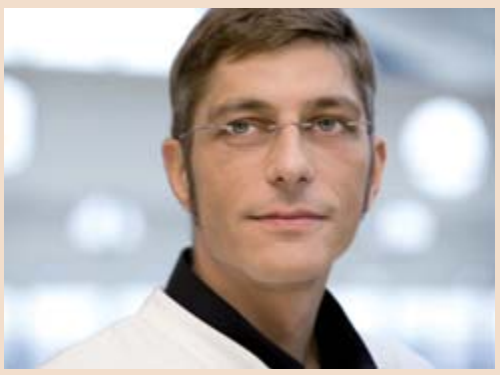
Reisz und seine Kollegen gehen allerdings davon aus, dass dieses Reptil wahrscheinlich vermehrt von Kieferinfektionen durch Zahnschäden geplagt war: „Unsere Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass der Mensch mit einem einmaligen Zahnwechsel vom Milchgebiss zu einem bleibenden Gebiss zwar sicherlich verschiedenste Nahrungsmittel besser kauen und verarbeiten kann, dafür aber anfälliger ist für Infektionen als unsere entfernten Vorfahren, deren Zähne kontinuierlich ersetzt wurden“, so die Autoren. DT

Quelle: Reisz R R et al (2011). Osteomyelitis in a Paleozoic Reptile: ancient evidence for bacterial infection and its evolutionary significance. Naturwissenschaften – The Nature of Science. DOI 10.1007/s00114-011-0792-1

Forschungsauszeichnung

IADR: Dr. A. Rainer Jordan zu einem der Internationalen Direktoren der Forschungsgruppe gewählt.

WITTEN – Mehr als 12.000 Mitglieder zählt die weltgrößte Vereinigung von Zahnärzten, die International Association for Dental Research (IADR), die die wichtigste Organisation für Forschungsarbeiten zur globalen Mundgesundheit darstellt. Priv.-Doz. Dr. A. Rainer Jordan von der Universität Witten/Herdecke wird mit der Ernennung zum International Director der Forschungsgruppe Epidemiologie und Versorgungsforschung für seine Forschungsleistung geehrt, die er zum Thema Mundgesundheit in den letzten Jahren erbracht hat.



Dr. A. Rainer Jordan

Noch als Studierender hat er ein Hilfsprojekt zur Zahngesundheit in dem westafrikanischen Staat Gambia (mit) gegründet und betreut es heute noch. Seit den 1990er-Jahren arbeitet Jordan an dem Thema HIV und Zahnbehandlung. Die aktuelle Forschungsarbeit betreibt Jordan zusammen mit den Augusta-Kranken-Anstalten in Bochum. Darin geht es um Frauen, die nach einer Brustkrebsoperation Behandlungen mit Chemo- oder Strahlentherapie bzw. Hormonhemmern auf sich nehmen müssen und unter massiven Kaubeschwerden leiden. DT

Quelle: Universität Witten/Herdecke

ANZEIGE

Deutsche Gesellschaft für
DGOI
Orale Implantologie

Praxisorientierte Fortbildung für das gesamte Team

Curriculum Implantologie „8+1“
Systematische Ausbildung in der Implantologie mit führenden Referenten aus Hochschule und Praxis
Das Curriculum ist Voraussetzung für den „Geprüften Experten der Implantologie“ (DGOI)*
Zertifikat der New York University College of Dentistry (bei voller Mitgliedschaft)

Curriculum Implantatprothetik „4+1“
Systematische Kursreihe zur Implantatprothetik für Zahntechniker und Zahnärzte
Das Curriculum ist Voraussetzung für den „Geprüften Experten der Implantatprothetik“ (DGOI)*

Curriculum Implantologische Fachassistenz „2+1“
Die ideale Ergänzung für das Praxisteam zu den Themen: „Grundlagen der Implantologie“, „OP-Management“, „Abrechnung“, „Hygiene“ und „Patientenführung“
Mit Abschlussprüfung und Zertifikat der DGOI

Außerdem:
Kursreihe Minimalinvasive Implantologie und Expertenkurse

* Curriculare Reihen anderer Fachgesellschaften werden von der DGOI anerkannt.

Nähere Informationen zu den Fortbildungsangeboten und aktuelle Termine erhalten Sie beim DGOI-Büro in Kraichtal:

Frau Semmler, Tel.: 07251 618996-15, Fax: 07251 618996-26,
semmler@dgoi.info und im Internet: www.dgoi.info

Dental Tribune German Edition · Nr. 6/2011 · 1. Juni 2011

Die laserunterstützte Zahnmedizin in der täglichen Praxisroutine: Ein „Multiwave"-Konzept

Was die Natur hervorbringt und der Mensch als Techniker „formt", kann am Ende in den richtigen Händen viel Nützliches vollbringen. Gemeint ist der Laser und dessen Einsatz in der Zahnmedizin. Von Dr. Kresimir Simunovic, med. dent. André Scholtz, Zürich, Schweiz.

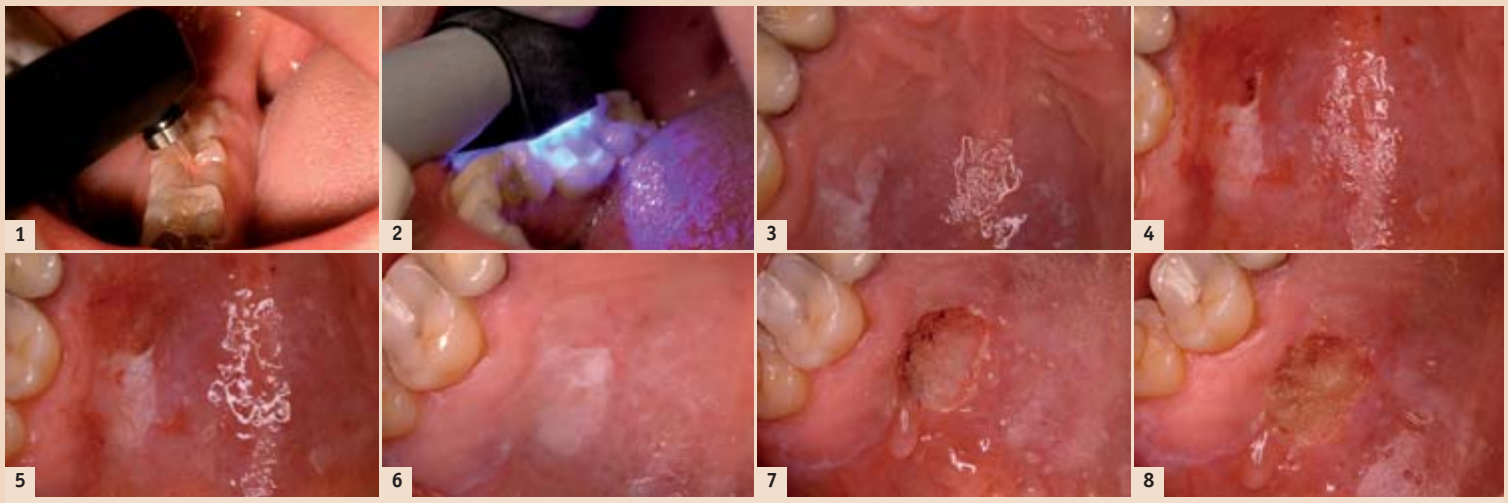


*Abb. 1: Erfassung von Karies und Konkremente durch numerische Differenzierung zwischen gesunder Zahnhartsubstanz, den Konkrementen und bakteriellen Stoffwechselprodukten mit dem DIAGNOdent pen (KaVo). – **Abb. 2:** Ermittlung von Plaque und Karies durch computerunterstützte Differenzierung zwischen gesunder Zahnhartsubstanz und bakteriellen Stoffwechselprodukten mit der VistaProof intraorale LED-Kamera (DÜRR DENTAL). – **Abb. 3 bis 8:** Teilablation mit dem Er:YAG-Laser, Entfernung des zweiten Teils nach sieben Tagen, Nachkontrolle nach zwei bis drei Wochen und bei jedem Recall, in der Zwischenzeit instruierte Selbstbeobachtung durch Patient.*

Seit Einstein die Natur des Lichtes beschrieben hatte und somit die Grundlagen des Laserprinzips vor über hundert Jahren postulierte, verging eine lange und teils widerspenstige „Zeit der Experimente", bevor wir endlich in unserem Zeitalter eine schnelle und breitflächige Ausbreitung dieses faszinierenden, biologischen Instruments des Lichtes über alle Bereiche der Zahnmedizin erleben durften und weiterhin auch dürfen.

Anfang der Sechzigerjahre baute Maiman den ersten Laser, einen Rubinlaser. So war „a solution looking for a problem", eine Lösung nach der Suche eines Problems, geboren, ohne damals einen definierten Einsatz prägen zu können. Erst in der Morgendämmerung unseres Millenniums erzielte man eine beträchtliche Bandbreite von Wellenlängen, Pulsdauern und Leistungen, um heute einen sicheren und effizienten klinischen Einsatz in der Zahnmedizin zu unterstützen. Wir sind nun in der privilegierten Lage, den Laser als unterstützendes Instrument und eine komplette und unabhängige Anwendungsmöglichkeit in fast allen zahnärztlichen Indikationen als evidenzbasierte, laserunterstützte Zahnmedizin im Sinne eines „Multiwave"-Konzepts einsetzen zu können. In diesem Sinne teilen wir die laserunterstützte Zahntherapie in unserer Praxis gemäß dem gewünschten Haupteffekt am Zielgewebe in drei Hauptkategorien ein:

1. Ablation: vorwiegend in der ästhetischen, kosmetischen und konservativen Zahnmedizin und der Chirurgie
2. Dekontamination: vor allem in der Endodontie und Parodontologie
3. Biomodulation LLLT/LILT als zusätzliche Konstante der oben erwähnten Therapieformen oder im Sinne einer alleinständigen Therapie z.B. in der Biomodulation und der PDT.

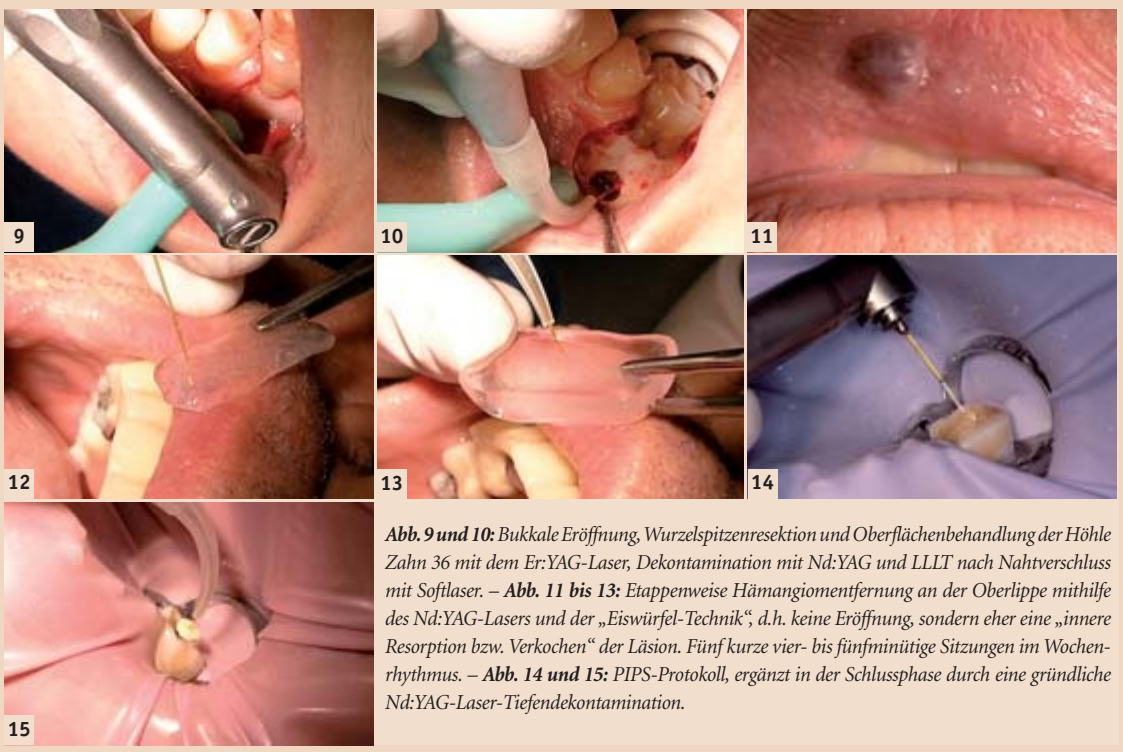


*Abb. 9 und 10: Bukkale Eröffnung, Wurzelspitzenresektion und Oberflächenbehandlung der Höhle Zahn 36 mit dem Er:YAG-Laser, Dekontamination mit Nd:YAG und LLLT nach Nahtverschluss mit Softlaser. – **Abb. 11 bis 13:** Etappenweise Hämangiomentfernung an der Oberlippe mithilfe des Nd:YAG-Lasers und der „Eiswürfel-Technik", d.h. keine Eröffnung, sondern eher eine „innere Resorption bzw. Verkochen" der Läsion. Fünf kurze vier- bis fünfminütige Sitzungen im Wochenrhythmus. – **Abb. 14 und 15:** PIPS-Protokoll, ergänzt in der Schlussphase durch eine gründliche Nd:YAG-Laser-Tiefendekontamination.*

Im „Multiwave"-Konzept harmonieren natürlich alle drei Therapieansätze als ein Team, wobei die entsprechende Kategorie nur die prädominierende Wirkung ausspricht. Dazu gesellt sich die Diagnostik – oft als erster Zugang zur laserunterstützten Befundaufnahme für den Patienten. Somit kommen in unserer Praxis folgende Wellenlängen zum Einsatz: 630/670 nm, 810 nm, 980 nm, 1.064 nm und 2.940 nm. Die Wahl resultierte stufenweise aus der Konsultation/Analyse der Basistabelle der laserunterstützten Zahnmedizin der Universität Aachen (Prof. Gutknecht). Je nach gewünschtem Zielgewebe und entsprechendem Absorptionskoeffizienten eruieren wir entlang der Horizontalen die Wellenlänge mit der effizientesten Interaktion mit dem zu therapierenden Gewebe und definieren somit die Laserquelle. Unsere Patienten erhalten ein Faltblatt mit einer kurzen Beschreibung des Lasereinsatzes in unserer Praxis, begleitet von einer individuellen Aufklärung durch unser Team über die Rolle des Lasers in der vorgesehenen Therapie.

Vom Suchen und Finden

In der Diagnostik unterscheiden wir zwischen der laserunterstützten Detektion von Plaque, Karies, Zahnstein und Konkrementen mittels fluoreszenzbasierten Hilfsmitteln (z.B. DIAGNOdent Pen, VistaProof LED Intraoralkamera). Ergänzend wirken der Pulpatest basierend auf der Doppler-Flowmetrie und die intra orale FV Fluorescence Visualisation zur primären Früherkennung von verdächtigen intraoralen Schleimhautveränderungen durch verminderte Fluoreszierung des Gewebes in den betroffenen Gebieten. In diesem Sinne hat der Patient den ersten Kontakt mit Laserlicht während einer Neuaufnahme, einer Notfallsitzung oder im Recall, wenn eine Plaque-, Karies- und Konkrementerfassung oder ein Vitalitätstest notwendig sind.

Beide Produkte analisieren die Bandbreite zwischen der Qualität der Lichtemission von gesundem Schmelz/Dentin im grün-blauen Wellenlängenbereich und der Lichtemission der bakteriellen Stoffwechselprodukte im tieferen, roten Wellenlängenbereich. Daraus ergibt sich eine numerische oder/und visuelle Angabe der Notwendigkeit zur Überwachung oder Therapie. Es handelt sich hierbei jedoch nur um Hilfsmittel im Rahmen einer laserunterstützten Diagnostik. Entsprechende Röntgenbilder und ein kompletter Parodontalstatus, wo erforderlich, sind für eine vollständige Untersuchung, Dokumentation und Therapieplanung unabdingbar.

Ablation

Anwendung in der konservierenden Zahnheilkunde

Seit die neue Generation von Er:YAG-Lasern eine sehr feine und variable Einstellung der Pulsdauer, Frequenz und Energie erlaubt, erweitert sich das Indikationsspektrum auf fast alle möglichen Anwendungen zur Bearbeitung der Zahnhartsubstanz, von einer einfachen Fissurenversiegelung über Onlays/Veneers bis zu komplexen CAD/CAM- bzw. CEREC-Fällen ***(Abb. 1 und 2)***. Zu betonen ist auch der positive prophylaktische „Nebeneffekt" der dabei entstandenen Mikroporen, als Auffänger von Kalzium-, Phosphat- und Fluoridionen, zu einer Optimierung der Kristallgitterstruktur von ursprünglich Karbonatapatit über Hydroxylapatit bis letzthin zu dem säureresistenteren Fluorapatit. Ausgeschlossen ist immer noch das Entfernen von Metall- und Porzellanfüllungen.

Laserunterstützte ästhetische und kosmetische Zahnmedizin

Der Lasereinsatz in diesem Indikationsbereich umfasst das Aufhellen von Zähnen, das Bearbeiten von Weich- und Knochengewebe sowie von Zahnhartsubstanz für laborhergestellte oder direkte CERECs, Teilkronen und Veneers. Unser Power-Bleaching besteht aus dem Auftragen eines 30 % H_2O_2-Gels, aktiviert durch eine Dioden- oder Nd:YAG-Bestrahlung von 30 Sekunden pro Zahn, bis maximal drei Zyklen pro Sitzung. Es handelt sich um ein laseraktiviertes Bleaching direkt durch den Aktivator im Pulver, wobei der sehr geringe Wärmeanstieg nur minimal zum eigentlichen Bleichen beiträgt.

Die Modellierung von Weich- und Knochengewebe ist oft notwendig zur Gestaltung einer angenehmen, symmetrischen Lachlinie und zur Gewährleistung der notwendigen biologischen Breite. Die Wellenlänge 2.940 nm ist heute dank entsprechender Pulsdauerwerte auch ideal für die Weichteilchirurgie, wo wir Gingiva, Knochen und Zahnhartsubstanz mit einem einzigen Laser bearbeiten können.

Laserunterstützte Chirurgie

Die Chirurgie bietet den umfangreichsten Indikationsbereich für den Lasereinsatz. Bei uns setzt der Er:YAG-Laser dank effizienter Modulation der Pulsdauer, der Taktrate sowie der Energie- und Wasser/Luft-Regulierung einen Goldstandard für eine exzellente Weich- und Hartgewebsbehandlung ***(Abb. 3 bis 8)*** und

ANZEIGE

De-Wiss.com
So sieht Sparen in der Praxis aus!
Kostenloser, elektronischer Auftragszettel.
Online Versandt Ihrer ZE-Aufträge!
Eindeutig & Datensicher an Ihre ausgewählten Laborpartner
De-Wiss.com UG - D-78404 Konstanz - Postfach 10042
Tel: 0049 4661 18 53 699 - E-Mail: info@de-wiss.com

wird ergänzt durch den Diodenlaser (Wellenlängen 810 und 980 nm) für Weichgewebseingriffe, Dekontamination und Biostimulation.

Der Nd:YAG-Laser findet hier seinen Einsatz in der Weichgewebsmodellierung, der Behandlung von Aphthen und Herpes und für die Entfernung von vaskulären Läsionen.

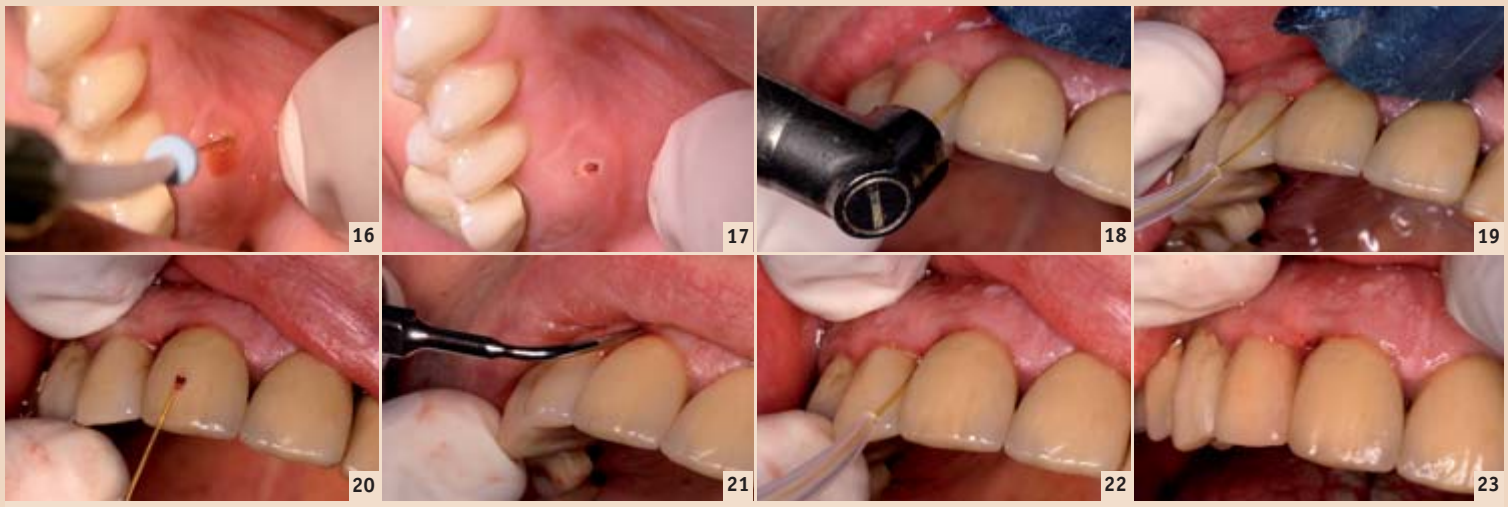


Abb. 16 und 17: *Alleinige laserunterstützte Fistelbehandlung zur mittelfristigen Erhaltung des Zahnes 26 aus beruflichen Gründen der Patientin. Ablauf: Spülung, Dekontamination, Deepithelialisierung des Fistelkanals und Verschorfung inklusive Biostimulation mit Dioden- (810 nm) oder Nd:YAG-Laser. –* ***Abb. 18 bis 23:*** *Behandlungsablauf einer geschlossenen Parodontitistherapie: primäre oberflächliche Taschendekontaminierung und Ablation des Granulationsgewebes einer breiteren Tasche mit dem Er:YAG-Laser, unterstützt durch einen ersten Durchlauf mit Dioden- bzw. Nd:YAG-Laser. Anschließende CHX-Spülung und Kürettage mit Konkrementlokalisierung mittels PerioScan (Sirona). Abschließende Taschentiefdekontaminierung und Biostimulation, beides mit Nd:YAG- bzw. Diodenlaser (810 nm). Blutkoagulum als Wundverband mithilfe des Nd:YAG-Lasers mit langer Pulsdauer.*

Der Er:YAG ist das Mittel der Wahl für eine selektive und biologische Knochenentfernung oder -remodellierung ohne klassische traumatische und thermische Nebenwirkungen.

Der Laser hinterlässt eine „native" d.h. ursprüngliche, stressfreie Knochenoberfläche, erlaubt somit eine schnelle Revaskularisierung und eine qualitativ sehr hochwertige Gewebsheilung.

Dekontamination

Laserunterstützte Endodontie

Endodontie ist sicher eine der dankbarsten und bestuntersuchten Teilgebiete der laserunterstützten und evidenzbasierten Zahnheilkunde. Die schon klassischen äußerst wirksamen Wellenlängen 1.064 nm und 810 nm ermöglichen es, das sehr unregelmäßig verzweigte, dichte Mosaik der infizierten Dentintubuli sehr effektiv zu behandeln.

Der Nd:YAG-Laser dekontaminiert effizienter und biologischer als jede Spüllösung oder vergleichbare Wellenlange die lateralen, stark verästelten Tubuli bis zu einer Tiefe von ca. 1.100 µm, mit einer ca. 95%igen Wirksamkeit, entsprechend der bestehenden bakteriellen Tiefenwanderung. Wegen der starken Pigmentierung der beteiligten Bakterien (v.a. *Enterococcus faecalis* als einer der Problemkeime), ist der bakterizide Effekt sehr präzise, biologisch und bei richtiger Anwendung ohne schädlichen Nebeneffekt am Nachbargewebe.

Nebenwirkungen der Streustrahlung sind, dank entsprechender Biostimulation, welche uns eine bessere Wundheilung und eine schnellere Zellregenerierung erlaubt, in diesem Sinne positiver Natur. Unser klinisches Protokoll beinhaltet meist zwei bis drei Sitzungen einer kombinierten Behandlung von Er:YAG- und Nd:YAG-Laser. Dank neuer Quarzfasern, welche den Erbiumstrahl in der Tiefe des Wurzelkanals auch seitlich die Kanalwand abtasten lassen (Preciso Tip, Fotona), ist die Smearlayer-Entfernung und eine erste Dekontamination bis ca. 0,4 mm in den lateralen Tubuli möglich.

Es folgen drei bis fünf Zyklen der Nd:YAG-Tiefendekontamination von jeweils einer konstanten, zügigen 2 mm/Sekunde-Bewegung von apikal nach koronal in einem Abkühlungsintervall von ca. 30 Sekunden pro Kanal zwischen den Zyklen. Eine Alternative bietet das in den USA von M. Colonna und E. DiVito entwickelte PIPS (PhotonInduced PhotoacousticStreaming)-Protokoll, basierend auf einer Erbium-Quarzfaser (PIPS-Tip, Fotona), welche seitlich eine großzügigere Laserstrahlung erlaubt. Bei der Behandlung wird der Ansatz bis zu ca. einem Drittel in den mit EDTA gefüllten Kanal platziert. Die entsprechende Aktivierung verdrängt durch eine fotoakustische Schockwelle das EDTA bis in die seitlichen Tubuli ***(Abb. 14)***. Eine nachfolgende Nd:YAG-Dekontaminierung ist im USA-Protokoll nicht vorhanden, wird aber bei uns als Schlussdekontaminierung ins Protokoll integriert ***(Abb. 15)***.

Die erwähnten Protokolle werden auch zur Stiftkanalreinigung und Dekontaminierung vor dem Zementieren von stiftgetragenen prothetischen Lösungen eingesetzt. Sie verstärken so bei entsprechenden adhäsiven Verfahren die Adhäsion des Zementes gegenüber den klassischen Methoden dank veränderter Dentinoberflächenmorphologie.

Bei periapikalen Läsionen sind Fisteln oft ein Begleitphänomen, welche zusätzlich effizient mit dem Dioden- oder Nd:YAG-Laser therapiert werden. Dabei geht es primär um die Dekontamination des Kanals, gefolgt durch eine minutiöse Deepithelialisierung der Innenwände und Verschorfung des Eingangs. Eine Biomodulation ist v.a. beim Diodenlaser mit 810 nm Wellenlänge inklusive ***(Abb. 16 und 17)***.

Laserunterstützte Parodontologie

Der bakterizide Effekt und die konsequente Entfernung von granulomatösem Weichgewebe und infiziertem Hartgewebe gehören, einschließlich der Oberflächenreaktivierung und der darauffolgenden Biomodulation/Biostimulation des zu regenerierenden Gewebes, zu den Grundpfeilern einer Parodontaltherapie. Ein entsprechender Lasereinsatz ist deshalb äußerst effizient, wie durch mehrere Methoden wie LANAP & Co vor allem in den letzten zehn Jahren bereits erfolgreich geschildert wurde. Im Vergleich, beispielsweise zur laserassistierten Endodontie, bestehen über die Vorteile gegenüber rein klassischen Methoden teils noch Unklarheiten, obwohl der kombinierte Einsatz von Laser und klassische Methoden in mehreren Studien als vorteilhafter bewiesen wurde. In unserer Praxis haben wir das computerunterstützte, behandlerunabhängige Florida Probe 32 System zur Erstellung von Parodontalstaten eingeführt. Es erlaubt uns einen objektiven behandlerunabhängigen Vergleich der Ergebnisse und gewährleistet somit eine objektive Beurteilung des Anfangsbildes und dessen zeitlichen Verlaufs.

Während einer geschlossenen Parodontalbehandlung bei Taschen bis ca. 6 mm (in Spezialfällen auch mehr), werden der Er:YAG-, der Dioden- (810 nm) und/oder der Nd:YAG-Laser eingesetzt ***(Abb. 18 bis 23)***. Bei einer offenen Behandlung kommt primär der Er:YAG-, evt. kombiniert mit dem Dioden- (810 nm) oder Nd:YAG-Laser (zur Dekontamination, Biostimulation und Deepithelialisierung), zum Einsatz. Die abschließende Deepithelialisierung erlaubt ein diskretes Reattachment in der Tiefe der Tasche, bevor der äußere Reepithelialisierungsprozess mittels eines Saumepithels fortschreitet. Dieses Protokoll schließt auch Perimukositis und Periimplantitis ein, beide geschlossen als Notfallsituation oder in zweiter Instanz offen therapiert. Die Verwendung des Nd:YAG-Lasers ist wegen der Gefahr von thermischen Nebeneffekten an der Titanoberfläche in unserer Praxis trotz der aktuellen Verfügbarkeit längerer Pulsdauern immer noch kontraindiziert.

Im Prinzip wird eine primäre Sterilisation mit dem Dioden-, Nd:YAG- (bei engeren aktiven Taschen) oder Er:YAG-Laser (bei weiterem Zugang) gewährleistet, um eine intraoperative bakterielle Ausbreitung in die Tiefe und in den Blutkreislauf zu minimieren. Dies ist eine sinnvolle zusätzliche Schutzmaßnahme, vor allem bei immunschwachen, medizinisch kompromittierten Risikopatienten.

Danach folgt eine klassische geschlossene Kürettage manuell, mit Ultraschall oder Piezogerät, unterstützt durch eine Er:YAG-unterstützte Konkremententfernung auf der Wurzeloberfläche und des verlorenen Granulationsgewebes auf der Taschenseite, mit anschließender Er:YAG-unterstützten Wurzeloberflächenbehandlung und Dekontaminierung zur Förderung einer lokalen Regenerierung. Zur Vervollständigung erfolgt eine Tiefendekontaminierung in drei bis fünf Zyklen mit einer zügigen nonstop 2 mm/Sekunde mäanderförmigen Faserführung mittels Dioden- oder Nd:YAG-Laser. Der letzte Laserdurchgang bis zu ca. 4 mm Tiefe dient der Bildung eines oberflächlichen Koagulums als „biologischer" Wundverband. Zu erwähnen ist ebenfalls die erstpublizierte Methode WPT (wavelenght optimized periodontal therapy) von R. Barr und M. Colonna/USA, mit welcher die geschlossene Parodontaltasche alternierend im Fünf-Schritt-Modus mittels Nd:YAG-/Er:YAG-Laser therapiert wird. Es handelt sich hierbei eigentlich um eine erweiterte Umsetzung der bestehenden Protokolle.

Low-Level/ Intensity-Laser-Therapie

Biostimulative oder biomodulative Eigenschaften sind eine nachgewiesene Eigenschaft einer laserunterstützten Therapie. Dennoch gibt es auch eigenständige Indikationen der Low-Level-Laser-Therapie (LLLT): die antimikrobielle oder transgingivale photodynamische Therapie (meist im Recall integriert) und die Biostimulation oder Biomodulation auf Zellebene.

Letztere kommt bei der optimierten Wundheilung, z.B. bei Myoarthropathien, in der Laser-Akupunktur, bei örtlichen Schmerztherapien oder allgemein bei Neuralgien, Verletzungen gewisser Nervareale, Phantomschmerzen usw. zum Einsatz. Aus diesem Grund ist die Biomodulation der dritte Pfeiler unseres „Multiwave"-Konzepts.

Zusammenfassung

Im vorliegenden Beitrag wurde bewusst auf Parameter für jegliche oben erwähnte Indikationen oder Therapieabläufe verzichtet. Ziel war es, weniger eine Bedienungsanleitung, sondern vielmehr eine Inspiration für die tägliche Arbeit zu bieten. Die entsprechenden Parameter werden von den Herstellern zur Verfügung gestellt, um den Start in die laserunterstützte zahnmedizinische Therapie, mit vorausgesetztem Basiswissen über die laserunterstützte Zahnheilkunde und entsprechendem ethischen Selbstvertrauen zu gewährleisten.

Ausgiebigere Nachschlagewerke, wie Fachbücher, Fachzeitschriften, Internet, und vor allem theoretische und praktische Fortbildungskurse und Workshops sind absolut notwendig für einen sicheren und produktiven Lasereinsatz in der evidenzbasierten laserunterstützten Zahnmedizin. DT

Ein spezieller Dank gilt meinem Vater, einer der Pioniere der LLLT, welcher mich durch großen Willen, enormen Credo und konstanten Tatendrang ständig inspiriert und unterstützt, Alwin Schönenberger, Pascal Müller & Co., ein Team, welches unsere laserunterstützten Präparationen mit viel Liebe zum Detail in Kunstwerke übersetzt (www.dentalceramics.ch) *und gemeinsame Projekte täglich mit Hingabe unterstützt.*

Erstveröffentlichung: Laser Journal 2/10

Dr. Kresimir Simunovic

Med.dent. André Scholtz
Praxis für laserunterstützte Zahnmedizin
Seefeldstr. 128, 8008 Zürich, Schweiz
Tel.: +41 44 3834070
ksimunovic@smile.ch
www.simident.ch

ANZEIGE

Swiss Blend Zahnersatz:
Schweizer Qualität zum Bombenpreis!

Aktionspreise bis 15.07.2011
Zirkonbrücke (3-gl, Schichttechnik)
390,- Euro (Swiss Made)
290,- Euro (Swiss Proofed)
Inkl. Modelle, Artikulator, Versand und gesetzl. MwSt.

Rufen Sie jetzt an!
0800 – 2070222
(aus Deutschland)

Swiss Blend AG, Turbinenweg 2, CH-8866 Ziegelbrücke
info@swissblend.ch, **www.swissblend.ch**

Swiss Blend
we style your smile.

DENTAL TRIBUNE German Edition · Nr. 6/2011 · 1. Juni 2011

„Nummer 1 für sichere Wasserhygiene in der Zahnarztpraxis."

Durch die Etablierung einer einzigartigen Produktlinie in Deutschland und Europa soll ein messbarer Beitrag zur Infektionsprävention in Zahnarztpraxen geleistet werden. Jan Papenbrock und Christian Kunze, Geschäftsführer der BLUE SAFETY™, über Verfahren und Nutzen der BLUE SAFETY™-Technologie. Von Jeannette Enders, *DT German Edition*.

MÜNSTER/LEIPZIG – Wasserhygiene ist wichtig. Wichtig vor allem deswegen, weil die Verbreitung von antibiotikaresistenten Mikroorganismen, wie z.B. Pseudomonas aeruginosa, über Wasser ein infektiologisch evidentes Thema ist. Mittels der BLUE SAFETY™-Technologie soll für eine sichere Hygiene in der Zahnarztpraxis gesorgt werden. In Deutschland sind die Anlagen der innovativen Technologie des jungen Unternehmens BLUE SAFETY™ mit Sitz in Münster bereits erfolgreich im Einsatz.

Christian Kunze

Jan Papenbrock

***DT:* Was waren die Gründe, sich Gedanken über die Optimierung der Trinkwasseraufbereitungstechnologie zu machen und wie kam es zur Realisierung dieser?**

Gründe, sich Gedanken zu machen, waren Biofilmschleim, Pseudomonaden, Legionellen, Algen und Viren, die wir in Dentaleinheiten gefunden haben und über die seit mehr als 40 Jahren wissenschaftlich in diesem Zusammenhang berichtet wird. Für die Lösung des Problems, also für eine dauerhafte und sichere Wasserhygiene, ist ein in der Erstellung komplexes und für jede Praxis individuelles Konzept erforderlich. Trotz allem muss es in der Praxis leicht umsetzbar und speziell auf die Bedürfnisse von Zahnarztpraxen abgestimmt sein. Das erfordert als Basis jedoch eine entsprechende Technologie, die hier effizient und unproblematisch eingebunden werden kann. Aus dieser Erkenntnis heraus wurde von uns zusammen mit spezialisierten Elektronik- und Technologieunternehmen unserer Region BLUE SAFETY™ entwickelt. Kunden erhalten damit von uns alles aus einer Hand, also „Made in Münster".

Können Sie uns das Prinzip der BLUE SAFETY™-Technologie erklären?

Das technologische Prinzip beruht auf der elektrochemischen Erzeugung des desinfizierenden Wirkstoffes hypochloriger Säure. Die Säure wird auf der Basis von Wasser und Salz produziert, was nicht nur umweltfreundlich, sondern auch ein natürlicher Prozess ist. Bedenken Sie: HOCl wird auch vom Immunsystem des menschlichen Körpers erzeugt. Der spezielle Wirkmechanismus von BLUE SAFETY™ sorgt dafür, bakterielle Resistenzen auszuschließen.

Mit welchen internationalen Institutionen arbeiten Sie zusammen?

Wir arbeiten international mit Wissenschaftlern im Gebiet der Biofilmforschung sowohl aus den USA als auch in Europa mit den Universitäten Münster, Bonn und Dublin zusammen. Mit ihren Arbeitsschwerpunkten im Bereich der Trinkwasserhygiene begleiten sie unsere Konzepte und unsere Technologie ständig streng wissenschaftlich und unabhängig. Auch aus diesem Grund werden ebenfalls die hieraus entstandenen Erkenntnisse mittlerweile sogar von Gesundheitsämtern stark beachtet.

Auf der IDS 2011 in Köln stellte David Coleman, Professor für orale und angewandte Mikrobiologie an der Universität Dublin, die Ergebnisse seiner Studien zu diesem Verfahren vor. Könnten Sie für uns die Erkenntnisse zusammenfassen?

Die wichtigsten Erkenntnisse der Langzeitstudien waren, dass der dauerhafte Einsatz unter mikrobiologischer Sicht sowohl erforderlich ist als auch keinerlei Materialveränderungen an den Bestandteilen der Dentaleinheiten hervorruft. Unter toxikologischen Aspekten hat das so aufbereitete Wasser keinerlei Einflüsse auf menschliches Epithelgewebe gezeigt und ist selbst in hohen Konzentrationen als sicher zu bezeichnen. Letztlich handelt es sich ja nur um Trinkwasser, was in die Einheiten gelangt und auch an den Patienten ausgegeben wird.

Welchen Nutzen und welche Vorteile ergeben sich für Zahnarzt und Praxisteam?

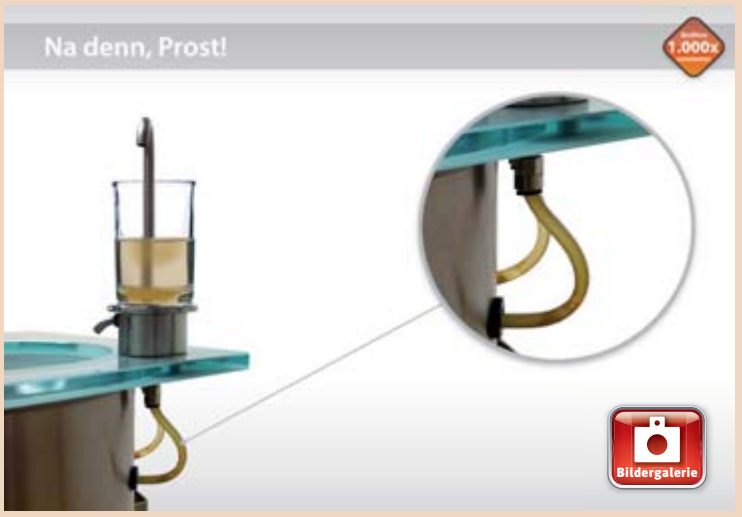
Der Nutzen des BLUE SAFETY™-Konzeptes liegt zuallererst in der garantierten hygienischen Sicherheit der Behandlungseinheiten und der daraus resultierenden Rechtssicherheit für die Praxen. Aspekte wie Infektionsschutz und Arbeitssicherheit sind neben technischen Vorteilen entscheidend für unsere Kunden. Kein Verstopfen der Winkelstücke durch Biofilm, Verringerung der Probleme mit der Absauganlage und allgemein die Reduktion Biofilm-assoziierter Problematiken sind zu nennen. Neben der mikrobiologischen Absicherung des Wassers durch akkreditierte Probennehmer unseres Hauses bieten wir die Erstellung von praxisgerechten Hygieneplänen an.

Gibt es Beurteilungen aus der Praxis? Welche?

In den Praxen, die unsere Kunden sind, haben wir neue Hygienestandards in der Wasserhygiene setzen können, sodass jeder BLUE SAFETY™-Anwender von sich behaupten kann, über eines der saubersten Wässer aus Behandlungseinheiten weltweit zu verfügen. Mit BLUE SAFETY™ ist Deutschland führend in der zahnärztlichen Wasserhygiene im weltweiten Vergleich geworden, da wir zusätzlich auch noch die strengsten Messstandards anlegen. Das sorgt für eine hohe Zufriedenheit unserer Kunden. Hierzu trägt insbesondere auch die praxisnahe Integration unseres Konzeptes bei.

Mit welchen Kosten muss der Praxisbetreiber rechnen?

Da unser Konzept stark auf eine Amortisation ausgelegt ist, rechnet sich die monatliche Investition von ca. 370,– € über den Zeitraum von 5 Jahren. Erfahrungsgemäß können bei Zahnarztpraxen Einsparungen von bis zu 3.900,– € p.a. und bei Zahnkliniken in Höhe von 10.000,– € realisiert werden.



Bietet das Verfahren Rechtssicherheit bei Überprüfungen etwa durch das Gesundheitsamt?

Die mikrobiologischen Überprüfungen, die wir anbieten, bilden die Grundlage unseres Konzeptes und garantieren für die Rechtssicherheit für unsere Kunden. Es handelt sich weiterhin um eine Anlage zur Aufbereitung von Trinkwasser, die im Rahmen der technischen Regelwerke und gemäß der Trinkwasserverordnung vollumfänglich einsetzbar ist.

Wie sieht es mit den Garantieleistungen aus?

Wir geben unseren Kunden praktisch eine lebenslange Garantie durch unseren BLUE SAFETY™ Garantieschutzplan. Schließlich ist auch Hygiene keine Frage von Tagen, Monaten oder Jahren, sondern sie muss gelebt werden – ein Leben lang. Das weiß von unseren Kunden keiner so gut wie der Mediziner.

Welche Ziele verfolgt das Unternehmen BLUE SAFETY™ in den nächsten Jahren?

Unser Hauptziel in den kommenden Jahren ist, im Rahmen unserer Hygienekonzepte und auf Grundlage unserer einzigartigen Produktlinie in Deutschland und Europa einen messbaren Beitrag zur Infektionsprävention und bei der Übertragung von resistenten Mikroorganismen im Bereich des Trinkwassers in der Zahnmedizin zu leisten. Wir wollen als Unternehmen die Fehler, die in den letzten Jahrzehnten gemacht worden sind, nicht wiederholen und möglichst revidieren. Unternehmerisch wollen wir dabei eine Vorbildfunktion übernehmen, um unsere Pflicht hinsichtlich eines langfristig gesicherten Infektionsschutzes und eines nachhaltigen Umweltschutzes zu demonstrieren. Wir sehen uns als die Nummer 1 für sichere Wasserhygiene in der Zahnarztpraxis.

Vielen Dank für das Gespräch. DT

BLUE SAFETY™ in Deutschland
K+P GmbH
An der Alten Ziegelei 30, 48157 Münster
Tel.: 0800 25837233, Fax: 0800 25837234
hello@bluesafety.de, www.bluesafety.de

ANZEIGE

WISSENSCHAFT FÜR DIE PRAXIS

DZOI

Bis zum 30.06.2011 Frühbucherrabatt 10 %

Curriculum IMPLANTOLOGIE

Mo. 26.09. – Sa. 01.10.2011 an der Universität GÖTTINGEN

Vier Gründe, warum immer mehr Kollegen ihr Curriculum Implantologie beim DZOI machen:

- **Blockunterricht**
  ... konzentrierter Unterricht – 6 Tage an der Universität Göttingen!
- **Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie**
  ... nach Abschluss des Curriculums Implantologie besteht die Möglichkeit, den TSP Implantologie zu erlangen, mit der Weiterführung zum Master.
- **Dezentrale Chairside Teaching-Praxis**
  ... praktische Ausbildung in einer Teaching-Praxis eines Kollegen ganz in Ihrer Nähe.
  Die Termine stimmen Sie selbst mit der Praxis ab.
- **Testbericht**
  ... weil die ZWP-Zahnarzt-Wirtschaft-Praxis in ihrem großen Curricula-Vergleichstest festgestellt hat:

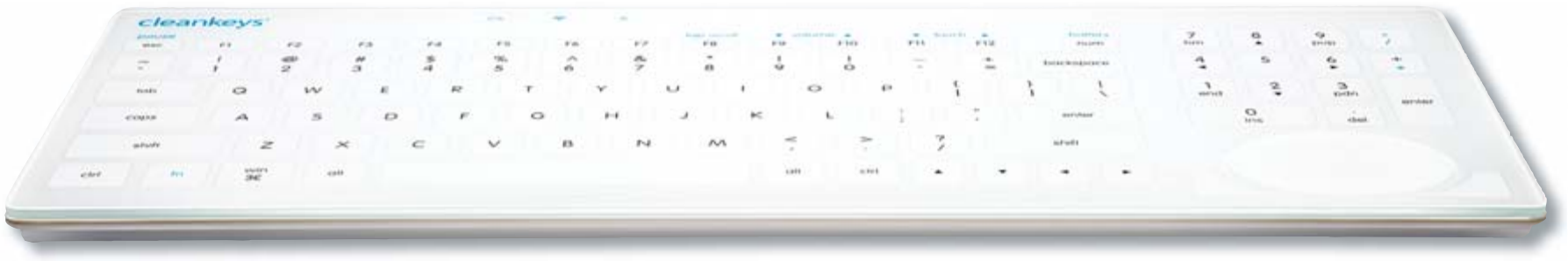
„Schneller und kompakter gelingt der Einstieg in die Implantologie woanders kaum!"

213 Fortbildungspunkte

Informationen und Anmeldung:
Deutsches Zentrum für orale Implantologie e.V.
Rebhuhnweg 2 | 84036 Landshut
Tel.: 0 871-66 00 934 | Fax: 0 871-96 64 478 | office@dzoi.de | www.dzoi.de

cleankeys®

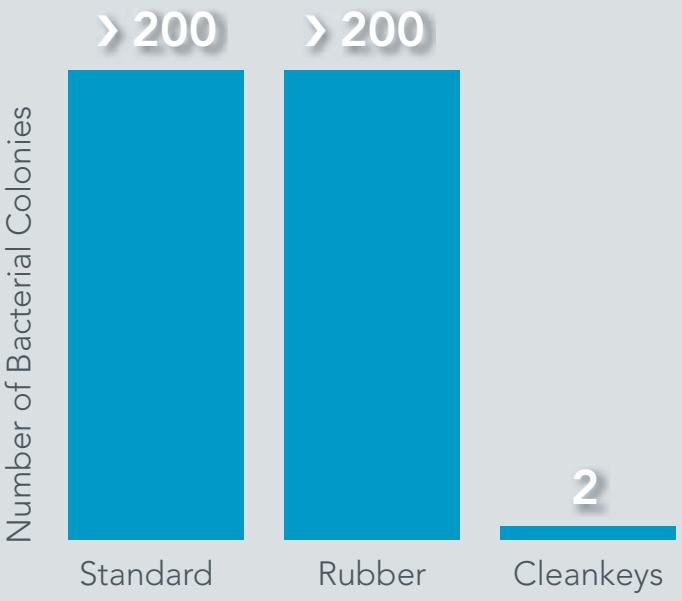
Ihre Lösung zur Infektionskontrolle

Erleben Sie den einfachsten Weg ein kabelloses Keyboard zu reinigen

Cleankeys Glas

Cleankeys Acryl

Die bessere Lösung - Cleankeys!

Pilot Studie zur Infektionskontrolle bei Tastaturen



Cleankeys is eine berührungsempfindliche Tastatur mit glatter Oberfläche, die sehr einfach mit einem Wisch gesäubert werden kann.

- ✓ es gibt keine Lücken zwischen den Tasten.
- ✓ es erlaubt dem Benutzer permanent die Tippfläche zu berühren ohne ständig Buchstaben zu erzeugen.
- ✓ es ist so intelligent, dass es den Unterschied zwischen einem Tippvorgang oder dem bloßen Ausruhen der Finger erkennt. Dadurch wird Tippen mit Cleankeys komfortabel und einfach.
- ✓ das Wichtigste jedoch ist die einfache Reinigung und Desinfektion. Die Tastatur ist komplett versiegelt und kann direkt an Ort und Stelle gesäubert und desinfiziert werden, wodurch sich bei effektiverer Nutzung Zeit sparen lässt.

ANZEIGE

Bromelain-POS® wirkt spürbar schnell.

- für eine beschleunigte Abschwellung
- für frühere Schmerzfreiheit
- für eine sichere Implantateinheilung

Rein pflanzlich, frei von Laktose, Farbstoffen und Gluten.

Bromelain-POS®. Wirkstoff: Bromelain. **Zusammensetzung:** 1 überzogene, magensaftresistente Tablette enthält Bromelain entsprechend 500 F.I.P.-Einheiten (56,25-95 mg). Mikrokr. Cellulose; Copovidon; Maltodextrin; Magnesiumstearat; hochdisp. Siliciumdioxid; Methacrylsäure-Methylmethacrylat-Copolymer (1:1) mittleres MG 135.000; Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer (1:1) mittleres MG 250.000; Diethylphtalat; Talkum; Triethylcitrat. **Anwendungsgebiete:** Begleittherapie bei akuten Schwellungszuständen nach Operationen und Verletzungen, insbesondere der Nase und der Nebenhöhlen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber Bromelain, Ananas oder einem der sonstigen Bestandteile. **Bromelain-POS®** sollte nicht angewendet werden bei Patienten mit Blutgerinnungsstörungen sowie bei Patienten, die Antikoagulantien oder Thrombozytenaggregationshemmer erhalten. **Nebenwirkungen:** Asthmaähnliche Beschwerden, Magenbeschwerden und/oder Durchfall, Hautausschläge, allergische Reaktionen. **Stand:** März 2011

URSAPHARM

Industriestraße, 66129 Saarbrücken, www.ursapharm.de

Großer Jubiläumskongress auf Malta

125 Jahre Familienunternehmen Dentaurum – 15 Jahre Dentaurum Implants: Genug Anlass für das Unternehmen, gemeinsam mit internationalen Referenten und Kunden zu feiern.

ISPRINGEN – Unter dem Motto „Partnerschaftliche Innovationen – mit Dentaurum Implants zum Erfolg" wurde für den 22. bis 25. September 2011 ein erstklassiges wissenschaftliches Programm zusammengestellt, mit dem Ziel, den Teilnehmern einen maximalen Wissenstranfer zu vermitteln.

Ein hochkarätiges, internationales Referenten-Team aus Ägypten, Deutschland, Iran, Italien, Jordanien und Polen deckt mit ihren Vorträgen implantologische und fachübergreifende Themen aus Wissenschaft, Forschung und Praxis ab und führt die Teilnehmer durch zahlreiche praktische Workshops. Neben Themen wie der dreidimensionalen Implantatplanung und der ästhetisch perfekten Implantatprothetik sind u. a. Erfahrungsberichte anhand chirurgischer und prothetischer Fallpräsentationen aus 20 Jahren Implantologie, Langzeiterfolge bei der Sofortimplantation, die Implantation bei reduzierten Knochenverhältnissen und die biomechanische Analyse von Minis und Shorties Gegenstand des erstklassigen Kongressprogramms. Abgerundet werden die interessanten Vorträge durch eine Live-OP mit Dr. Joachim Hoffmann, die direkt aus einer renommierten Praxis aus Valletta übertragen wird.

Dentaurum Implants bietet während des Aufenthalts auf Malta ein ebenso interessantes Rahmenprogramm an. Die Teilnehmer übernachten im Le Méridien St. Julians Hotel & Spa, einem der schönsten 5-Sterne-Hotels Maltas. Ein exklusives Barbecue Dinner im Reef Club direkt am Mittelmeer und ein Galadiner im historischen Mediterranean Conference Center runden den Malta-Aufenthalt ab.

Für den Besuch dieser Veranstaltung werden Fortbildungspunkte gemäß der Empfehlung der Bundeszahnärztekammer vergeben. Weitere Informationen:

Dentaurum Implants GmbH
Turnstr. 31
75228 Ispringen
Tel.: 07231 803-560
Fax: 07231 803-295
info@dentaurum-implants.de
www.dentaurum-implants.de

Firmenprofil

Knochenregeneration in Cannes diskutiert

Auf dem internationalen Osteology-Symposium stellten Wissenschaftler und Kliniker jüngste Erkenntnisse regenerativer Behandlungskonzepte vor. Eine Nachlese.

CANNES/LUZERN – Über 3.000 Zahnärztinnen und Zahnärzte aus aller Welt kamen, um die „Stars" der regenerativen Zahnmedizin auf dem Osteology-Symposium vom 14. bis 16. April 2011 zu hören. 85 Referenten, 24 Workshops im Vorkongress, 145 Posters, ein interaktives klinisches Forum mit SMS-Abstimmung im „Fokussierten Programm" und ein regelmäßig vollbesetzter Saal im Hauptprogramm.

Komplikationen bei der Knochenregeneration vermeiden

Die Guided Bone Regeneration (GBR) ist eine äußerst erfolgreiche Behandlung bei Dehiszenzdefekten, aber auch bei ausgeheilten schmalen Kieferkämmen. Eine der am häufigsten auftretenden Komplikationen der GBR ist die Membranexposition. Membranen mit einer verlängerten Resorptionszeit wie quervernetzte Kollagenmembranen haben eine höhere Komplikationsrate als native Kollagenmaterialien: Im Falle einer Exposition ist die Heilung des Weichgewebes beeinträchtigt und das Risiko für Wundinfektionen und Knochenverlust steigt.

Bei der Behandlung frischer Extraktionsalveolen kann die Resorption des bukkalen Knochens nicht verhindert, aber die Kontur des Kamms erhalten werden, wenn ein langsam resorbierender Knochenersatz appliziert wird. Die Sofortimplantation in Extraktionsalveolen birgt besonders in ästhetischen Bereichen und bei dünnem Gewebe Risiken, sodass der geeignete Implantationszeitpunkt sorgfältig ausgewählt werden muss.

Risikomanagement bei Periimplantitis

Die wichtigsten Risikofaktoren für Periimplantitis sind mangelnde Mundhygiene, eine Anamnese mit Parodontitis und Rauchen. Aber auch für Implantate, die eine radiologische Defektgröße von mehr als einen Millimeter aufweisen, besteht ein erhöhtes Risiko. Die positive Wirkung nicht-chirurgischer Therapien wie lokale antiinfektiöse Behandlungen, Kürettieren oder Ultraschall ist vorübergehend. Bei suprakrestalen und zirkumferenziellen Defekten können Knochenersatzmaterialien und Kollagenmembranen eine Behandlungsoption darstellen. Die Erfolgsraten sind jedoch niedriger als bei normalen GBR-Verfahren.

Parodontale Regeneration und Wurzeldeckung

Regenerative Verfahren unter Verwendung von Knochenersatzmaterialien eine schnellere Heilung ermöglichen und die Morbidität reduzieren. Hier werden jedoch weitere Studien benötigt.

Fotos: Johannes Eschmann/Dental Tribune Swiss Edition, Henrik Schröder/OEMUS MEDIA AG

Obwohl die Sinusbodenaugmentation mit Knochenersatzmaterialien oder autogenem Knochen ein standardisiertes, zuverlässiges Verfahren ist und die Komplikationsrate insgesamt niedrig darstellt, ist eine sorgfältige Fallauswahl und Planung aller Behandlungsschritte wichtig, um Komplikationen zu vermeiden. Bei komplexen Knochenaugmentationen wie vertikalen Rekonstruktionen erzielen intraorale Knochenblöcke, die mit Knochenersatzmaterial konturiert werden, positive Ergebnisse.

Chirurgen sollten bei ausgeprägten Knochendefiziten komplizierte Techniken vermeiden, wenn gute Behandlungsresultate auch einfacher erzielt werden können, zum Beispiel durch die Verwendung schmaler Implantate. Die größten Herausforderungen bei komplexen Fällen sind das Weichgewebemanagement, die korrekte 3-D-Planung und die optimale Stabilisierung des Augmentats. In der Zukunft könnten Wachstumsfaktoren wie PDGF oder BMP die Eingriffe erleichtern, in Kombination mit Schmelzmatrixproteinen verbessern die Langzeitprognose für Zähne. Das Weichgewebemanagement ist für den Erfolg äußerst wichtig: Das Lappendesign sollte einen spannungsfreien primären Wundschluss und eine vollständige Abdeckung gewährleisten. In der Zukunft könnten Wachstumsfaktoren wie PDGF und GDF-5 in der parodontalen Regeneration eingesetzt werden.

Bei der Rezessionsbehandlung sind das Aussehen des Weichgewebes und die Farbübereinstimmung für das ästhetische Ergebnis wichtiger als eine komplette Wurzeldeckung; aber auch die Position der Schmelz-Zement-Grenze, das Vorliegen von Abrasionen und die Erwartungen des Patienten müssen berücksichtigt werden. Manchmal sind andere Behandlungen, wie Kronenverlängerung oder zusätzliche Kompositrestaurationen, angebracht. DT

www.osteology.org
www.osteology-cannes.org

Information

Internationaler Gemeinschaftskongress in München: Chirurgisch-prothetische Aspekte in der implantologischen Therapie

15. Symposium des BDIZ EDI, 8. Internationaler Jahreskongress der DGOI und 8. European Meeting des ICOI – das ist Implantologie im Team. Am 16. und 17. September 2011 treffen sich international renommierte Referenten in München zu einem Gemeinschaftskongress. Von Jeannette Enders, *DT German Edition*.

LANDSBERG/LEIPZIG – Erstmals findet das Jahressymposium des Bundesverbandes der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) gemeinsam mit dem Internationalen Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Orale Implantologie (DGOI) statt. Am 16. und 17. September 2011 treffen sich unter dem Leitthema „Implantologie im Team" international anerkannte Referenten in der bayerischen Landeshauptstadt München, um zwei Tage lang die aktuellen Fragen der Implantologie zu diskutieren und den Teilnehmern neueste Erkenntnisse in praxisgerechter Form zu vermitteln. *Dental Tribune* sprach mit DGOI-Präsident Dr. Georg Bayer, Landsberg am Lech.

Dr. Georg Bayer, Präsident der DGOI

***DT:* In diesem Jahr veranstalten Sie zum ersten Mal einen Gemeinschaftskongress mit dem BDIZ EDI. Welche Gründe haben zu dieser Entscheidung motiviert und welches Ziel hat man sich gesetzt?**

Im Laufe der vergangenen Jahre hat sich ein Überangebot an Kongressen und Fortbildungen entwickelt. Der einzelne Zahnarzt ist längst nicht mehr in der Lage, die zahlreichen Kongressangebote wahrzunehmen. Aus dieser Situation heraus haben wir uns entschieden, gemeinsam mit dem BDIZ EDI einen wissenschaftlichen Kongress zu veranstalten. Zudem drückt sich in dieser Zusammenarbeit auch die gute Verbundenheit zwischen unseren Fachgesellschaften aus. Auch dieser Aspekt sprach für eine gemeinsame Veranstaltung.

Der Gedanke, Synergien zwischen den Fachgesellschaften aktiv zu gestalten, wird sich in Zukunft verstärken. Vielleicht ist in wenigen Jahren sogar ein großer Implantologen-Kongress möglich, der von allen Fachgesellschaften getragen wird. Jedenfalls ist die Bündelung der Veranstaltungen ein Wunsch vieler Kollegen und auch der ausstellenden Industriepartner und ich denke, dass es noch mehr Bestrebungen der Fachgesellschaften geben wird, das Fortbildungsangebot zu bündeln.

Das Leitthema lautet „Implantologie im Team". Welche Themen und Fragestellungen werden im Mittelpunkt des wissenschaftlichen Programms stehen?

Unter dem Leitgedanken Teamwork gehen wir ein auf die chirurgisch-prothetischen Aspekte in der implantologischen Therapie. Viele Vorträge werden sich mit der Zusammenarbeit Praxis-Labor auseinandersetzen. Dabei werden verschiedene Punkte beleuchtet, wie digitale Diagnostik und Planung, Einbindung der CAD/CAM-Technologie, Komplikationsmanagement im Team und Patientenmanagement im implantologischen Team. Intensiv wird es um den Bereich der dreidimensionalen Diagnostik und Planung gehen. Das ist zurzeit ein sehr aktuelles Thema.

> **„Der Gedanke, Synergien zwischen den Fachgesellschaften aktiv zu gestalten, wird sich in Zukunft verstärken."**

Angesprochen werden auch fachübergreifende Aspekte wie die präimplantologische Parodontologie, der Zahnerhalt aus endodontischer Sicht und kieferorthopädische Maßnahmen vor und nach der implantologischen Therapie. Ebenfalls diskutiert und vorgestellt werden kostengünstigere Behandlungskonzepte.

Die wissenschaftlichen Leiter Prof. Dr. Dr. Joachim Zöller, Köln, und Prof. Dr. Georg-H. Nentwig, Frankfurt am Main, haben das Programm so aufgebaut, dass sich sowohl die niedergelassenen Kollegen in den Themen wiederfinden wie auch die wissenschaftlich orientierten Kongressbesucher. Wir werden zum Beispiel wissenschaftlich fundierte Übersichtsreferate hören und auch einiges über moderne Praxiskonzepte mit wissenschaftlicher Untermauerung erfahren.

Welche berufspolitischen Themen wird der Kongress behandeln?

Das Programm geht auf die Neuerungen in dem Referentenentwurf zur aktuellen Gebührenordnung ein und beleuchtet auch juristische Aspekte der Aufklärung. Es reicht heute nicht mehr aus, ein fachlich guter Praktiker zu sein. Wir Niedergelassenen müssen uns immer stärker mit den Themen aus den Bereichen Verwaltung, Management und Recht auseinandersetzen. Deshalb werden wir während des Kongresses auch diese Themen aufgreifen.

Die Internationalen Jahreskongresse der DGOI boten immer verschiedene Podien, zum Beispiel für „Junge Implantologen" und die Assistenz. Wie wird es in diesem Jahr sein?

München, Foto: S.Borisov

Das DGOI Forum Junge Implantologen findet zum Auftakt des Kongresses am Freitagmorgen statt. Hier werden junge und fachlich sehr gute Kollegen ihre Konzepte präsentieren. Wir sind immer beeindruckt, welch hohes Niveau diese Praktikervorträge haben.

Für die Assistenz gibt es am Samstag ein parallel stattfindendes Podium mit vielen guten Vorträgen zu Themen wie Qualitätsmanagement, Anforderungen an die Hygiene in der chirurgischen Praxis, Patientenkommunikation und Abrechnung. Neben dem Kongressprogramm für die Assistenz am Samstag startet beim DGOI-Jahreskongress auch traditionell das Curriculum Fachassistenz „2+1". Dieses findet am Freitag und Samstag statt. Nicht zu vergessen sind die zahlreichen Workshops unserer Industriepartner, die ebenfalls sehr interessante Themen bieten.

Welche Erwartungen knüpfen Sie persönlich an den Gemeinschaftskongress?

Ich freue mich auf möglichst viele Kollegen, denen wir auf fachlicher wie auch auf atmosphärischer Seite eine tolle Fortbildung bieten wollen. Die Veranstaltungen der DGOI sind traditionell geprägt von einem kollegialen und freundschaftlichen Geist, den wir auch in diesem Jahr pflegen werden. Wir haben den Kongress bewusst auf das dritte Septemberwochenende gelegt, weil zu diesem Zeitpunkt das Oktoberfest beginnt. Am Freitagabend veranstalten wir deshalb ein zünftiges Wies'n Warm-up im Löwenbräukeller. Das bietet eine gute Gelegenheit, um mit Kollegen und Referenten neue Kontakte zu knüpfen und zu pflegen. Damit wird der Kongress auch ein Forum des Kennenlernens werden für die Mitglieder der beiden Gesellschaften.

Vielen Dank für das Gespräch! DT

Tipp: Bei Anmeldung bis zum 30. Juni den Frühbucherrabatt nutzen. Kongressanmeldung online unter: www.bdiz.dgoi.teamwork-media.de

Weitere Informationen und Anmeldung für das Curriculum Fachassistenz „2+1":

Deutsche Gesellschaft für Orale Implantologie
Bruchsaler Straße 8
76703 Kraichtal
Tel.: 07251 618996-0
Fax: 07251 618996-26
info@dgoi.info, www.dgoi.info

ANZEIGE

EVE PROPHYCLEAN® Zahnreinigungsinstrument

Instrument für vielseitige Anwendungen bei der Prophylaxebehandlung. Die Bindung besteht aus Hochleistungskunststoff und integriertem defensivem Schleifkorn. Das Schleifkorn ist weicher als der Zahnschmelz. Damit sind Verletzungen am Zahnschmelz ausgeschlossen.

- Entfernung von Zahnstein, Belägen und Verfärbungen
- Entfernung von Bracketkleberesten
- Entfernen von Zementüberschüssen
- Subgingivale Wurzelglättung
- Politur schwer zu erreichender interdentaler Wurzelbereiche, auch nach Ultraschallanwendung empfehlenswert
- Mechanische Prophylaxeoption bei Überempfindlichkeit auf Ultaschall

TOP INNOVATION

EVE – Qualität aus Tradition – Vorsprung durch Innovation

EVE
Rotary Grinding and Polishing Instruments

made in Germany

EVE · Ernst Vetter GmbH
Rastatter Strasse 30
D-75179 Pforzheim, Germany
Tel. +49 72 31 97 77 - 0
Fax +49 72 31 97 77 - 99
info@eve-rotary.com

www.eve-rotary.com