

PROPHYLAXE

Journal

2 2016

CME | Kariesprophylaxe

Mikroinvasivität durch
Kariesinfiltration

Seite 6

Fachbeitrag

Patienten unter Tumorthherapie:
Intensive Betreuung der Mundhöhle

Seite 24

Praxismanagement

Professioneller Umgang
mit Patienten

Seite 32

Events

Mundgesundheit in Hamburg –
informativ und spannend

Seite 46



inklusive
CME Artikel

DZM



Für ein Leben lang gesunde Zähne

TePe Mundhygieneprodukte

TePe Produkte werden in Zusammenarbeit mit zahnmedizinischen Experten entwickelt, um höchsten Ansprüchen an Funktionalität, Komfort und Effizienz gerecht zu werden – und das bis ins kleinste Detail.

**Die TePe App –
Patientenberatung und
Interdentalreinigung
leicht gemacht!**

Jetzt QR-Code einscannen
und kostenlos auf das iPad
downloaden:



www.tepe.com

„Kann Prophylaxe Sünde sein...?“

Liebe Freunde der Prophylaxe,

bitte nicht sofort den Kopf schütteln und schon gar nicht aufhören, weiterzulesen! Vielleicht das „Kopfkino“ anschalten und an Zarah Leander denken: „Kann denn Liebe Sünde sein?“ Die Antwort ist offensichtlich, denn wie so oft geht es um die richtige Dosierung. Provokant formuliert daher: „Gibt es ein Zuviel des Guten?“

Prophylaxe ist etwas „Gutes“, so verkünden es die unterschiedlichsten Ratgeber in den verschiedensten Medien, von der Druckpresse bis ins Internet. Gleiches gilt aber beispielsweise auch für Sport, Hygiene, „Bio“-Produkte und Digitales mit teilweise extremen Auswüchsen. Man denke nur an Krankheitsbilder wie die „Orthorexie“ (eine Essstörung, bei der die Betroffenen ein auffallend ausgeprägtes Verlangen danach haben, sich möglichst „gesund“ zu ernähren) oder die „digitale Demenz“ (Begriff nach Manfred Spitzer, digitale Medien behindern die körperliche, geistige, seelische und auch soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen) oder auch an Störungen unseres Immunsystems durch übermäßige Hygiene (Tim Niehues: „Dreck reinigt den Magen und stimuliert das Immunsystem.“).

Und, Hand aufs Herz, wie oft werden Sie mit Patienten konfrontiert, die die professionelle Zahnreinigung ablehnen,

die Fluoride als „Teufelszeug“ abtun und anstelle von Zucker den „guten alten Honig“ als absolut perfektes Nahrungsmittel propagieren?

Es wird Zeit, sich mit diesen Themen zu befassen, nicht zuletzt deswegen, um der zunehmenden Patientenversicherung durch die sozialen Medien zu begegnen.

John Naisbitt, ein US-amerikanischer Autor mit dem Themenschwerpunkt Trend- und Zukunftsforschung, hat dieses Szenario bereits im Jahr 2000 vorhergesehen und mit den Worten beschrieben: „Wir dürsten nach Wissen, aber wir ertrinken in Informationen!“

Die beste Möglichkeit, um unseren Wissensdurst zu löschen, ist qualifizierte Fortbildung. Was ist „up to date“, was ist der aktuelle Stand des Wissens, was gibt es Neues und was ist mittlerweile veraltet? Hier bieten sich gleich zwei Fortbildungen an, die ich Ihnen an dieser Stelle empfehlen möchte:

- der Mundhygienetag 2016 am 29./30. April 2016 in Marburg
Thema: „Mundhygiene im Trend“
www.mundhygienetag.de
- die Sommer-Akademie des Zahnmedizinischen Fortbildungszentrums (ZFZ) Stuttgart am 1./2. Juli 2016 in Ludwigsburg
Thema: „Zu viel des Guten – Kann Prophylaxe schädlich sein?“
www.zfz-stuttgart.de



Erleben Sie Spitzenreferenten und die beste Qualitätssicherung, die es gibt: das kollegiale Gespräch in angenehmer Atmosphäre. Ein Besuch lohnt sich für das gesamte Team!

Eine weitere Fortbildungsmöglichkeit bietet das aktuelle Prophylaxe Journal 2/2016 in Ihren Händen mit stets informativen Fachbeiträgen, Anwenderberichten sowie einem CME-Artikel.

Viele Freude beim Lesen und Weiterbilden!



Ihr
Prof. Dr. Johannes Einwag

Editorial

- 3 „Kann Prophylaxe Sünde sein ...?“
Prof. Dr. Johannes Einwag

CME | Kariesprophylaxe

- 6 Mikroinvasivität durch
Kariesinfiltration
Dr. Silke Hornstein, Prof. Dr. Peter Hahner, M.Sc.,
Prof. Dr. Georg Gaßmann

Fachbeitrag

- 14 Mukositis und Periimplantitis
Dr. Jeannette Oldeweme,
Priv.-Doz. Dr. Nicole Pischon
- 19 Übereinstimmung der häuslichen
und professionellen Behandlung
bei Leistungssport-Patienten
Gianna Maria Nardi, Fabio Scarano Catanzaro,
Biagio Rapone, Felice Roberto Grassi
- 24 Patienten unter Tumorthherapie:
Intensive Betreuung der Mundhöhle
Dr. Dorothea Riesenbeck, Priv.-Doz. Dr. Johann
Beck-Mannagetta, Prof. Dr. Dr. Knut Grötz

Anwenderbericht

- 28 Bedeutung guter Prophylaxe-
winkelstücke und Poliernäpfe
Babette McLaren-Thomson

Praxismanagement

- 32 Professioneller Umgang mit Patienten
Christa Maurer

Interview

- 42 Praktische Fortbildung im Interesse
der Patienten

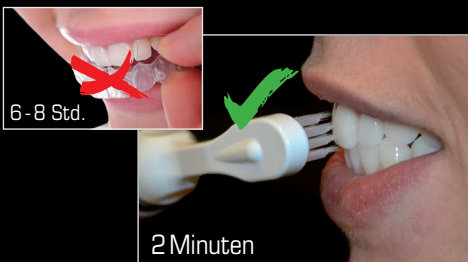
Events

- 46 Mundgesundheit in Hamburg –
informativ und spannend
- 48 DGKZ – Jahrestagung in Marburg
erneut mit interdisziplinärem Ansatz
- 50 Ostseekongress/9. Norddeutsche
Implantologietage

34 Markt | Produktinformationen**52 Tipp****54 News****58 Termine/Impressum****ENA WHITE 2.0**

The fastest home bleaching

Ena White 2.0 ist das innovative System für kosmetisches Home Bleaching. Ena White 2.0 ist einfach, ganz ohne Schiene, anzuwenden. Die innovative Darreichung in der Zahnbürste erlaubt eine einfache Zahnaufhellung überall – zu Hause, im Büro, auf Reisen... Patienten, die bisher traditionell behandelt wurden, werden von Ena White 2.0 begeistert sein.



NSK

CREATE IT.

2 in 1

ULTRASCHALL x PULVERSTRAHL



Das neue Gesicht Ihrer Prophylaxe.

Varios Combi Pro

Komplettlösung für die Oralhygiene:
Ultraschall, Pulverstrahl, supragingival, subgingival.

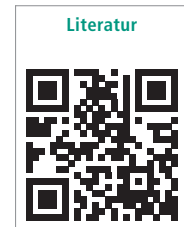
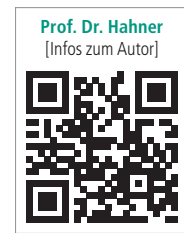
NSK Europe GmbH

TEL.: +49 (0)6196 77606-0
E-MAIL: info@nsk-europe.de

FAX: +49 (0)6196 77606-29
WEB: www.nsk-europe.de



Mit der Umstellung der Ernährungsgewohnheiten in Mitteleuropa aufgrund der allgemeinen und kostengünstigen Verfügbarkeit von Zucker seit etwa 150 Jahren ist die Karies zu einer weit verbreiteten „Zivilisationskrankheit“ geworden. Zur Kariestherapie ist in der Regel ein invasives Vorgehen nötig. Verluste von Zahnhartsubstanz treten nicht nur beim Entfernen erkrankter, nicht „heilbarer“ Zahnbereiche auf, sondern auch, um z.B. bei approximalen Läsionen die erkrankten Stellen erreichen zu können, sowie immer dann, wenn vorhandene Restaurationen erneuert werden müssen. Wünschenswert wären daher neben einer effektiven Prävention zur Vermeidung von Ersterkrankungen therapeutische Interventionen, mit deren Hilfe der Einsatz invasiver Behandlungsmethoden umgangen oder zumindest herausgezögert werden könnte.



Mikroinvasivität durch Kariesinfiltration

Dr. Silke Hornstein, Prof. Dr. Peter Hahner, M.Sc., Prof. Dr. Georg Gaßmann

Kariesprävalenz

Der Rückgang der Kariesprävalenz ist im Wesentlichen durch die Verbesserung der persönlichen Mundhygiene und besonders durch die Anwendung von Fluoriden zu erklären. Selbst bei weiter steigendem Zuckerkonsum kommt es unter Fluoridanwendung zu geringeren Neuerkrankungsraten (Bratthall et al. 1996). Auch wenn insgesamt in den vergangenen Jahren ein Rückgang der Karies zu verzeichnen war, bleibt die Prävalenz kariöser Läsionen in frühen und mittleren Stadien bei Jugendlichen immer noch zu hoch. Die Ergebnisse der DMS IV-Studie zeigen, dass ein Kariesrückgang in allen Altersklassen zu erkennen ist: 12-jährige Kinder haben 0,7 kariöse Zähne, bei Jugendlichen (15. LJ) sind es 1,8 Zähne, bei Erwachsenen (35.–44. LJ) 14,5 Zähne und bei Senioren (65.–74. LJ) 22,1 Zähne. Der Kariessanierungsgrad in Deutschland ist sehr hoch: bei Kindern und Jugendlichen

liegt er zwischen 78,1 % und 79,8 % und bei Erwachsenen und Senioren zwischen 94,8 % und 96,6 % (Micheelis und Schiffner 2006). Die angegebenen Zahlen betreffen dabei nur das bleibende Gebiss, im Milchgebiss ist der Sanierungsgrad deutlich schlechter.

Progression

Die Geschwindigkeit der Kariesprogression scheint sich zu verlangsamen. Neben Erkrankungen, die schon im Kindesalter zur raschen und vollständigen Zerstörung der Zähne führen, stehen immer häufiger langsam fortschreitende Läsionen im Vordergrund (Whelton 2004).

In einer Studie von Mejare et al. (2004) konnte gezeigt werden, dass sich bei Jugendlichen insgesamt approximal weniger neue Schmelzläsionen entwickelt haben, welche bereits eine Kavitation aufwiesen und somit eine sofortige invasive Behandlung erforderten. Die Ka-

riesprogression über den Zahnschmelz hinaus in das Dentin erscheint rückläufig (Baelum und Fejerskov 2015). Aus diesem Grund ist es wichtig, neben einer frühen und kontinuierlichen Diagnostik zum Monitoring langsam fortschreitender Läsionen neue, substanzschonendere Behandlungsoptionen zu etablieren. Dabei sollten Methoden im Vordergrund stehen, mit denen die Kariesprogression in einem frühen Entwicklungsstadium gestoppt werden kann.

Ätiologie

Karies beginnt mit einem Mineralverlust unter der Schmelzoberfläche, wenn durch die Einwirkung kariespathogener Bakterien mehr Kalzium- und Phosphationen aus dem Schmelz gelöst werden, als durch physiologische Remineralisationsvorgänge ersetzt werden. Der Verlust mineralisierter Schichten verändert die Refraktion des Schmelzes, die ursprünglich transluzente Substanz

erscheint opak (Kidd und Fejerskov 2004). Daher wird diese initiale Form als sogenannter White Spot bezeichnet. Die Oberfläche des Schmelzes bleibt dabei zunächst intakt, wobei diese Schicht wegen der darunter stattgefundenen Veränderungen als „pseudointakt“ gilt. Primärer ätiologischer Faktor ist die Biofilmmakulierung besonders im zervikalen Bereich der Zähne.

White Spots

Häufig sind White Spots auch nach der Entfernung kieferorthopädischer Brackets zu sehen. Im Jahr 2011 wurde etwa in einer amerikanischen Studie von Tufekci et al. festgestellt, dass 46 % der Patienten zwölf Monate nach Abschluss einer festsitzenden kieferorthopädischen Behandlung mindestens einen White Spot aufwiesen, während diese in einer Vergleichsgruppe ohne kieferorthopädische Intervention lediglich bei 11 % der Untersuchten auftraten. In einer aktuellen Metaanalyse wird

von einer Prävalenz von White Spots von 68,4 % bei Patienten in kieferorthopädischer Behandlung berichtet (Sundararaj et al. 2015). Als mögliche Einflussfaktoren für das Entstehen von White Spots konnten die Autoren das Geschlecht (erhöhte Prävalenz bei männlichen Probanden), das Alter während der kieferorthopädischen Therapie (höhere Prävalenz bei Jugendlichen gegenüber Erwachsenen) und die Behandlungsdauer identifizieren. Die oberen Schneidezähne sind deutlich häufiger betroffen als die unteren, was wahrscheinlich durch eine stärkere Benetzung der unteren Zähne mit Speichel als Voraussetzung für eine Remineralisation zu erklären ist (Gorelick et al. 1982). Nach Befestigung eines Brackets kann schon innerhalb eines Monats eine Läsion manifest werden (Øgaard et al. 1988). Diese Läsionen werden vom Patienten meistens optisch als sehr störend empfunden, sodass schon aus ästhetischen Gründen eine Verbesserung gewünscht wird.

Behandlungsoptionen bei White Spots

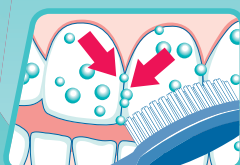
Dieses Stadium der Kariesentwicklung ist noch ohne invasive Maßnahmen zu behandeln. Die aktive initiale kariöse Läsion kann durch Remineralisationsprozesse bei intensiver Mundhygiene und Fluoridierungsmaßnahmen in einen inaktiven Zustand überführt werden. Eine Umwandlung des Schmelzes zurück in seine ursprüngliche Struktur und sein ursprüngliches klinisches Erscheinungsbild ist allerdings nicht mehr möglich. Die Prozesse sind lediglich auf die oberflächlichen Schichten limitiert und führen optisch kaum zu einer positiven Veränderung, sodass Bereiche zurückbleiben, die auch als „Schmelznarben“ bezeichnet werden können (Hammad et al. 2012) und ein erhöhtes Risiko für eine weitere Kariesprogression aufweisen. Die vormalig erkrankten Stellen erscheinen immer noch weiß. Wegen der veränderten Lichtbrechung wird aus einer opaken,

ANZEIGE

Exklusive nachhaltige Komplettpflege für Zähne und Zahnfleisch

MEDIZINISCHE ZAHNCREME MIT NATUR-PERL-SYSTEM

- ✓ optimale Reinigung bei minimaler Abrasion (RDA 32)
- ✓ 3x täglich anwendbar
- ✓ Doppel-Fluorid-System (1.450 ppmF)
- ✓ Xylitol für mehr Plaquehemmung



Das Perl-System:

Kleine, weiche, zu 100 % biologisch abbaubare Perlen rollen Beläge einfach weg – effektiv aber sehr schonend.

Jetzt Proben bestellen:

Bestell-Fax: 0711 75 85 779-26

Bitte senden Sie uns kostenlos:

- ein Probenpaket mit Patienteninformation
- Terminzettel-Blöckchen

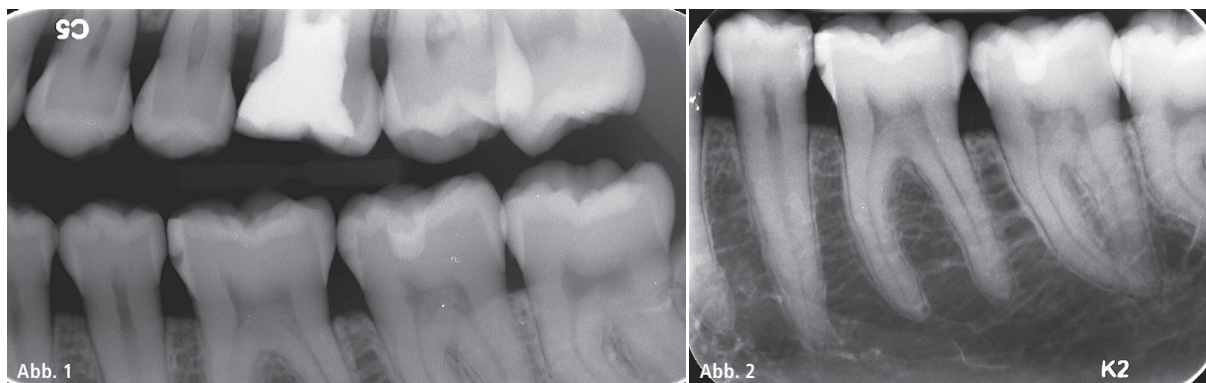
Praxisstempel, Anschrift

Datum/Unterschrift

DHJ/PJ April 16



Dr. Liebe Nachf. GmbH & Co. KG
D-70746 Leinfelden-Echt. · Tel. 0711 75 85 779-11
service@pearls-dents.de



Patient 1 – Abb. 1: Bissflügelaufnahme vom 18.11.2009 vor der Infiltrationsbehandlung mit Icon® (DMG) approximal, kariöser Defekt Regio 37 mesial, schmelzbegrenzt. (KD) – **Abb. 2:** Zahnfilm vom 22.11.2011 nach der Infiltrationsbehandlung mit Icon® (DMG) approximal, keine Veränderung des kariösen Defektes Regio 37 mesial. (KD)

matten Oberfläche eher eine glänzend weiße Oberfläche.

Unterbleiben Interventionen zum Stoppen der Kariesprogression, steigt mit dem weiteren Fortschreiten der Demineralisation die Porosität des Schmelzes und es kommt letztlich zum Einbruch der Schmelzoberfläche, zur Kavitation. Dadurch besteht die Möglichkeit zur Invasion und Besiedlung mit kariesrelevanten Bakterien (Fejerskov et al. 2008).

Mikroinvasive Kariesinfiltration

Bei der sogenannten Kariesinfiltration handelt es sich um ein Verfahren, welches evtl. eine therapeutische Lücke zwischen nichtinvasiven Verfahren (z. B. Fluoridierung) und dem klassischen invasiven Vorgehen (Entfernen der Läsion und anschließende Restauration) schließen kann und daher auch als mikroinvasiv bezeichnet wird. Hierbei werden die Porositäten im Bereich einer Schmelzkaries (= Läsionskörper) mit einem niedrigviskosen lichthärtenden Kunststoff auf der Basis einer TEGDMA-Verbindung (Triethylenglycol-dimethacrylat) als Infiltrant verschlossen (Müller et al. 2010, Paris und Meyer-Lueckel 2010). Dieser dringt durch Kapillarkräfte in den Defekt ein und schafft somit eine Diffusionsbarriere auch unterhalb der Schmelzoberfläche (Paris et al. 2007, Meyer-Lueckel und Paris 2008). Somit ist die kariogene Säure blockiert bzw. der Diffusionsweg in die Tiefe verschlossen und es kommt zu einer Arretierung des pathologischen Kariesprozesses. In einer In-vitro-Stu-

die konnte eine Eindringtiefe des Infiltranten im Bereich von ungefähr 2 bis 6 µm gemessen werden (Subramaniam et al. 2014).

Praktisches Vorgehen

Zuvor erfolgt unter absoluter Trockenlegung eine Konditionierung der pseudointakten Schmelzoberfläche durch eine Ätzung mittels 15%iger Salzsäure mit einer Einwirkzeit von zwei Minuten (Paris et al. 2010a). Bei White Spots kann durchaus eine mehrmalige Ätzung notwendig sein. Laut Herstellerangaben sollte eine dreimalige Ätzung nicht überschritten werden. Danach erfolgt eine absolute Trocknung der Oberfläche durch Ethanol, da nur so eine Penetration des Kunststoffes in den Läsionskörper möglich ist. Danach wird der Infiltrant aufgetragen und penetriert aufgrund von Kapillarkräften. Mehrfaches Wiederholen des Infiltrationsprozesses kann erforderlich erscheinen, um zum gewünschten Ergebnis zu gelangen. Nach dem abschließenden Aushärten mit UV-Licht ist die Läsion stabilisiert und das erzielte Ergebnis kann nachträglich nicht durch weitere Manipulation verändert werden. Es handelt sich hierbei nicht um ein additives Verfahren wie bei der Versiegelung, sondern vielmehr um die Schaffung einer protektiven Diffusionsbarriere nicht auf, sondern in der Läsion (Kantovitz et al. 2010).

Indikation und Effektivität

Die Indikation zum Einsatz der Kariesinfiltration wird derzeit in der Behandlung

von initialen Kariesläsionen, Schmelzläsionen und D1-Läsionen (bis ins erste Drittel des Dentins reichend nach der radiologischen Kariestiefeinteilung) gesehen (Meyer-Lueckel et al. 2009, Kielbassa et al. 2009).

Die Effektivität der Kariesinfiltration mit einem niedrigviskosen lichthärtenden Infiltrant zum Stopp der weiteren Demineralisation wurde in verschiedenen Experimenten belegt. In einer Studie von 2010 wurden an Proben von extrahierten Rinderzähnen jeweils zwei kariöse Läsionen künstlich erzeugt und entweder mit Infiltration oder durch Applikation eines Fissurenversieglers versorgt oder unversorgt belassen. Die Proben wurden von elf freiwilligen Probanden 100 Tage im Vestibulum des Unterkiefers getragen. Zusätzlich wurden die Proben zweimal täglich für 30 Minuten in einer 10%igen Zuckerrösung gelagert. Bei den behandelten Zähnen konnte eine signifikant geringere Progression der Karies gegenüber der Kontrollgruppe beobachtet werden. Daraus ergab sich, dass die Infiltration als eine effektive Methode anzusehen ist, um weitere Demineralisationen unter kariogenen Bedingungen aufzuhalten (Paris und Meyer-Lueckel 2010). Im Jahr 2013 zeigten Paris et al. in einer weiteren Studie ebenfalls an Proben von extrahierten Rinderzähnen, dass durch eine Infiltrationsbehandlung sowohl die Mikrohärtung gesteigert als auch die weitere Demineralisation gestoppt werden konnte. Eine zweimalige Applikation des Infiltranten scheint diese Effekte zu verbessern, wobei die Zusammensetzung des Infiltranten keinen signifikanten

Ultrastarke Vector-Power für Schnelligkeit bei der PZR. **Der Vector Paro Pro.**



Der Vector Paro Pro. Einer für alles. Gegen den kraftvollen Scaler mit Top-Speed haben supragingivale und subgingivale Auflagerungen keine Chance. Dabei garantiert das einzigartige Paro-Handstück mit linearer Schwingungsumlenkung eine schonende Recall-Therapie.

Mehr unter www.duerrdental.com

 **DÜRR
DENTAL**
DAS BESTE HAT SYSTEM

ten Effekt auf die untersuchten Parameter zu haben schien (Paris et al. 2013).

Klinische Anwendung und Nachhaltigkeit

In der klinischen Anwendung ist zwischen derjenigen bei approximalen und vestibulären Läsionen zu unterscheiden. Bei der approximalen Anwendung wird der Indikationsbereich in kariösen Läsionen bis maximal in das äußere Dentindrittel (D1) bei einer intakten Oberfläche gesehen. Die Diagnose sollte anhand einer Bissflügelaufnahme gestellt werden (Abb. 1).

Die Wirksamkeit der Methode im Falle von approximalen Läsionen findet Schilderung in einer Studie von Meyer-Lueckel et al. (2012). Bei 22 jungen Erwachsenen wurden 29 auf beiden Seiten paarig aufgetretene proximale Läsionen randomisiert, entweder nur durch Verbesserung der Biofilmbkontrolle (Zahnseide) und Fluoridierung (Kontrollseite) oder mittels zusätzlicher Infiltration (Testseite) behandelt. Die kariösen Läsionen, welche radiologisch diagnostiziert wurden, befanden sich in der inneren Schmelzhälfte und im äußeren Drittel des Dentins. Nach einer Beobachtungszeit von drei Jahren war an 4 % der Testläsionen und an 42 % der Kontrollläsionen eine weitere Kariesprogression zu verzeichnen. Beispielhaft ist in diesem Zusammenhang die röntgenologische Dokumentation in Abbildung 2 zu verstehen.

In einer aktuellen Metaanalyse wurden die Ergebnisse unterschiedlicher mikroinvasiver Therapieverfahren (Infiltration, verschiedene Sealer) mit den Resultaten präventiven Vorgehens wie durch Fluoridierungsmaßnahmen und/oder Verbesserung der approximalen Biofilmentfernung (Zahnseide) allein über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten verglichen. Dabei stellte sich eine Überlegenheit aller mikroinvasiven Verfahren heraus. Die Autoren ziehen die Schlussfolgerung, dass in approximalen Defekten, die sich röntgenologisch auf den Schmelz und das äußere Drittel des Dentins beschränken, durch das Verfahren der Kariesinfiltration eine weitere Progression der

Läsion verhindert werden kann (Dorri et al. 2015).

Die Wirksamkeit der Infiltration wurde bereits 2010 von Ekstrand auch an Milchzähnen untersucht. Hierbei wurden superfizielle kariöse Defekte an Milchzähnen ein Jahr lang beobachtet. Die radiologisch verifizierten Defekte wurden teilweise mittels Infiltrationsbehandlung und Intensivfluoridierung bzw. teilweise nur mit Intensivfluoridierung behandelt. Die Fluoridierungsmaßnahme wurde jeweils nach sechs und zwölf Monaten durchgeführt. Nach einem Jahr stellte sich eine Kariesprogressionsrate von 23 % bei den infiltrierten Zähnen und von 62 % in der Kontrollgruppe heraus. Somit konnte auch eine signifikante Verbesserung bei Milchzähnen dokumentiert werden. Die vorhandene Evidenz zur Behandlung von Milchmolaren ist allerdings zurzeit noch relativ gering, sodass noch nicht von einem Standardverfahren gesprochen werden kann (Naimar 2014).

Durch die Infiltrationsbehandlung wird die Läsion stabilisiert, die vorhandenen Porositäten werden aufgefüllt. Hierdurch wird die Lichtbrechung verändert und das optische Erscheinungsbild gleicht sich dem von gesundem Zahnschmelz an, das ursprüngliche, natürliche Erscheinungsbild kann annähernd wieder hergestellt werden. Dieser positive Nebeneffekt kommt besonders bei der Behandlung von White Spots zum Tragen. Es erfolgt eine optische Maskierung vestibulärer Läsionen (Paris und Meyer-Lueckel 2009, Neuhaus et al. 2010, Gugnani et al. 2012).

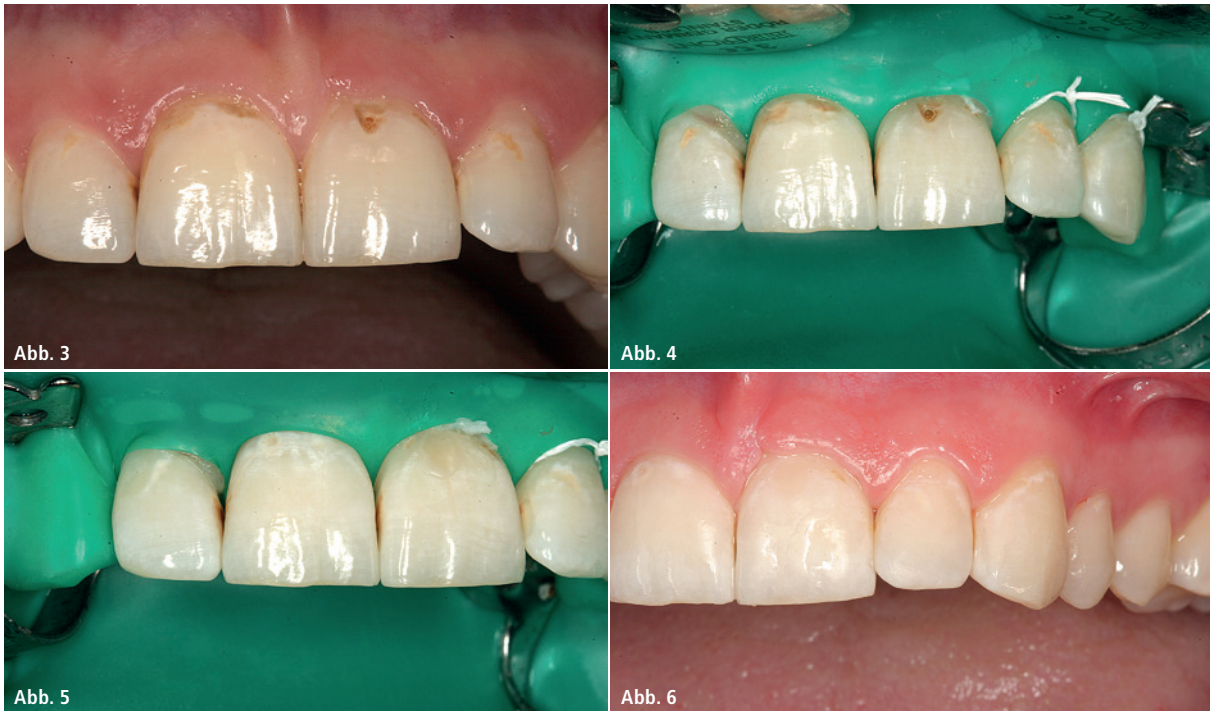
Kim et al. (2001) zeigten die klinische Anwendung der Infiltrationsbehandlung und deren Wirksamkeit auf das ästhetische Ergebnis bei White Spots. Hierbei wurden 20 Zähne mit Fluorose und 18 Zähne mit White Spots nach kieferorthopädischer Behandlung mit dem zu untersuchenden Verfahren behandelt. Die Zähne wurden vor, direkt nach der Behandlung und eine Woche später standardisiert fotografiert. Die Fotos wurden per Software ausgewertet und in drei Gruppen unterteilt: komplett maskiert, teilweise maskiert und unverändert. Bei der Fluorose zeigte sich, dass 25 % komplett maskiert und

farblich verändert waren, 35 % teilweise maskiert und farblich verändert und bei 40 % der Zähne keine Veränderung sichtbar war. In der Patientengruppe mit White Spots nach orthodontischer Behandlung konnte festgestellt werden, dass 61 % komplett verändert waren, 33 % teilweise optische Veränderungen erfuhr und lediglich 6 % unverändert erschienen. Darüber hinaus wurde beobachtet, dass sich das Ergebnis innerhalb der folgenden Wochen weiter optimierte. Differentialdiagnostisch müssen entwicklungsbedingte Defekte wie Fluorosen, Molaren-Inzisiven-Hypomineralisation oder traumatisch bedingte Hypomineralisationen im Vorfeld von White Spots abgegrenzt werden, da bei diesen Diagnosen die Infiltrationsbehandlung deutlich weniger wirksam ist als bei der Behandlung von White Spots (Kim et al. 2011).

Forschungslage

In Reviews wird die Methode der Kariesinfiltration derzeit noch widersprüchlich beurteilt. Während Telles et al. (2013) in einer systematischen Literaturanalyse die beste Evidenz für die Wirksamkeit im Aufhalten der Kariesprogression bei den unterschiedlichen Fluoridierungsmaßnahmen fanden und der Infiltration nur einen möglichen Vorteil attestierten, sprechen Tinanoff und Koautoren eine Empfehlung für die Anwendung der Infiltration besonders bei White-Spot-Läsionen aus (Tinanoff et al. 2015).

Der Effekt der Infiltrationsbehandlung bei White Spots speziell nach der Entfernung von kieferorthopädischen Brackets wurde 2012 von Hammad und Mitarbeitern untersucht. Es konnte eine optische Verbesserung und eine nahezu optimale Farbanpassung der behandelten Zähne gezeigt werden. Ogodescu et al. zeigten 2011 die Wirksamkeit der Infiltration zur Verhinderung einer progressiven Demineralisation auch während der kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden kieferorthopädischen Apparaturen. Hierbei wurden zwölf Patienten monatlich klinisch untersucht. Bei einer Verstärkung der White Spots wurden die Brackets abgenommen, die



Patient 2 – Abb. 3: Ausgangssituation. (KD) – **Abb. 4:** Reinigung und absolute Trockenlegung. (KD) – **Abb. 5:** Zustand nach SAT-Füllung Regio 21 vestibulär. (KD) – **Abb. 6:** Direktes Ergebnis nach Infiltrationsbehandlung und Compositefüllung bei 21. (KD)

Zähne infiltriert und die Brackets erneut appliziert. Während der Beobachtungszeit verschlechterten sich 35,2% der White Spots in den ersten sechs Monaten der Behandlung, bei 41,2% wurde eine weitere Progression beobachtet und daher eine Infiltration durchgeführt. Diese Zähne blieben dann in den über zehn Monaten zu 92,5% klinisch stabil. Somit kann eine Infiltration auch während einer festsitzenden kieferorthopädischen Behandlung angezeigt sein. Dies wäre vor allem für Patienten mit langwierigen Behandlungen und kompromittierter Mundhygiene bedeutsam (Ogodescu et al. 2011).

Mechanische Eigenschaften des infiltrierten Zahnschmelzes

Neben den besonders für die Patienten wichtigen Verbesserungen in Hinblick auf die Ästhetik interessieren die mechanischen Eigenschaften des Zahnschmelzes nach Infiltrationsbehandlung, da die Demineralisation bei initialen kariösen Läsionen immer zu einer Abnahme der mechanischen Stabilität der Zahnstruktur führt. In einer In-vitro-Studie wurde die Scherfestigkeit an Rinderzähnen nach Demineralisation und unterschiedlichen kurativen

Ansätzen verglichen. Dabei erwies sich die Infiltration der Fluoridierung als überlegen, wenngleich nicht die Scherfestigkeit von nicht demineralisiertem Schmelz erreicht werden konnte (Attin et al. 2012). Die stabile Befestigung von Brackets auf ursprünglich erkranktem und infiltriertem Schmelz ist jedoch grundsätzlich möglich.

Die Nachhaltigkeit der Methode in Hinblick auf die Farbstabilität von durch Infiltration behandelten Läsionen konnte bisher in vitro an Rinderzähnen dokumentiert werden (Rocha Gomes Torres et al. 2011).

Klinische Beispiele

Die praktische Anwendung soll abschließend an mehreren klinischen Beispielen veranschaulicht werden. Im Patientenfall 2 (Abb. 3–6) wurde die Behandlung im Jahr 2010 durchgeführt. Es handelte sich um eine Raucherin (zehn Zigaretten täglich) mit einer unzureichenden Mundhygiene und einem hohen Zuckerkonsum. Die Patientin hatte sich einige Jahre zuvor einer festsitzenden kieferorthopädischen Behandlung unterzogen. In der Ausgangssituation existieren (Abb. 3) zervikale White Spots an den Zähnen 12–22, bräunliche Verfärbungen

und Nikotinablagerungen und eine invasiv behandlungsbedürftige kariöse Läsion an Zahn 21. Die Zähne wurden gereinigt, es erfolgte eine absolute Trockenlegung (Abb. 4–5), in Regio 21 wurde eine Compositefüllung gelegt und die Zähne 12–23 wurden per Infiltration (Icon®, DMG) laut Herstellerangaben behandelt. Die Abbildung 6 zeigt das Ergebnis direkt nach der Infiltrationsbehandlung. Die Patientin beklagte keine Nebenwirkungen bzw. Überempfindlichkeiten. Bei ihr wird seither regelmäßig (alle sechs bis neun Monate) ein professionelles Biofilmmangement inklusive einer Fluoridierung durchgeführt.

Patientenfall 3 zeigt eine 26-jährige Patientin mit einer Dentalfluorose an Zahn 21 und einer Farbveränderung in Folge eines Traumas an Zahn 22. Abbildung 7 zeigt die Ausgangssituation, Abbildung 8 die Situation unmittelbar nach der Infiltrationsbehandlung. Deutlich zu erkennen sind die nahezu perfekte Maskierung der Fluorose an 21 sowie die Maskierung am Zahn 22. Bei vestibulären Läsionen ist oft eine dicke pseudointakte Oberfläche vorhanden, die ein wiederholtes Anätzen erfordert. Ob ausreichend geätzt wurde, lässt sich überprüfen, indem man nach dem Ätzen die zuvor getrocknete Läsion mit Ethanol



Abb. 7



Abb. 8

Patient 3 – Abb. 7: Dentalfluorose 21, traumatische Farbveränderung 22. (DH) – **Abb. 8:** Situation nach der Infiltrationsbehandlung. (DH)



Abb. 9



Abb. 10

Patient 4 – Abb. 9: Traumatische Farbveränderung 11. (DH) – **Abb. 10:** Das Ergebnis direkt nach der Therapie mittels Kariesinfiltrationsmethode. (DH)

befeuchtet. Dringt dann der Alkohol schnell ein und maskiert dadurch zumindest teilweise die Läsion, ist auch eine ausreichende Penetration der Läsion

durch den Infiltranten zu erwarten. Wenn die Läsion weißlich bleibt und sich keine optische Verbesserung erkennen lässt, sollte nochmals geätzt werden.

Ein ähnliches Resultat ist bei Patientenfall 4 zu beobachten: die Dokumentation zeigt eine vestibuläre Fluorose am Zahn 11 (Abb. 9) sowie das Ergebnis direkt nach Therapie mittels Kariesinfiltrationsmethode (Abb. 10).

Monitoring

Nach der Behandlung ist ein regelmäßiges, individuell auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmtes Recall empfehlenswert. Bei approximalen Läsionen ist zu beachten, dass durch Infiltration keine Änderung des radiologischen Befundes eintritt. Dies bedeutet, dass sich bei erneuter radiografischer Darstellung im Monitoring weiterhin eine Aufhellung zeigt (Abb. 2). Hierüber müssen die Patienten unbedingt aufgeklärt werden, damit nicht ein folgender Behandler irrtümlich eine aktive Karies diagnostiziert und eine invasive Therapie einleitet. Daher beinhalten die kommerziell verfügbaren Behandlungssets ein Formular zur Weitergabe an die Patienten, in dem die infiltrierten Zähne eingetragen werden können.

Fazit

Zusammenfassend kann sowohl aus den bisher publizierten Untersuchungen als auch aus den Erfahrungen in der eigenen Anwendung gefolgert werden, dass die Infiltrationstechnik eine wirksame Methode zur Verhinderung bzw. Verlangsamung der Progression initialer kariöser Läsionen und zur ästhetischen Korrektur bereits vorhandener Läsionen und damit eine interessante, mikroinvasive Ergänzung zu klassischen Ansätzen in der Kariestherapie darstellt.

Danksagung

Wir bedanken uns bei Klaudia Dietrich B.Sc. (KD), Praxis Dres. Knapfer, Lainingen, und bei Doris Hartmann (DH), DMG, Hamburg, für die Bereitstellung des Bildmaterials.



CME-Fortbildung

Mikroinvasivität durch Kariesinfiltration

Dr. Silke Hornstein,
Prof. Dr. Peter Hahner, M.Sc.,
Prof. Dr. Georg Gaßmann

CME-ID 75536

Zum Beantworten dieses Fragebogens registrieren Sie sich bitte unter:
www.zwp-online.info/cme-fortbildung



Infos zur CME-Fortbildung auf ZWP online

Kontakt

Dr. Silke Hornstein

praxisHochschule
Neusser Straße 99
50670 Köln
Tel.: 0221 5000330-13
s.hornstein@praxishochschule.de
www.praxishochschule.de

>> ParoOh... einfach messen, schon dokumentiert.

>> Die klügere Parodontalsonde gibt nach.



pa-on®

Parodontalstatus: Schneller, standardisiert und vollständig SW-integriert.

Die hygienische Einmal-Messspitze [nach RKI Anforderungen] der Parodontalsonde pa-on ist so kalibriert, dass die Messung der Taschentiefe genau mit **20g [0,2N] Druckausübung** erfolgt.

“Die klügere Parodontalsonde gibt nach” - das sorgt für einen **erhöhten Patientenkomfort** sowie für genaue, standardisierte und reproduzierbare Ergebnisse – auch bei unterschiedlichen Behandlern.

Einfach Taschentiefe, Rezession und Attachmentverlust in einem Messschritt erfassen und automatisch dokumentieren.



einfach messen,

Automatisierte und geführte Messung, kabellos. Individueller Messablauf. Optisches und akustisches Feed-back. Mit Blutungsindex, Lockerungsgrad, Bifurkation, Mundhygieneindizes, etc.

schon dokumentiert

Automatische Übertragung der Messergebnisse und Dokumentation des Parodontalstatus. Keine manuelle Datenerfassung nötig.

und archiviert.

Visualisierung und Speicherung der Messergebnisse in byzzParo und/oder Ihrer Praxissoftware.



- our best practice
diagnostik - therapie - prophylaxe

www.orangedental.de

orangedental
premium innovations

Bei Zahnverlust wird die Versorgung durch Implantate immer beliebter. So versprechen sie eine ästhetische Optik, einen festen Sitz und langen Halt. Doch selbst nach dem Setzen des „neuen Zahns“ sollte eine regelmäßige Nachsorge nicht außer Acht gelassen werden. Auch periimplantäres Gewebe kann sich entzünden und zu einer Mukositis oder Periimplantitis führen. Der folgende Artikel beschäftigt sich mit möglichen Risikofaktoren eingesetzter Implantate und der Bedeutung einer intensiven Nachsorge.



Mukositis und Periimplantitis

Dr. Jeannette Oldeweme, Priv.-Doz. Dr. Nicole Pischon

Die Prävalenz der parodontalen Erkrankungen ist trotz steigender Prophylaxemaßnahmen und entsprechender Aufklärung durch Zahnärzte in Deutschland relativ hoch. Dabei sind es vor allem die älteren Patienten, die an einer Parodontitis erkranken. Im Rahmen der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV, 2006) lag die Prävalenz für Parodontitis in der Gruppe der 65- bis 74-Jährigen sogar bei 88 Prozent.¹ Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass weniger Zähne durch Karies verloren gehen und somit mehr Senioren ihre natürlichen Zähne behalten, mit zunehmendem Alter jedoch auch das Risiko für parodontale Erkrankungen steigt.

Doch nicht nur die parodontalen Gewebe natürlicher Zähne können erkranken. In der heutigen Zeit wünschen sich mehr und mehr Patienten eine Versorgung mit Implantaten, was dazu führt, dass die Versorgung zahnloser Kieferabschnitte mit Implantaten stetig zunimmt.¹ Dass sich auch das periimplantäre Gewebe entzünden kann, ist einigen Patienten jedoch zum Zeitpunkt der Implantation nicht bewusst und eine regelmäßige Nachsorge wird vernachlässigt oder bleibt von vornherein aus. Studien belegen, dass 80 Prozent der Patienten bzw. 50 Prozent der Implantate an einer Mukositis, also einer Entzündung der periimplantären Weichgewebe,

und ca. 28 Prozent der Patienten bzw. 56 Prozent der Implantate an einer mit Knochenabbau einhergehenden Entzündung, der Periimplantitis, leiden.^{2,3} Trotz dieser alarmierenden Zahlen haben Implantate im Durchschnitt im ersten Jahr eine Überlebensrate von 97,5 Prozent und eine 10-Jahres-Überlebensrate von 82–94 Prozent⁴ und stellen eine sinnvolle Therapieoption dar, wenn bestimmte Voraussetzungen (z.B. Compliance seitens des Patienten, Ausschluss von Risikofaktoren, entzündungsfreie Verhältnisse etc.) erfüllt sind.

Biologie

Das periimplantäre Weichgewebe besteht aus einem epithelialen und einem bindegewebigen Anteil, ähnlich wie beim natürlichen Zahn.⁵ Ein Saumepithel ist genauso wie am natürlichen Zahn vorhanden. Das periimplantäre Bindegewebe enthält jedoch weniger Fibroblasten und Gefäße, dafür aber mehr kollagene Fasern als das den natürlichen Zahn umgebende supraalveoläre Bindegewebe. Die kollagenen Fasern sind überwiegend parallel zum Implantat angeordnet⁶ und inserieren nicht wie am natürlichen Zahn in unterschiedlicher Ausrichtung am Implantatkörper, was eine geringere bindegewebige Anhaftung mit sich bringt. Durch die Osseointegration des Implan-

tats – im Lichtmikroskop ist ein direkter Kontakt von Knochen und Implantatoberfläche zu erkennen⁷ – fehlt der desmodontale Spalt mit den in das Wurzelzement inserierenden Sharpey'schen Fasern sowie Gefäßen und Nerven, was mit einer verminderten Vaskularisierung als am natürlichen Zahn einhergeht. Diese strukturellen Unterschiede gehen mit einem geschwächten Abwehrmechanismus gegen bakterielle Einflüsse am Implantat einher und führen folglich zu einem schnelleren Verlauf der Entzündungsreaktion im Gegensatz zu vergleichbaren Entzündungen des Parodonts.

Diagnostik

Die Mukositis ist vergleichbar mit der Gingivitis und wird als eine reversible entzündliche Reaktion der periimplantären Mukosa ohne Anzeichen von periimplantärem Knochenverlust beschrieben⁸ und liegt vor, wenn im Vergleich zur Ausgangs Sondierungstiefe keine erhöhten Taschensondierungstiefen vorliegen, Entzündungszeichen wie Sondierungsblutung bzw. Pusaustritt vorhanden sind, jedoch radiologisch kein Knochenabbau zu verzeichnen ist.⁹ Bei einer Periimplantitis als Äquivalent zur Parodontitis handelt es sich um das Fortschreiten der entzündlichen Prozesse mit einhergehendem irreversiblen



Sag mal BLUE SAFETY, kann ich mit Wasserhygiene auch Geld sparen?

Ja! Eine Zahnarztpraxis kann
mit 5 Behandlungseinheiten
bis zu 6.000 € pro Jahr sparen.

Jetzt informieren und absichern.
Kostenfreie Hygieneberatung
unter 0800 25 83 72 33

www.bluesafety.com
Video-Erfahrungsberichte www.safewater.video

Abbau periimplantären Knochens.⁸ Von einer Periimplantitis spricht man per definitionem, wenn zusätzlich zu den Entzündungszeichen die Taschensondierungstiefen 4 mm und mehr betragen und ein radiologischer Knochenabbau von mehr als 2–3 mm zu verzeichnen ist.⁹ Eine fehlende Sondierungsblutung ist ein guter Prädiktor für periimplantäre Gesundheit. Die Sondierung am Implantat ist in der Handhabung aufgrund der meist bauchigen Suprakonstruktion auf dem vergleichsweise schmalen Implantat schwieriger als die Sondierung am natürlichen Zahn. Es empfiehlt sich daher im Allgemeinen die Verwendung einer Kunststoffsonde, da diese aufgrund der Flexibilität einfacher unterhalb der Suprakonstruktion in die Tasche einzuführen ist. Des Weiteren ist die periimplantäre Sondierung – verglichen mit dem Zahn – mehr vom Sondierungsdruck abhängig. Es sollten daher nicht höhere Sondierungskräfte als 0,25–0,30 N angewandt werden.

Risikofaktoren

In zahlreichen Übersichtsstudien wurde der Langzeiterfolg von Implantaten belegt.¹⁰ Dabei beeinflussen unterschiedliche Faktoren den Erfolg einer Implantation (Tab. 1). Sowohl die periimplantäre Mukositis als auch die Periimplantitis sind biofilmassoziierte Erkrankungen, die durch iatrogene Faktoren, wie zum Beispiel submuköse Zementreste, verblockte prothetische Restaurationen, nicht hygienefähige prothetische Suprakonstruktionen oder durch ungünstige Implantatpositionen begünstigt werden können. Auch lokale Faktoren, wie zum Beispiel Knochenqualität, Lokalisation des Implantats oder das Fehlen keratinisierter Gingiva^{11,12} beeinflussen den Erfolg einer Implantation. Darüber hinaus können systemische Faktoren wie Patientenalter, Rauchgewohnheiten oder Allgemeinerkrankungen eine Periimplantitis begünstigen. Maßgeblich für eine erfolgreiche Implantation ist natürlich auch die Erfahrung des Chirurgen, das gewählte operative Verfahren (Sofortimplantation, Sofortbelastung, ein- oder zweizeitiges Vorgehen) sowie die Wahl der prothetischen Suprakonstruktion.

Faktoren für Implantaterfolg

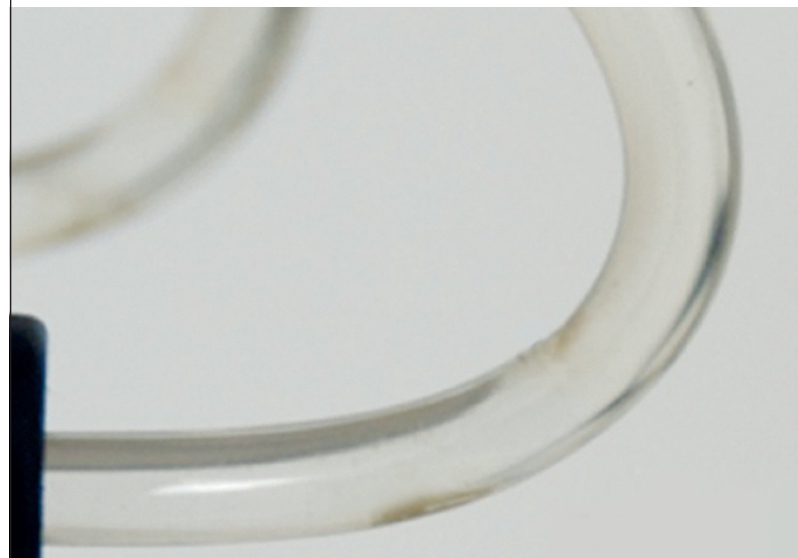
Endogene Faktoren	Exogene Faktoren
a. Lokal Knochenqualität Implantatlokalisierung Knochentransplantate Parafunktionen Keratinisierte Gingiva Stabilität Radiatio	a. Operateur-, Technik-bedingt Chirurgische Erfahrung Operative Technik Sofortimplantation Sofortbelastung Ein-/zweizeitiges Vorgehen Gestaltung der Suprakonstruktion
b. Systemisch Patientenalter Allgemeinerkrankungen Rauchgewohnheiten	b. Biomaterial-bedingt Biokompatibilität Implantatsystem Implantattyp

Tab. 1

(Mombelli et al. 2006 und Esposito et al. 2007)



Wegen H₂O₂: Biofilmbildung



Mit SAFEWATER-Hygiene-Konzept

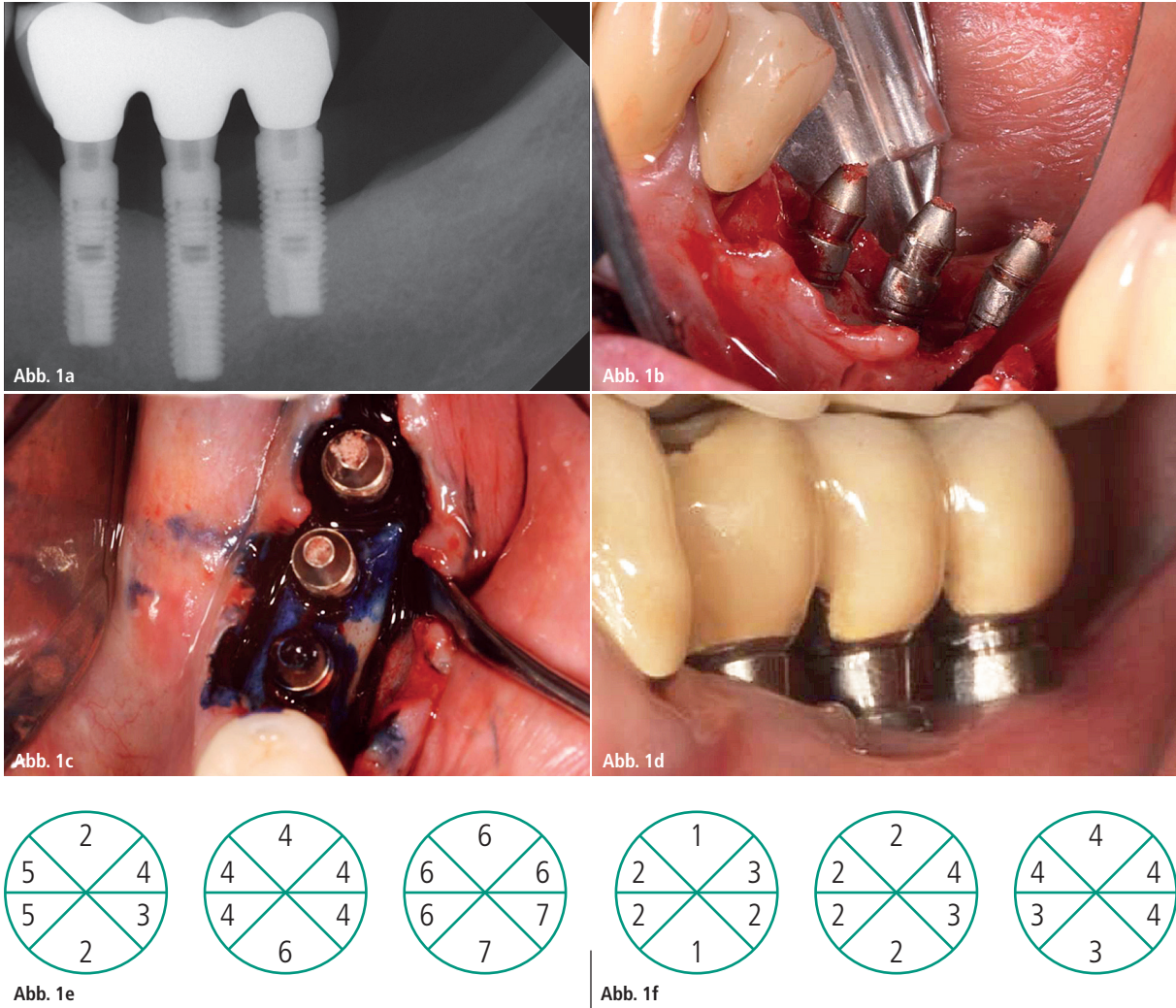


Abb. 1: Fallbeispiel einer Periimplantitistherapie (behandelt von ZÄ M. Czownicka): **a)** Röntgenologische Ausgangssituation; **b)** Lappenbildung; **c)** Photo-dynamische Therapie; **d)** Drei Monate post OP; **e)** Sondierungstiefen vor der Behandlung; **f)** Sondierungstiefen nach drei Monaten.

Parodontitispatienten haben zwar ein signifikant höheres Risiko (OR: 3,1–4,7) für Implantatverlust,¹³ jedoch ist die Versorgung mit Implantaten bei Patienten mit Parodontitis nicht grundsätzlich kontraindiziert. Nach entsprechender Indikationsstellung und unter der Voraussetzung eines weitestgehend entzündungsfreien Parodonts sowie einer hohen Compliance seitens des Patienten kann die Implantation durchaus die Therapie der ersten Wahl sein. Vor allem sollte die aktive antiinfektiöse Parodontitistherapie abgeschlossen sein. Insbesondere Resttaschen von über 5 mm stellen einen Risikofaktor für das Entstehen von Periimplantitis und gegebenenfalls einem nachfolgenden Implantatverlust dar.¹⁴ Regelmäßige Nachsorgen im Rahmen der unterstützenden Parodontitistherapie sind daher maßgeblich für den Erhalt der Implantate.

Generell unterscheidet man einen frühen Implantatverlust von einem späten Implantatverlust. Eine gestörte Wundheilung, Infektionen, chirurgische Traumata oder eine zu frühe Belastung des Implantates durch die prothetische Versorgung können beispielsweise zu einem frühen Implantatverlust (< 2 Jahre) führen, während eine Überbelastung und Periimplantitis zu einem späten Implantatverlust führen (> 2 Jahre).¹⁵ Darüber hinaus kann es auch durch Weichgewebsdefizite zum Implantatverlust kommen, da die Dicke des periimplantären Weichgewebes das Ausmaß der Knochenresorption beeinflusst. Bei der Planung der Implantation sollte überprüft werden, ob ausreichend keratinisierte Gingiva vorhanden ist. Die Keratinisierung der periimplantären Mukosa ist für die Ästhetik, eine optimale Mundhygiene und die prothetische

Rekonstruktion wichtig. Eine fehlende Keratinisierung begünstigt Rezessionen und gegebenenfalls Periimplantitis.^{16,17} Deshalb sollte bei fehlender oder unzureichender keratinisierter Gingiva vor der Implantation ein freies Schleimhauttransplantat in Betracht gezogen werden.

Nachsorge

Nach erfolgter Implantatinsertion sollte bei regelmäßigen Nachkontrollen geprüft werden, ob der Patient über persistierende subjektive Beschwerden wie Schmerzen oder Dysästhesien berichtet. Des Weiteren sollte die periimplantäre Mukosa auf das Vorhandensein bzw. Fehlen von Entzündungszeichen wie Sondierungsblutung und Pusaustritt überprüft und die Taschensondierungstiefen erhoben werden. Außerdem

Plaques	Sondierungsblutung	Pus	Sondierungstiefe (mm)	Knochenverlust (Rö)	Therapie
+/-	-	-	<4	-	(A)
+	+	-	<4	-	A
+	+	+/-	4-5	+	A+B
+	+	+/-	>5	++	A+B+C
+	+	+/-	>5	+++	A+B+C+D
+	+	+/-	>5	++++	E

Tab. 2: CIST-Konzept (nach Mombelli und Lang 1998): A = mechanisches Debridement, Mundhygieneinstruktion; B = antiseptische Therapie (0,2 % CHX); C = Antibiotikagabe (systemisch/lokal); D = offene chirurgische Verfahren (resektiv/regenerativ); E = Explantation.

werden regelmäßige Röntgenaufnahmen der Implantate empfohlen. Ein Knochenverlust von 1,5 mm im ersten Jahr nach der Implantation ist durchaus physiologisch. In den Folgejahren sollte sich der knöcherne Abbau jedoch auf maximal 0,2 mm pro Jahr beschränken. Die periimplantäre Sondiertiefe sowie der knöcherne Abbau sollte bei der Befundung immer mit der Ausgangssituation, am besten einige Wochen (ca. zwei Monate) nach prothetischer

Versorgung, nämlich nach abschließenden Adaptationsvorgängen des periimplantären Gewebes, verglichen werden.

Per definitionem sprechen für eine periimplantäre Gesundheit das Ausbleiben einer Sondierungsblutung, kein Pus, kein radiologischer Knochenverlust und Taschensondierungstiefen von bis zu 3 mm.⁹ Eine ständige Nachsorge ist daher maßgeblich für den Erfolg einer Implantation. Bei beschwerdefreien Pa-

tienten wird im ersten Jahr nach der Implantation ein Nachsorgeintervall von drei Monaten empfohlen, im zweiten Jahr eine halbjährliche Nachsorge und in den Folgejahren sollte eine jährliche Kontrolle erfolgen. Bei mangelnder Sondierungstiefe von über 4 mm sollten die Intervalle individuell patientenbezogen auf drei Monate oder sogar auf bis zu vier Wochen reduziert werden.

Therapie

Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie sowohl der Mukositis als auch der Periimplantitis ist eine gute häusliche Mundhygiene und die Bereitschaft zur regelmäßigen Nachsorge bzw. unterstützenden Implantattherapie. Generell stehen unterschiedliche Methoden zur Therapie der Mukositis bzw. Periimplantitis zur Verfügung, wobei zwischen offenen und geschlossenen Verfahren unterschieden werden kann. Eine mechanische Reinigung der Implantatoberfläche durch subgingivales

ANZEIGE

Natürlich medizinisch



aminomed – bei gereiztem Zahnfleisch und empfindlichen Zähnen

- ✓ **Optimale Parodontitis-Prophylaxe** durch natürliche entzündungshemmende und antibakterielle Wirkstoffe wie Bisabolol, Panthenol, Xylit und Kamillenblüten-Extrakt, die das Zahnfleisch pflegen und kräftigen.
- ✓ **Optimaler Kariesschutz** durch ein spezielles **Doppel-Fluorid-System** mit Aminfluorid und Natriumfluorid, welches den Zahnschmelz härtet und Karies nachhaltig vorbeugt.
- ✓ **Aminomed reinigt sehr sanft (RDA 50)** und ist deshalb auch besonders empfehlenswert **bei empfindlichem Zahnfleisch und sensitiven Zahnhälsen.**

Kostenlose Proben jetzt anfordern: Fax 0711-75 85 779-26

Bitte senden Sie uns zusätzlich Terminzettel/-blöcke

Unterschrift

Praxisstempel

DHJ/PJ 04/2016



Dr. Liebe Nachf. • D-70746 Leinfelden-Echt. • Tel: 0711 75 85 779-11

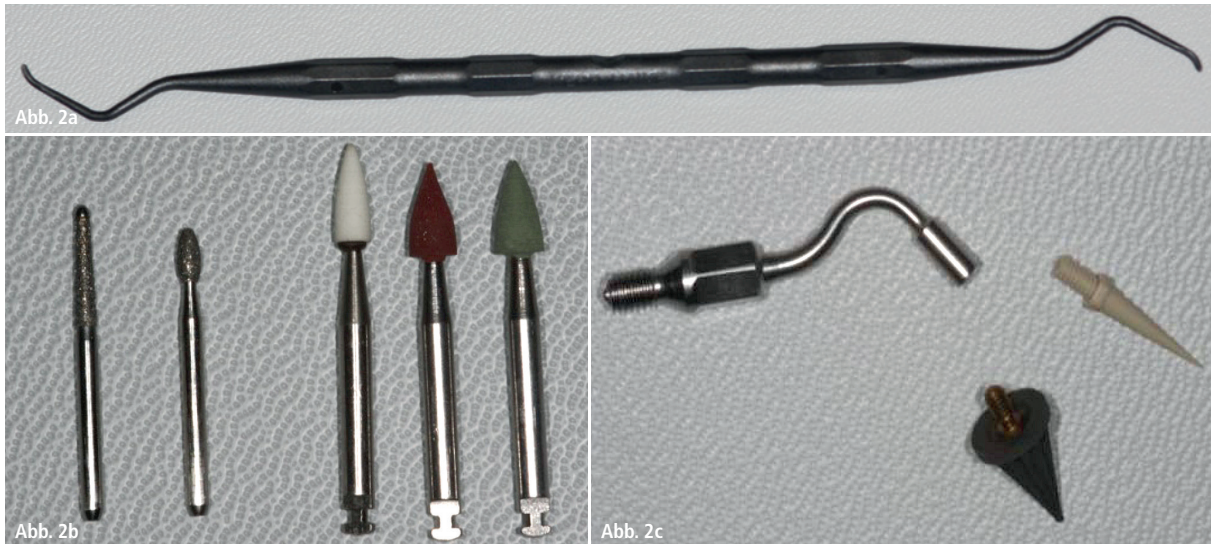


Abb. 2: a) Mechanisches Debridement: Karbonkürette; b) Instrumente für die Implantatplastik: Diamant, Arkansasstein, Brownie, Greenie; c) Aircaler mit Implantatansatz aus Kunststoff und Polierkegel.

Debridement und gegebenenfalls zusätzlicher adjuvanter antibakterieller Therapie führt zu einer Reduktion der Entzündungszeichen bei der Mukositis.^{18–22} Das subgingivale Debridement kann sowohl mit Handinstrumenten (Carbon- oder Titanküretten) als auch mit Schall- oder Ultraschallgeräten mit Kunststoffansatz durchgeführt und gegebenenfalls mit Luft-Pulver-Wasserstrahl-Geräten kombiniert werden. Zwecks adjuvanter antibakterieller Therapie stehen antibakterielle Spüllösungen oder Gele (z. B. Chlorhexidin) und lokale Antibiotika (z. B. Ligosan®, Arestin®) zur Verfügung. Auch die Photodynamische Therapie (z. B. HELBO®) eignet sich unterstützend in der nichtchirurgischen Therapie (Abb. 1 und 2).²³ Die Behandlungsmöglichkeiten bei Periimplantitis sind vielfältig, allerdings liegen bislang nur wenige gesicherte wissenschaftliche Daten vor, um die Entscheidung für oder gegen eine Therapieoption zu treffen. Zurzeit ist es deshalb schwierig, vorhersagbare Auskünfte über den Langzeiterfolg einer Therapie zu geben.^{24,25} Die Therapie der Periimplantitis kann sowohl geschlossen analog zur Therapie der Mukositis als auch in einem offenen chirurgischen Verfahren erfolgen. Im Rahmen eines offenen Verfahrens kann die Oberflächenbearbeitung des Implantats mit resektiven oder regenerativen Techniken kombiniert werden. Eine Glättung bzw. Einebnung der

Implantatoberfläche (Implantatplastik) ermöglicht eine verbesserte Hygienefähigkeit des Implantats und führt somit zu einer Reduktion der periimplantären Entzündung.²⁶ Jedoch muss der Patient über eine mögliche Implantatexposition aufgeklärt werden, die zu ästhetischen Einbußen führen kann.²⁷ Regenerative Verfahren mit Verwendung von Knochenersatzmaterialien und Membranen können ebenfalls langfristig zu stabilen periimplantären Verhältnissen führen. Hier sollte jedoch die Art des knöchernen Defektes berücksichtigt werden.

Lang und Mombelli entwickelten 1998 ein stufenweises Modell zur Therapie von periimplantären Erkrankungen (Cumulative Interceptive Supportive Therapy, CIST, siehe Tabelle 2). Dieses Modell unterstützt den praktisch tätigen Zahnarzt bei der Entscheidungsfindung der Therapie.²⁸

Schlussfolgerung

Noch immer fehlen Langzeitstudien mit evidenten Therapiekonzepten, sodass es nach heutigem Wissensstand noch keine vorhersagbare Therapie der Periimplantitis gibt. Im Vordergrund sollte daher vor allem die Prävention der Periimplantitis stehen. Insbesondere durch den Ausschluss von Risikofaktoren bzw. durch Einstellen bestehender Risikofaktoren, wie zum Beispiel das Schaffen einer parodontal stabilen Situation, lassen sich

Misserfolge in der Implantattherapie minimieren. Eine umfangreiche Befundung mit Erhebung sämtlicher klinischer Parameter wie Sondierungsblutung, Plaqueindizes und Taschensondierungstiefen sowie die Anfertigung und Befundung von Röntgenaufnahmen im Rahmen der Nachsorge sind für einen langfristigen Therapieerfolg nahezu unumgänglich.

Literatur



Kontakt

Priv.-Doz. Dr. Nicole Pischon

DGP-Spezialistin für Parodontologie
Charité – Universitätsmedizin Berlin
CharitéCentrum 3 für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde
Abteilung für Parodontologie
und Synoptische Zahnmedizin
Aßmannshäuser Straße 4–6
14197 Berlin
Tel.: 030 450562-325
Fax: 030 450562-932
nicole.pischon@charite.de

Jeannette Oldeweme

jeannette.oldeweme@charite.de

Sport ist im kardiovaskulären, muskulären und posturalen Sinne eine gesunde Tätigkeit, wenn er jedoch als Leistungssport praktiziert wird, birgt er eine Reihe von Gesundheitsrisiken für die Apparate, die nicht in direktem Zusammenhang mit der sportlichen Tätigkeit stehen, wie zum Beispiel die Mundhöhle. Traumatische, dentomaxillofaziale Pathologien können und müssen vor allem bei solchen Athleten präventiv verhindert werden, welche sogenannte Kontaktsportarten praktizieren.

Übereinstimmung der häuslichen und professionellen Behandlung bei Leistungssport-Patienten

Gianna Maria Nardi (Universität Sapienza, Rom), Fabio Scarano Catanzaro (Bari), Biagio Rapone (Universität Aldo Moro, Bari), Felice Roberto Grassi (Universität Aldo Moro, Bari)

Vorstellung des klinischen Falls

Der Patient (m, 50 Jahre) ist augenscheinlich in sehr guter gesundheitlicher Verfassung. Er klagt über eine Dezementierung einer Gold-Keramik-Krone, die rehabilitative Behandlung wurde in einer anderen Praxis durchgeführt. Die Anamnese ergibt, dass sich der Patient bester Gesundheit erfreut und keine systemischen Erkrankungen aufweist, dessen Lebensgewohnheiten jedoch den Kauapparat übermäßig beanspruchen. Der Patient übt mehrere Sportarten auf Leistungssportniveau aus und nimmt an, einen für seinen Körper gesunden Lebensstil zu pflegen. Bei einer ersten Untersuchung ist sofort die Fraktur der Krone eines Implantats TBR 3,5x 13 mm sowie der entsprechende Verlust der prothetischen Krone neun Jahre nach dem Einsetzen erkennbar. Der Patient zeigte Abnutzungsfacetten auf allen Zahnelementen (Abb. 1). Im Laufe des Gesprächs mit der Dentalhygienikerin berichtet er, sporadische Kontrollen bei seinem Zahnarzt durchgeführt zu haben, die Zähne kräftig und wiederholt zusammenzubeißen. Während des Trainings beim Thaiboxen bekommt er

außerdem starke Schläge auf das Gesicht und benutzt beim Unterwasserfischen bei Tauchgängen häufig das Mundstück aus Silikon. Darüber hinaus leide er unter nächtlichem Bruxismus, was das klinische Bild noch verschlechtert.

Materialien und Methoden

Eine gründliche Untersuchung wurde mithilfe einer Intraoralkamera (ACTEON SoprCare™) durchgeführt, die es dank

spezieller Filter ermöglicht, schnell und genau die Bereiche der Demineralisierung und der entzündlichen Bereiche zu erkennen und sie dem Patienten in Echtzeit zu zeigen. Dieser hat so die Möglichkeit, direkt teilzuhaben und sich von der Schädigung zu überzeugen. Dieselbe Kamera zeigt hingegen im Periomodus den bakteriellen Biofilm, Zahnstein und Zahnfleischentzündungen im lingualen und vestibulären Bereich der unteren Schneidezähne (Abb. 2 und 3). Die durch



Abb. 1: Klinische Situation. – **Abb. 2 und 3:** Aufnahme mit der Intraoralkamera (ACTEON SoprCare™) im Periomodus. – **Abb. 4 und 5:** Aufnahmen im Daylight-Modus.



Abb. 6: Aphthe Major.

die Fluoreszenz-Analyse erhaltenen Bilder werden über die anatomischen Bilder gelegt, sodass man eine Darstellung des Gewebes erhält, die auch für den Patienten sofort und einfach zu verstehen ist und unter Verwendung von einfachem weißem Licht nicht sichtbar wäre. Das bestrahlte Gewebe wird mit einer einfach und sofort zu deutenden Farbpalette dargestellt. Im Daylight-Modus mit weißem Licht und einer 100-fachen Vergrößerung war eine beträchtliche Menge Zahnbelag auf der lingualen Oberfläche der unteren Schneidezähne (Abb. 4) und der Verlust von Zahnschmelzsubstanz auf der Bissfläche der Schneidezähne festzustellen (Abb. 5). Des Weiteren zeigt sich auf der mukogingivalen Grenze des Zahnes 26 eine Aphthe Major (Abb. 6).

Im Kariesmodus zeigt das System kariöse Stellen im Bereich der Schmelz-Dentin-Grenze bereits ab dem Stadium 1 (System ICDA S-II), die bei dem Patienten nicht festgestellt wurden.

Da die Bilder der Kamera in Echtzeit dargestellt werden konnten, wurde der Patient auf die durch die Beanspruchung des Kauapparats verursachten Risiken sowie auf die Risiken einer unzureichenden Plaquekontrolle hingewiesen und ihm unmittelbar die Bereiche gezeigt, die eine konservative, parodontale und implantologische Behandlung benötigen. Es wurden Verfahren zur häuslichen und

professionellen Mundhygiene vorgeschlagen, die sodann mit dem Patienten abgestimmt wurden. Nachdem er die Schädigungen in der Mundhöhle selbst gesehen hatte, zeigte er sich mit einer Befolgung der vom Zahnarzt vorgeschlagenen Vorgehensweise umfänglich einverstanden.

Dekontaminierung

Nach der Erfassung und Aufnahme der klinischen Daten (Abb. 7 und 8) erfolgte die Plaqueentfernung, bei der ein Airflowgerät zur Zahnprophylaxe mit Doppelfunktion verwendet wurde (Air-N-Go easy; SUPRA: supragingivale Anwendung mit Karbonat oder Natriumkarbonat und PERIO: für die subgingivale Anwendung mit Glycin und entsprechenden Aufsätzen). In diesem speziellen Fall wurde das Gerät in der SUPRA-Einstellung für das supragingivale Polieren und Reinigen angewandt. Mit einem Zahnsteinent-

ferner (Newton P5 XS B.LED ACTEON Satelec) mit Plaqueerkennungssystem (Abb. 9a) wurde ein Ultraschallscaling durchgeführt, das dem Anwender einen minimalinvasiven Eingriff und gleichzeitig eine exakte Erfassung der zu entfernenden Toxine und des zu entfernenden Zahnsteins ermöglicht. Nachdem die F.L.A.G.-Flüssigkeit in den 300-ml-Behälter gefüllt wurde, erfolgte die gezielte Dekontamination der Oberflächen mithilfe des blauen Lichtes des Newton Slim B.LED Handstücks, das mit einem Standardaufsatz betrieben wurde (Abb. 9b).

Der LED-Ring des Zahnsteinentferners ermöglichte mit weißem Licht eine optimale Ausleuchtung der zu behandelnden Stellen im retromolaren Bereich. Anschließend kam ein Zungenreiniger (TS1 Zungensauger, TSpro) zur professionellen Zungenreinigung auf dem Speichelsauger zum Einsatz. Unter Anwendung eines Gels wird die Rückseite des Saugers sanft über die Zunge bewegt, anschließend wird der Zungenreiniger umgedreht und weiche Lamellen saugen den bakteriellen Biofilm von der Oberfläche ab (Abb. 10a und b). Nach dem parodontalen Debridement wurde ein fluoridhaltiger Schutzlack (Fluor Protector S, Ivoclar Vivadent) aufgetragen, wobei eine dünne und homogene Schicht auf die demineralisierten Zahnoberflächen aufgetragen wurde (Abb. 11a und b). Für die Behandlung diverser, durch das Schnorchelmundstück verursachter, Aphthen in der Mundhöhle wurde die Anwendung einer Mundspülung

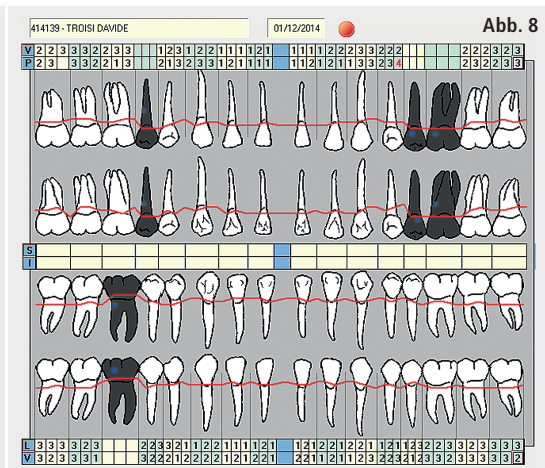
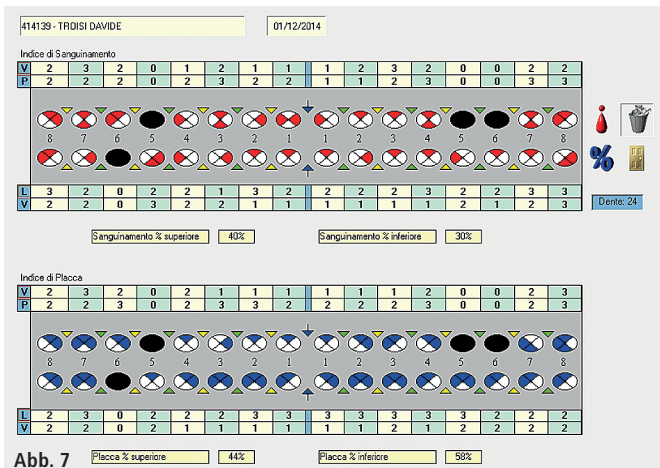


Abb. 7 und 8: Patientenblatt.

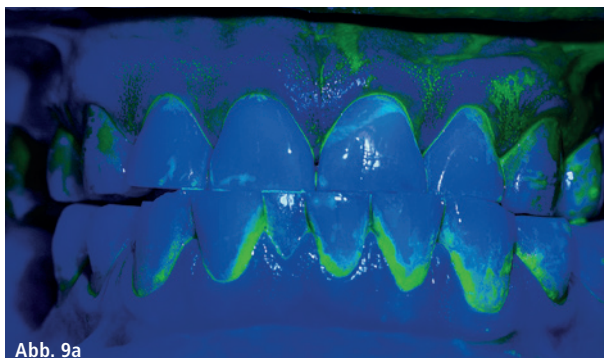


Abb. 9a



Abb. 9b

Abb. 9a: System zur Plaqueerkennung. – **Abb. 9b:** Parodontales Debridement mit Handstück Newtron Slim B.LED.

(Fertomcidina U, Theriaca) auf Jod- und Salicylsäurebasis mit bakterizider und entzündungshemmender Wirkung empfohlen, die fünf Tage lang dreimal täglich unverdünnt für 30 Sekunden aufgetupft wird, nachdem zweimal täglich mit dem zu 50 Prozent verdünnten Produkt gespült wurde.

Bei einer nachfolgenden Kontrolle wurde der Zustand der Gewebeheilung der Aphthen überprüft und der Patient berichtete, dass er sich einer Zahnaufhellungsbehandlung unterzie-

hen möchte, sobald die erste Phase der Vorbereitung der Mundhöhle beendet ist und bevor die implantäre Behandlung fortgesetzt wird.

Chirurgische Phase

Es wurde beschlossen, das gebrochene Implantat mit einer Bohrfräse mit einem Durchmesser von 4 mm zu extrahieren und es nach drei Monaten durch ein neues Implantat zu ersetzen (Abb. 12–15).

Verfahren im häuslichen Umfeld – Tailoring

Um den Patienten zu einer effizienten Kontrolle der bakteriellen Plaque zu motivieren, wurde er mit der als „individuelles und begleitetes Tailoring“ (Nardi et al., 2014) definierten Bürstmethode behandelt.

Vor der Behandlung wandten wir einen Plaqueindikator mit Fluorescein an, um einen Eindruck des bakteriellen Biofilms in der Mundhöhle zu erhalten; nach der

ANZEIGE

Dentistar Der zahnfreundliche Schnuller



Die Dental-Stufe im Saugteil schlängelt sich zwischen den Zähnen hindurch. So kann das Risiko von Zahnfehlstellungen entscheidend reduziert werden.

Mehr erfahren unter www.dentistar.eu

Gerne lassen wir Ihnen kostenlose Informationen und Musterexemplare zukommen.

Schreiben oder faxen Sie uns!

info@novatex.de • Fax: 05101/91 95 55

Erhältlich unter
anderem bei:



ROSSMANN Toysrus

Jetzt neu!
Größe 3
ab 14 Monaten

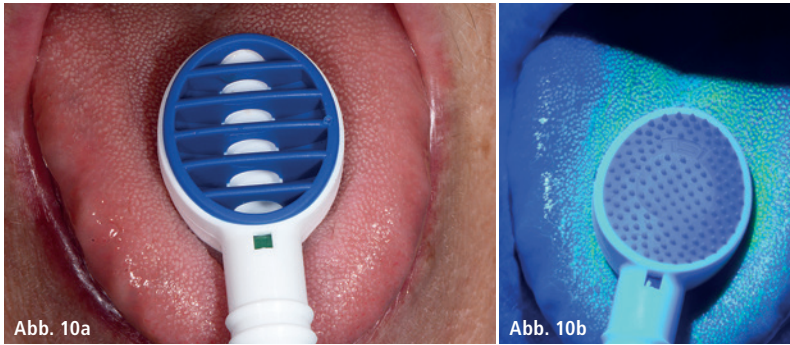


Abb. 10a und b: Professioneller Zungenreiniger TS1 Zungensauger während der Anwendung.



Abb. 11a



Abb. 11b

Abb. 11a: Auftragen des fluoridhaltigen Schutzlackes. – Abb. 11b: Auftragen des Gels Fluor Protector S (Ivoclar Vivadent).

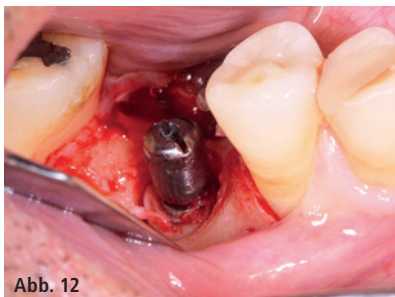


Abb. 12



Abb. 13



Abb. 14

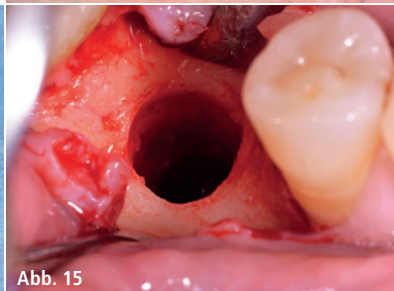


Abb. 15

Abb. 12: Einsetzen der TBR- Einheilungsschraube, die der Bohrfräse die korrekte Position und Neigung vorgibt. – Abb. 13: Anwendung der Bohrfräse bis zu einer Länge von 13 mm. – Abb. 14: Herausgezogenes Implantat mit dem vollständig intakten Knochen, der das Implantat umgibt. – Abb. 15: Die postextraktive Stelle.

sorgfältigen Bewertung des Gewebetyps stellten wir Diasteme fest und beobachteten die Handfertigkeit des Patienten. Wie vom Tailoring-Verfahren vorgesehen, wurde eine Handzahnbürste (GUM Technique PRO, Sunstar) empfohlen, die mit ihren extrem spitz zulaufenden, zylindrischen und schräg-stehenden Borsten eine effiziente Plaquekontrolle der Zahnzwischenräume garantiert.

Wir rieten dem Patienten, die Plaquekontrolle in den Zahnzwischenräumen mit den Interdentalbürsten (GUM Travler) zu verbessern und wählten, zusammen mit dem Patienten, die passende Größe für die Aufsätze der zu verwendenden Bürsten aus (Abb. 16).

Wir empfahlen dem Patienten die Anwendung von Einweg-Zahnpflegtüchern (Digital Brush) für die Mundhygiene unterwegs während des Trainings und eine Zahncreme (EP Enamel plus, Micerium) mit niedrigem Abrasionswert (25 RDA). Es wurde ihm weiterhin empfohlen, nur in seltenen Fällen aufhellende Zahncremes zu verwenden.

Verfahren im häuslichen Umfeld – Aufhellung

Wir haben dem Patienten eine Aufhellungsbehandlung (Ena White 2.0) empfohlen und ihm geraten, diese über 20 Tage nach jedem Zähneputzen morgens und abends durchzuführen und anschließend die Zahnbürste mit Wasser abzuspülen. Als dem Patienten die einfache Anwendung des Systems bewusst geworden war, stimmte er der Behandlung, die wir ihm auch dank einer Broschüre veranschaulichen konnten, sofort zu.

Abschluss

Wir haben den Patienten 15 Tage nach der Behandlung erneut gesehen. Verwendet wurde bei der Untersuchung die Videokamera, um dem Patienten in Echtzeit die Verbesserung dank der häuslichen Plaquekontrolle zu veranschaulichen. Der Patient bekundete seine Zufriedenheit über das Erreichen des gewünschten ästhetischen Ergebnisses mit der zu Hause durchgeführten

Aufhellung sowie über die verbesserte Mundhygiene dank der gewählten und von uns unterstützten Bürstetechnik („Tailoring-Verfahren“). Dem Patienten sind des Weiteren die Risiken aufgrund seiner sportlichen Tätigkeiten bewusst geworden. Es wurde erneut auf die Bedeutung der Entspannung durch Stretching der Kaumuskeln hingewiesen. Nach einer sorgfältigen posturalen Untersuchung auf der posturometrischen und stabilometrischen Plattform Lizard Ultimate erhielt der Patient einen Bite-Mundschutz und damit eine Vorrichtung, die sowohl die Funktion eines Zahnschutzes, der die Zähne vor Schlägen schützt, als auch eines Bite, der leistungssteigernd wirkt, da er muskulär, postural und artikulär wirkt, erfüllt (Abb. 17).

Zusätzlich zu den Terminen für den rehabilitativen Therapieplan mit dem Implantologen wurde der Patient in einen Plan regelmäßiger professioneller Kontrollen der Mundhygiene eingegliedert, der es der Dentalhygienikerin ermöglicht, klinische Praktiken durchzuführen, die der Beanspruchung durch den Leistungssport entgegenwirken und ein gesundes, funktionelles und ästhetisches Lächeln bewahren. Die Technik der zu Hause durchgeführten Aufhellung (Ena White 2.0) ist ein wirksames Instrument, um die Einhaltung des Verfahrens der heimischen Zahnpflege anzuregen und gewöhnt den Patienten an eine größere Aufmerksamkeit bei den regelmäßigen



Abb. 16



Abb. 17

Abb. 16: Bessere Plaquekontrolle in den Zahnzwischenräumen mittels Interdentalbürsten. – Abb. 17: Übergabe des Mundschutzes (Pro Guard).

Kontrollterminen, die dem Zahnarzt die Möglichkeit bieten, den Patienten regelmäßig zu untersuchen und den Gesundheitszustand der Mundhöhle zu überprüfen. Der Dentalhygienikerin wird so außerdem ermöglicht, falsche Lebensgewohnheiten zu korrigieren, um die Schönheit und Gesundheit eines Lächelns zu gewährleisten.

Erstveröffentlichung: *cosmetic dentistry* 01/2016 (ital. Ausgabe), S. 18–25.

Kontakt

Gianna Maria Nardi
Universität Sapienza, Rom
profnardi.giannamaria@gmail.com

ANZEIGE

Spülen mit System

NEU!
NaOCl 3%

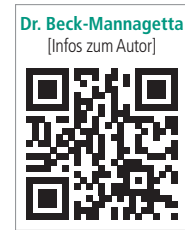


Mehr drin als man sieht:
Bei unseren Endo-Lösungen ist das ESD-Entnahmesystem bereits fest eingebaut.

Einfach - Sicher - Direkt

lege artis Pharma GmbH + Co. KG
D-72132 Dettenhausen, Tel.: +49 (0) 71 57 / 56 45 - 0
Fax: +49 (0) 71 57 / 56 45 50, E-Mail: info@legartis.de
www.legartis.de

Viele Tumorthérapien haben Auswirkungen auf die Mundhöhle und die verschiedenen Gewebe und Funktionen. Die Komplexität der Therapien und ihrer Risiken und Nebenwirkungen wächst immer mehr an. Für eine Zahnarztpraxis, in der oft nur wenige Patienten pro Jahr von einer Tumorerkrankung betroffen sind (und dann noch mit jeweils einer anderen) und wo häufig nur wenig Informationen durch die onkologischen Behandler ankommen, ist dies eine besondere Herausforderung. Die vorliegende Artikelserie soll einen Überblick über besondere Probleme der (im weitesten Sinne) zahnärztlichen Behandlung onkologischer Patienten geben und für das gesamte Team eine Sensibilisierung bezüglich potenzieller Probleme schaffen.



Patienten unter Tumorthérapie: Intensive Betreuung der Mundhöhle

Teil 3: Antiresorptive Substanzen und Nebenwirkungen

Dr. Dorothea Riesenbeck, Priv.-Doz. Dr. Johann Beck-Mannagetta, Prof. Dr. Dr. Knut Grötz

Während im ersten Teil (Prophylaxe Journal 3/15) der Serie die Strahlentherapie im Fokus stand, wies der zweite Teil (Prophylaxe Journal 1/16, siehe QR-Codes) auf die Probleme und Besonderheiten bei onkologischer Systemtherapie hin. Im dritten und letzten Teil steht nun die Bedeutung der zahnärztlichen Versorgung im Rahmen der antiresorptiven Therapie mit Bisphosphonaten und Denosomab im Mittelpunkt.

Besonderheiten von Bisphosphonaten und Denosomab

Bisphosphonate (BP) werden seit Jahren erfolgreich bei Knochenmetastasen und anderen Erkrankungen (Osteoporose, Plasmozytom u. a.) eingesetzt. Ihre Wirkung am Knochen beruht darauf, dass Osteoklasten (den Knochen abbauende Zellen) gehemmt werden. Der Knochen wird dadurch zwar härter, weniger anfällig für Brüche (besonders Wirbelbrüche) und eventuelle Schmerzen durch

Knochenmetastasen werden geringer, aber der physiologische Knochenumbau wird wesentlich verlangsamt. Auch die Osteoblasten (den Knochen aufbauende Zellen) sind indirekt betroffen und können nur unzureichend Knochen nachbilden. Somit wird der Knochen weniger belastbar als in gesundem Zustand.

Bisphosphonate werden chemisch an den Knochen gebunden, sodass die Verweildauer (und Wirkung) jahrelang anhalten kann. Das Wirkungsprofil wird insgesamt als günstig beurteilt. 2003 erschienen die ersten Berichte von Kiefernekrosen (osteonecrosis of the jaw = ONJ) unter BP-Medikation. Die Häufigkeit wird bei Patienten mit einer Tumorerkrankung zwischen drei und 15 Prozent angegeben; wesentlich seltener treten Kiefernekrosen bei Osteoporose auf, weil hier deutlich geringere Mengen eingenommen werden.

Seit einigen Jahren finden sich Kiefernekrosen auch unter der Therapie mit moderneren monoklonalen Antikörpern,

insbesondere bei Denosomab. Anders als bei BP beruht die Wirkung dieses Antikörpers auf seiner hemmenden Wirkung bereits auf die Vorstufen der Osteoklasten. Denosomab besitzt eine verhältnismäßig kurze Halbwertszeit von rund vier Wochen. Deshalb macht eine kurzzeitige Unterbrechung einer Denosomab-Gabe („drug holiday“) für einen notwendigen zahnärztlichen Eingriff durchaus Sinn, muss aber im Einzelfall mit dem Onkologen abgesprochen werden.

In der Situation einer Tumorerkrankung werden Bisphosphonate oder Denosomab in der Regel alle vier Wochen appliziert. Dies erfolgt oft über sehr lange Zeiträume, nicht selten über Jahre, die optimale Therapiedauer wird in vielen Situationen noch erforscht. Werden sie bei primärer Osteoporose eingesetzt oder in der Prophylaxe der sekundären Osteoporose bei antihormoneller Therapie einer Tumorerkrankung, gibt man sie ein bis vier Mal im Jahr. Aus dieser unterschiedlichen Dosierung resultie-



Abb. 1: Klinisches Erscheinungsbild einer ONJ mit freiliegendem Knochen im Oberkieferbereich und deutlich abgrenzbaren Schleimhautdefekten. (Foto: Dr. M. Schwaninger, Wels)

ren neben dem hohen Risikoprofil bei onkologischer Indikation entsprechend unterschiedliche (mittlere oder niedrige) Risikoprofile, bei gleicher Art der Nebenwirkungen.

Kofaktoren und individuelles Risikoprofil

Obwohl die Kiefernekrose noch nicht in allen Einzelheiten geklärt ist, sind Faktoren bekannt, die diese begünstigen. Hierzu gehören Keimeintrittspforten in der Mundhöhle wie Infektionen des Zahnhalteapparates (Parodontitis), Schleimhautwunden am Kieferkamm (Prothesendruckstellen, scharfe Knochenkanten) und Kieferwunden nach Operationen (Zahnextraktion ohne plastische Deckung). Daneben begünstigen die onkologische Grunderkrankung und weitere Therapien (Chemo-, Hormon-,

Cortison-, Strahlentherapie etc.) das Auftreten einer Kiefernekrose. Aber auch das Bisphosphonat selbst spielt eine Rolle: Hochwirksame, moderne BP (sogenannte Amino-BP) sind häufiger mit ihr vergesellschaftet. Weitere Risikofaktoren sind die intravenöse Anwendung (im Gegensatz zur Tabletteneinnahme), die hohe Dosierung und die Länge der Therapiedauer.

Diagnostik

Der freiliegende Kieferknochen ohne Heilungstendenz stellt das Leitsymptom dar (Abb. 1). Aus diesem Grund ist die Untersuchung der Mundhöhle für die primäre Diagnostik meist wichtiger als ein Röntgenbild. Oft sind die betroffenen Kieferareale trotz Nekrose nicht schmerzhaft, häufiger dagegen tritt ein merkbarer Mundgeruch auf. Das Röntgenbild kann für den Zahnarzt, Oral- oder MKG-Chirurgen wichtig werden, um nach einer Zahntfernung die knöcherne Durchbauung zu kontrollieren (Ausschluss einer persistierenden Alveole) oder um die Ausdehnung einer Nekrose für die OP-Planung zu bestimmen.

Behandlungsempfehlungen

Das Betreuungskonzept umfasst die Prophylaxe vor und die Prävention bzw. Früherkennung während/nach einer BP-Therapie sowie die Behandlung der manifesten Nekrose.

Informationsquellen

Die Mundhöhle ist ein Bereich, der in der Krebstherapie eine besondere Rolle spielt. Daher gibt es auch viele Arbeitsgruppen, die sich mit diesem Thema beschäftigen. Die Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e.V. (DEGRO) hat eine Arbeitsgemeinschaft Nebenwirkungen & Supportivtherapie (AG NW-Suppo), die in der Betreuung von Kopf-Hals-Patienten einen ihrer Schwerpunkte hat. Die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG) hat eine Arbeitsgemeinschaft für Supportivtherapie (ASORS). Es gibt die Multinationale Gesellschaft für Supportivtherapie bei Krebs (MASCC) und die Internationale Gesellschaft für Mund-Onkologie (ISOO). Seit Kurzem gibt es nun auch eine europäische Arbeitsgruppe (EOCC), die sich mit der praktischen Umsetzung von Leitlinien und dem Thema Schulungen auseinandersetzt. Diese sind alle im Internet zu finden. Die meisten Informationen gibt es auf der Homepage der ASORS unter www.asors.de. Ein Merkblatt in praktischem Kitteltaschenformat kann unter mucositis@nw-suppo.de bestellt werden.



PRAXISGESTALTUNG MIT
ECHTEN, NATÜRLICH
KONSERVIERTEN MOOSEN



100% NATUR



NICHT GIESSEN



0% PFLEGE



IMMERGRÜN

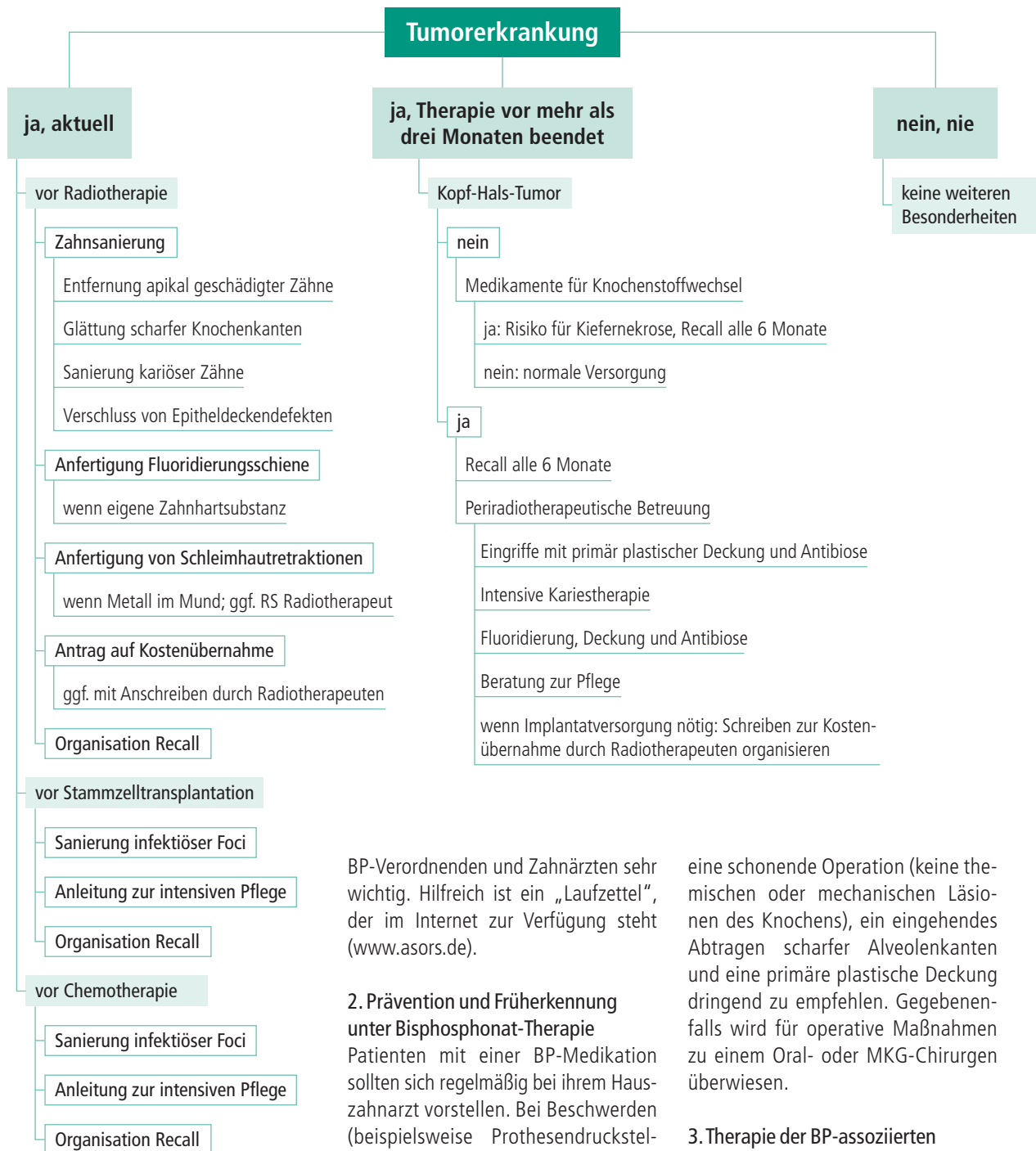


Jetzt den aktuellen Katalog anfordern

08102-7772888

oder info@dentocare.de

Online-Shop: www.dentocare.de



1. Prophylaxe vor Bisphosphonat-Medikation

Vor einer BP-Therapie sollten durch den Zahnarzt Entzündungsprozesse identifiziert und saniert werden. Auch eine Verbesserung der Mundhygiene senkt das Risiko nachhaltig. Der Umfang der Sanierung und die Intensität der Betreuung sind abhängig von dem individuellen Risikoprofil. Deshalb ist ein guter Informationsfluss zwischen

BP-Verordnenden und Zahnärzten sehr wichtig. Hilfreich ist ein „Laufzettel“, der im Internet zur Verfügung steht (www.asors.de).

2. Prävention und Früherkennung unter Bisphosphonat-Therapie

Patienten mit einer BP-Medikation sollten sich regelmäßig bei ihrem Hauszahnarzt vorstellen. Bei Beschwerden (beispielsweise Prothesendruckstellen oder Zahnlockerung) muss der Hauszahnarzt zeitnah aufgesucht werden. Wenn möglich, sollten elektive chirurgische Eingriffe vermieden werden, z. B. durch eine konservative Behandlung des Zahnhalteapparates. Notwendige Operationen dürfen aber nicht verzögert oder unterlassen werden. Diese müssen unter Sicherheitsvorkehrungen, die für alle Zahnärzte in einer Leitlinie (siehe Literaturhinweis) niedergelegt sind, erfolgen. Für Zahnentfernungen sind eine perioperative systemische (orale) Antibiotikagabe,

eine schonende Operation (keine themischen oder mechanischen Läsionen des Knochens), ein eingehendes Abtragen scharfer Alveolenkanten und eine primäre plastische Deckung dringend zu empfehlen. Gegebenenfalls wird für operative Maßnahmen zu einem Oral- oder MKG-Chirurgen überwiesen.

3. Therapie der BP-assoziierten Osteonekrose

Die Kiefernekrose ist schwierig zu therapieren, der Therapieverlauf zögerlich. Bei kleinen Befunden kann ein Therapieversuch mit begrenzter Abtragung und plastischer Deckung oder offener Nachbehandlung unternommen werden. Führt dies nicht zum Erfolg oder liegen ausgedehnte Befunde vor, ist eine schonende, aber vollständige Entfernung der Nekrose sowie das Abtragen scharfer Knochenkanten erforderlich. Sehr wichtig für den Heilverlauf ist eine sichere mehrschichtige

Informationen zur BP-ONJ

Literatur:

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/007-091.html>
(S3-Leitlinie: Bisphosphonat-assoziierte Kiefernekrosen)

plastische Deckung, oft unter Nutzung von Weichgewebe aus der Nachbarschaft. Nicht selten wird der Eingriff unter Vollnarkose vorgenommen. Dies und die Tatsache, dass oft ein Antibiotikum über die Vene gegeben wird und spezielle Kostformen die mechanische Wundbelastung reduzieren, erfordert nicht selten eine stationäre Behandlung in einer Klinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie.

Entscheidungsalgorithmus für die Zahnarztpraxis

In der Artikelserie wurde dargestellt, welche Faktoren im Rahmen einer Tumorbehandlung in der Zahnarztpraxis berücksichtigt werden müssen. Aus den

verschiedenen Aspekten onkologischer Therapie ergeben sich individuelle Risikoprofile für die Mundgesundheit, die sich entsprechend im Konzept der zahnärztlichen Betreuung niederschlagen. Damit diese Risikoabschätzung im Alltag leichter gelingen kann, sind die verschiedenen Aspekte abschließend in einem Flowchart (siehe Seite 26) dargestellt, das als Entscheidungsbaum für die Planung von Maßnahmen benutzt werden kann.

Zusammenfassung

Onkologische Therapiekonzepte sind so unterschiedlich wie die zugrundeliegenden Krebserkrankungen. In vielen Fällen ist eine kompetente zahnärztliche

Mitbetreuung notwendig und kann, wo sie gelingt, den Patienten das Leben sehr erleichtern. Eine gute Kommunikation von Onkologen aller Fachrichtungen und Ärzten der zahnmedizinischen Fachrichtungen ist daher unbedingt wünschenswert.

Kontakt

Dr. Dorothea Riesenbeck

Strahlentherapeutische Gemeinschaftspraxis Wildermannstraße
Dr. med. Petra Reimann/
Dr. med. Dorothea Riesenbeck
Wildermannstraße 21
45659 Recklinghausen
info@strahlentherapie-recklinghausen.de
www.strahlentherapie-recklinghausen.de

Univ.-Doz. Dr.

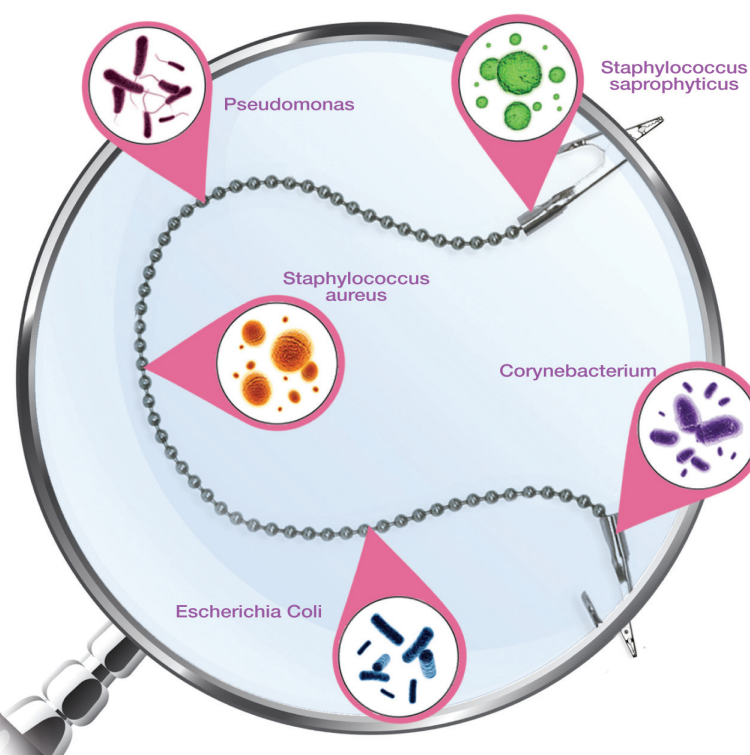
Johann Beck-Mannagetta

FA für MKG-Chirurgie
Karl-III-ner-Straße 11
5020 Salzburg, Österreich

ANZEIGE

Praxishygiene ist eine Selbstverständlichkeit

Keimbelastete Kette, trotz Desinfektion



Mit Bib-Eze Einweg-Serviettenhaltern machen Sie Praxishygiene Ihren Patienten sichtbar



Bib-Eze ist Ihre hygienische Lösung

- Hygienischer Einwegartikel, schaltet das Risiko einer Kreuzkontamination aus
- Dehnbar, Größenverstellbar und Kombinierbar mit jeder Papierserviette
- Weiches Krepp-Papier bietet Patientenkomfort
- Einfache Verwendung, zusammen mit der Serviette zu entsorgen

Studie Witten-Herdecke weist nach: Serviettenkette birgt Risiko einer Kreuzkontamination

Eine Serviettenkette kann sich im Haar verfangen, in den Ritzen und anderen unzugänglichen Stellen des Halters sammeln sich Schweiß, Make-up, Haarpflegemittel sowie Hautreste von Patienten mit Akne oder Dermatitis an. Doch nur in wenigen Zahnarztpraxen wurden bislang Schritte unternommen, um Patienten davor zu schützen.

Bei der professionellen Zahnreinigung werden Zahnstein, Plaque und Verfärbungen von den Zahnoberflächen entfernt. Der letzte Arbeitsschritt ist die Politur mit dem Ziel, möglichst schonend ganz glatte Zahnoberflächen zu hinterlassen. Für den Poliervorgang der Glattflächen verwendet man am besten ein Prophylaxewinkelstück mit Polierkelch, für die Kauflächen Bürstchen. Durch die oft beengten anatomischen Verhältnisse im Vestibulum ist es schwierig, insbesondere bei Anlage des Weisheitszahnes, den Bereich der Oberkiefermolaren zu polieren. Auch im lingualen Bereich der Unterkiefermolaren ist bei hohem Zungendruck und starkem Speichelfluss das Polieren erschwert. Es besteht die Gefahr, bei angespannter Zunge den Würgereiz auszulösen oder die Schleimhaut im Unterzungenbereich zu verletzen.



Bedeutung guter Prophylaxewinkelstücke und Poliernäpfe

Babette McLaren-Thomson



Patientenfall

Der vorgestellte Patientenfall stellt sich wie folgt dar: Die Patientin ist 18 Jahre alt, raucht ca. zehn Zigaretten am Tag, trinkt ca. zwei Tassen Kaffee am Tag und war das letzte Mal vor einem Jahr zum jährlichen zahnärztlichen Check-up inklusive professioneller Zahnreinigung. Für die häusliche Mundhygiene benutzt sie eine Schallzahnbürste, für die Interdentalraumpflege einmal pro Woche Zahnseide sowie Superfloss unter einem Retainer in der Unterkieferfront. Unter dem Retainer hat sich lingual und interdental Zahnstein gebildet, im Oberkiefer bildete er sich im Bereich der Speichelausführungsgänge zwischen 6er und 7er. Verfärbungen durch Nikotin und Kaffee sind generalisiert im oralen Bereich zu sehen. Nach dem Entfernen von Zahnstein und Plaque mittels Ultraschall und der manuellen Depuration mittels Scalern und Universalkürette folgte die Politur.

Abb. 1: ZMP Babette McLaren-Thomson bei der Zahnpolitur mit Proxeo-Winkelstück und Young-Polierkappe.

Erfolg im Dialog

dental
bauer



INOXKONZEPT

designed by dental bauer

- HYGIENISCH
- ERGONOMISCH
- EFFIZIENT
- KOMPAKT



Der neue Maßstab für sterile Aufbereitung: **370 cm Hygiene in Perfektion!**

Sie legen in Ihrer Praxis höchste Ansprüche an zahnärztliches Know-how, modernste Zahnheilkunde und erstklassige Patientenversorgung. Dann gilt für Sie diese Prämisse sicher auch für den Aufbereitungsraum.
Wählen Sie bei diesem Thema eine professionelle wie effiziente Lösung – **INOXKONZEPT** von dental bauer.

dental bauer GmbH & Co. KG

Stammsitz

Ernst-Simon-Straße 12

72072 Tübingen

Tel +49 7071 9777-0

Fax +49 7071 9777-50

E-Mail info@dentalbauer.de

www.dentalbauer.de



www.dentalbauer.de



Abb. 2



Abb. 3

Wahl der passenden Instrumente

Auf dem Markt existiert eine große Auswahl an Polierkelchen, häufig sind diese jedoch zu hart, sodass dadurch keine ausreichende Adaption auf der Zahnoberfläche gegeben ist. Um eine optimale Politur zu gewährleisten, sollte sich der Polierkelch gut an die Zahnoberflächen anschmiegen, damit ausreichend Polierpaste an den Oberflächen gehalten und eine Überhitzung der Zahnhartsubstanz vermieden wird. Außerdem sollte der Kelch möglichst Außenlamellen haben, welche verhindern, dass beim Poliervorgang Paste wegspritzen kann.

Hier eignet sich die neue Generation der Polierkelche aus dem Poliersystem Young sehr gut. Durch das Screw-in- oder Snap-on-System sind die Polierer und Bürstchen in Sekundenschnelle an das dazu passende Proxeo-Winkelstück von W&H angebracht.

Insgesamt sind drei unterschiedliche Standardlängen erhältlich: als mittlere Größe (10 mm), als „Junior“ (8,4 mm) und als kurze „Petite“ (7,0 mm), welche besonders bei beengten Platzverhältnissen von Vorteil ist. Ich bevorzuge die Stärken „weich“ oder „extra weich“ mit Außenlamellen.

Der extra weiche Polierkelch spreizt sich weit auf und schmiegt sich auch bei sehr konkaven Zahnoberflächen und im Bereich der Zahnhäse besonders gut an. Durch die hervorragende Adaption verbleibt eine ausreichende Menge an Polierpaste auf den Zahnoberflächen, was eine schonende Politur – ohne Erwärmung des Zahnhartgewebes – gewährleistet.



Abb. 4

Abb. 2: Die reduzierte Größe des Proxeo-Winkelstücks erleichtert die Arbeit in bisher schwer zugänglichen Bereichen. – **Abb. 3:** Die Polieraufsätze des Young-Systems schmiegen sich optimal an die Zahnoberflächen an und sorgen so dafür, dass ausreichend Polierpaste am Zahn gehalten wird. – **Abb. 4:** Mit dem Young-Einwegwinkelstück lässt sich auch bei Risikopatienten besonders sicher und hygienisch arbeiten.

Verbesserter Behandlungskomfort

Die Auswahl der neuen, reduzierten Kelchgrößen ermöglicht ein einfaches Handling in bisher schwer zugänglichen Arealen. Dies wiederum führt zu einem höheren Patientenkomfort. Ein großer Vorteil besteht in der Kombination eines nur für die Prophylaxe bestimmten Polierwinkelstücks und den dazu passenden Polieraufsätzen. Da der Polieraufsatz unmittelbar an den Kopf des Winkelstücks angrenzt, können sich keine Polierpastenreste darunter setzen.

Wichtige Hygieneaspekte

Das von W&H speziell für die Prophylaxe entwickelte Proxeo-Handstück überzeugt außerdem durch seine hygienefreundliche kompakte und glatte Oberfläche. Nach der üblichen Wischdesinfektion besteht die Möglichkeit der unkomplizierten Vorreinigung im Thermodesinfektor auf den dafür vor-

gesehenen Aufsteckdüsen. Der Sterilisationsvorgang kann in jedem handelsüblichen Autoklaven erfolgen.

Für den Schulungsbereich oder die Behandlung von Risikopatienten mit ansteckenden Krankheiten wie Hepatitis oder HIV steht zusätzlich das Proxeo-Handstück mit den Young-Einmalpolieraufsätzen zur Verfügung. Die Einwegwinkelstücke lassen sich einfach aufstecken und werden nach jeder Anwendung komplett entsorgt. Die Auswahl der Einmalpolieraufsätze wurde ebenfalls um die kurzen Kelche (7 mm) erweitert. Gerade unter Berücksichtigung der in den Fokus gerückten Hygienerichtlinien in der Zahnmedizin gewinnt das Poliersystem „Young“ deshalb immer mehr an Bedeutung.

Kontakt

W&H Deutschland GmbH

Raiffeisenstraße 3b
83410 Laufen/Obb.
Tel.: 08682 8967-0
office.de@wh.com
www.wh.com

We 
Opalescence[®]

SCHNELL
EINFACH
EFFEKTIV



FÜR EIN
STRAHLENDES,
WEISSES LACHEN!

- Kosmetische Zahnaufhellung für zu Hause
- Ausgezeichnete Adaption des UltraFit Trays (mit 6% H₂O₂) an die Zahn Anatomie
- Geringer Aufwand für die Praxis, preisgünstig für den Patienten
- 2 Geschmacksrichtungen (Mint und Melone)
- PF-Formel stärkt den Zahnschmelz



Besuchen Sie uns auf www.opalescence.com/de
und www.facebook.com/OpalescenceDE.

Die Stiftung Warentest nimmt in regelmäßigen Abständen nicht nur Produkte unter die Lupe, sondern auch Dienstleister wie Ärzte und Zahnärzte. Im Februar 2016 war der Datenschutz in Arztpraxen Gegenstand der Untersuchung. Testpatienten nutzten in diesem Rahmen einen regulären Termin bei ihrem Hausarzt. Dabei achteten sie auf die räumlichen Strukturen und Abläufe in der Praxis und dokumentierten ihre Beobachtungen. Herausgefunden werden sollte, ob sensible Gesundheitsdaten für unberechtigte Dritte hörbar, lesbar oder anderweitig zugänglich sind. Ärzte unterliegen ebenso wie Zahnärzte der Schweigepflicht. Die Untersuchung ergab jedoch, dass jede zweite Praxis deutlichen Optimierungsbedarf in Sachen Datenschutz aufweist.

Christa Maurer
[Infos zur Autorin]



Professioneller Umgang mit Patienten

Datenschutz beim Zahnarzt

Christa Maurer

Ein Zahnarzt ist heute nicht einfach nur mehr Zahnarzt, sondern viel mehr Manager, der vielfältige Aufgaben zu bewältigen hat, um seine Praxis auf Erfolgskurs zu steuern. Neben der Betreuung, Behandlung und Verwaltung

der Patienten sind Mitarbeiter zu führen, Ziele für die Zukunft zu definieren und Strategien für deren Erreichung zu erarbeiten. Es gilt, sich von einer Vielzahl von Wettbewerbern positiv abzuheben, und last but not least sind betriebswirt-

schaftliche Kenntnisse gefragt, um den finanziellen Überblick nicht zu verlieren. Doch damit nicht genug, viele Dinge aus dem beruflichen Alltag haben juristische Bedeutung: Patientenrechte wurden gesetzlich fixiert, ein Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht ist strafbar, § 203 des Strafgesetzbuchs sieht Geld- oder Freiheitsstrafen vor.

Mit der Beachtung der folgenden Ratschläge können Sie jedoch dafür sorgen, dass Sie und Ihre Patienten datenschutzrechtlich auf der sicheren Seite sind, denn Hand aufs Herz – können Sie garantieren, dass der Datenschutz bei Ihnen immer zu 100 Prozent eingehalten wird?

Diskretion am Telefon

Besonders, wenn Sie einen offenen Wartebereich haben, müssen Sie sensibel am Telefon sein. Die wartenden Patienten dürfen nichts von den möglichen Problemen, egal welcher Art, mitbekommen, denn gerade in kleineren Orten können solche Informationen schnell die Runde machen. Geben Sie zudem keine Auskünfte über Befunde



oder Anwesenheit in der Praxis am Telefon. Denn jeder, der nur über minimale Angaben über Ihren Patienten verfügt, kann sich als Angehöriger ausgeben und Daten erfragen.

Besonders peinlich wird es, wenn der Patient mit einer konkreten Anfrage an einen anderen Mitarbeiter verbunden werden soll, aber vergessen wird, die Warteschleife zu aktivieren und der Patient unfreiwilliger Zeuge folgenden Satzes wird: „Hier ist Frau XY für Dich. Die rafft das mit der Rechnung mal wieder nicht.“ Solche Informationen darf kein Besucher Ihrer Praxis mitbekommen, aber auch der Betroffene am Telefon wird sich nicht begeistert zeigen. Achten Sie auf eine respektvolle Kommunikation, selbst wenn Sie es schaffen, die in der Telefonanlage installierte musikalische Warteschleife zu betätigen.

Kein unnötiges Risiko mit Mails

Patienten sind nicht immer einfach zu erreichen und schätzen in aller Regel die unkomplizierte Kommunikation per Mail oder am Telefon. Wir leben in einer digitalisierten Welt und mit nur einem Mausklick haben wir unserer Informationspflicht Genüge getan. So einfach ist es in der Realität für Praxen mit sensiblen Informationen und Patientendaten leider nicht. Verschicken Sie keine sensiblen Infos per Mail – zum einen können die Anfragen von Unbefugten stammen, zum anderen lassen sich unzureichend verschlüsselte Daten von Internetnutzern mit einschlägiger Erfahrung so leicht lesen wie eine Postkarte. Auch ein Fax birgt Risiken: diese Geräte stehen meist offen herum, oftmals passieren auch Tippfehler beim Eingeben der Nummer und die Informationen landen ganz woanders.

Gehen Sie kein unnötiges Risiko ein. Wählen Sie stattdessen den klassischen Postweg oder das persönliche Gespräch mit dem Patienten in der Praxis.

Keine Zaungäste im Wartebereich

Das Anstehen an der Rezeption kann für die interessierten Wartenden ausgesprochen interessant werden. Oft-

mals werden vertrauliche Informationen vor unbeteiligten Dritten besprochen, was für die Betroffenen eher unangenehm ist.

Vertrauliches muss vertraulich bleiben. Derartige Gespräche dürfen auf keinen Fall im „öffentlichen“ Bereich geführt werden. Besprechen Sie sich mit den Betroffenen entweder, sofern verfügbar, in einem Beratungszimmer oder in einem Behandlungszimmer. So gelangen Informationen, die nur den Patienten betreffen, nicht in unerwünschte Ohren.

Sichere Computer im Behandlungszimmer

EDV-Programme in Zahnarztpraxen sind heute die Regel, denn ohne IT ist der Alltag gar nicht mehr zu bewältigen. Patientenverwaltung, Gebührenkataloge, Kostenvoranschläge, elektronische Abrechnung, Privatabrechnung, Eigenlabor, Verwaltung von Dokumenten, Röntgenkontrollbuch, Terminplanung, Terminbuchung online, Möglichkeiten des Praxiscontrolling, Finanzplanung und Archivierung gehören heute zu den Grundanforderungen an ein Software-Programm. Viele und vor allen Dingen viele interessante Informationen für die Praxis, aber auch für neugierige Patienten.

Meist werden Patienten im Behandlungszimmer allein gelassen, wenn der Zahnarzt noch mit einer anderen Behandlung beschäftigt ist. Manche der Patienten bleiben während dieser Zeit nicht auf dem Stuhl sitzen, wie erwünscht, sondern sehen sich neugierig um. Ein besonderer Quell der Neugierde stellt der im Zimmer befindliche Computer dar. Nicht selten werden Patienten dabei erwischt, wie sie sich gerade dort genüsslich umsehen.

Sichern Sie Ihre Daten daher vor ungewollten Einblicken. Lassen Sie die Datei nicht geöffnet, während kein Teammitglied im Behandlungszimmer verweilt. Arbeiten Sie außerdem mit sicheren Passwörtern.

Mitwisser unerwünscht

Im Februar 2016 ergab eine Umfrage zu digitalen Daten des Bundesministeriums für Justiz und Verbraucherschutz, dass



© Vladimir Gjorgiev/Shutterstock.com

- 32 % der Teilnehmer der Meinung sind, dass die persönlichen Gesundheitsdaten niemanden etwas angehen und
- 49 % selbst bestimmen, wer die entsprechenden Informationen erhält.

Sorgen Sie also dafür, dass Ihre Patienten sich auf Ihre Diskretion verlassen können. Selbst Angehörige dürfen ohne Einwilligung des Patienten nichts über dessen Zustand erfahren. Kann der Patient seine Belange nicht mehr selbst regeln und benötigt die Unterstützung von Familienangehörigen oder anderer Dritter, brauchen diese Vertrauenspersonen eine schriftliche Vollmacht.

Kontakt

Christa Maurer

Kommunikation und Management
Schneehalde 38
88131 Lindau
kontakt@christamaurer.de
www.christamaurer.de



Dent-o-care

Grüne Kunst für die Praxis

Echte Pflanzen in der Praxis führen oft zu Hygieneproblemen und bedürfen ausgiebiger Pflege. Mit den styleGREEN Pflanzenbildern löst Dent-o-care diese Herausforderung und setzt gleichzeitig optische Akzente in der Praxis. Die Bilder kombinieren die positive Ausstrahlung natürlicher Pflanzen mit einer hohen Qualität der Konservierung und bringen so pure Natur an die Wand und gleichzeitig modernes Design in die Praxis.

Die verwendeten Pflanzen sind 100 Prozent natürlich und werden in einem speziellen Verfahren dauerhaft konserviert. Sie benötigen nun weder Licht noch Wasser und sind somit grüne Kunst ohne Pflege. Die in Deutschland gefertigten Kunstwerke sind mit unterschiedlichen Bepflanzungen (Gräser und Farne, Wald-, Kugel- oder Islandmoos) und in verschiedenen Größen erhältlich.

Dent-o-care
[Infos zum Unternehmen]



Dent-o-care Dentalvertriebs GmbH
Tel.: 08102 7772-888
www.dentocare.de

EMS

Paradigmenwechsel in der Prophylaxe

EMS hat eine neue, systemische Vorgehensweise für die professionelle Zahnprophylaxe entwickelt. Gestützt auf zahlreichen wissenschaftlichen Studien stehen im Zentrum der sogenannten „Guided Biofilm Therapy“ die State-of-the-Art-Technologien „Air-Flow“ und „Piezon No Pain“ zur Entfernung von harten sowie weichen Belägen und eine veränderte Reihenfolge des Behandlungsablaufs. Demnach ist die Entfernung von unterschiedlichen Zahnbelägen mithilfe von Hand- und Schall- bzw. Ultraschallinstrumenten zu Beginn der Behandlung überholt.

Im Rahmen der „Guided Biofilm Therapy“ werden gleich im ersten Schritt alle weichen Ablagerungen und der Biofilm auf Zahnhartsubstanz mit der Original Air-Flow-Methode in Kombination mit dem Air-Flow Pulver PLUS auf Erythritolbasis entfernt. Dadurch wird der Biofilm in den kritischen Regionen wie Zahnfleischsaum, Zahnzwischenraum, Fissuren und subgingival mit dem Air-Flow Pulver PLUS erreicht und sicher entfernt. Der Patient empfindet dies als wohl-

EMS
[Infos zum Unternehmen]



tuend. Erst im Anschluss daran entfernt man die nun deutlich sichtbaren harten Beläge mit „Piezon No Pain“.

EMS Electro Medical Systems GmbH
Tel.: 089 427161-0
www.byebiofilm.com



Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

GlaxoSmithKline

Rundumschutz jetzt auch bei Dentinüberempfindlichkeit

Die neue Sensodyne® Complete Protection bietet neben dem bewährten Schutz vor Dentinüberempfindlichkeit auch einen Rundumschutz mit sieben Vorteilen für die umfassende Zahnpflege. Die Zahncremeschützt nicht nur vor Hypersensitivität, sondern auch vor Plaque und Gingivitis, härtet den Zahnschmelz, löst zudem Verfärbungen und erhält das natürliche Zahnweiß, erfrischt den Atem und sorgt für ein gesundes und sauberes Mundgefühl. Dank der klinisch getesteten Zinnfluorid-Technologie reduziert Sensodyne® Complete Protection die Schmerzempfindlichkeit mit jeder Anwendung und schützt vor Karies und entzündungsauslösenden Bakterien. Wie klinische Studien zeigen, kann sie helfen, die Dentinüberempfindlichkeit binnen acht Wochen um bis zu 66 Prozent zu reduzieren.¹

Mit der neuen Zahncreme erfüllt Sensodyne® die Bedürfnisse der Verbraucher nach einem Multi-Benefit-Produkt, denn laut einer Marktuntersuchung wünschen sich 87 Prozent eine Rundumschutz-Zahncreme für die tägliche Zahnpflege.² Weitere Informationen unter www.sensodyne.de

¹ GSK Data on File Clinical Study RH01685, 2013 ² Market Research Opinion TP SAP, 2014

GlaxoSmithKline – Consumer Healthcare GmbH & Co. KG
Tel.: 07223 76-0
www.glaxosmithkline.de

NOVATEX

„Offener Biss“ kann vermieden werden

Häufig führt Daumenlutschen oder der Gebrauch von nicht anatomisch geformten Schnullern zu Fehlstellungen der Zähne, die später oft einer kieferorthopädischen Korrektur bedürfen. Eine wirksame Alternative ist der Dentistar Beruhigungssauger, welcher in einer Langzeitstudie der Universität Witten/Herdecke seine präventiven Qualitäten beweist.

Der Dentistar hat einen extra flachen Schaft, der sich durch die Zähne hindurchschlingelt.



Als zusätzliche Besonderheit besitzt das Saugteil eine stufenartige Formgebung. Damit wird die leicht versetzte Stellung des Kiefers sowie die Stellung der ersten Zähne berücksichtigt und deutlich weniger Druck auf Kiefer und Zähne ausgeübt. Diese Eigenschaft des Saugers war entscheidend für das positive Resultat der Langzeitstudie, die von Prof. Dr. Stefan Zimmer, Witten/Herdecke durchgeführt wurde.

Die Saugerform des Dentistas besitzt ferner eine Wölbung im vorderen Teil des Saugteils, um der Zunge genug Spielraum zu lassen. Der in Deutschland gefertigte Sauger wird in drei Größenstufen im Einzelhandel angeboten.

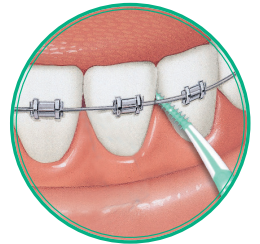
NOVATEX GmbH
Tel.: 05101 9195-0
www.novatex.de

SUNSTAR
G·U·M® **SOFT-PICKS**®
HEALTHY GUMS. HEALTHY LIFE.® **Advanced**

GUM® SOFT-PICKS® Advanced

Die NEUE Generation

Weiche metall-, silikon- und latexfreie Gummiborsten reinigen **sanft, sicher und gründlich.**



- + Verbesserte Erreichbarkeit der Molaren** durch die leicht gebogene Form
- + Verbesserte Ergonomie**
- + Verbesserte Stabilität**

Fallbericht schreiben und gewinnen. Näheres unter www.GUM-professionell.de



Mehr Informationen unter:

www.GUM-professionell.de

TePe

Implantatreinigung mit Interdentalbürsten

Rund eine Million dentaler Implantate werden in Deutschland jährlich gesetzt, ein Großteil von ihnen weist früher oder später periimplantäre Infektionen auf. Dank guter Mundhygiene und regelmäßiger zahnärztlicher Kontrollen können Zahnimplantate jedoch ein Leben lang halten.

Auch bei Implantaten sind die Zwischenräume besonders anfällig für Beläge und damit für Infektionen. Daher liegt ein Schwerpunkt der häuslichen Implantatpflege auf der Zwischenraumreinigung. Mit den TePe Interdentalbürsten erzielen Patienten auch an Implantaten sehr gute Reinigungsergebnisse.



Der kunststoffummantelte Draht schützt dabei das Abutment vor Kratzern. Die Farbcodierung der unterschiedlichen Größen erleichtert die Anwendung zusätzlich. Die Bürstchen eignen sich ebenso für die Reinigung zwischen Kieferkamm und Brücke bzw. Steg.

TePe bietet, je nach Vorliebe und Situation der Patienten, eine große Auswahl an speziellen Hilfsmitteln zur Implantatreinigung.

TePe Mundhygieneprodukte
Vertriebs-GmbH
Tel.: 040 570123-0
www.tepe.com



Cumdente

Flüssiger Zahnschmelz haftet tagelang

Flüssiger Zahnschmelz hat sich in der Prophylaxe und Therapie von Initialkaries und empfindlichen Zahnhälsen bewährt. ApaCare Zahnlack mit 20 % Hydroxylapatit kann die Mineralisationswirkung zeitlich signifikant verlängern. Der Zahnlack wird idealerweise nach der PZR aufgetragen oder gezielt bei empfindlichen Zahnhälsen oder zur Therapie von Initialkaries eingesetzt. Als Basis dient Schellack, ein natürlicher Lack, der in der Mundhöhle quillt und so die Mineraleinlagerung in den Zahnschmelz bzw. den Verschluss der Dentintubuli möglich macht. Alle Inhaltsstoffe sind natürlichen Ursprungs und können nach dem Ablösen unbedenklich verschluckt werden.



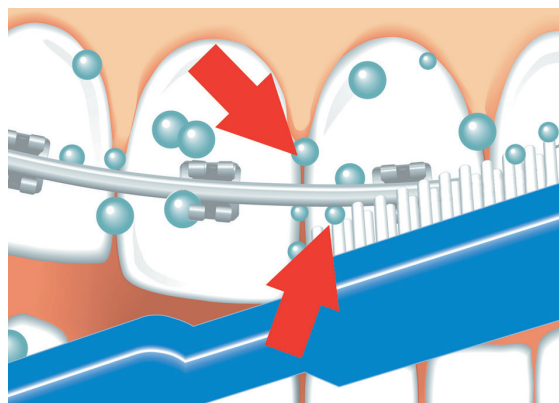
Cumdente GmbH
Tel.: 07071 9755721
www.cumdente.com

Dr. Liebe

Kariesprophylaxe für Spangenträger

Träger fester Zahnspangen müssen ihre Zähne besonders an den Bracketrändern und unter den Metallbögen frei von Plaque halten, andernfalls drohen hier Karies und Verfärbungen. Pearls & Dents mit ihren zu 100 Prozent biologisch abbaubaren Putzperlen gelingt dies mit der optimierten Formulierung absolut umweltschonend. Das Natur-Perl-System rollt Beläge bis in die Problemzonen weg, befreit sogar die schwer zugänglichen Stellen unter den Metallbögen und an den Bracketrändern von Plaque und beugt der Entstehung von Karies erfolgreich vor. Der Härteunterschied zwischen Perlen und Zahn ist so

groß, dass eine Schädigung des Zahnschmelzes bzw. Zahnbeins auch bei täglich mehrmaligem Putzen mit Pearls & Dents vollkommen ausgeschlossen werden kann. Die sehr gute Reinigungsleistung bestätigten übrigens 97,5 Prozent Fachanwender, die sehr schonende Reinigung 98,4 Prozent.*



**Befragung von 964 Zahnärzten und Praxismitarbeitern im Rahmen einer Test- und Fragebogenaktion, durchgeführt von Dr. Rudolf Liebe Nachf. GmbH & Co. KG, 07-08/2014.*

Dr. Rudolf Liebe Nachf.
GmbH & Co. KG
Tel.: 0711 7585779-11
www.drliede.de

Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

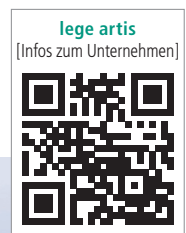
lege artis

Einfache Handhabung mit neuem Endo-Zapfsystem

Neben weiteren bekannten Endo-Lösungen ist nun auch im neuen HISTOLITH NaOCl 3% das ESD-Entnahmesystem in jeder Flaschengröße integriert. Dies bedeutet auch für dieses Produkt kein zeit- aufwendiges Montieren von Entnahmehilfen und keine Reinigung und Wartung von Füllstationen. Das System punktet mit einer sofort einsatzfähigen Flasche ohne erforderliches Zusammenstecken, einen Hygienegewinn durch weniger Arbeitsschritte sowie eine Zeitersparnis durch eine schnelle und direkte Entnahme. Das System ist universell einzusetzen bei Luer- und Luer-Lock-Spritzenansätzen. Ein Mehrwert für die Praxis ergibt sich bei dem praxisgerechten Gebinde für den professionellen Einsatz durch die einfache Vor- und Nachbereitung durch die Helferin und eine Materialeinsparung durch eine rückstandsfreie Entnahme.

Das ESD-System ist exklusiv und kostenlos bei allen lege artis Endo-Spüllösungen dabei. Der Verkauf erfolgt über den dentalen Versand- und Fachhandel in Deutschland.

lege artis Pharma GmbH + Co. KG
Tel.: 07157 5645-0
www.legeartis.de



Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

ANZEIGE

TSUNGEN REINIGUNG

Der TS1 Zungensauger - Total Simpel, Total Schnell, Total Sanft.

Den **TS1** auf den Speichelsauger der Behandlungseinheit aufstecken, Gel auftragen, Zunge absaugen.

Warum Zungenreinigung in der Praxis?

- ca 60% aller Bakterien im Mund liegen auf der Zunge (Quirynen et al. 2009)
- bakterielle Zungenbeläge sind die Hauptursache für Halitosis
- zur kompletten PZR gehört auch die Reinigung der Zunge mit dem **TS1** Zungensauger



Nur für die Praxis!



Link zum Anwendungsvideo

NSK

Sichere und effiziente subgingivale Plaqueentfernung

Aufgrund jahrzehntelanger Erfahrungen in der Strömungslehre, die in der Turbinenentwicklung gewonnen wurden, ist es NSK gelungen, eine

sichere und höchst effiziente Spraydruckmethode zu entwickeln, welche die schnelle und präzise Entfernung von Biofilm im subgingivalen Bereich ermöglicht. Die Kombination aus der grazilen Perio-Mate Düse mit einer schlanken, flexiblen Plastikspitze macht die subgingivale Behandlung nicht nur sicherer, sondern bietet dazu auch eine außerordentliche Sicht und überragendes Handling. Denn die Form der hygienischen Düsenspitze



(Einmalprodukt) ist anwenderfreundlich und ermöglicht einfachen Zugang in die Zahnfleischtaschen und eine für den Patienten sowie auch für den Behandler komfortable Behandlung. Diese Eigenschaften machen den Perio-Mate zum Instrument der Wahl für die Behandlung von Parodontitis und Periimplantitis.



NSK Europe GmbH
Tel.: 06196 77606-0
www.nsk-europe.de

orangedental

Offener 3-D-/4-D-Workflow

Der digitale Workflow von 2-D- und 3-D-Röntgendiagnostik über digitale Behandlungsplanung bis hin zu CAD/CAM gewinnt immer mehr an Bedeutung. Offene, herstellerübergreifende Systeme sind dafür eine wichtige Grundlage. Mit der Software byzz nxt – dem offenen Software-Standard für Workflow-Integration, Visuali-

sierung, Kommunikation und Dokumentation – bietet orangedental eine offene Software-Plattform. Damit kann die Praxis ihren Workflow individuell gestalten. Das byzz nxt Control Center zeigt alle digitalen Befunde (DICOM, STL, XML, Bild-/Dokumentenformate) interaktiv und individualisierbar auf einen Blick. Das ab dem zweiten Quartal 2016 verfügbare neue 3-D-Modul ermöglicht einfaches und schnelles Matching von DICOM- und STL-Daten. So können z. B. 3-D-Röntgendatensätze und ein optischer Modellscan präzise für Simulation und Planung übereinandergelegt und an alle offenen CAD/CAM-Systeme übergeben werden.



orangedental GmbH & Co. KG
Tel.: 07351 47499-0
www.orangedental.de



anti-infect

Zahnbürste und Prothese einfach keimfrei

Untersuchungen bestätigen die Rolle der Zahnbürste bei der Übertragung von Infektionen wie Erkältungskrankheiten, Lippenherpes oder Parodontitis. Insbesondere PA- und Risikopatienten, Fernreisenden sowie Schwangeren sollte daher geraten werden, auf eine sorgfältige Zahnbürsten- und Prothesenhygiene zu achten. Prothesenträger mit Immunschwäche (z. B. Diabetiker, Krebs- oder Rheumapatienten) leiden häufig an Pilzbefall im Mund, bei dessen Bekämpfung



die Prothese oft vergessen wird – der Pilz gelangt so immer wieder in den Mund zurück. Dagegen hilft das patentierte Dentalspray (1,5% CHX) von anti-infect, das alle relevanten Keime binnen zwei Minuten bekämpft, ohne die natürliche Mundflora zu beeinträchtigen. Auch Spange, Schiene und Zungenschaber werden mit dem Spray aus der Apotheke wirksam desinfiziert. Muster, Kurzfilm und Flyer sind telefonisch oder unter infopak@anti-infect.de kostenfrei erhältlich.

anti-infect Medizinprodukte GmbH
Tel.: 04187 9097764
www.anti-infect.de

Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

dental bauer

Digitales Management mit System

Mit ProKonzept® bietet dental bauer ein umfassendes software-basiertes Dokumentenmanagementsystem für die wichtigsten Praxisbereiche. So sind Praxen auf anstehende Begehungen durch



offizielle Behörden wie Gesundheits- und Gewerbeaufsichtsämter, Bezirksregierungen, Berufsgenossenschaften etc. bestens vorbereitet. ProKonzept® gibt Sicherheit für die Praxisbegehungen, beispielsweise durch die Erstellung eines Bestandsverzeichnisses gemäß § 8 MPBetreibV, und ergänzt sinnvoll das Qualitätsmanagementsystem. Ebenso werden die relevanten Unterlagen für die Themen wie Arbeits- und Gesundheitsschutz, Sicherheitsmaßnahmen, regelmäßige Unterweisungen, Gefährdungsbeurteilungen sowie Gefahrstoffkataster und vieles mehr bereitgehalten.

Der intelligente digitale Praxismanager nimmt dem Praxisteam Arbeit ab, verschafft Zeit, spart Platz und informiert qualifiziert. Durch die zahlreichen Anpassungsoptionen können für jede Praxis schnell individuelle Lösungen erstellt und effizient umgesetzt werden. Das Programm ist bedienerfreundlich und ermöglicht via Suchfunktion das schnelle Finden aller Dokumente. Es enthält Kernmodule für die Bereiche Geräte-, Hygiene- und Praxismanagement sowie ein gebührenfreies Nachschlagewerk mit Gesetzen, Richtlinien und Verordnungen.

dental bauer GmbH & Co. KG
Tel.: 07071 9777-0
www.dentalbauer.de

DÜRR DENTAL

Anwenderfreundliche Hygiene ohne „Nebenwirkung“

Im Praxisalltag ist Zeitökonomie ein bedeutender Faktor. Ein neues Produkt und weiterer Bestandteil der Dürr System-Hygiene, die FD 366 sensitive wipes, unterstützt Zahnärzte deshalb bei der schnellen und sicheren Flächendesinfektion.

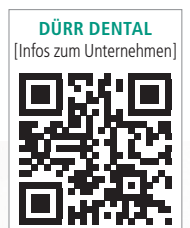
Die weichen, fein strukturierten Tücher sind fusselfrei und nicht kratzend. In Verbindung mit der alkoholminimierten Tränklösung FD 366 sensitive erzielen sie den besten materialschonenden Effekt. So eignen sie sich besonders zur Schnelldesinfektion empfindlicher Oberflächen von Medizinprodukten wie Kunststoffen und Acrylglas, der gesamten Behandlungseinheit inklusive Kunstlederbezügen sowie von Geräten und deren Abdeckungen.

Die desinfizierende Wirkung entfaltet sich bereits nach einer Einwirkzeit von nur einer Minute nach VAH. Weitere Zeiteinsparungen werden erreicht, da die desinfizierte Oberfläche nicht nur sehr schnell abtrocknet, son-

dern außerdem die Mitarbeiterin die FD 366 sensitive wipes nicht selbst tränken muss, sondern direkt verwenden kann. Die Formel wirkt bakterizid, tuberkulozid, levurozid und begrenzt viruzid gegen behüllte Viren. Darüber hinaus bekämpft die Lösung unbehüllte Viren wie beispielsweise das Norovirus.

Das parfümfreie Produkt ist als Basis-Set inkl. Spenderbox mit 100 Tüchern und vier Nachfüllpackungen á 100 Tüchern erhältlich.

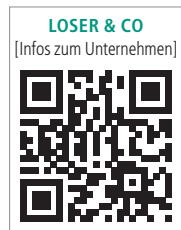
DÜRR DENTAL AG
Tel.: 07142 705-0
www.duerrdental.com



LOSER & CO

Dritte Hand für die Behandlung

Mr. Thirsty® löst drei wesentliche Herausforderungen gleichzeitig: das Abhalten von Zunge und Wange, das Absaugen aller Flüssigkeiten sowie das Sichern einer stabilen Mundöffnung.



Die Installation ist sehr einfach: Die Einwegaufsätze werden auf den Absaugschlauch gesteckt und dann im Mund des Patienten positioniert. Sie sind weich und flexibel und können optimal angepasst werden, ein individuelles Zuschneiden ist jederzeit möglich. Wange und Zunge werden zuverlässig abgehalten, der Zugang zum Rachen ist geschützt. Ein stabiler Bissblock

ermöglicht es dem Patienten, trotz optimaler Mundöffnung das Kiefergelenk zu entlasten. Das zeitaufwendige Umsetzen des Saugers oder ein Stoppen der Behandlung zum Ausspülen entfallen damit, sodass die Behandlung fließend und ohne Unterbrechung erfolgen kann. Für optimalen Patientenkomfort ist Mr. Thirsty® in zwei Größen erhältlich, ein 16-mm-Adapter für die Absaugung liegt jedem Sortiment bei. Mr. Thirsty® ist als kostengünstiges Trial-Kit sowie als Nachfüllpackung über den Fachhandel erhältlich.

LOSER & CO GmbH
Tel.: 02171 706670
www.loser.de



DUX Dental

Hygienische Alternative

In den meisten Praxen kommen Serviettenketten aus Metall oder Kunststoff zum Einsatz, welche aus einer mehrgliedrigen Kette und zwei Clips zur Befestigung bestehen. Dabei wird die hohe Übertragungsgefahr von Keimen und Bakterien hier oftmals unterschätzt. Im Hinblick auf Machart und Beschaffenheit wird klar, dass eine Befreiung von Blut und Speichel sowie eine ordnungsgemäße Wiederaufbereitung gemäß RKI-Richtlinien nicht sichergestellt werden kann. Prinzipiell besteht hier also ein Risiko einer Kreuzkontamination. Abgesehen von diesem Risiko können sich wiederverwendbare Serviettenketten im Haar verfangen, an den unzugänglichen Stellen des Halters sammeln sich Schweiß, Make-up, Haarpflegemittel sowie Hautreste von Patienten mit Akne oder Dermatitis an.

Praxen, die dieses Risiko nicht in Kauf nehmen möchten, können mit Einwegserviettenhaltern, beispielsweise Bib-Eze™ von DUX Dental, infektionspräventiv agieren. Mit diesem Produkt können die Praxen in der Wahl ihrer Servietten flexibel bleiben, da die Klebepunkte auf allen herkömmlichen Servietten haften bleiben. Nach der Behandlung kann der Serviettenhalter ganz einfach mit der Serviette gemeinsam entsorgt werden. So entfällt die notwendige Reinigung der Halter und die Übertragung möglicher Keime wird auf ein Minimum reduziert.

DUX Dental
Tel.: +31 30 2410924 (gebührenfrei)
www.dux-dental.com

Sunstar

Patientenbindung mit persönlicher Note

Gibt es ein besseres Werbegeschenk als eines, das von Patienten täglich verwendet wird und dazu noch thematisch perfekt zur

eigenen Zahnarztpraxis passt? Eine Zahnbürste mit dem Praxisnamen oder Logo bietet die ideale Möglichkeit, die Patienten immer wieder an den Arzt und seine Praxis zu erinnern.



Die zur Praxis passende Zahnbürste kann aus über zehn Modellen ausgewählt werden. Auch Spezialzahnbürsten wie die GUM Büschelbürste oder die GUM Prothesenbürste sind mit Aufdruck erhältlich. Im Sommer können beispielsweise bedruckte Reisezahnbürsten verschenkt werden, um in der schönsten Zeit des Jahres präsent zu sein.

Den Farben und Formen des Aufdrucks sind keine Grenzen gesetzt, die einzige Begrenzung ist der zur Verfügung stehende bedruckbare Bereich der Zahnbürste.

Sunstar Deutschland GmbH
Tel.: 07673 885-10855
www.gum-professionell.de

Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

BLUE SAFETY

Effizientes Ressourcenmanagement und Kosteneinsparung

Die kostenverursachende Wirkung von aquatischen Biofilmen und Pilzen macht sich besonders in den wasserführenden Kunststoffsystemen dentaler Behandlungseinheiten bemerkbar. Die Materialien werden verstoffwechselt, vergleichbar mit den Kunststofffüllungen in der Zahnmedizin, und dienen so als Nährstoffquelle und damit als Wachstumsfaktor für die im Biofilm siedelnden Mikroorganismen. Biofilme und vor allem Pilze können oftmals zu solch großer Höhe aufwachsen, dass weitere teure Folgeschäden durch Verstopfung von Ventilen und Schläuchen die Folge sind. Dies liegt in der jeweiligen Konstruktion der dentalen Behandlungseinheit, aber auch in der Auswahl ungeeigneter Kunststoffmaterialien begründet (Abb. 1).

Die Betriebsweise der Behandlungseinheit mit naturgemäß hohen Stagnationszeiten und der Herstellervorgabe zur Verwendung biofilmfördernder Wasserentkeimungszusätze, bspw. von Wasserstoffperoxid, verstärken das Problem. Die durch Wasserstoffperoxid induzierten chemischen Korrosionsprozesse führen bei Kunststoffen und Metallen zu einem erhöhten Materialverschleiß. Die in Dentaleinheiten siedelnden Mikroorganismen sind dabei häufig widerstandsfähiger gegen die eingesetzten Chemikalien als das in den Medizinprodukten verbaute Material selbst. Es ist seit Langem bekannt, dass Pseudomonadenbiofilme hohe Wasserstoffperoxidkonzentrationen (H_2O_2) von drei Prozent ohne Schaden dauerhaft hinnehmen können (Abb. 2), wohingegen Bauteile in dentalen Behandlungseinheiten bereits bei einer Konzentration von 0,05 Prozent H_2O_2 im Dauerbetrieb Schaden nehmen können. Tropfende, verstopfte Instrumente und hohe Reparaturkosten sind die Folge. Die hiermit einhergehenden mikrobiellen Kontaminationslasten bergen dabei ein erhebliches

BLUE SAFETY SAFEBOTTLE System.



Abb. 1



Abb. 2

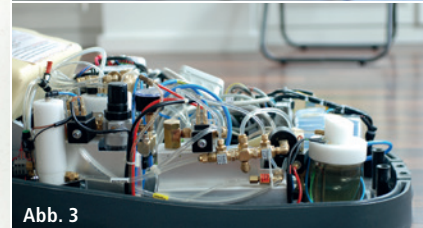


Abb. 3

Abb. 1: *Exophiala*-Befall in freier Fallstrecke gemäß DIN EN 1717. – **Abb. 2:** *Exophiala*-Kultur in Petrischale. – **Abb. 3:** Komplexes Schlauchsystem aus Kunststoff einer Behandlungseinheit.

Rechtsrisiko für die Betreiber von Dentaleinheiten.

Insbesondere finden sich derartige Situationen in den sogenannten freien Ausläufen (Fallstrecken) von dentalen Behandlungseinheiten, die die Becherfüller und Instrumente mit Wasser in Trinkwasserqualität versorgen müssen. Hier kommt es teilweise zu erheblicher Kontamination der Leitungswandungen mit Mikroorganismen. Diese siedeln sich in Form von Pilzkolonien bevorzugt auf den Kunststoffflächen oberhalb der Wasserlinie an. Der besonders hohe Nährstoffgehalt in der Sicherungseinrichtung führt hier häufig zu einem explosionsartigen Wachstum, sodass die entstandene Biomasse nur noch durch eine manuelle Reinigung oder einen Komplettaustausch des Bauteils beseitigt werden kann. Kommt es dazu, dass über die Trinkwasserinstallation kein Wasser in Trinkwasserqualität gem. TrinkwV an die Behandlungseinheiten gelangt, können diese wiederum gem. MPG nicht betrieben werden. Aufgrund der großen Diversität von Material und Aufbau von Dentaleinheiten ist dies in Problemfällen in der Zahnmedizin ein kaum beherrschbares Problem geworden. Aber auch im Trinkwasserversorgungsbereich sind

die Biokorrosion und der Befall mit *Exophiala* ein signifikanter Kostenfaktor.

Es wird also deutlich, wie sehr das Verständnis von aquatischen Biofilmen und Pilzspezies sowohl in der Trinkwasserinstallation als auch in den Dentaleinheiten für Hygienemanagement und Materialschutz eine grundlegende Rolle spielt.

Problemlösungen aus einer Hand

Durch effizientes Management von Ressourcen lassen sich in der zahnmedizinischen Einrichtung, egal welcher Größe – auch bei zunächst bestehenden Defiziten – sowohl die geltenden Rechtsnormen einhalten als auch Kosten sparen. Beispielsweise, wenn es darum geht, alte Behandlungseinheiten konform mit der Trinkwasserverordnung durch den Einsatz eines BLUE SAFETY SAFEBOTTLE Systems zu betreiben. Mit geeigneten technischen Möglichkeiten lässt es sich so vermeiden, Investitionen von gut 35.000 Euro für eine neue Einheit und das Auftreten eines stark kostenverursachenden *Exophiala*-Befalls zielgerichtet zu vermeiden. In einem anderen Fall können sich durch den Einsatz des SAFEWATER Hygienekonzepts in einer Praxis mit fünf Behandlungseinheiten beispielsweise jährlich bis zu 5.200 Euro einsparen lassen.

BLUE SAFETY GmbH
Tel.: 0800 25837233
www.bluesafety.com



Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

Zunehmend ist ein Trend der Theoretisierung der Aus- und Fortbildung im Bereich der zahnmedizinischen Assistenz zu beobachten. Dem setzt sich die Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg bewusst mit der Einführung der neuen, praktisch orientierten Abschlüsse der „DH Professional“ und dem „Dentalen Fachwirt“ nach europäischen Richtlinien entgegen. Das Prophyllaxe Journal sprach mit Prof. Dr. Johannes Einwag, Fortbildungsreferent, und Dr. Bernd Stoll, Mitarbeiterreferent, von der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg, über die Inhalte, Besonderheiten und Ziele dieser Aufstiegsmöglichkeiten.



Praktische Fortbildung im Interesse der Patienten

Nach mehrjähriger Vorbereitungszeit gibt es ab diesem Jahr in Baden-Württemberg den/die „DH Professional“ als neuen Fortbildungsmeilenstein – wie kam es dazu?

Einwag: Die Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg hat seit 1974 (mit

der Einführung der ZMF) immer wieder innovative Konzepte zur Stärkung der Attraktivität des Berufsbildes der Zahnarzthelferin/Zahnmedizinischen Fachangestellten vorgelegt. Auch 1994 mit der Etablierung der Aufstiegsfortbildung zur Dentalhygienikerin in Deutschland leistete sie Pionierarbeit. Derartige

Konzepte sind aber nicht in Stein gemeißelt. Sie werden regelmäßig evaluiert, auf Kompatibilität mit den fachlichen, gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen überprüft und ggf. optimiert.

In diesem Zusammenhang registrieren wir seit einiger Zeit eine zunehmende



Abb. 1: Die Vertreterversammlung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg setzte bewusst die Einführung zweier neuer praxisorientierter Fortbildungsmöglichkeiten dem Trend der zunehmenden Theoretisierung der Aus- und Fortbildung entgegen.

Theoretisierung der Ausbildung/Fortbildung, die unter dem Etikett „Akademisierung“ vermarktet wird. Wir halten diese Entwicklung im Interesse des Patientenschutzes nicht für zielführend und setzen diesem Trend ganz bewusst die Einführung der Aufstiegsfortbildung zur/zum „DH Professional“ entgegen. Neben der inhaltlichen Neubeschreibung der bisherigen DH-Aufstiegsfortbildung wird mit der Bezeichnung „DH Professional“ in Baden-Württemberg verstärkt die praktische und kommunikative Handlungsfähigkeit herausgestellt, die eine Dentalhygienikerin im Rahmen der Aufstiegsfortbildung von der ZFA-Ausbildung über die ZMP- oder ZMF-Fortbildung erworben hat.

Wir sind der Überzeugung, dass es im Interesse des Patienten gilt, auf der Basis einer qualifizierten theoretischen Ausbildung schwerpunktmäßig die praktische und kommunikative Kompetenz der Mitarbeiter zu schulen! Die Einführung der/des „DH Professional“ ab 2016 soll diese Kernqualifikationen durch den Namen deutlich machen.

Auch den „Dentalen Fachwirt“ haben Sie als eine neue Fortbildungsoption ins Leben gerufen – was erhoffen Sie sich davon?

Stoll: Schon lange haben wir die Zahnmedizinischen Verwaltungsassistenten/-innen (ZMV) in Baden-Württemberg in den Praxen integriert. Wir möchten allen ZMV, die diese Qualifikation erreicht haben, eine weitere Aufstiegsfortbildung ermöglichen. Hier sollten wir für die Zukunft vordenken. Die Landschaft der Berufsausübungsformen wird sich im Laufe der Jahre ändern. So wie wir die DH in der Dentallandschaft implementiert haben, so wird der/die „Dentale Fachwirt/-in“ ein weiteres Mosaiksteinchen in der Fortbildungslandschaft sein und seine Berechtigung in entsprechenden Praxen finden. Es ist offensichtlich, dass die Anforderungen an die Qualifikation der Mitarbeiter nicht nur im Bereich der Assistenz, sondern auch im Bereich der Praxisorganisation und -verwaltung sowie im Praxismanagement in den vergangenen Jahren ständig gestiegen sind. Das ist ein Trend,

Deutscher Qualifikationsrahmen



der sich in Zukunft sicher noch verstärkt fortsetzen wird.

Diese Fortbildungsmöglichkeit richtet sich dabei an ZMV, denen zusätzlich zu ihren operativen Tätigkeiten auch eine strategische Handlungskompetenz für die praktische Anwendung in der Zahnarztpraxis vermittelt wird.

Welcher Mehrwert wird mit diesen neuen Abschlüssen erreicht?

Stoll: Der Mehrwert lässt sich auf verschiedenen Ebenen beobachten. Für die Patienten wirkt es sich positiv aus, da diese von hochqualifizierten Mitarbeitern betreut werden. In der Praxis erfolgt eine Entlastung des Chefs oder der Chefin, denn qualifizierte Mitarbeiter verbessern das Niveau der Praxen und ermöglichen durch Ausweitung der Delegationsmöglichkeiten und Verbesserung der Effizienz eine höhere betriebliche Wertschöpfung. Durch die höhere berufliche und gesellschaftliche Anerkennung ohne Etikettenschwindel ergibt sich letztendlich auch ein Mehrwert für die Mitarbeiter, von welchen vermehrt eigenverantwortliches Arbeiten gewünscht wird.

Zusätzlich haben Sie, erstmalig in der Bundesrepublik, aktualisierte, mit den Vorgaben des Deutschen Qualifikationsrahmens und des EQF (European

Qualifications Framework) kompatible Fortbildungsordnungen für sämtliche Aufstiegsfortbildungen erlassen. Können Sie uns das mehr als 400 Seiten starke Richtlinienpaket kurz zusammenfassen?

Einwag: Der Deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) ist ein Instrument zur Einordnung der Qualifikationen des deutschen Bildungssystems. Er soll zum einen die Orientierung im deutschen Bildungssystem erleichtern und zum anderen zur Vergleichbarkeit deutscher Qualifikationen in Europa beitragen. Um transparenter zu machen, welche Kompetenzen im deutschen Bildungssystem erworben werden, definiert der Deutsche Rahmen acht Niveaus, die den acht Niveaus des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) zugeordnet werden können. Der EQR dient als Übersetzungsinstrument, das hilft, nationale Qualifikationen europaweit besser verständlich zu machen. Als nationale Umsetzung des EQR berücksichtigt der DQR die Besonderheiten des deutschen Bildungssystems und trägt zur angemessenen Bewertung und zur Vergleichbarkeit deutscher Qualifikationen in Europa bei.

Der DQR ist mit Wirkung vom 1. Mai 2013 in Kraft getreten. Die Musterfortbildungen der Bundeszahnärztekammer sowie



Abb. 2: Dr. Bernd Stoll (l.), Mitarbeiterreferent der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg, und Prof. Dr. Johannes Einwag, Fortbildungsreferent der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg.

die Fortbildungsordnungen der Landes Zahnärztekammern wurden aber bereits früher verabschiedet. Folglich müssen sowohl die Musterfortbildungsordnungen der Bundes Zahnärztekammer wie auch der Landes Zahnärztekammern erst angepasst werden, bevor überhaupt eine „Verortung“ (so der Fachbegriff) der einzelnen Berufsbilder bzw. der darauf aufbauenden Qualifikationen im DQR möglich ist.

Stoll: Auf Bundes- wie auf Landesebene Baden-Württemberg wurden hierfür die erforderlichen Vorarbeiten geleistet und mithin die Weichen gestellt, um die nunmehr vorliegenden Ordnungen in moderner Darstellung handlungsorientiert und aktuell zu beschreiben. Das Niveau einer Qualifikation wird hierbei durch Kompetenzen in Form von Lernergebnissen auf fachlichen und personalen Ebenen beschrieben. Alljährlich zum 1. August erfolgt eine Aktualisierung der „Liste der zugeordneten Qualifikationen“. Für die Zahnmedizin verortet ist bisher die ZFA (auf Level 4). ZMP/ZMF/ZMV sollen – entsprechend der Kompetenzbeschreibung – auf Level 5, die „DH Professional“ sowie der „Dentale Fachwirt“ auf Level 6 verortet werden.

Wo sehen Sie die dentale Fortbildungslandschaft in zehn Jahren?

Einwag: Der Berufsstand wird mittelfristig ganz entscheidend von folgenden Faktoren geprägt sein: der demografischen Entwicklung, dem enormen Kostendruck im Gesundheitswesen, dem Mangel an qualifizierten Fachkräften sowie der Feminisierung des Berufsstandes.

Fachlich scheint ebenfalls die grundlegende Richtung vorgegeben. Durch effektive präventive Strategien für alle Altersgruppen lässt sich ein Großteil der Hart- und Weichgewebskrankungen der Mundhöhle vermeiden. Hinzu kommt, dass Abweichungen vom „Gesunden“ durch neue Diagnoseverfahren frühzeitiger als bisher erkannt werden. Außerdem erfolgen therapeutische Eingriffe in einem Stadium, das eine weitgehende Restitutio ad Integrum ermöglicht, mit Materialien/Strategien, die die Rezidivrate minimieren. Darüber hinaus ist eine verstärkte „Digitalisierung der Zahnmedizin“ zu erwarten. Strukturell ist ein Trend in Richtung „Mehrbehandlerpraxen“ vor allem in Städten zu beobachten, in denen Zahnärzte mit unterschiedlichen Tätigkeitsschwerpunkten unter einem Dach zu-

sammenarbeiten. Die Einzelpraxis wird aber weiter ihre Berechtigung haben, vor allem auf dem Land.

Wie können sich die neuen Fortbildungsoptionen an diese kommenden Veränderungen anpassen?

Einwag: In Baden-Württemberg haben wir mit der Aufstiegsfortbildung ein ideales Werkzeug geschaffen, das es uns ermöglicht, in kürzester Zeit auf Veränderungen zu reagieren! Es ist zeitnah möglich, dass, wenn nötig, Module geändert, gestrichen oder ergänzt werden. Ausbildung kann das im Gegensatz dazu nicht leisten! Die Aufstiegsfortbildung ist eine Stufenfortbildung, in der jederzeit ein Ein- oder Ausstieg möglich ist. Eine zentrale Forderung der Bildungspolitik nach Durchlässigkeit in vertikaler sowie horizontaler Ebene wird auf diese Weise umgesetzt.

Stoll: Gerade für die Attraktivität eines überwiegend „Frauenberufes“ ist essenziell, dass die Fortbildung auch bezogen auf „Babypausen“ oder „Pflegepausen“ (d. h. Auszeiten, um Angehörige im Rahmen der häuslichen Pflege betreuen zu können) problemlos ist und jeder auch nach mehreren Jahren direkt wieder ins Berufsleben einsteigen kann. Dies wird durch kompakte Module erreicht, die auf einen bestehenden Wissensblock aufgesetzt werden, ohne dass gleich ein kompletter Studiengang neu absolviert werden muss. Die Fortbildungslandschaft wird sich in diese Richtung weiterentwickeln, dieser Trend ist anhand der wachsenden Teilnehmerzahlen schon seit Jahren zu beobachten.

Vielen Dank für das Gespräch.

Kontakt | **Prof. Dr. Johannes Einwag**
Zahnmedizinisches
Fortbildungszentrum (ZFZ)
Herdweg 50
70174 Stuttgart
Tel.: 0711 2271-616
Fax: 0711 2271-641
j.einwag@zfz-stuttgart.de

Ihre Lösung zum Schutz gegen säurebedingten Zahnschmelzabbau

Handeln Sie rechtzeitig und helfen Sie Ihren Patienten, sich vor säurebedingtem Zahnschmelzabbau zu schützen

Die heutige moderne Ernährung kann reich an Säuren sein. Limonaden, Tee und frisches Obst können eine Demineralisierung der Zahnoberfläche bewirken sowie den Zahnschmelz schwächen und ihn so für den Abbau anfällig machen.¹⁻³

Bereits vier säurehaltige Speisen oder Getränke am Tag können Ihre Patienten dem Risiko von säurebedingtem Zahnschmelzabbau aussetzen.¹⁻³

Da bereits jeder dritte junge Erwachsene* Anzeichen von Zahnschmelzverlust aufweist, wofür der säurebedingte Zahnschmelzabbau als Hauptursache gilt,⁴ ist es wichtig, frühzeitig zu handeln.⁵ Zusätzlich zur Erteilung von Ernährungs- und Verhaltensratschlägen wird für Patienten mit dem Risiko eines säurebedingten Zahnschmelzabbaus die Verwendung einer speziellen Zahnpasta, wie z.B. Sensodyne ProSchmelz®, empfohlen. Sensodyne ProSchmelz® fördert mit ihrer optimierten Formulierung bei zweimal täglichem Zähneputzen die Remineralisierung und trägt dazu bei, Ihre Patienten vor zukünftigem säurebedingtem Zahnschmelzabbau zu schützen.

Es ist bewiesen, dass Sensodyne ProSchmelz® den säuregeschwächten Zahnschmelz remineralisiert und härtet.⁷⁻¹⁰

Sensodyne ProSchmelz® sorgt für eine bessere und tiefere Aufnahme von verfügbarem Fluorid in den Zahnschmelz verglichen mit anderen Fluoridzahnpasten und fördert damit die Härtung des demineralisierten Zahnschmelzes Ihrer Patienten.⁷



In-vitro-Untersuchungen mithilfe von DSIMS⁺ zeigen, dass die Behandlung mit ProSchmelz® zu einer größeren Aufnahme von Fluorid in den Zahnschmelz führt als die Behandlung mit einer Wettbewerber-Fluoridzahnpasta.⁷



EMPFEHLEN SIE PROSCHMELZ® FÜR EINEN STARKEN, WIDERSTANDSFÄHIGEN ZAHNSCHMELZ

*18-35 Jahre. ⁺Dynamic Secondary Ion Mass Spectrometry. ⁺Sodium lauryl sulphate.

Referenzen: 1. Lussi A. Erosive Tooth Wear – a Multifactorial Condition. In: Lussi A, editor. Dental Erosion – from Diagnosis to Therapy. Karger, Basel, 2006. 2. Lussi A. Eur J Oral Sci 1996; 104: 191-198. 3. Hara AT et al. Caries Res 2009; 43: 57-63. 4. Bartlett DW et al. J Dent 2013; 41(11): 1007-1013. 5. Zero DT. Int Dent J 2005; 5: 285-290. 6. Lussi A et al. Caries Res 2004; 38 (suppl 1): 34-44. 7. Edwards MI et al. Correlation of Enamel Surface Rehardening and Fluoride Uptake – DSIMS imaging. Presented at IADR, September 2006. 8. GSK Data on file, 134320. 9. Fowler C et al. J Clin Dent 2006; 17(4): 100-105. 10. Barlow AP et al. J Clin Dent 2009; 20(6):192-198. **CHDE/CHSEN/0034/14**





Abb. 1

Mundgesundheit in Hamburg – informativ und spannend

Präventions-
und Mundgesund-
heitstag 2016
[Bildergalerie]



Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Nicole B. Arweiler/Marburg
Prof. Dr. Thorsten M. Auschill/Marburg
Prof. Dr. Stefan Zimmer/Witten



Abb. 2

Abb. 1: Mehr als 80 Teilnehmer konnten im EMPIRE RIVERSIDE HOTEL in Hamburg begrüßt werden. – **Abb. 2:** Der Präventions- und Mundgesundheitstag war erneut ein voller Erfolg. Von links: Priv.-Doz. Dr. Gregor Petersilka, Prof. Dr. Nicole B. Arweiler, Prof. Dr. Stefan Zimmer und Prof. Dr. Thorsten M. Auschill.

Am 9. April 2016 fand im EMPIRE RIVERSIDE HOTEL in Hamburg unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Nicole B. Arweiler/Marburg, Prof. Dr. Thorsten M. Auschill/Marburg und Prof. Dr. Stefan Zimmer/Witten zum dritten Mal der „Präventions- und Mundgesundheitstag“ statt. Erneut gelang es, erstklassige wissenschaftliche Vorträge mit breit angelegten praktischen Möglichkeiten und Referatengesprächen zu kombinieren.

Die Präventions- und Mundgesundheitstage 2014 (Düsseldorf) und 2015 (Essen) fanden sowohl bei den Teilnehmern als auch bei Referenten und Ausstellern aufgrund ihrer inhaltlichen Qualität und der sehr praxisorientierten Umsetzung ein rundweg positives Echo. Grund genug also, mit diesem Konzept – diesmal in Hamburg – fortzufahren. Angesprochen wurde vorrangig das bereits qualifizierte Praxispersonal (ZMF, ZMP, DH), aber auch entsprechend ausgerichtete Praxis-



Abb. 3: Prof. Dr. Nicole B. Arweiler sprach zu antibakteriellen Mundhygieneprodukten. – **Abb. 4:** Prof. Dr. Stefan Zimmer gab einen Überblick zur häuslichen Mundhygiene. – **Abb. 5:** Die Table Clinics fanden regen Zuspruch der Besucher, hier Priv.-Doz. Dr. Gregor Petersilka bei einer seiner Table Clinics zum Thema „Pulverstrahl in der Prophylaxe“. – **Abb. 6:** Referent Prof. Dr. Torsten M. Auschill während einer seiner Table Clinics. – **Abb. 7:** Sonja Weber-Matthies referierte im Rahmen der Table Clinics der Firma EMS.

teams. Ziel der Veranstaltung war es, nicht nur in Bezug auf die Inhalte, sondern auch im Hinblick auf den organisatorischen Ablauf Interessantes zu bieten. Die Themenpalette der Hauptvorträge reichte von Mundhygiene (Zimmer) über parodontologische Aspekte (Arweiler, Auschill) bis hin zu Mundschleimhauterkrankungen (Petersilka). Um die Themenkomplexe vertiefend behandeln zu können und um so einen möglichst hohen praktischen Programmanteil zu erreichen, wurde die Zahl der Vorträge und der Hauptreferenten aber zugunsten von sogenannten Table Clinics (Tischdemonstrationen) reduziert. Sie bilde-

ten den zentralen Bestandteil des Programms und boten so die Gelegenheit, den Teilnehmern verschiedene Themen, wie Zahnaufhellung, Pulverstrahlgeräte, Mundhygiene, Interdentalraumpflege, schmerzfreie Anästhesie oder Instrumentenaufbereitung, auch in ihrer praktischen Relevanz und Umsetzung näherzubringen. In einer kurzen einleitenden PowerPoint-Präsentation wurden die fachlichen Grundlagen für das Thema des Tisches gelegt sowie Studien und Behandlungskonzepte vorgestellt. Die Teilnehmer hatten im Anschluss die Gelegenheit, mit Referenten und Kolleginnen zu diskutieren sowie Materialien und

Geräte in der praktischen Handhabung zu erleben. Insgesamt war auch der 3. Präventions- und Mundgesundheitstag informativ und spannend. Die nächste Ausgabe dieser Veranstaltung findet am 30. September 2017 in Berlin statt.

Kontakt

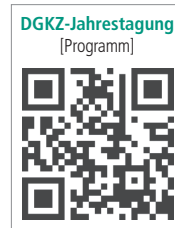
OEMUS MEDIA AG

Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308
event@oemus-media.de
www.oemus.com
www.mundgesundheitsstag.info



Abb. 8-10: Die zugehörige Industrieausstellung bot den Teilnehmern die Möglichkeit, sich über aktuelle Produkte zu informieren.

Die 13. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin (DGKZ e.V.) findet in diesem Jahr in Marburg statt. Die 2003 gegründete Fachgesellschaft setzt bei der Programmgestaltung und Themenauswahl auf die interdisziplinären Aspekte eines gesamtgesellschaftlichen Trends – dem Streben nach Vitalität und Schönheit.



DGKZ-Jahrestagung in Marburg erneut mit interdisziplinärem Ansatz

Die 13. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kosmetische Zahnmedizin e.V. (DGKZ) findet am 29. und 30. April 2016 im Congresszentrum Marburg statt. Unter dem Motto „Rot-weiße Ästhetik – Optionen und Standards“ findet die Tagung auch in Verbindung mit dem erstmals von der DGKZ und der Internationalen Gesellschaft für Ästhetische Medizin e.V. (IGÄM) veranstalteten Praxis & Symposium – „Das schöne Gesicht“ statt. Beide Veranstaltungen haben sowohl gemeinsame als auch getrennte Programmteile.

Kosmetische/ästhetische Aspekte der zahnärztlichen Therapie sowie der Ästhetischen Chirurgie stehen seit Jahren im Fokus von Fortbildungsveranstaltungen und Publikationen. Eines wird dabei immer wieder deutlich: Um den Patienten, der eine ästhetisch/kosmetisch motivierte Behandlung wünscht, zufriede-

denstellen zu können, ist die Qualität der ärztlichen/zahnärztlichen Leistung entscheidend für den Erfolg. Gefragt ist somit absolute High-End-Medizin. Da in diesem Zusammenhang u.a. eine intensive Fortbildung unabdingbar ist, bietet die DGKZ im Rahmen ihrer Jahrestagung erneut ein anspruchsvolles Programm mit Workshops und wissenschaftlichen Vorträgen.

Ständen in den vergangenen Jahren z. B. parodontologische und funktionelle Aspekte sowie Keramik- und Kompositrestaurationen in der Ästhetischen Zahnmedizin im Mittelpunkt, so geht

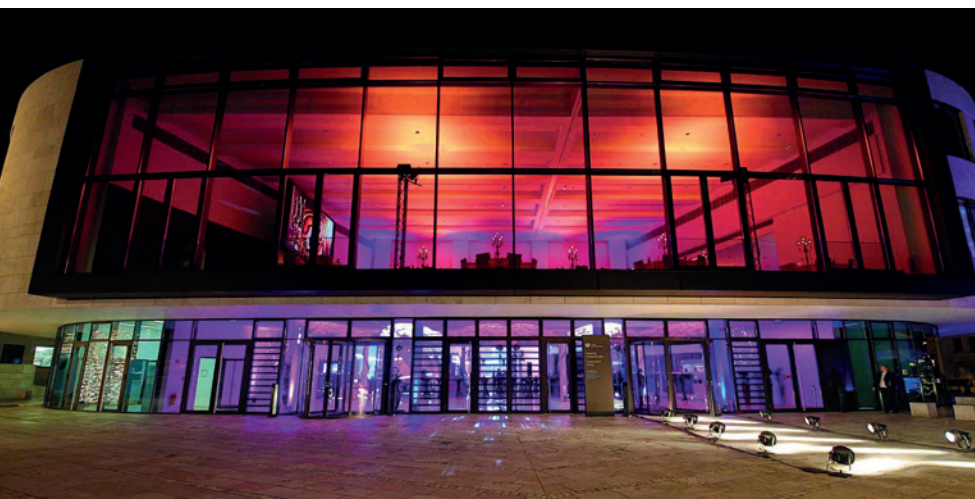


es derzeit immer mehr um die Schnittstellen innerhalb der Zahnmedizin bis hin zur Ästhetischen Chirurgie.

Auch in diesem Jahr ist es uns gelungen, ein hochkarätiges Referententeam zusammenzustellen, das die Thematik aus unterschiedlichen Blickwinkeln sowie synergetischen Aspekten beleuchten wird. Im Rahmen des Pre-Congress Programms am Freitag finden Seminare zu Spezialgebieten der Ästhetischen/

Kosmetischen Zahnmedizin sowie – als Neuerung im Rahmen der DGKZ-Jahrestagung – ein Programm mit Table Clinics statt.

Parallel zum zahnärztlichen Programm gibt es an beiden Kongresstagen ein Programm für die Zahnärztliche Assistenz mit den Themen Prophylaxe, Praxis-hygiene sowie Qualitätsmanagement.



Kontakt

OEMUS MEDIA AG

Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308
Fax: 0341 48474-290
event@oemus-media.de
www.oemus.com
www.dgkz-jahrestagung.de



NEUES
KURSFORMAT

KURSE

Hygiene
QM



Weiterbildung und Qualifizierung Hygienebeauftragte(r) für die Zahnarztpraxis

20-Stunden-Kurs mit Sachkundenachweis
für das gesamte Praxisteam

Inkl. praktischer Übungen und DIOS HygieneMobil

Ausbildung zur Qualitätsmanagement- beauftragten QMB

Online-Anmeldung/
Kursprogramm



www.praxisteam-kurse.de

OEMUS MEDIA AG | Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308 | Fax: 0341 48474-290
event@oemus-media.de | www.oemus.com



SEMINAR A

Inklusive umfassendem Kurskript!

WEITERBILDUNG UND QUALIFIZIERUNG
HYGIENEBEAUFTRAGTE(R) FÜR DIE ZAHNARZTPRAXIS
20-STUNDEN-KURS MIT SACHKUNDENACHWEIS

Referentin: Iris Wälter-Bergob/Meschede
Seminarzeit: Freitag 12.00 – 19.00 Uhr, Samstag 9.00 – 19.00 Uhr

KURSSINHALTE u. a.

- Einführung in die Hygiene
- Einführung in die Grundlagen der Bakteriologie und Mikrobiologie
- Berufsbild und Aufgaben von Hygienebeauftragten in den Zahnarztpraxen
- Grundlagen und Richtlinien in der Hygiene, Unfallverhütungsvorschriften
- Hygienepläne
- Hygienemaßnahmen bei übertragbaren Krankheiten (IFSG)
- Abfall und Entsorgung
- Instrumentenkunde
- Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten
- Räumliche und organisatorische Aspekte des Aufbereitungsraumes
- Händedesinfektion
- Schwerpunkte der Aufbereitung:
Sachgerechtes Vorbereiten (Vorbehandeln, Sammeln, Vorreinigen, Zerlegen) |
Reinigung/Desinfektion, Spülung und Trocknung | Prüfung auf Sauberkeit und
Unversehrtheit | Pflege und Instandsetzung | Funktionsprüfung | Verpackung und
Sterilisation | Kennzeichnung | Umgang mit Sterilgut und Sterilgutlagerung

Abschluss

Lernerfolgskontrolle durch Multiple-Choice-Test // Online-Prüfung
(Die Zugangsdaten erhalten Sie am Ende des Kurses.)
Zertifikat nach bestandener Online-Prüfung

Dieser Kurs wird unterstützt durch:



SEMINAR B

Inklusive umfassendem Kurskript!

AUSBILDUNG ZUR QUALITÄTSMANAGEMENT-
BEAUFTRAGTEN QMB

Referent: Christoph Jäger/Stadthagen
Seminarzeit: 9.00 – 18.00 Uhr

KURSSINHALTE

QM-Grundwissen: Worauf kommt es eigentlich an? | Brauchen kleine Praxen eigentlich ein QM-System? | Sind alle Kolleginnen und die Chefs im QM-Boot? | Die gesetzlichen Rahmenbedingungen
Grundlagen der QM-Dokumentation: Grundlagen zum Aufbau eines schlanken QM-Handbuchs | Dokumentenlenkung und deren Revisionen | Die wichtigsten Unterlagen in unserem QM-System | Praxisabläufe leicht gestaltet
Änderungen der QM-Richtlinie vom 7.4.2014: Der PDCA-Zyklus als Motor eines QM-Systems | Was steht hinter einem Risikomanagement und wie kann ich diese neue Forderung umsetzen?
Verantwortung und Organisation: Wer ist in unserer Praxis eigentlich wofür verantwortlich? | Das Organigramm für Ihre Praxis
Haftungsentlastung durch wichtige Mitarbeiterbelehrungen: Wissenswertes zu Belehrungen | Anlässe einer Belehrung | Wichtige Vorsorgeuntersuchungen | Was müssen wir bei einem Schülerpraktikanten beachten?
Weitere wichtige Punkte: Download der neuen Unterlagen aus dem Internet | Die staatlichen Fördermittel für eine Praxisschulung | Weitere QM-Ausbildungen in Deutschland
Wissensabfrage der QMB-Ausbildung mit einem Multiple-Choice-Test

SEMINAR A

Kursgebühr ZA (pro Kurs) inkl. Kurskript	250,00 € zzgl. MwSt.
Kursgebühr ZAH (pro Kurs) inkl. Kurskript	199,00 € zzgl. MwSt.
Teampreis ZA+ZAH (pro Kurs) inkl. Kurskript	398,00 € zzgl. MwSt.
Teampreis Tagungspauschale (pro Kurs/Person)	98,00 € zzgl. MwSt.

SEMINAR B

Kursgebühr (pro Kurs) inkl. Kurskript	99,00 € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale (pro Kurs)	49,00 € zzgl. MwSt.

Anmeldeformular per Fax an
0341 48474-290

oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

Für das Seminar A (Weiterbildung und Qualifizierung Hygienebeauftragte(r)) oder das Seminar B (Ausbildung zur QM-Beauftragten) melde ich folgende Personen verbindlich an. Bitte beachten Sie, dass Sie pro Termin nur an einem Seminar teilnehmen können:

	Seminar A		Seminar B		Seminar A		Seminar B
Marburg	29./30.04.2016	ausgebucht	30.04.2016	<input type="checkbox"/>	Konstanz	23./24.09.2016	<input type="checkbox"/>
Warmemünde	03./04.06.2016	ausgebucht	04.06.2016	<input type="checkbox"/>	München	30.09./01.10.2016	<input type="checkbox"/>
Berlin	10./11.06.2016	<input type="checkbox"/>			Hamburg	07./08.10.2016	<input type="checkbox"/>
Leipzig	16./17.09.2016	<input type="checkbox"/>			Wiesbaden	04./05.11.2016	<input type="checkbox"/>
					Essen	11./12.11.2016	<input type="checkbox"/>
					Baden-Baden	02./03.12.2016	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>

Name | Vorname

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG (abrufbar unter www.oemus.com) erkenne ich an.

Datum | Unterschrift

E-Mail-Adresse (Bitte angeben!)

Das Angenehme mit dem Nützlichen verbinden, das erfordert, rechtzeitig zu planen. Der Ostseekongress/9. Norddeutsche Implantologietage am 3. und 4. Juni 2016 in Warnemünde bietet hierfür die ideale Möglichkeit. Es locken Sonne, Strand und Meer sowie erneut ein wissenschaftliches Programm der Extraklasse mit vielen neuen Programmpunkten.

Ostseekongress/ 9. Norddeutsche Implantologietage

Sonne, Strand und Meer – das sind die Attribute, mit denen die Ostsee jährlich Millionen Urlauber in ihren Bann zieht. Zugleich bilden sie aber auch den Rahmen für eine Fortbildungsveranstaltung der besonderen Art. Am 3. und 4. Juni 2016 findet hier, im direkt am Strand von Rostock-Warnemünde gelegenen Hotel NEPTUN, unter der wissenschaftlichen Leitung von Dr. Theodor Thiele, M.Sc./Berlin und Priv.-Doz. Dr. Dirk Ziebolz/Leipzig, bereits zum neunten Mal der Ostseekongress/Norddeutsche Implantologietage statt.

Die bisherigen Ostseekongresse haben bei den Teilnehmern sowohl in Bezug auf ein hochkarätiges wissenschaftliches Programm, zahlreiche Workshops und Seminare sowie im Hinblick auf die inzwischen traditionelle Abendveranstaltung mit Meerblick unvergessliche Eindrücke hinterlassen.

Hier immer wieder Maßstäbe zu set-



Dr. Theodor Thiele, M.Sc.



Priv.-Doz. Dr. Dirk Ziebolz

zen, ist sicher nicht einfach, aber mit dem aktuellen Programm erneut gelungen. Die Veranstalter haben sich bei der Programmgestaltung von dem Ziel leiten lassen, neueste Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis anwenderorientiert aufzubereiten und zu vermitteln. Ein hochkarätiges Referententeam und spannende Themen werden so Garant für ein erstklassiges Fortbildungserlebnis sein.

Neben dem Hauptpodium Implantologie gibt es ein komplettes, über beide Kongresstage gehendes Parallelprogramm Allgemeine Zahnheilkunde, sodass wieder nahezu die gesamte Bandbreite der Zahnmedizin mit Vorträgen oder Seminaren abgebildet werden kann.

Im Pre-Congress Programm am Freitag finden Workshops und Seminare sowie die kombinierten Theorie- und Demonstrationskurse Sinuslifttechniken mit Prof. Dr. Hans Behrbohm und Dr. Theodor Thiele/beide Berlin, Endodontologie mit

Dr. Tomas Lang/Essen und Implantatchirurgie mit Prof. Dr. Dr. Frank Palm/Konstanz statt. Absolut neu im Programm ist der Befundworkshop Zahnmedizin ebenfalls am Freitag. Der Samstag bleibt, wie gehabt, den wissenschaftlichen Vorträgen in den beiden Hauptpodien und dem Helferinnen-Programm vorbehalten.

Einer der Höhepunkte des Kongresses ist, wie auch in den letzten Jahren, die Kongressparty in der Sky-Bar des Hotels NEPTUN. In

rund 65 Metern Höhe, mit einem wunderbaren Panoramablick über die Ostsee, werden die Teilnehmer unter dem Motto Dine & Dance on the Top bei Musik und Tanz die im Meer untergehende Abendsonne genießen und den ersten Kongresstag ausklingen lassen. Bevor es jedoch so weit ist, sind alle Teilnehmer wieder zu Classic on the Beach – der Welcome-Reception am Strand vor dem Hotel NEPTUN – eingeladen. Lassen Sie sich überraschen und nutzen Sie die Chance für ein erlebnisreiches Fortbildungs- und Erholungswochenende.



Kontakt

OEMUS MEDIA AG

Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308
Fax: 0341 48474-290
event@oemus-media.de
www.oemus.com
www.ostseekongress.com

MUNDHYGIENETAG 2016



30. September./1. Oktober 2016 || München – The Westin Grand München

THEMA

MUNDHYGIENE IM TREND

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG

Prof. Dr. Stefan Zimmer/Witten

REFERENTEN

- Prof. Dr. Nicole B. Arweiler/Marburg
- Prof. Dr. Thorsten M. Auschill/Marburg
- Priv.-Doz. Dr. Mozhgan Bizhang/Witten
- Priv.-Doz. Dr. Gregor Petersilka/Würzburg
- Prof. Dr. Stefan Zimmer/Witten

PROGRAMM FREITAG

- Seminar A Weiterbildung und Qualifizierung Hygienebeauftragte/-r für die Zahnarztpraxis

PROGRAMM SAMSTAG – HAUPTVORTRÄGE

- Wissenschaftliche Vorträge, u.a. zu den Themen
 - Elektrozahnbürsten
 - Zahnpasta – Die Allzweckwaffe der oralen Prävention
 - Wo die Zahnbürste nicht ausreicht: besonder Hilfsmittel für die Pflege von Interdentalräumen und Zunge
 - Häusliche Prophylaxe bei Risikopatienten: Was empfehle ich wem?
 - Gut geputzt und dennoch krank? Weshalb Mundhygiene und Parodontitis (nicht) zusammenhängen
 - Infiltrationstherapie zur Behandlung fluorotischer Veränderungen
 - Supra- und subgingivale Irrigation: Was kann die „Munddusche“ wirklich leisten?
- Seminar A Weiterbildung und Qualifizierung Hygienebeauftragte(r) für die Zahnarztpraxis
- Seminar B Ausbildung zur zertifizierten QM-Beauftragten QMB



Online-Anmeldung/
Kongressprogramm



www.mundhygienetag.de

VERANSTALTER/ANMELDUNG
OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29 || 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308
Fax: 0341 48474-290
event@oemus-media.de
www.oemus.com

Nähere Informationen zum Programm, zu den Preisen und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter www.oemus.com

FAXANTWORT | 0341 48474-290

- Bitte senden Sie mir das Programm zum MUNDHYGIENETAG 2016 am 30. September/1. Oktober 2016 in München zu.

Titel | Vorname | Name

E-Mail-Adresse (Bitte angeben! Sie erhalten Ihr Zertifikat per E-Mail)

Praxisstempel

Die Wirksamkeit von Schall- und Ultraschallinstrumenten ist klinisch durch die Stellungnahme der DGZMK abgesichert. Doch jede Praxis wird sich ganz individuell fragen: Welche Technik bzw. Instrumentenspitze stellt für unser Prophylaxe-Konzept das Optimum dar? Den Überblick bietet der „Kompass Prophylaxe“.



„Kompass Prophylaxe“

Die richtige Technik für Zahnsteinentfernung und PZR

Die Vorteile der maschinellen Entfernung von Zahnstein und Belägen sind offensichtlich: Sie erlauben ein präzises, zügiges und ermüdungsfreies Arbeiten bei gleichzeitiger Schonung der Zahnhartsubstanz und des Weichgewebes. Doch mit welcher Technik (Schall oder Ultraschall) bzw. Instrumentenspitze will ich zum Ziel kommen? Hier hilft der „Kompass Prophylaxe“ von Komet Dental, indem er wertvolle Hinweise zur sachgemäßen Anwendung von Polierern, Bürsten, Schall- und Ultraschallspitzen sowie zur maximal zulässigen Drehzahl gibt.

Schnelle Übersicht für die Prophylaxe
Auf insgesamt zwei Seiten erhalten Zahnarzt und Assistenz schnelle Unterstützung bei der korrekten Instrumentenwahl. Die einzelnen Schall- und Ultraschallspitzen sind in Tabellenform

nach Anwendungsbereich (Scaling oder Perio) mit Abbildung und Identifikationsnummer geordnet. Besonders hilfreich ist die Zuordnung zu den verschiedenen Behandlungseinheiten. Hier lässt sich sofort erkennen, welche Spitze für welche Einheit geeignet ist.

Scaling und Parobehandlung

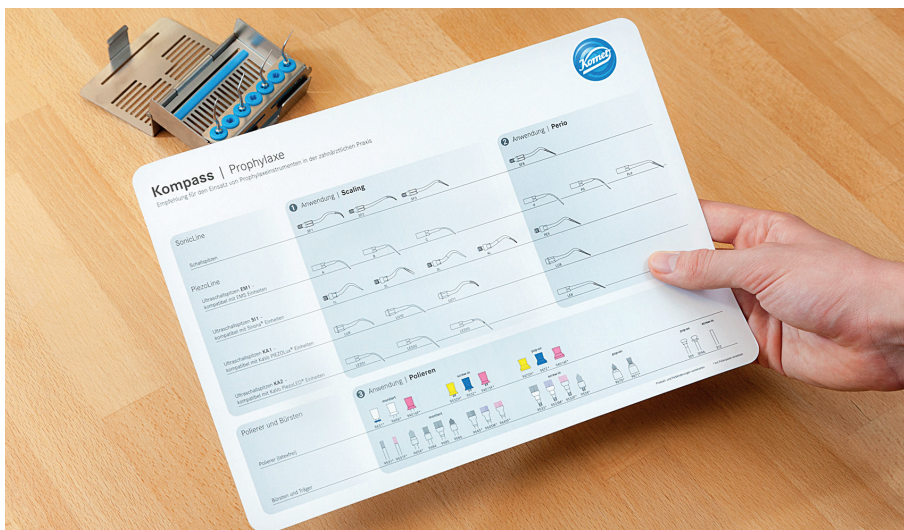
Durch ihre speziellen Formen eignen sich die Ultraschallspitzen des Piezo-Line-Systems optimal für die Entfernung supra- und subgingivaler Konkreme. Schmale und flache Scaler, wie z.B. P und PS, erleichtern die Behandlung in schwer zugänglichen Arealen und schonen das Gewebe des Patienten. Gebogene Scaler mit oder ohne Kugel, wie PL 2 und PL 4, hingegen empfehlen sich insbesondere bei der subgingivalen Belagsentfernung in Furkationen und Konkavitäten.

Effizient und schonend polieren

Wer auch beim Polieren mit dem Komet-Prophylaxesortiment arbeitet findet im Kompass alle farbcodierten Polierer und Bürsten nach Montageart aufgeschlüsselt. Während direkt auf dem Winkelstückschaft montierte Polierer und Bürsten keine zusätzliche Arbeit erfordern, bieten Screw-in- (mit dem Winkelstück verschraubt) und Pop-on-Aufsätze (auf dem Aufsatzschaft aufgesteckt) mehr Flexibilität. Bei beiden Systemen können Kappen und Bürsten verschiedener Längen und Härtegrade schnell ausgetauscht und so auf individuelle Situationen reagiert werden. In Sulkusnähe beispielsweise empfiehlt sich der Einsatz von weiche- ren, blauen oder pinkfarbenen Polierern, die das Weichgewebe schonen. Bei der Entfernung starken Zahnbelags hingegen eignen sich die härteren gelben Aufsätze.

Mehrwert für die Anwendung

Der kostenlose „Kompass Prophylaxe“ kann über den persönlichen Fachberater oder direkt aus Lemgo bei Komet Dental angefordert werden. Neben der Anwendungshilfe zu Zahnsteinentfernung und PZR stehen weitere Kompass für den Behandler und die Assistenz zur Verfügung (Wurzelstiftsysteme, Füllungs- therapie, Vollkeramik und Parodontologie). So liefert Komet zusätzlich zu den Produkten jeweils einen großen Mehrwert für die Anwendung im Praxisalltag.



www.kometdental.de

BIOLOGISCHE ZAHNHEILKUNDE

Für Einsteiger, Fortgeschrittene und Profis

Veranstalter/Anmeldung

OEMUS MEDIA AG | Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig
 Tel.: 0341 48474-308 | Fax: 0341 48474-290
 event@oemus-media.de | www.oemus.com



Online-Anmeldung/
Kongressprogramm



www.biologische-zahnheilkunde.info



Was ist Biologische Zahnheilkunde?

Die moderne Zahnmedizin steht vor der Herausforderung, dem gestiegenen Bedürfnis der Patienten nach Gesundheit, Funktionalität und Ästhetik zu entsprechen. In diesem Sinne wird es immer wichtiger, auch ganzheitliche Aspekte in der Diagnostik und Therapie zu berücksichtigen und aktiv zu nutzen. Neben der klassisch handwerklich geprägten Zahnmedizin werden bei der Biologischen Zahnheilkunde zusätzlich die naturwissenschaftlichen Grundregeln in ihrer Komplexität und Wechselwirkung im Hinblick auf den menschlichen Organismus

berücksichtigt. Ganz unter dem Motto „Der Mund als Spiegel für die Gesundheit“ werden so die Grundprinzipien der Chemie, Physik und Biochemie genauer unter die Lupe genommen und ein Zusammenhang zwischen den heute üblichen chronisch-systemischen Erkrankungen und Erkrankungen der Mundhöhle hergestellt.

Die Kursreihe soll die Teilnehmer in die Lage versetzen, Aspekte der Biologischen Zahnheilkunde und konkrete Therapiekonzepte im Praxisalltag umzusetzen.

1 Grundlagenseminar – Biologische Zahnheilkunde ● ● ●

Termine

29. April 2016 | 15.00 – 16.30 Uhr | Marburg

Organisatorisches

Kursgebühr 50,- € zzgl. MwSt.

2 Spezialistenkurs – Biologische Zahnheilkunde von A-Z ● ● ●

Termine

10. Juni 2016 | 14.00 – 18.00 Uhr | Berlin
 16. September 2016 | 14.00 – 18.00 Uhr | Leipzig
 07. Oktober 2016 | 14.00 – 18.00 Uhr | Hamburg
 02. Dezember 2016 | 14.00 – 18.00 Uhr | Baden-Baden

Organisatorisches

Kursgebühr pro Kurs inkl. DVD 195,- € zzgl. MwSt.
 Tagungspauschale* 35,- € zzgl. MwSt.

* Umfasst Pausenversorgung und Tagungsgetränke.
 Die Tagungspauschale ist für jeden Teilnehmer verbindlich.



3 Masterclass – Biologische Zahnheilkunde ● ● ●

Termine

11. Juni 2016 | 14.00 – 18.00 Uhr | Berlin
 17. September 2016 | 14.00 – 18.00 Uhr | Leipzig
 08. Oktober 2016 | 14.00 – 18.00 Uhr | Hamburg
 03. Dezember 2016 | 14.00 – 18.00 Uhr | Baden-Baden

Organisatorisches

Kursgebühr pro Kurs 590,- € zzgl. MwSt.
 In der Kursgebühr enthalten sind Getränke und Pausenversorgung während des Kurses.

Nähere Informationen zu den Kursinhalten, den Preisen und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie auf unserer Homepage www.oemus.com

In Kooperation mit



BIOLOGISCHE ZAHNHEILKUNDE

Anmeldeformular per Fax an
0341 48474-290
 oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

Hiermit melde ich folgende Person zu dem unten ausgewählten Kurs verbindlich an:

<p>1 Grundlagenseminar – Biologische Zahnheilkunde</p> <p>Marburg 29.04.2016 <input type="checkbox"/></p>	<p>2 Spezialistenkurs – Biologische Zahnheilkunde von A-Z</p> <p>Berlin 10.06.2016 <input type="checkbox"/> Leipzig 16.09.2016 <input type="checkbox"/> Hamburg 07.10.2016 <input type="checkbox"/> Baden-Baden 02.12.2016 <input type="checkbox"/></p>	<p>3 Masterclass – Biologische Zahnheilkunde</p> <p>Berlin 11.06.2016 <input type="checkbox"/> Leipzig 17.09.2016 <input type="checkbox"/> Hamburg 08.10.2016 <input type="checkbox"/> Baden-Baden 03.12.2016 <input type="checkbox"/></p>
--	---	--

Titel | Vorname | Name

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG erkenne ich an.

Datum | Unterschrift

E-Mail (Bitte angeben! Sie erhalten Ihr Zertifikat per E-Mail.)

Neue Website

Online-Tipps für Mundgesundheit

Welche erogene Zone oberhalb der Gürtellinie sorgt für größte Glücksgefühle? Welche Haut ist siebenmal so empfindlich wie die der Fingerkuppen? Welche Flüssigkeit enthält Millionen von Mikroorganismen? Antworten auf diese und viele weitere spannende Fragen, mit denen man bei Günther Jauch und Jörg Pilawa punkten kann, sind auf www.gesunder-mund.de zu finden. Die neue Website von Kreussler Pharma bietet viele Tipps und Kniffe, wie der Mund gesund erhalten, das schöne Lächeln bewahrt, Krankheiten erkannt und ihnen zu Leibe gerückt werden kann.

Quelle: Kreussler Pharma



„Gesund und schön“

Exklusive Verlosung zum Weltlactag

Kaum etwas ist so bezaubernd und ansteckend wie ein gesundes, schönes Lachen. Deshalb verschenkt Ultradent Products anlässlich des Weltlactags am 1. Mai 2016 sechs „Gesund und schön“-Pakete, die es in sich haben.

Um Praxisteam bei ihrem täglichen Einsatz für ein schönes Lächeln zu unterstützen, verlost der Dentalhersteller an insgesamt sechs Zahnarztpraxen zum Weltlactag jeweils einen Korb voller knackiger grüner Äpfel und ein Opalescence Go® Patient Kit für zehn Anwendungen. Das beliebte Zahnaufhellungsmittel mit

6%igem Wasserstoffperoxidgel wird über UltraFit Trays auf die Zähne appliziert. Durch die stabile Passform der Gelfolien lässt sich ein optimales Aufhellungsergebnis erzielen. Zahlreiche Zahnärzte und Patienten wenden das „Bleaching to go“ bereits an. Nutzen Sie die einmalige Gelegenheit, Ihren Patienten

Ultradent Products
[Infos zum Unternehmen]



Zahnarzt-Umfrage

Über 50 Prozent empfehlen zuckerfreien Kaugummi

Karies spielt nach wie vor die Hauptrolle in Deutschlands Zahnarztpraxen. Dies zeigt eine aktuelle Online-Umfrage des Wrigley Oral Healthcare Program (WOHP). Darin nennen 44 Prozent der befragten Zahnärzte Kariesschäden als häufigstes Problem in ihrer täglichen Praxis, gefolgt von Zahnfleischproblemen (20 Prozent) und mangelnder Mundhygiene (19 Prozent). Mehr als die Hälfte der Zahnärzte empfiehlt zuckerfreien Kaugummi zur Zahnpflege, besonders bei Patienten, die viel unterwegs sind (59 Prozent) oder unter Mundtrockenheit leiden (66 Prozent), sowie nach zuckerhaltigen Mahlzeiten oder Getränken, wenn Zähneputzen nicht möglich ist (56 Prozent).

Quelle: Wrigley

eine professionelle und schonende Zahnaufhellungsmethode vorzustellen und geben Sie die erntefrischen Äpfel als Dankeschön weiter. So wird der Praxisbesuch zum Wohlfühlerlebnis.

Am Gewinnspiel teilnehmen können Sie online vom 1. bis zum 31. Mai 2016 unter ultradent-products.oemus.com

Quelle: Ultradent Products

22. DGDH-Jahrestagung

Dentalhygiene international

Am 30. Juni und 1. Juli 2016 treffen sich zum 22. Mal Dentalhygieniker/-innen aus ganz Deutschland mit Gästen aus Österreich und den USA im nestor Hotel in Ludwigsburg. Das Thema der diesjährigen Tagung lautet „Parodontologie, Dentalhygiene und Ästhetik – News und Trends“ und ist international ausgerichtet, eine professionelle Simultanübersetzung mit Headsets ist jedoch für alle Teilnehmer eingerichtet.

Maria Perno Goldie und Gail Malone, Kolleginnen aus den USA, geben Einblicke in ihre



Arbeitsweise, Dr. Marilyn Ward, ebenfalls aus den USA, wird informative Studien zum Thema Zahnaufhellung vorstellen. Prof. Dr. Adrian Kasaj und Priv.-Doz. Dr. Annette Moter schließen dann am Freitag die Veranstaltung mit einem parodontologischen Schwerpunkt. Aufgrund der hohen Teilneh-

merzahlen wird um frühzeitige Anmeldung gebeten. Programm und Anmeldeformular stehen unter www.dgdh.de/fortbildungen zum Download bereit.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Dentalhygieniker/Innen e.V.

ZWP Designpreis

„Deutschlands schönste Zahnarztpraxis“ wieder gesucht

Seit 2002 wird der Wettbewerb um „Deutschlands schönste Zahnarztpraxis“ jährlich von der ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis ausgeschrieben und erfreut sich größter Beliebtheit. Auch in diesem Jahr geht der Designpreis in eine neue Runde: Wir sind gespannt auf Architektur und Design, Innovation und Kreativität!

Setzen Sie Maßstäbe! Als Praxisinhaber, Architekt, Designer, Möbelhersteller oder Dentaldepot mit einer ästhetischen Architektursprache, dem perfekten Zusammenspiel von Farbe, Form, Licht und Material, mit neuen Akzenten, Ideen und Stil. Zeigen Sie es uns – am besten im Licht eines professionellen Fotografen. Die freigegebenen

Bilder benötigen wir als Ausdruck und in digitaler Form (mind. 300 dpi Auflösung), weiterhin nach Möglichkeit einen Grundriss der Praxis sowie Ihr vollständig ausgefülltes Bewerbungsformular.

Der Gewinner von „Deutschlands schönste Zahnarztpraxis“ 2016, erhält eine exklusive 360grad-Praxistour der OEMUS MEDIA AG für den modernen Webauftritt. Der virtuelle Rundgang bietet per Mausclick die einzigartige Chance, Räumlichkeiten, Praxisteam und -kompetenzen informativ, kompakt und unterhaltsam vorzustellen, aus jeder Perspektive. Einsendeschluss für den diesjährigen ZWP Designpreis ist am 1. Juli 2016. Die Teilnahmebedingungen und -unterlagen

sowie alle Bewerber der vergangenen Jahre finden Sie auf www.designpreis.org

DESIGNPREIS 2016
JETZT BEWERBEN!
Einsendeschluss: 1.7.2016



OEMUS MEDIA AG • WWW.DESIGNPREIS.ORG

Information und Bewerbung:

OEMUS MEDIA AG

Stichwort: ZWP Designpreis 2016

Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig

Tel.: 0341 48474-120

zwp-redaktion@oemus-media.de

www.designpreis.org

SCHÖN.
SCHÖNER.
AM SCHÖNSTEN.



© Kiselev Andrey Valerevich/Shutterstock.com

Qualifizierungsprogramm für ZFA

Azubi-Fit in der Zahnarztpraxis

Termindruck bestimmt den Alltag einer Zahnarztpraxis. Zu oft fehlt in einer vollen Praxis mit eng gestecktem Terminkalender die Zeit, Auszubildende anzuleiten und sie umfassend zu begleiten. Sicher aufzutreten, selbst unter Druck freundlich und gelassen zu agieren, effizient Stresssituationen zu meistern – das alles vermittelt das Programm Azubi-Fit in der Zahnarztpraxis in sechs Präsenzmodulen. Mithilfe des Programms werden die ZFAs sich ihres Selbstbildes und ihrer Wirkung auf andere bewusst sowie ihr kommunikatives Verhalten optimiert. Die Teilnehmer werden dazu angeleitet, ihre Stärken zu erkennen, sich selbst und auch die Vorgänge in der Gruppe aufmerksam zu beobachten und zu analysieren – schließlich sich selbst gut zu führen. Fachliches Detailwissen, die Organisation



INSIEME CONSULTING

von Arbeitsabläufen sowie eine professionelle und einfühlsame Assistenz am zahnärztlichen Stuhl – das alles sind weitere wesentliche Bestandteile der Ausbildung.

Weitere Informationen und Termine auf www.insieme.jetzt oder www.aufwind.org

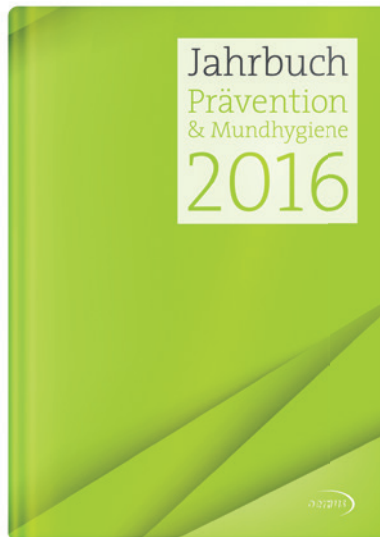
Quelle: InsiemeConsulting

Kompodium

Druckfrisch: Jahrbuch Prävention & Mundhygiene 2016

Mit dem Jahrbuch Prävention & Mundhygiene 2016 legt die OEMUS MEDIA AG die 2., überarbeitete und erweiterte Auflage des aktuellen Kompodiums zu den Themen Prävention und Mundhygiene vor und wird damit der Bedeutung der Themen für die tägliche Praxis gerecht.

Renommierte Autoren aus Wissenschaft, Praxis und Industrie widmen sich im Jahrbuch Prävention & Mundhygiene den Grundlagen und weiterführenden Aspekten dieses Fachgebiets und geben Tipps für den Praxisalltag. Zahlreiche wissenschaftliche Beiträge, Anwenderberichte und Fallbeispiele dokumentieren das breite Anwendungsspektrum. Relevante Anbieter stellen ihre Produkt- und Servicekonzepte vor. Thematische Marktübersichten ermöglichen einen schnellen



und aktuellen Überblick über Geräte, Materialien, Instrumente und Technologien.

Das über 120 Seiten starke Kompodium wendet sich sowohl an Einsteiger und erfahrene Anwender als auch an alle, die in den Themen Prävention und Mundhygiene eine vielversprechende Chance sehen, das eigene Leistungsspektrum zu erweitern. Bei den themenspezifischen, von der OEMUS MEDIA AG organisierten Veranstaltungen erhalten die Teilnehmer das Jahrbuch Prävention & Mundhygiene 2016 kostenfrei. Sichern Sie sich Ihre Ausgabe auf einer der folgenden Fortbildungsveranstaltungen:

- 4. MUNDHYGIENETAG, 29./30. April, Marburg
- 5. MUNDHYGIENETAG, 30. September/1. Oktober, München
- Parodontologie – Team Day der praxis-Hochschule, 2./3. Dezember, Köln

Die Jahrbücher sind auch zu den Themen Implantologie, Endodontie, Laserzahnmedizin und Digitale Dentale Technologien erhältlich. Das Jahrbuch Prävention & Mundhygiene 2016 ist zum Preis von 49 € (zzgl. MwSt. und Versand) im Onlineshop erhältlich oder bei:

OEMUS MEDIA AG
Tel.: 0341 48474-0
grasse@oemus-media.de
www.oemus-shop.de



Leseprobe

Jahrbuch direkt im Onlineshop kaufen

Live-Webinar

Timing in der Prophylaxe – wer muss wann was machen?

 praxisHochschule
[Infos zum Unternehmen]



LIVE WEBINAR Mon. 2nd May 2016 06:00 PM CEST

**TIMING IN DER PROPHYLAXE –
WER MUSS WANN WAS
MACHEN?**

Ralf Roessler

JETZT REGISTRIEREN



praxisHochschule
University of Applied Sciences

„Nach dem Spiel ist vor dem Spiel.“ Das gilt auch für die Behandlung der Parodontitis, schließlich verlangen Parodontopathien eine systematische Behandlung, die von der Initialtherapie über die nichtchirurgische Parodontitisbehandlung mit subgingivalem Debridement bis zur Nachsorge im Sinne der unterstützenden Parodontaltherapie (UPT) reicht. Neben der Mitarbeit des Patienten im Rahmen der häuslichen Mundhygiene ist daher ein regelmäßiger Recall notwendig. Eine erfolgreiche Parodonti-

tistherapie bedeutet Teamwork zwischen Behandler, Dentalhygieniker und dem Patienten selbst. Im Webinar von Prof. Dr. Ralf Rößler, welches am 2. Mai 2016 stattfindet, werden Tätigkeitsschwerpunkte und die Schnittstellen zwischen den drei Ebenen aufgezeigt, sowie, wer in welchem therapeutischen Zeitfenster optimal arbeiten kann und soll. Weitere Informationen unter www.praxisstudy.club

Quelle: praxisHochschule

Anpfiff für die UEFA EURO 2016

EM tippen und tolle Preise gewinnen

Es ist wieder so weit! Vom 10. Juni bis 10. Juli 2016 kämpfen in Frankreich erstmals 24 statt wie bisher 16 Mannschaften um die begehrte EM-Trophäe. Was wäre ein EM-Jahr ohne das Tippspiel der OEMUS MEDIA AG – sicher nur halb so lustig. Auch in diesem Jahr wird es wieder das bei Industrie und Zahnärzteschaft beliebte Tippspiel geben. Für 51 Partien gilt es hier, seine EM-Tipps abzugeben, um wertvolle Punkte zu sammeln. Am Ende winken den besten EM-Propheten wieder tolle Preise. Zur Teilnahme am EM-Tippspiel benötigt es nur eine kostenlose Registrierung


 EM-Tippspiel
[Anmeldung und Preise]


und vielleicht ein wenig Fußballverrücktheit. Unter tippspiel.oemus.com können sich die Tippspiel-Teilnehmer anmelden und das Ergebnis der jeweiligen Begegnung tippen. Also, ran an den Ball, mitgetippt und tolle Preise vom Platz getragen. Der Rechtsweg ist wie immer ausgeschlossen.

Quelle: OEMUS MEDIA AG



NOCH MODERNER UND NOCH BESSER.

Die ZWP als E-Paper



ZWP ZAHNARZT WIRTSCHAFT PRAXIS
OEMUS MEDIA AG
OEMUS.COM • ZWP-ONLINE.INFO

Kongresse, Kurse und Symposien



MUNDHYGIENETAGE 2016

29./30. April 2016

Veranstaltungsort: Marburg

Tel.: 0341 48474-308

Fax: 0341 48474-290

www.mundhygienetag.de



Ostseekongress/9. Norddeutsche Implantologietage

3./4. Juni 2016

Veranstaltungsort: Rostock-Warnemünde

Tel.: 0341 48474-308

Fax: 0341 48474-290

www.ostseekongress.com



Seminar A: Weiterbildung und Qualifizierung Hygienebeauftragte(r) für die Zahnarztpraxis

3./4. Juni 2016

Seminar B: Ausbildung zur Qualitätsmanagement-Beauftragten QMB

4. Juni 2016

Veranstaltungsort: Rostock-Warnemünde

Tel.: 0341 48474-308

Fax: 0341 48474-290

www.praxisteam-kurse.de



MUNDHYGIENETAGE 2016

30. September/1. Oktober 2016

Veranstaltungsort: München

Tel.: 0341 48474-308

Fax: 0341 48474-290

www.mundhygienetag.de

Zeitschrift für Parodontologie und präventive Zahnheilkunde

PROPHYLAXE Journal

Impressum

Verleger:

Torsten R. Oemus

Verlag:

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

Redaktionsleitung:

Georg Isbaner, M.A.
Tel.: 0341 48474-123
g.isbaner@oemus-media.de

Redaktion:

Lisa Schmalz, M.A.
Tel.: 0341 48474-159
l.schmalz@oemus-media.de

Layout:

Sandra Ehnert/Theresa Weise
Tel.: 0341 48474-119

Korrektur:

Frank Sperling/Sophia Pohle
Tel.: 0341 48474-125
Marion Herner
Tel.: 0341 48474-126

Deutsche Bank AG Leipzig

IBAN DE20 8607 0000 0150 1501 00

BIC DEUTDE8LXXX

Verlagsleitung:

Ingolf Döbbecke
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner (V.i.S.d.P.)
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller

Produktmanagement:

Simon Guse
Tel.: 0341 48474-225
s.guse@oemus-media.de

Druck:

Silber Druck oHG
Am Waldstrauch 1
34266 Niestetal

Wissenschaftlicher Beirat:

Univ.-Prof. Dr. med. dent. Nicole B. Arweiler, Marburg; Univ.-Prof. Dr. Stefan Zimmer, Witten;
Priv.-Doz. Dr. Dirk Ziebolz, M.Sc., Leipzig; Prof. Dr. Peter Hahner, Köln

Erscheinungsweise/Auflage:

Das Prophylaxe Journal – Zeitschrift für Parodontologie und präventive Zahnheilkunde – erscheint 2016 mit 6 Ausgaben. Es gelten die AGB.

Verlags- und Urheberrecht:

Die Zeitschrift und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlegers und Herausgebers unzulässig und strafbar. Dies 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 gehen das Recht zur Veröffentlichung als auch die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten in deutscher oder fremder Sprache, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken und Fotokopien an den Verlag über. Die Redaktion behält sich vor, eingesandte Beiträge auf Formfehler und fachliche Maßgeblichkeiten zu sichten und gegebenenfalls zu berichtigen. Für unverlangt eingesandte Bücher und Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden. Mit anderen als den redaktionseigenen Signa oder mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Verfasser dieses Beitrages trägt die Verantwortung. Gekennzeichnete Sondereile 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.



Grafik/Layout: Copyright OEMUS MEDIA AG

ABOSERVICE

Prophylaxe Journal

Interdisziplinär und
nah am Markt



Bestellung auch online möglich unter:
www.oemus.com/abo



Bestellformular

ABOSERVICE || Per Post oder per Fax versenden!

Andreas Grasse | E-Mail: grasse@oemus-media.de

Fax: 0341 48474-290

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

JA, ich möchte die Informationsvorteile nutzen und sichere mir folgende Journale
bequem im preisgünstigen Abonnement:

Zeitschrift	jährliche Erscheinung	Preis
<input type="checkbox"/> Prophylaxe Journal	6-mal	66,00 €*
<input type="checkbox"/> Implantologie Journal	10-mal	99,00 €*
<input type="checkbox"/> Oralchirurgie Journal	4-mal	44,00 €*
<input type="checkbox"/> Endodontie Journal	4-mal	44,00 €*

* Alle Preise verstehen sich inkl. MwSt. und Versandkosten (Preise für Ausland auf Anfrage).

Name, Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon/E-Mail

Unterschrift

Widerrufsbelehrung: Den Auftrag kann ich ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen ab Bestellung bei der OEMUS MEDIA AG, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Absendung genügt. Das Abonnement verlängert sich automatisch um 1 Jahr, wenn es nicht fristgemäß spätestens 6 Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird.

Datum/Unterschrift

BYE-BYE BIOFILM



DAS PLUS IN PROPHYLAXE



- SUB- UND SUPRAGINGIVAL
- PARODONTITIS- UND PERIIMPLANTITIS-THERAPIE
- SANFT UND SCHONEND

JETZT TESTEN!

KONTAKTIEREN SIE UNS:
INFO@EMS-CH.DE ODER
TEL 089 / 427161-0



BYEBYEBIOFILM.COM

EMS ELECTRO MEDICAL SYSTEMS GMBH - SCHATZBOGEN 86 - 81829 MÜNCHEN - DEUTSCHLAND

EMS⁺