

PN Aktuell

CME-Punkte

Dr. Lisa Hierse und Priv.-Doz. Dr. Moritz Kechschull zur Prävention parodontaler und periimplantärer Erkrankungen.

Wissenschaft & Praxis
▶ Seite 5

Delegieren

Wann, wie und warum es wichtig ist, an zahnmedizinisches Fachpersonal zu delegieren, erklärt die Autorin Jana Brandt.

Praxismanagement
▶ Seite 8

Prophylaxe-App

Sylvia Fresmann beschreibt, wie Parodontitispatienten auch zu Hause wirkungsvoll betreut werden können.

Events
▶ Seite 15

Haben wir die Parodontitis im Griff?

Eine Betrachtung der Ergebnisse der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMSV).
Von Prof. Dr. Thomas Hoffmann.

Zu den Mundgesundheitszielen 2020 für Deutschland zählt u.a., die Prävalenz schwerer parodontaler Erkrankungen auf 10 % in der Population jüngerer Erwachsener (35 bis 44 Jahre) und 20 % in der jüngerer Senioren (65 bis 74 Jahre) zu begrenzen.¹ Ein Ziel der bevölkerungsrepräsentativen, sozialepidemiologischen Querschnittsstudie (Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie [DMSV]) war es, die derzeitige Verbreitung von Parodontalerkrankungen in Deutschland zu bestimmen und mit den Prävalenzen der DMS IV zu vergleichen. Diese Ergebnisse gestatten es, die Realisierung der Mundgesundheitsziele zu evaluieren.

Vorgehen

Untersuchungen und Befragungen der Studienteilnehmer erfolgten in 90 zufällig ausgewählten Untersuchungsgemeinden (sample points), bevölkerungsrepräsentativ und durch

kalibrierte Untersuchungszahnärzte. Von den vier untersuchten Altersgruppen, 12 Jahre, 35 bis 44 Jahre, 65 bis 74 Jahre und 75 bis

ältere Senioren über die Einwohnermeldeämter identifiziert. Die Erfassung der Untersuchungsparameter Sondierungstiefen, Rezessionen und Blutung

Senioren wurden sechs Messpunkte jeden Zahnes (full mouth recording) erfasst. Das Erhebungskonzept und somit die Ergebnisdarstellung

Kategorie	AV (CAL)	ST (PD)
schwere Parodontitis	≥ 2 approximale Flächen mit AV ≥ 6 mm (nicht am selben Zahn)	und ≥ 1 approximale Fläche mit ST ≥ 5 mm
moderate Parodontitis	≥ 2 approximale Flächen mit AV ≥ 4 mm (nicht am selben Zahn)	oder ≥ 2 approximale Flächen mit ST ≥ 5 mm (nicht am selben Zahn)
keine oder milde Parodontitis	weder „moderate“ noch „schwere“ Parodontitis	
Weisheitszähne ausgeschlossen		

Tab. 1: Klinische Definition der Parodontitis nach Page und Eke¹ (AV – Attachmentverlust, CAL – clinical attachment level, ST – Sondierungstiefe, PD – pocket depth).

100 Jahre, ebenfalls über zufällige Stichprobenziehung ausgewählt, gingen die letzten drei in die Parodontitis-Befundung ein. Um im Idealfall 1.000 Studienteilnehmer pro Altersgruppe zu erzielen, wurden jeweils 2.000 jüngere Erwachsene und jüngere Senioren sowie 3.000

auf Sondierung erfolgte in der Mehrheit jeweils an zwölf Indexzähnen (partial mouth recording) an den mediovestibulären, mesiovestibulären und distoralen Messpunkten. Bei einem Subsample (8 % der jüngeren Erwachsenen, 12 % der jüngeren Senioren) sowie bei allen älteren

basierten einerseits auf aktuellen Literaturempfehlungen^{2,3} (Tab. 1), entsprachen andererseits dem Anliegen der Vergleichbarkeit mit vorausgegangenen DMS auf der Basis des Community Periodontal Index (CPI).

▶ Seite 4

ANZEIGE

Parodontologie kann noch mehr

Interview mit dem Immediate Past President der EFP, Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen.
Von Sieglinde Schneider.

Die Amtszeit von Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen als Präsident der European Federation of Periodontology (EFP) ist 2016 zu Ende gegangen. In diese Amtsperiode fielen wichtige Meilensteine: das 25-jährige Jubiläum, die EuroPerio8 sowie der Start einer europaweiten Kampagne für eine bessere Parodontalgesundheit. Ungeachtet des jährlichen Wechsels an der Spitze wird Prof. Jepsen weiter im Vorstand des wissenschaftlichen Dachverbandes engagiert bleiben. Große EFP-Projekte sind der European Workshop on Periodontology zusammen mit den europäischen Kariologen (ORCA), der Joint EFP/AAP World Workshop on a New Classification of Periodontal and Periimplant Diseases im November 2017 und der Scientific Chair für die Ausgestaltung des nächsten, weltweit bedeutendsten Parodontologie-Kongresses, der EuroPerio9 im Juni 2018 in Amsterdam. In Deutschland ist er Koordinator einer neuen AWMF-Leitlinie „Diabetes und Parodontitis“.



Abb. 1: Immediate Past President der EFP, Prof. Dr. Dr. Søren Jepsen.

PN Seit 25 Jahren gibt es die EFP und ihre Bedeutung wächst. Was bietet sie ihren Mitgliedern und der Zahnärzteschaft?

Die European Federation of Periodontology (EFP) ist der Dachverband von 29 nationalen parodontologischen Fachgesellschaften, die insgesamt rund 15.000 Mitglieder haben. Übergeordnetes Ziel ist die Förderung der Parodontalgesundheit als Teil der All-

gemeingesundheit durch Aus- und Fortbildung, Forschung und Kommunikation. In diesem Jahr feierte die EFP das 25-jährige Jubiläum und wir hatten im April in Berlin eine große Festveranstaltung mit den Präsidenten und Delegierten (Abb. 2). Zu diesem Anlass konnten wir voller Freude und auch mit Stolz auf 25 Jahre Parodontologie in Europa zurückschauen – auf den großen Erfolg unserer EuroPerio-Kongresse, der bedeutendsten und größten Parodontologietagungen weltweit (die EuroPerio8 in London hatte im vergangenen Jahr annähernd 10.000 Besucher aus der ganzen Welt), auf unser hoch angesehenes wissenschaftliches Journal of Clinical Periodontology und auf die European Workshops on Periodontology, die weltweit führenden wissenschaftlichen Konsensuskonferenzen zu Schlüsselthemen der Parodontologie und Implantattherapie.

▶ Seite 13

BESTELLSERVICE

Jahrbuchreihe 2016/17

Interdisziplinär und nah am Markt

BESTELLUNG AUCH ONLINE MÖGLICH



www.oemus.com/abo



Fax an **0341 48474-290**

Senden Sie mir folgende Jahrbücher zum angegebenen Preis zu:

Name/Vorname _____

Telefon/E-Mail _____

Bitte Jahrbücher auswählen und Anzahl eintragen.

- _____ Digitale Dentale Technologien 2016 24,50 Euro*
- _____ Prävention & Mundhygiene 2016 24,50 Euro*
- _____ Implantologie 2016 34,50 Euro*
- _____ Endodontie 2017 49,00 Euro*
- _____ Laserzahnmedizin 2017 49,00 Euro*

Unterschrift _____

Praxisstempel _____

* Preise verstehen sich zzgl. MwSt. und Versandkosten. Entsigelte Ware ist vom Umtausch ausgeschlossen.

OEMUS MEDIA AG Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig · Tel.: 0341 48474-201 · grasse@oemus-media.de

Intelligente Zahnbürste

Forscher entwickeln Prototyp für gründlichere Zahnpflege.

Gründliches Entfernen des Zahnbelags mit der richtigen Zahnpflege-technik schützt die Zähne vor langfristigen Schäden mit einhergehendem Zahnverlust. Eine Forschergruppe, bestehend aus Zahnmedizinern und Psychologen des Instituts für Medizinische Psychologie der Universität Gießen, entwickelt in enger Zusammenarbeit die vielleicht erste mitdenkende Zahnbürste. Dafür wird derzeit im Labor ganz im Sinne der Wissenschaft kräftig geputzt. Der Prototyp ist mit zahlreichen Sensoren ausgestattet, die erkennen, welche Bewegung mit welcher Geschwindigkeit und welchem Druck ausgeübt wird. Mittels Computer kann der Zahnputzprozess gesteuert werden und führt zu besseren Putzresultaten, so die Idee der Tüftler. Die Initialzündung zum aktuellen Forschungsprojekt lieferte die grundsätzliche Frage, wie man Mundhygiene

motivieren könne, so die Teamleiterin und Psychologie-Professorin Renate Deinzer. Bei der Erörterung dieser Fragestellung habe man jedoch festgestellt, dass es den Leuten gar nicht an der Motivation fehle, sondern lediglich an der richtigen Putztechnik. Die einen rütteln, andere kreisen und die meisten schrubben ihre Zähne. Untersucht wurden daher im Vorfeld alle Putztechniken, mit dem Ergebnis, dass lediglich kreisende Putzbewegungen die meisten Plaquebestände entfernt. Ob die schlaue Zahnbürste jemals Marktreife erlangen wird, bleibt abzuwarten. Derzeit agieren bereits zahlreiche Anbieter von sogenannten Zahnputz-Apps auf dem Markt, die neben melodischer Begleitung des Putzvorgangs auch gleich noch den Termin für den anstehenden Zahnarztbesuch organisieren. **PN**

Quelle: ZWP online

E-Zigarette schadet Zähnen und Zahnfleisch

Wissenschaftliche Studie offenbart gesundheitliche Folgen.

Eine erste wissenschaftliche Studie legt nahe, dass elektrische Zigaretten schädlich für das Zahnfleisch sind und das Risiko für Zahnverlust erhöhen. Wie die Forscher berichten, wirken sich die Dämpfe, Aromen und Chemikalien, die bei dem Dampfprozess freigesetzt werden, negativ auf den Zahnhalteapparat aus.

E-Zigaretten kommen statt Tabak mit Aromen, den sogenannten E-Liquids, aus. Zieht der Raucher am Mundstück, kommt der Verdampfer in Gang und erwärmt die Flüssigkeit, wobei

Wasserdampf entsteht und eine Tabakverbrennung simuliert wird. Durch diese Erhitzung verdampft das Liquid und wird vom Benutzer inhaliert. Während dieses Prozesses werden Stoffe freigesetzt, die Schleimhautzellen schädigen und so orale Erkrankungen nach sich ziehen, schreiben die Autoren in einer offiziellen Pressemitteilung. Bereits in einer früheren Studie wurde über die Zellschädigung und deren Einfluss auf die Mundflora berichtet. **PN**

Quelle: ZWP online



ZWP Designpreis 2016

MUNDWERK ALBSTADT jetzt virtuell als 360grad-Praxistour

Ende Oktober war es so weit. Der diesjährige Gewinner des ZWP Designpreises erhielt eine exklusive 360grad-Praxistour der OEMUS MEDIA AG. Die Freude war riesig bei Dr. Shabana Ilic-Brodam und Zahntechniker Dejan Ilic, Inhaber von „Deutschlands schönster Zahnarztpraxis“, dem MUNDWERK ALBSTADT in Albstadt-Ebingen. Die ZWP-Redaktion übergab den Preis vor Ort. Für sie steht fest: Manhattan liegt auf der Schwäbischen Alb! Wenn auch Sie sich davon überzeugen wollen, können Sie dies ab sofort ganz bequem rund um die Uhr und ohne Anreise – mit der 360grad-Praxistour. Erleben Sie,

was die ZWP Designpreis-Gewinnerpraxis in einer denkmalgeschützten ehemaligen Samtfabrik so unverwechselbar macht und lassen Sie die 165 Quadratmeter gelungenes Design und Architektur auf sich wirken.

Mit der 360grad-Praxistour erhalten Sie ungewöhnliche Einblicke – und die ZWP Designpreis-Gewinner die einmalige Möglichkeit, Interessierten und Patienten auf virtuellem Weg die Türen zu öffnen und sich, das Team und die Praxisräumlichkeiten vorzustellen.

So können sich die User von dem kompromisslos erhaltenen



Von links: Stefan Thieme (Business Unit Manager, OEMUS MEDIA AG) mit den Gewinnern des ZWP Designpreises 2016, Dr. Shabana Ilic-Brodam und Zahntechniker Dejan Ilic, Inhaber des MUNDWERK ALBSTADT in Albstadt-Ebingen.

nen Werkscharakter der Praxis ebenso überzeugen wie von der gelungenen Synthese aus Alt und Neu, Gewohntem und Gewagtem, von schlichter Architektur, modernem Design und High-End-Zahnheilkunde – kreativ umgesetzt von Innenarchitektin Dipl.-Ing. (FH) Brigitte Scheller/Pluradent AG & Co KG. Auch im kommenden Jahr wird der ZWP Designpreis neu vergeben. Einsendeschluss für alle Bewerber ist am 1. Juli 2017. Die Teilnahmebedingungen und -unterlagen sowie eine umfassende Bildergalerie der vergangenen Jahre sind zu finden unter www.designpreis.org **PN**

Quelle: OEMUS MEDIA AG



PN PARODONTOLOGIE NACHRICHTEN

IMPRESSUM

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

Redaktionsleitung
Antje Isbaner (ai)
Tel.: 0341 48474-120
a.isbaner@oemus-media.de

Redaktion
Katja Mannteufel (km)
Tel.: 0341 48474-326
k.mannteufel@oemus-media.de

Projektleitung
Stefan Reichardt (verantwortlich)
Tel.: 0341 48474-222
reichardt@oemus-media.de

Produktionsleitung
Gernot Meyer
Tel.: 0341 48474-520
meyer@oemus-media.de

Anzeigen
Marius Mezger (Anzeigendisposition/-verwaltung)
Tel.: 0341 48474-127
Fax: 0341 48474-190
m.mezger@oemus-media.de

Abonnement
Andreas Grasse (Aboverwaltung)
Tel.: 0341 48474-201
grasse@oemus-media.de

Herstellung
Max Böhme (Layout, Satz)
Tel.: 0341 48474-118
m.boehme@oemus-media.de

Theresa Weise (Layout, Satz)
Tel.: 0341 48474-119
t.weise@oemus-media.de

Druck
Dierichs Druck+Media GmbH & Co. KG
Frankfurter Straße 168
34121 Kassel

Die PN Parodontologie Nachrichten erscheint regelmäßig als Zweimonatszeitung. Bezugspreis: Einzelexemplar: 8,- € ab Verlag zzgl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Jahresabonnement im Inland: 40,- € ab Verlag inkl. gesetzl. MwSt. und Versandkosten. Abo-Hotline: 0341 48474-0. Die Beiträge in der „Parodontologie Nachrichten“ sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur nach schriftlicher Genehmigung des Verlages. Für die Richtigkeit und Vollständigkeit von Verbands-, Unternehmens-, Markt- und Produktinformationen kann keine Gewähr oder Haftung übernommen werden. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung (gleich welcher Art) sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen – für alle veröffentlichten Beiträge – vorbehalten. Bei allen redaktionellen Einsendungen wird das Einverständnis auf volle und auszugsweise Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern kein anders lautender Vermerk vorliegt. 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. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Bücher und Bildmaterial übernimmt die Redaktion keine Haftung. Es gelten die AGB und die Autorenrichtlinien. Gerichtsstand ist Leipzig.

Parodontologie-Update – hochkarätige Kursreihe wird 2017 fortgesetzt

Fortbildungsreihe mit Prof. Dr. Thorsten M. Auschill/Marburg wieder an vier Standorten.



Neben den Basis- und Fortgeschrittenenkursen in Warne-münde und Leipzig wird in Berlin und München erstmals die Masterclass durchgeführt, welche aufgrund der thematischen Komplexität personell limitiert ist. Der Basiskurs wird aus unterschiedlichen Gesichtspunkten besucht: Eine Gruppe von Teilnehmern möchte ein prophylaktisches und parodontologisches Behandlungskonzept neu in der Praxis entwickeln und etablieren, andere Teilnehmerinnen und Teilnehmer wiederum er-

wünschen sich Bestätigung, Ergänzungen und Anregungen für das bereits bestehende Konzept. Gerade diese Mischung führt auch während der Veranstaltung zu einem konstruktiven Austausch mit dem Referenten wie auch in der Gruppe untereinander. Als sinnvolle Ergänzung dieses Basiskurses hat sich der Kompaktkurs für das zahnärztliche Prophylaxeteam bewährt, da dort ebenfalls das Behandlungskonzept, jedoch mit Schwerpunkt auf das Prophylaxepersonal, vermittelt wird.



Praxis beim Parodontologie-Update.

Der praktisch orientierte Fortgeschrittenenkurs mit der Einführung in die konventionelle und regenerative PA-Chirurgie wurde von den Teilnehmern gelobt. Gerade die Mischung aus theoretischer Hinführung zum Thema mit anschließender eigenhändiger Umsetzung am Schweinekiefer kam sehr gut an. Zusätzlich wird einer der drei abgehandelten Themenblöcke von einem Gastexperten (z.B. Prof. Dr. Nicole B. Arweiler/Marburg, Prof. Dr. Dr. Herbert Deppe/München, Prof. Dr. Dr. Anton Sculean/Bern, Prof. Dr. José R. Gonzales/Gießen oder Prof. Dr. Dr. Adrian Kasaj/Mainz) übernommen, was weitere Impulse garantiert.

Bei der Zielgruppe handelt es sich um Berufseinsteiger und in gewissem Maße Fortgeschrittene, die nicht regelmäßig Parodontologie durchführen. Ihnen sollen wichtige und grundlegende Kenntnisse vermittelt werden, um im Praxisalltag klinisch wie auch wirtschaftlich erfolgreich Parodontologie betreiben zu können. Somit liegt der Schwerpunkt der aufeinander aufbauenden Kurse in der Vermittlung von aktuellem wissenschaftlichem Wissen, eingearbeitet in ein in der täglichen Praxis umsetzbares Behandlungskonzept: „Am Wochenende gelernt, am Montag in der Praxis umgesetzt!“

In 2017 finden Kurse in Warne-münde (26./27. Mai) und Leipzig (15./16. September) statt, die Masterclass wie erwähnt in Berlin (12. Mai 2017) und München (13. Oktober 2017). **PN**

Quelle: OEMUS MEDIA AG

Effektive Laserbehandlung

Computersimulation zur Wirksamkeit verschiedener Laser.

Wissenschaftler des New York Institute of Technology konnten mithilfe einer Simulation zeigen, wie Laser bakterielle Kolonien im Zahnfleisch abtöten und somit zur besseren Mundgesundheit beitragen. Untersucht wurden neben der Art der Laser auch die Tiefe und verwendete Wellenlänge. So konnten mit der mittleren Powerstufe eines 810-nm-Diodenlasers Bakterien abgetötet werden, die sich bis zu 3 mm tief im Zahnfleisch befanden.

Die Ergebnisse dieser Studie wurden im Journal *Lasers in Surgery and Medicine* veröffentlicht. Sie sollen zukünftig mehr Möglichkeiten schaffen, die Einstellung des Lasers so zu modifizieren, dass die bes-

ten Ergebnisse zur Bekämpfung der Bakterien erreicht werden und gleichzeitig das umliegende Zahnfleisch so wenig wie möglich belastet wird. Eine Minimierung der Hitzeschäden führt zu einer weitaus schnelleren Heilung des Zahnfleisches.

Mit dem Resultat wollen die Forscher veranschaulichen, welchen positiven Effekt Laser bei der zahnmedizinischen Behandlung haben. Die Wissenschaftler sind sich sicher, dass die Vorteile einer Laserbehandlung für den Patienten die Anschaffungskosten von bis zu 100.000 Dollar aufwiegen. **PN**

Quelle: ZWP online



ANZEIGE

MUNDHYGIENETAGE 2017

5./6. Mai 2017

Hamburg – EMPIRE RIVERSIDE HOTEL

29./30. September 2017

Berlin – Maritim Hotel

MUNDHYGIENETAGE 2017

TERMINE
5./6. Mai 2017 in Hamburg – EMPIRE RIVERSIDE HOTEL Hamburg
29./30. September 2017 in Berlin – Maritim Hotel Berlin

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG
Prof. Dr. Stefan Zimmer/Witten

Thema:
Mundhygiene im Trend

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. Stefan Zimmer

ONLINE-ANMELDUNG/
KONGRESSPROGRAMM



www.mundhygienetag.de

Faxantwort an
0341 48474-290

Bitte senden Sie mir das Programm zu den MUNDHYGIENETAGEN 2017 zu.

Titel, Name, Vorname

E-Mail-Adresse (Für die digitale Zusendung des Programmes.)

Praxisstempel/Laborstempel

PN 6/16

Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig · Tel.: 0341 48474-308 · event@oemus-media.de

OEMUS MEDIA AG

Haben wir die Parodontitis im Griff?



Tab. 2: Parodontitisprävalenz (partial mouth recording) bezahnter jüngerer Erwachsener (35 bis 44 Jahre): Community Periodontal Index (CPI) und CDC/AAP-Fallklassifikation.

	Deutschland		
	gesamt (n = 966)	West (n = 814)	Ost (n = 152)
CPI	n = 959	n = 806	n = 152
Grad 0, 1, 2	41,3 %	38,6 %	55,6 %
Grad 3	48,3 %	50,8 %	34,4 %
Grad 4	10,4 %	10,5 %	9,6 %
CDC/AAP-Fallklassifikation	n = 959	n = 806	n = 152
keine/milde Parodontitis	48,4 %	45,3 %	65,0 %
moderate Parodontitis	43,4 %	45,9 %	30,1 %
schwere Parodontitis	8,2 %	8,8 %	4,8 %

Tab. 3: Parodontitisprävalenz (partial mouth recording) bezahnter jüngerer Senioren (65 bis 74 Jahre): Community Periodontal Index (CPI) und CDC/AAP-Fallklassifikation.

	Deutschland		
	gesamt (n = 1.042)	West (n = 848)	Ost (n = 19)
CPI	n = 905	n = 737	n = 16
Grad 0, 1, 2	24,6 %	22,7 %	33,3 %
Grad 3	50,8 %	51,7 %	46,7 %
Grad 4	24,6 %	25,6 %	20,1 %
CDC/AAP-Fallklassifikation	n = 829	n = 69	n = 16
keine/milde Parodontitis	35,3 %	35,0 %	36,6 %
moderate Parodontitis	44,8 %	46,1 %	39,6 %
schwere Parodontitis	19,8 %	18,9 %	23,8 %

Tab. 4: Parodontitisprävalenz (partial mouth recording) bezahnter älterer Senioren (75 bis 100 Jahre): Community Periodontal Index (CPI) und CDC/AAP-Fallklassifikation.

	Deutschland		
	gesamt (n = 1.133)	West (n = 910)	Ost (n = 223)
CPI	n = 722	n = 573	n = 148
Grad 0, 1, 2	19,4 %	17,5 %	27,0 %
Grad 3	50,5 %	49,7 %	53,7 %
Grad 4	30,1 %	32,9 %	19,3 %
CDC/AAP-Fallklassifikation	n = 640	n = 501	n = 139
keine/milde Parodontitis	10,0 %	9,5 %	12,1 %
moderate Parodontitis	45,7 %	45,7 %	45,6 %
schwere Parodontitis	44,3 %	44,8 %	42,3 %

Tab. 5: Parodontitisprävalenz nach der CDC/AAP-Fallklassifikation und berechnetem full mouth recording.

	Jüngere Erwachsene (35 – 44 Jahre)	Jüngere Senioren (65 – 74 Jahre)	Ältere Senioren (75 – 100 Jahre)
keine/milde Parodontitis	32,4 %	9,9 %	10,0 %
moderate Parodontitis	53,4 %	54,2 %	45,7 %
schwere Parodontitis	14,3 %	40,6 %	45,7 %

PN Fortsetzung von Seite 1

Ergebnisse

Deskriptiv

Jüngere Erwachsene (35- bis 44-Jährige), partial mouth recording (Tab. 2):

- im Mittel 26,1 eigene Zähne
- ca. 45 % (48,4 % [CDC/AAP]; 41,3 % [CPI]) keine oder milde Parodontitis
- ca. 45 % (43,4 % [CDC/AAP]; 48,3 % [CPI]) moderate Parodontitis
- ca. 10 % (8,2 % [CDC/AAP]; 10,4 % [CPI]) schwere Parodontitis
- mittlere Sondierungstiefe 2,4 mm
- mittleres Attachmentlevel 2,6 mm

Jüngere Senioren (65- bis 74-Jährige), partial mouth recording (Tab. 3):

- im Mittel 19,3 eigene Zähne
- ca. 30 % (35,3 % [CDC/AAP]; 24,6 % [CPI]) keine oder milde Parodontitis
- ca. 48 % (44,8 % [CDC/AAP]; 50,8 % [CPI]) moderate Parodontitis
- ca. 22 % (19,8 % [CDC/AAP] bis 24,6 % [CPI]) schwere Parodontitis
- mittlere Sondierungstiefe 2,8 mm
- mittleres Attachmentlevel 3,8 mm

Ältere Senioren (75- bis 100-Jährige), full mouth recording (Tab. 4):

- ca. ein Drittel zahnlos
- im Mittel 15,2 eigene Zähne
- ca. 15 % (10,0 % [CDC/AAP]; 19,4 % [CPI]) keine oder milde Parodontitis
- ca. 48 % (45,7 % [CDC/AAP]; 50,5 % [CPI]) moderate Parodontitis
- ca. 37 % (44,3 % [CDC/AAP]; 30,1 % [CPI]) schwere Parodontitis

- mittlere Sondierungstiefe 2,8 mm
- mittleres Attachmentlevel 4,0 mm

Die Analysen zeigen Folgendes:

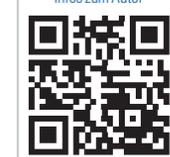
- Halbierung bzw. Reduzierung der Prävalenz schwerer Parodontitiden (partial mouth recording) im Vergleich zur DMS IV
- kaum Veränderungen in der Prävalenz moderater Parodontitis in den Altersgruppen im Vergleich zur DMS IV (partial mouth recording)
- neue Bundesländer liegen im Vergleich zur DMS IV mit Ausnahme der Prävalenz schwerer Parodontitiden bei den 65- bis 74-Jährigen unter der Parodontitisprävalenz der alten Bundesländer (Tab. 2–4)
- partial mouth recording führt zu Unterestimierung der Prävalenzen (Tab. 5)

Auf die Gesamtpopulation umgerechnetes full mouth recording lässt folgende Parodontitisprävalenzen erkennen (4):

- jüngere Erwachsene 67,7 % (14,3 % schwere Parodontitis)
- jüngere Senioren ca. 94,8 % (40,6 % schwere Parodontitis)
- ältere Senioren 90 % (44,3 % schwere Parodontitis) (Tab. 5)
- mit diesen noch hohen Parodontitisprävalenzen liegt Deutschland im internationalen Vergleich im (schlechten) Mittelfeld

- insofern sind alle Vergleiche mit dem nötigen Augenmaß (Kohorteneffekt etc.) vorzunehmen
- trotz der positiven Veränderungen ist die Parodontitisprävalenz in Deutschland hoch (wir sind unterwegs, haben die Parodontitis jedoch noch nicht im Griff), sind bei Betrachtung der full-mouth-Hochrechnungen die Mundgesundheitsziele 2020 noch nicht erfüllt
- der parodontale Behandlungsbedarf wird weiterhin zunehmen (bei einer Reduktion restaurativer Therapie)
- dieser Trend wurde von der Standespolitik erkannt
- diesem Trend ist in der Ausgestaltung der Hochschulstandorte und des Curriculums entsprechend Rechnung zu tragen. **PN**

Infos zum Autor



Literatur



Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der DMSV lassen vor dem Hintergrund der bereits eingesetzten demografischen Veränderungen folgende Schlussfolgerungen ableiten:

- die Deutschen Mundgesundheitsstudien sind keine Longitudinal-, sondern Querschnittstudien

PN Adresse

Prof. Dr. med. Thomas Hoffmann
 Direktor der Poliklinik für Parodontologie
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
 an der Technischen Universität Dresden
 Fetscherstraße 74
 01307 Dresden
 Tel.: 0351 458-2712
 Fax: 0351 458-5341
 thomas.hoffmann@uniklinikum-dresden.de
 www.uniklinikum-dresden.de

Prävention parodontaler und periimplantärer Erkrankungen – Stand 2016

Parodontitis ist eine hochprävalente chronische Entzündungserkrankung, umso mehr sollte das Augenmerk der Prophylaxe gelten.
 Von Dr. Lisa Hierse und Priv.-Doz. Dr. Moritz Keschull.

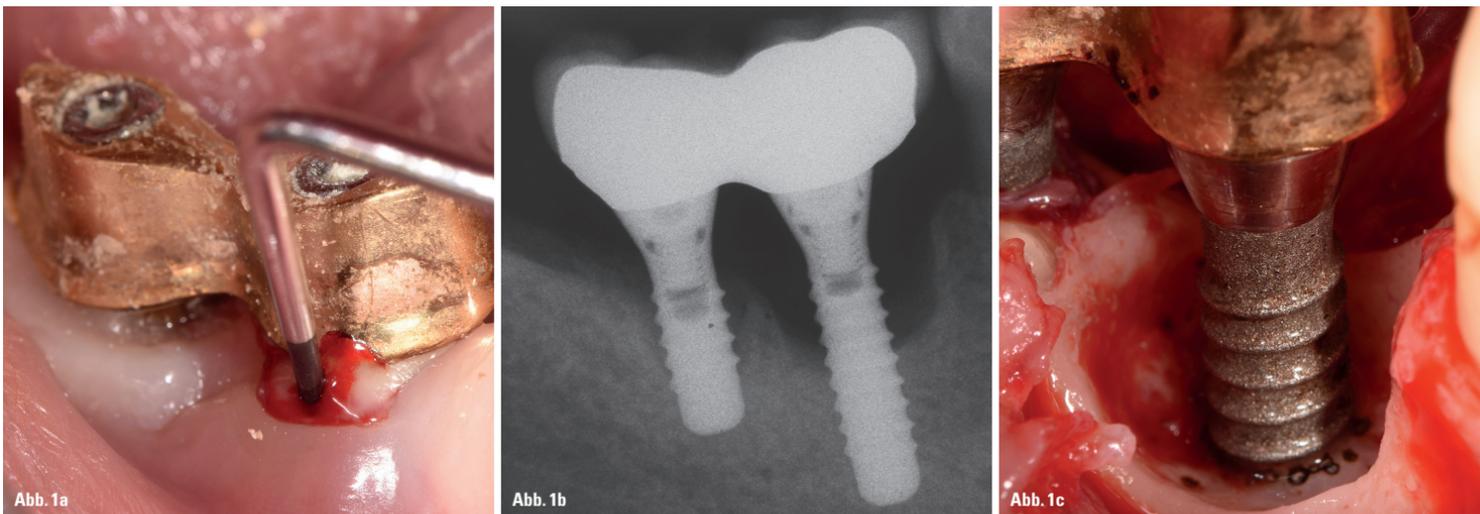


Abb. 1a bis c: Klinisches Beispiel für eine Periimplantitis. a) Erhöhte periimplantäre Sondierungstiefen, Pusaustritt und Blutung sichtbar. b) Röntgenologisch sichtbarer schüsselförmiger Knochendefekt, der mehrere Implantatwindungen freigelegt hat. c) Klinische Situation des ausgeprägten periimplantären Knochendefekts nach Aufklappung.

Die Parodontitis besitzt neben der lokalen Wirkung, nämlich dem Verlust des Zahnhalteapparates bis hin zum Zahnverlust, auch systemische Auswirkungen: Nach dem heutigen Kenntnisstand wissen wir, dass eine schwere Parodontitis einen Einfluss auf Allgemeinerkrankungen wie koronare Herzerkrankungen oder Diabetes mellitus ausübt. Daher ist der Prävention parodontaler Erkrankungen eine besondere Bedeutung zuzuordnen, da durch vergleichsweise einfache Maßnahmen Erkrankun-

gen und deren schwerwiegende gesundheitliche Folgen reduziert werden können. In diesem Artikel wird auf Prinzipien und Strategien der Prävention parodontaler Erkrankungen wie der Gingivitis, Parodontitis und in diesem Zusammenhang ebenfalls zu berücksichtigende periimplantäre Erkrankungen eingegangen.

	35- bis 44-Jährige	65- bis 74-Jährige
schwere Parodontitis	8,2%	19,8%
moderate Parodontitis	43,4%	44,8%
keine oder leichte Parodontitis	48,4%	35,3%

Tab. 1: Häufigkeit parodontaler Erkrankungen, aufgeteilt nach Altersstruktur und Schweregrad (Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie).

gen und deren schwerwiegende gesundheitliche Folgen reduziert werden können. In diesem Artikel wird auf Prinzipien und Strategien der Prävention parodontaler Erkrankungen wie der Gingivitis, Parodontitis und in diesem Zusammenhang ebenfalls zu berücksichtigende periimplantäre Erkrankungen eingegangen.

Gingivitis, Parodontitis, periimplantäre Erkrankungen

Sowohl die Gingivitis als auch die Parodontitis sind entzündliche Zustände, die durch die Entstehung und Persistenz eines mikrobiellen Biofilms auf den Zähnen entsteht. Parodontitis ist eine hochprävalente Erkrankung und gilt nicht umsonst als Volkskrankung. Die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie zeigt, dass rund jeder Zweite der ab 35-Jährigen an einer parodontalen Erkran-

kung leidet. Die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie zeigt aber auch eine deutliche Abnahme der Prävalenz schwerer Parodontitis. Trotz der positiven Entwicklung bei der parodontalen Gesundheit bleibt nach Bewertung der DG PARO bei einer hohen Behandlungslast in Deutschland von über 11 Millionen parodontal schwer Erkrankten. Insgesamt scheint eine schwere Parodontitis sogar die sechsthäufigste Krankheit der Menschheit zu sein (Kassebaum et al. 2014). Der primäre ätiologische Faktor ist die bakterielle Plaque, allerdings entscheiden über den Krankheitsverlauf und -schweregrad die individuelle Empfänglichkeit des Patienten sowie Risikofaktoren (Genco und Borgnakke 2013, Page und Kornman 1997). Implantate sind aus der modernen Zahnheilkunde kaum noch wegzudenken. Die Zahl der inserierten Implantate nimmt rasant zu. Damit allerdings auch die Zahl an periimplantären Erkrankungen. Für die Entstehung periimplantärer Erkrankungen gibt es zwei Hauptursachen. Zum einen kann die bakterielle Infektion durch eine ungenügende mechanische Plaqueentfernung für ein entzündliches Geschehen verantwortlich sein. Zum anderen können biomechanische Faktoren eine Entzündung provozieren. Erkrankungen des periimplantären Gewebes können in zwei Kategorien unterteilt werden. Eine entzündliche Veränderung, die sich ausschließlich

auf das periimplantäre Weichgewebe begrenzt, wird als periimplantäre Mukositis bezeichnet. Hingegen spricht man von einer Periimplantitis, wenn eine progressive Entzündung sowohl des Weichgewebes als auch der knöchernen Strukturen vorliegt. Die Periimplantitis beginnt an den koronalen Gewebeanteilen und breitet sich nach apikal aus. Daher ist eine Implantatlockerung meist erst bemerkbar, wenn bereits große Anteile des umliegenden Gewebes betroffen sind. Klinische und radiologische Kennzeichen einer Periimplantitis sind Knochenabbau, Blutung auf Sondierung und erhöhte Sondierungswerte (Lindhe, Meyle und Group 2008) (Abb. 1a bis c). Im Consensus-Report von 2011 wurde beschlossen, dass klinische und röntgenologische Daten zum Zeitpunkt der prothetischen Versorgung des Implantats aufgenommen werden sollen, um Baseline-Parameter während der Maintenance zum Vergleich zu haben, um so eine Periimplantitis diagnostizieren zu können (Lindhe et al. 2008). Um physiologische Remodellierungsvorgänge von einer progredienten, pathologischen Knochenresorption diagnostisch abgrenzen zu können, ist die Bewertung radiologischer Referenzaufnahmen unabdinglich. Periimplantäre Erkrankungen stellen mit einer hohen Prävalenz und wachsenden Inzidenz ein ernst zu nehmendes Problem dar. Eine aktuelle Metaanalyse zeigt ernüchternde Daten (Derks und Tomasi 2014). Die Prävalenz für periimplantäre Mukositis lag durchschnittlich bei 43 Prozent, für Periimplantitis bei 22 Prozent. Zu betonen ist allerdings, dass die Falldefinitionen für Mukositis und Periimplantitis zwischen den Studien uneinheitlich waren. Über das

Ausmaß und den Schweregrad periimplantärer Erkrankungen wurde in den analysierten Studien kaum berichtet. Dennoch zeigt diese Analyse, dass fast jeder zweite Patient an einer periimplantären Mukositis und jeder fünfte Implantatpatient an einer Periimplantitis leidet. Dies verdeutlicht, dass der Prävention dieser Erkrankungen eine essenzielle Rolle zugeteilt werden muss.

Prävention

Die Weltgesundheitsorganisation gliedert die Prävention nach dem Zeitpunkt und unterscheidet so nach primärer, sekundärer und tertiärer Prävention (Tab. 2).

Ergebnisse des 11. European Workshop on Periodontology

2015 fand der 11. European Workshop on Periodontology zu dem Thema Prävention statt. Ziel war es, den wissenschaftlichen Wissensstand unter die Lupe zu nehmen und Empfehlungen zu entwickeln, welche die Plaquekontrolle verbessern, Risikofaktoren kontrollieren und gezielte professionelle Präventionsschritte liefern.

Prävention	Definition
primäre Prävention	<ul style="list-style-type: none"> • setzt an, noch bevor es zur Krankheit kommt • trägt dazu bei, gesundheitsschädigende Faktoren zu vermeiden, um die Entstehung von Krankheiten zu verhindern
sekundäre Prävention	<ul style="list-style-type: none"> • soll das Fortschreiten eines Krankheitsstadiums durch Frühdiagnostik und -behandlung verhindern • greift in bestehende Risikosituationen ein und versucht, diese abzuwenden
tertiäre Prävention	<ul style="list-style-type: none"> • konzentriert sich nach einem Krankheitsereignis auf die Wiederherstellung der Gesundheit • Folgeschäden soll somit vorgebeugt und Rehabilitation ermöglicht werden

Tab. 2: Gliederung der Prävention durch die Weltgesundheitsorganisation.

2
CME-Punkte

CME-Fortbildung

Prävention parodontaler und periimplantärer Erkrankungen – Stand 2016
 Dr. med. dent. Lisa Hierse, Priv.-Doz.
 Dr. med. dent. Moritz Keschull

CME-ID 74679

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

Infos zur CME-Fortbildung auf ZWP online

Primäre Prävention von Parodontitis durch das Management einer Gingivitis

Die Arbeitsgruppe um Ian Chapple untersuchte, inwiefern die Prävention einer Gingivitis zu einer primären Prävention von Parodontitis führt (Chapple et al. 2015). Demnach verbessert die professionell durchgeführte Plaquekontrolle den Entzündungszustand der Gingiva und mindert die Plaquescores, wobei die individuelle Remotivation der oralen Hygiene noch zusätzlichen Nutzen bringt (Abb. 2 und 3). Unabdingliche Voraussetzung für die individualisierte Plaquekontrolle ist die zahnärztliche Befunderhebung, patientenspezifische Analyse seiner Risikofaktoren, die Motivation und das Wiederholen der Empfehlungen sowie fortwährende Remotivation. Was die Mundhygienehilfsmittel angeht, konnte für die elektrischen Zahnbürsten ein besserer Effekt hinsichtlich der Reduktion einer Gingivitis sowie der Plaquereduktion erzielt werden. Allerdings gibt es bislang keine Empfehlung, welcher Bürstenkopf bei den elektrischen Zahnbürsten effektiver ist. Für die Dauer des Zähneputzens wird bei Patienten mit einem geringen Risiko für Parodontalerkran-

Fortsetzung auf Seite 6 PN



Abb. 2: Angefärbte Plaque: Mit einem Plaquerelevator, der auf die Zahnoberflächen touchiert wird, werden ältere Beläge (violett) und frischere Beläge (rosa) angezeigt.

PN Fortsetzung von Seite 5

kungen ein zweimal tägliches Intervall für je zwei Minuten angegeben. Bei Patienten, die ein höheres Risiko aufweisen, sind je Putzeinheit nur zwei Minuten allerdings nicht ausreichend. Die Verwendung von Zahnseide sollte nach der Zusammenfassung der Expertengruppe nur in den Bereichen verwendet werden, die für Interdentärbürsten nicht zugänglich sind. Interdentärbürsten in angepasster Größe sind für die Zahnzwischenraumpflege das Mittel der Wahl und sollten täglich zur Aufrechterhaltung der gingivalen Gesundheit verwendet werden (Abb. 5). Mundspülungen bewirken einen zusätzlichen Effekt bei der Behandlung der Gingivitis, ebenso wie einige Agenzien in Zahnpasten. Die gezielte Anwendung sollte allerdings nicht generell empfohlen, sondern von Fall zu Fall entschieden werden. Die gute Mundhygiene ist unerlässlich für eine gingivale Gesundheit und ausreichend für die Beseitigung der bakteriellen Plaque sowie einer gingivalen Entzündung.

Professionelle mechanische Plaqueentfernung zur Parodontitisprävention bei Erwachsenen
Eine weitere Arbeitsgruppe des Workshops beschäftigte sich mit der Frage, ob die regelmäßige Durchführung professioneller Zahnreinigungen zur Prävention einer Parodontitis führt (Needleman, Nibali und Di Iorio 2015). So bestätigt die Arbeitsgruppe, dass erwartungsgemäß die professionelle Zahnreinigung in Kombination mit einer Mundhygieneinstruktion einen großen Einfluss auf die Plaquebesiedlung sowie die gingivale Blutung ausübt, erst recht im Vergleich zu keiner Behandlung. Allerdings gibt es keinen Beweis dafür, dass es hinsichtlich der Blutung und Plaqueanlagerung zu einem Unterschied kommt zwischen professioneller Zahnreinigung in Kombination mit der Mundhygieneinstruktion und lediglich der Mundhygieneinstruktion, unter der Voraussetzung, dass diese gründlich durchgeführt und wiederholt wird. Bislang ist die wissenschaftliche Datenlage noch zu gering, um den direkten Effekt regelmäßiger professioneller Zahnreinigungen hinsichtlich einer primären Parodontitisprävention zu bestätigen.

Professionelle mechanische Plaqueentfernung zur sekundären Parodontitisprävention und Komplikationen durch Präventionsmaßnahmen

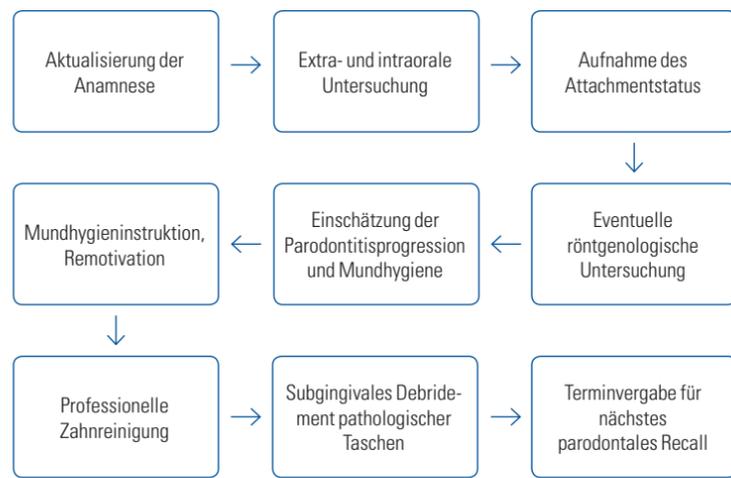


Abb. 4: Ablauf einer Sitzung der unterstützenden Parodontitistherapie.

Die Arbeitsgruppe um Mario Sanz überprüfte den Effekt der professionellen Plaqueentfernung auf die sekundäre Parodontitisprävention und beurteilte die durch die regelmäßige Reinigung möglicherweise entstehenden unerwünschten Ereignisse (Sanz et al. 2015).

Die sekundäre Prävention der Parodontitis besteht darin, eine weitere Progression oder Rezidivierung der Erkrankung zu vermeiden. Das heißt, weiterer Attachment- und/oder Knochenverlust soll verhindert werden. Durch regelmäßiges Sondieren und Anfertigen von Röntgenbildern im Bedarfsfall wird dies klinisch überprüft. Nach Abschluss der „aktiven Phase“ der Parodontitistherapie werden die Patienten in das Programm der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) überführt. Optimalerweise hat der Patient zu diesem Zeitpunkt keine persistierenden tiefen Taschen (≥ 5 mm) mehr und weist keine Entzündungszeichen im Sinne einer Blutung oder Suppuration auf. Das UPT-Intervall sollte zwischen zwei und vier Mal pro Jahr in Abhängigkeit patientenspezifischer Risikofaktoren betragen. Weiterhin sollte dem Patienten der Sinn des dauerhaften UPT-Programms verdeutlicht werden, da sich eine fehlende Compliance

nigung aller Zähne sowie die subgingivale Instrumentierung bis zum Sulkusboden bzw. bis zum Taschenboden in Bereichen mit Sondierungswerten ≥ 5 mm (Abb. 4). Darüber hinaus empfiehlt es sich, den Patienten auf Verhaltensgewohnheiten im Sinne eines gesunden Lebensstils hinzuweisen (z.B. Raucherentwöhnung, Kontrolle von Begleiterkrankungen). Durch die regelmäßige Teilnahme am UPT kann die Krankheitsprogression und der Zahnverlust deutlich reduziert werden. Ebenfalls bestätigte die Arbeitsgruppe, dass Zähneputzen nicht als alleiniger Faktor für die Entstehung gingivaler Rezessionen oder zervikalen Defekte anzusehen ist und weder die Hand- noch die elektrische Zahnbürste diese begünstigen. Relevanter für die Entstehung und Progression dieser Art von Läsionen sind vielmehr lokale und patientenbezogene Faktoren. Auftretende Überempfindlichkeiten können gut durch chemische Zusätze in Zahnpasten sowie professionell applizierte Prophylaxepasten gelindert werden.

Primäre Prävention der Periimplantitis durch das Management der periimplantären Mukositis

Das Management einer periimplantären Mukositis kann als präventive Maßnahme gegen die Entstehung einer Periimplantitis angesehen werden. Daher beschäftigte sich die Arbeitsgruppe um Prof. Jepsen mit Risikofaktoren für die Entstehung und Methoden für die Behandlung periimplantärer Mukositis (Jepsen et al. 2015). So sollten bereits im Vorfeld biologische Komplikationen durch eine individuelle Risikoanalyse berücksichtigt und Risikofaktoren vor der Implantation beseitigt werden, wie beispielsweise den Patienten zu motivieren, das Rauchen aufzugeben, oder bei bestehender Parodontitis alle pathologischen Taschen zu therapieren. Während der Implantation und prothetischen Versorgung empfiehlt es sich, darauf zu achten, dass eine nach-

Plaque-Index

Datum: _____

I.	II.
III.	IV.

Wert: _____ %

Blutungs-Index

Datum: _____

I.	II.
III.	IV.

Wert: _____ %

Abb. 3: Mundhygienestatus – Formblatt zur Dokumentation des Plaque- und Gingiva-Index: Es bietet sich an, an sechs Stellen pro Zahn die Mundhygieneparameter zu erheben und diese in einem Formblatt zu dokumentieren, um sich im Therapieverlauf einen schnellen Überblick verschaffen zu können. So können systematische Putzfehler aufgedeckt und persistierende Entzündungen identifiziert werden.

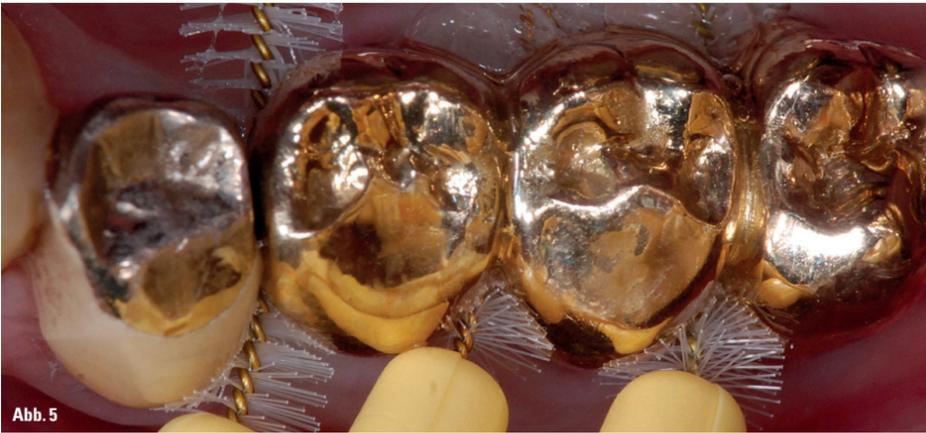


Abb. 5

Abb. 6

Abb. 5: Beispiel für die Anwendung von Interdentalbürsten. – Abb. 6: Implantatkronen mit Emergenzprofil, welches so gestaltet ist, dass eine einfache Sondierung möglich ist.

folgende Untersuchung durch problemloses Sondieren und auch eine gute Reinigungsfähigkeit möglich ist (Abb. 6). Weiterhin sollte der transmukosale Teil des Implantats von keratinisiertem und unbeweglichem Weichgewebe umgeben sein. Die korrekte Passung der Implantatkomponenten und der Suprakonstruktion muss sichergestellt werden, um zusätzliche Nischen für die bakterielle Besiedlung zu vermeiden. Bei zementierten Kronen sollte der Kronenrand am Mukosarand liegen, um sicher alle Zementreste entfernen zu können. Nach der prothetischen Versorgung ist eine Infektionskontrolle zur Prävention nötig. Der Patient

muss darüber aufgeklärt werden, wie er den Bereich um das Implantat optimal zu reinigen hat. Weiterhin sollte die Mundhygiene regelmäßig kontrolliert und Mundhygieneanweisungen wiederholt werden. Zusätzlich ist es empfehlenswert, eine unterstützende Therapie im Drei-, Sechs-, Neun- oder Zwölf-Monats-Intervall je nach individueller Erfordernis durchzuführen, wobei Patienten mit einer aggressiven Parodontitis ein kürzeres Intervall aufgrund ihrer erhöhten Suszeptibilität für parodontale und periimplantäre Entzündung benötigen. Während dieser unterstützenden Therapie wird das periimplantäre Gewebe untersucht,

indem der periimplantäre Sulkus sondiert und die Blutungsneigung überprüft wird. Weiterhin wird dem Patienten erneut die Bedeutung der Plaquekontrolle verdeutlicht und demonstriert und alle Beläge werden sorgfältig entfernt.

Fazit

Die Therapie parodontaler und periimplantärer Erkrankungen gehört zum zahnärztlichen Alltag und die Inzidenz dieser Erkrankungen ist leider zunehmend. Daher sind präventive Maßnahmen von essenzieller Bedeutung, grundsätzlich zur Entstehung, aber auch für die

Früherkennung und Behandlung. So können abgestufte Prophylaxekonzepte parodontale und periimplantäre Erkrankungen auf verschiedenen Präventionsebenen verhindern. **PN**

PN Adresse

Dr. Lisa Hierse
DG PARO Spezialistin für Parodontologie®
Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis
Dres. Hierse
Ernst-Reuter-Allee 28
39104 Magdeburg
lisa.hierse@gmx.net

Priv.-Doz. Dr. Moritz Kebschull
Fachzahnarzt für Parodontologie,
DG PARO Spezialist für Parodontologie®
Poliklinik für Parodontologie, Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Universitätsklinikum Bonn
Welschnonnenstraße 17
53111 Bonn
Moritz.Kebschull@ukb.uni-bonn.de



ANZEIGE

Referent | Prof. Dr. Thorsten M. Auschill/Marburg

PARO UPDATE 2017

Behandlungsstrategien für den Praktiker

Für Einsteiger, Fortgeschrittene und das Team

Online-Anmeldung/
Kongressprogramm



www.paro-seminar.de

NEU



1A

Basiskurs für Zahnärzte

Update der systematischen antiinfektiösen Parodontitis-therapie
Ein kombinierter Theorie- und Demonstrationskurs

1B

Kompaktkurs für das zahnärztliche Prophylaxeteam

Update Prophylaxe und Parodontaltherapie

2

Fortgeschrittenenkurs

Einführung in die konventionelle und regenerative PA-Chirurgie
Ein kombinierter Theorie- und Demonstrationskurs

Teilnehmerzahl auf 20 Personen limitiert!

inkl. Hands-on

3

Masterclass

Ästhetische Maßnahmen am parodontal kompromittierten Gebiss (rot-weiße Ästhetik) – Aufbaukurs für Fortgeschrittene

Teilnehmerzahl auf 15 Personen limitiert!

inkl. Hands-on

Termine 2017

26. Mai 2017 | 14.00 – 18.00 Uhr | Warnemünde
15. September 2017 | 14.00 – 18.00 Uhr | Leipzig



Termine 2017

27. Mai 2017 | 09.00 – 16.00 Uhr | Warnemünde
16. September 2017 | 09.00 – 16.00 Uhr | Leipzig



Termine 2017

12. Mai 2017 | 12.00 – 19.00 Uhr | Berlin
13. Oktober 2017 | 12.00 – 19.00 Uhr | München



Faxantwort an
0341 48474-290

Bitte senden Sie mir das Programm für die Kursreihe **PARO UPDATE 2017** zu.

Titel, Name

Vorname

E-Mail (Für die digitale Zusendung des Programmes.)

Praxisstempel

Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig · Tel.: 0341 48474-308 · event@oemus-media.de

Delegationsrahmen: Was dürfen Zahnmedizinische Fachangestellte?

Die Delegationsmöglichkeiten für Zahnärzte an Fachpersonal sind umfassend – Was ist dabei zu beachten? Von Jana Brandt.

Viele Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) möchten selbstständig und eigenverantwortlich arbeiten. Dies zeigen die Ausbildungszahlen zur Zahnmedizinischen Prophylaxeassistentin

(ZMP) oder Dentalhygienikerin (DH). Diese Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen, macht einen ganz wesentlichen Teil der beruflichen Zielsetzung der ZFA aus. Erfolgreiche

Zahnarztpraxen nutzen den Delegationsrahmen vollständig. Die Tätigkeit eines Zahnarztes ist aus wirtschaftlicher Sicht der größere Kostenfaktor in der Zahnarztpraxis. Dies ergibt sich aus dem Stundenhonorar. Delegierbare Tätigkeiten sollten somit gleichmäßig an befähigte Mitarbeiterinnen verteilt werden, um die Zeit für kostenintensivere Tätigkeiten an den Zahnarzt zu verweisen.

Wie und wann darf delegiert werden?

Der Zahnarzt darf gemäß Zahnheilkundengesetz ausgewiesene Tätigkeiten an nicht-ärztliche Mitarbeiterinnen delegieren. Hier müssen jedoch Bedingungen und Voraussetzungen erfüllt werden:

1. Die Mitarbeiterinnen müssen ausreichend qualifiziert sein.

2. Der Zahnarzt muss sich vergewissern, dass die Mitarbeiterinnen über eine nachgewiesene subjektive und objektive Qualifikation verfügen.
3. Der Zahnarzt kann Mitarbeiterinnen entsprechend den delegierbaren Tätigkeiten eine Qualifikation ermöglichen oder diese selbst anlernen.
4. Der Zahnarzt muss die Qualifikationen und die Qualität regelmäßig prüfen und kontrollieren.
5. Der Zahnarzt muss sicherstellen, dass die Praxismitarbeiterinnen am Patienten nur unter seiner Aufsicht und Anleitung tätig werden.
6. Der Zahnarzt erbringt eine persönliche Endkontrolle der ausgeführten delegierten Leistung.
7. Es erfolgt nur dann eine Tätigkeit am Patient, wenn sichergestellt ist, dass keine Gefährdung vorliegt. Dies betrifft sowohl die Qualifikation der Mitarbeiterinnen als auch die

Diagnostik vor Behandlungsbeginn. Unter Umständen muss eine Eingrenzung der Delegation erfolgen.

Mitarbeiterinnen können unter Beachtung der oben genannten Voraussetzungen selbstständig am Patienten tätig werden, dennoch darf dies kein Selbstläufer werden. Ohne direkte Anweisung, Kontrolle, Anwesenheit des Zahnarztes und Endkontrolle darf diese Tätigkeit nicht ausgeführt werden. Mitarbeiterinnen schätzen eine Freiheit in ihrem Tätigkeitsfeld und erledigen in der Regel übertragene Aufgaben gewissenhaft und motiviert. Die Verantwortung trägt jedoch grundsätzlich der Zahnarzt und er haftet auch dafür. Unterlaufen Mitarbeiterinnen Fehler, so haften diese nicht bei delegierten Tätigkeiten, sondern der Zahnarzt so, als ob ein eigenes Verschulden vorliegt (§278 BGB). Somit muss der Zahnarzt jederzeit für Rück-

Delegation an:	Delegierfähige Tätigkeiten
qualifiziertes Prophylaxepersonal mit abgeschlossener Ausbildung: • zahnmedizinische Fachhelferin • weitergebildete Zahnarzthelferin • Prophylaxehelferin • Dentalhygienikerin	<ul style="list-style-type: none"> • Herstellung von Röntgenaufnahmen • Entfernung von weichen und harten sowie klinisch erreichbaren subgingivalen Belägen • Füllungspolituren • Legen und Entfernen provisorischer Verschlüsse • Herstellung provisorischer Kronen und Brücken • Herstellung von Situationsabdrücken • Trockenlegen des Arbeitsfeldes relativ und absolut • Erklärung der Ursache von Karies und Parodontopathien • Hinweise zu zahngesunder Ernährung • Hinweise zu häuslichen Fluoridierungsmaßnahmen • Motivation zu zweckmäßiger Mundhygiene • Demonstration und praktische Übungen zur Mundhygiene, Remotivation, Einfärben der Zähne, Erstellen von Plaque-Indizes, Erstellung von Blutungs-Indizes • Kariesrisikobestimmung • lokale Fluoridierung z. B. mit Lack oder Gel • Versiegelung von kariesfreien Fissuren
In der Kieferorthopädie: • zahnmedizinische Fachhelferin • weitergebildete Zahnarzthelferin • Dentalhygienikerin	<ul style="list-style-type: none"> • Ausligieren von Bögen • Einligieren von Bögen im ausgeformten Zahnbogen • Auswahl und Anprobe von Bändern an Patienten • Entfernen von Kunststoffresten und Zahnpolitur auch mit rotierenden Instrumenten nach Bracketentfernung

Die ganze Welt der Prophylaxe



fragen, Korrekturen oder bei Komplikationen in der Praxis zur Verfügung stehen. Ein Fehlen oder gar längere Abwesenheit des Zahnarztes sollte somit unterlassen werden, wenn Mitarbeiterinnen delegierbare Tätigkeiten ausführen. Patienten sollten im Vorfeld über die Delegation aufgeklärt werden und einverstanden sein. Für den Behandler und die Mitarbeiterinnen ergeben sich die Erstellung von wichtigen Unterlagen:

- Eine eindeutige und genau beschriebene Stellenbeschreibung der Mitarbeiterinnen.
- Grundlagen, ab wann es zur Delegation kommt.
- Eine eindeutig formulierte Delegationsanweisung mit Angaben zum Ausschluss oder Einschränkung der Ausführung.
- Maßgaben zur Sicherheit von Patient und Mitarbeiterinnen.
- Eindeutig formulierte Anweisungen für die Ausführung der Tätigkeit.
- Maßgaben im Falle von Komplikationen.

Eine eigenverantwortliche Tätigkeit kann unter Aufsicht und Freigabe des Behandlers erfolgen. Diese Maßgabe ermöglicht eine wirtschaftliche Pra-

xisierung und das Erschaffen von Freiräumen für den Behandler.

Achtung Schweigepflicht

Die Schweigepflicht ist ein sensibler Punkt in der Zahnarztpraxis. Dieses Thema geht jeden Mitarbeiter in der Praxis an. Im täglichen Praxisalltag kann es zu spontanen Situationen kommen, die von der Schweigepflicht betroffen sind. Für diese Fälle ist es wichtig, eindeutige Handlungsregeln aufzustellen. Im Alltag kann es leicht passieren, dass die Schweige-

pflicht missachtet wird. Daher ist eine regelmäßige Absprache und Erörterung in Teamsitzungen notwendig, um einen sorglosen Umgang zu verhindern. PN

PN Adresse

Jana Brandt
 Individuelles Praxismarketing & Abrechnungsbetreuung InPrA
 Kornmarkt 1
 06256 Sangerhausen
 Tel.: 03464 5694335
 Fax: 034775 20223
 zmv.j.b.inpra@googlemail.com



Situation	Hinweis
Patientendaten werden am Telefon oder unter Mitarbeiterinnen offen besprochen	Ungebetene „Mithörer“ können überall sein. Dies kann sowohl im Wartezimmer als auch im Sprechzimmer erfolgen. Ein wichtiger Austausch von Informationen rund um Patienten muss daher absolut abhörsicher erfolgen, notfalls in einem anderen Raum.
Informationen an Familienangehörige	Auch hier greift die Schweigepflicht. Informationen über Partner, Ehepartner oder Angehörige dürfen nicht weitergegeben werden. Dies gilt für Hinweise zur Vorsorgeuntersuchung („Ihre Frau sollte sich nochmal einen Termin geben lassen“ oder „Soll ich Ihre Frau mit in Ihren Termin eintragen?“) wie auch Erkundigungen nach dem Befinden. Begleitende Großeltern dürfen nicht über Befunde der Enkel aufgeklärt werden oder sogar Behandlungen erlauben. Dies dürfen nur Erziehungsberechtigte.
Beratung von Begleitpersonen	Begleitendes Personal aus Pflegeheimen darf ohne Entbindung der Schweigepflicht keine Information über den Patienten erhalten.
Auskünfte unter Fachkollegen	Ärztliche Konsile erfolgen auch bei namentlicher Nennung des Patienten nur unter vorheriger Schweigepflichtentbindung des betroffenen Patienten.
Dolmetscher	Dolmetscher sollten durch den Patienten ermächtigt sein, Informationen zu erhalten, um Befunde/Behandlungen übermitteln zu dürfen.
Auskünfte an private Kostenerstatter	Diese erfolgen grundsätzlich nicht über die Praxis direkt an den Versicherer, sondern über den Patient unter Entbindung von der Schweigepflicht.
Zusendung von Unterlagen	Fax, Post oder Internet – die Zusendung von Daten ist heute sehr einfach und unkompliziert. Auch hier gilt, die Zustellung muss sicher sein und so gestaltet werden, dass Unbefugte keinen Einblick haben können.
Private Kontakte	Auch wenn Patienten Mitarbeiterinnen oder Behandler auf der Straße antreffen, darf auf Nachfrage von Begleitpersonen nicht benannt werden, dass es ein Patient ist, auch der Name nicht.

ANZEIGE

Entdecken Sie die Vorteile unserer Produktvielfalt



PN EVENTS

„PRÄVENTIONSPREIS Mundgesundheit in der Pflege“

Auszeichnung im Rahmen der „Initiative für eine mundgesunde Zukunft in Deutschland“ von Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und CP GABA verliehen.

Die Initiatoren ehrten auf dem wissenschaftlichen Kongress des Deutschen Zahnärztetags in Frankfurt am Main insgesamt drei Preisträger, die mit praxisnahen, wissenschaftlich fundierten Konzepten und Projekten nachweislich die Mundgesundheit in der Pflege vorantreiben. Der unabhängigen Jury gehörten unter anderem Prof. Dr. Ina Nitschke, Prof. Dr. Andreas Schulte, Prof. Dr. Ulrich Schiffner, Dr. Dirk Bleiel und Susanne Priehn-Küpper an. Die drei Auszeichnungen waren mit einem Preisgeld von insgesamt 5.000 Euro dotiert.

Die Preisträger

Der erste Platz ging an Dr. Guido Elsässer und Silvia Reichmann aus dem baden-württembergischen Kernen für ihr Schulungsmodul „Zahn-, Mund- und Zahnersatzpflege für angehende Heilerziehungspfleger/-innen“. Mit dem von dem niedergelassenen Zahnarzt und der Dentalhygienikerin entwickelten Projekt sollen Schülerinnen und Schüler der Heilerziehungspflege für das Thema Zahngesundheit sensibilisiert werden und das nötige Hintergrundwissen für ihre künftige

berufliche Praxis erhalten. Anhand verschiedener Schulungsmodule mit Bildern, Videosequenzen und praktischen Übungen erlernen sie die notwendigen Kompetenzen, um die tägliche

die ausbildungsübergreifende Zusammenarbeit für mehr Mundgesundheit in Pflegeheimen ein. Dazu wurden, in Kooperation mit der Betriebsberufsschule „Dr. Otto Schlein“ in Magdeburg, so-

unter anderem Prophylaxemaßnahmen und Behandlungen in der Zahnarztpraxis kennen. Die Weiterentwicklung des Projektes und eine geografische Ausweitung sind bereits in Arbeit.

gramm, das sowohl einen Theorieteil mit Vorlesungen und Seminaren, aber auch einen Praxisteil beinhaltet. Durch die Kooperation mit verschiedenen Pflegeheimen werden die Senioren regelmäßig zahnmedizinisch versorgt und das Pflegepersonal sowie die Angehörigen in der Durchführung von Mundhygienemaßnahmen geschult. Langfristig soll die interdisziplinäre Ausbildung in Senioren Zahnmedizin auch in den regulären Lehrplan der Studierenden überführt werden.

Die Initiatoren BZÄK und CP GABA möchten durch die „Initiative für eine mundgesunde Zukunft in Deutschland“ gezielt auf Ursachen, Auswirkungen und Präventionsmöglichkeiten von oralen Erkrankungen aufmerksam machen. Die Initiative wird 2017 fortgeführt. 



Die Preisträger mit den Verantwortlichen der Initiative (von links nach rechts): Dr. Sebastian Ziller (BZÄK), Dr. Joachim Elzer (CP GABA), Susanne Priehn-Küpper; Prof. Dr. Andreas Schulte, Dr. Marianne Gräfin von Schmettow (CP GABA), Dr. Nicole Primas, Ragna Lamprecht, Prof. Dr. Ulrich Schiffner, Prof. Dr. Ina Nitschke, Priv.-Doz. Dr. Daniel Reißmann, Dr. Dirk Bleiel, Silvia Reichmann, Dr. Guido Elsässer, Michael Warncke (CP GABA), Prof. Dr. Dietmar Oesterreich (BZÄK).

Mund- und Zahnpflege bei Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung auch unter erschwerten Bedingungen fachkundig durchzuführen.

Die Urkunde für den zweiten Platz nahm Dr. Nicole Primas von der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt entgegen. Ihr Modellprojekt „AzuBiss“ tritt für

wohl Auszubildende in der Altenpflege (AP) als auch angehende Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) umfassend befragt und geschult. Im Rahmen eines Azubi-Tandems begleiteten die auszubildenden ZFA für einen Tag die angehenden AP in ein Pflegeheim, umgekehrt lernten die künftigen Altenpfleger

Das von der Arbeitsgruppe unter der Leitung von Prof. Dr. Guido Heydecke, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, eingereichte Projekt eines Wahlfaches „Senioren Zahn Medizin“ für Studierende belegte den dritten Platz in der Bewertung der Expertenjury. Pro Jahr durchlaufen 60 Studierende dieses Pro-

PN Adresse

CP GABA GmbH
Kundenservice
PF: 41 01 04
44287 Dortmund
Tel.: 040 73190125
Fax: 0180 510129025
CSDentalDE@CPgaba.com
www.gaba-dent.de

MUNDHYGIENETAGE in Hamburg und Berlin

2017 zwei Terminoptionen für den Veranstaltungsbesuch.

Die Teilnahme ist möglich am 5. und 6. Mai 2017 in Hamburg oder am 29. und 30. September in Berlin. Der Team-Kongress bietet im Rahmen des wissenschaftlichen Vortragsprogramms am Samstag umfassende Informationen zum Thema Mundhygiene sowie begleitend bzw. als Pre-Congress Seminare zu den Themen Praxishygiene und Qualitätsmanagement. Die wissen-

schaftliche Leitung der Tagung liegt in den Händen von Prof. Dr. Stefan Zimmer/Witten.

Die MUNDHYGIENETAGE 2017 vermitteln das notwendige Handwerkszeug – von der Bürste über die Zahnpasta, die Mundspülung, die Hilfsmittel für die Interdental- und Zungenpflege bis hin zu Fluoridierungsmaßnahmen und der Frage, ob Parodontitis wirklich immer nur eine Frage schlechter Mundhygiene ist.

Das eintägige Vortragsprogramm am Samstag (Hauptkongress) wird sich sehr konzentriert und spezialisiert diesen Themen widmen. Die parallel bzw. als Pre-Congress laufenden Seminare zu den Themen Hygiene und QM bieten eine zusätzliche Fortbildungsoption. Zum Referententeam gehören ausschließlich ausgewiesene und anerkannte Experten auf diesem Gebiet. 

Quelle: OEMUS MEDIA AG



Referentin Prof. Dr. Nicole B. Arweiler, Marburg.

10 Jahre DG PARO-Master of Science in Parodontologie und Implantattherapie

Bislang haben über 200 Studierende den Studiengang erfolgreich abgeschlossen.

Als sich seinerzeit Dr. Wolfgang Bengel und Prof. Thomas Hoffmann an die Umsetzung der Idee machten, eine Möglichkeit für niedergelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte zur Weiterbildung und Spezialisierung im Fach Parodontologie zu schaffen, war der Weg dafür keinesfalls geebnet. Schon damals hatten sie die Vision der Aufstiegsweiterbildung bis zum DG PARO-Spezialisten für Parodontologie®.

Von Beginn an kam der DG PARO die Rolle als Vorreiter zu: Der erste deutsche Master of Science für Parodontologie – der erste Studiengang, der seine stets aktualisierten Studieninhalte zu einer Mehrfachqualifikation (Parodontologie und Implantattherapie) mit der entsprechenden Akkreditierung, angeboten hat. Als Alleinstellungsmerkmal zeichnet sich des Weiteren das Konzept des Präsenzstudienganges mit vielen praktischen Hands-on-Übungen aus. Zu recht kann man sagen, dass dieser Studiengang Vorbild und Impulsgeber für folgende



Die Absolventen des DG PARO/DIU-Masterstudienganges für Parodontologie und Implantattherapie 2016.

Studienprogramme anderer Anbieter war und ist.

Exklusiv können sich die Absolventen des DG PARO/DIU-Masterstudienganges gemäß der DG PARO-Aufstiegsweiterbildungsordnung ohne Unijahr zum DG PARO-Spezialisten für Parodontologie® qualifizieren. Auch das ist ein Alleinstellungsmerkmal dieses Studienganges.

Der nächste Studiengang ist bereits in Planung. Am 18. Mai 2017 startet dann wieder eine neue Gruppe motivierter, inte-

ressierter Studierender, um neue Impulse, neues Wissen und Erfahrungen für den Berufsalltag zu gewinnen. 

PN Adresse

DG PARO – Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V.
Neufferstraße 1
93055 Regensburg
Tel.: 0941 942799-12
Fax: 0941 942799-22
info@dgparo-master.de
www.dgparo-master.de

Bundesweite Implantologieforen

Die OEMUS MEDIA AG erweitert ihr Portfolio um den neuen Standort Trier.

Mit ihren seit 15 Jahren angebotenen regionalen Implantologieveranstaltungen war die OEMUS MEDIA AG auch 2016 erfolgreich. Rund 2.000 Teilnehmer konnten begrüßt werden. Mit Trier kommt ab 2017 der elfte Standort hinzu. Implantologische Fortbildung ist in Deutschland kein einfaches Geschäft. Angesichts eines kaum überschaubaren Angebotes und eines harten Konkurrenzumfeldes wird es für die vielen Anbieter immer schwieriger, für die Veranstaltungen ausreichend Teilnehmer zu generieren. Die großen Kongresse der führenden Implantatanbieter sind dabei auf

einem guten Weg, selbst den Fachgesellschaften den Rang abzulaufen. Sich in diesem Konkurrenzumfeld zu behaupten, erfordert Innovationen, inhaltliches Gespür sowie organisatorische Effizienz. Die OEMUS MEDIA AG hat vor 15 Jahren, ausgehend von den Unnaer Implantologietagen, begonnen, ein bundesweites Netz um regionale Opinionleader und implantologische Zentren gruppierter Veranstaltungen aufzubauen. Ziel war und ist es, im Rahmen von Tagesveranstaltungen ein erstklassiges wissenschaftliches Vortragsprogramm mit renommierten Referenten in effizienter

Form auf regionaler Ebene zu bieten. So liest sich die Liste der wissenschaftlichen Leiter, aber auch die der Referenten, wie ein Who's who der implantologischen Szene. Auch zahlreiche Vorstandsmitglieder der großen Fachgesellschaften DGI, DGZI und DGOI sind wissenschaftliche Leiter bzw. gehören zum Referententeam. Mit der Erweiterung des Konzeptes durch zahlreiche Seminare und Spezialistenkurse im Rahmen des jeweiligen Pre-Congresses konnten so regelmäßig zwischen 150 und 200 Teilnehmer erreicht werden. Die Veranstaltungen in Norddeutschland

(Hamburg und Warnemünde) kamen sogar auf 300 Teilnehmer und mehr. Neben Unna finden die Veranstaltungen inzwischen in Leipzig, Konstanz, Warnemünde, München, Berlin, Essen, Hamburg, Wiesbaden und Baden-Baden statt. Ergänzend zu diesen bereits bestehenden hochkarätigen regionalen Implantologieveranstaltungen in West-, Süd-, Ost- und Norddeutschland wird ab 2017 unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Daniel Grubeanu das Trierer Forum für Innovative Implantologie neuer Bestandteil dieses Konzeptes für die Region Trier (Eifel-Mosel-

Saar). Weitere Veranstaltungen sind in Vorbereitung. 



PN Adresse

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



PA-Expertentreffen

Zahnärzte aus der gesamten Bundesrepublik trafen sich am 5. November in Rostock.

Beim Expertentreffen zum Thema „Körpereigene parodontale Regeneration“ in der norddeutschen Hauptstadt vermittelte Dr. Ronald Möbius, M.Sc., (Brüel) einen neuen Denkansatz in der Parodontologie. So ist Parodontitis gekennzeichnet durch Entzündungen und durch Knochenabbau. Entzündungen werden ausgelöst durch Mikroorganismen, aber es gibt keine Mikroorganismen, die parodontalen Knochen abbauen: Dies ist eine körpereigene Reaktion. In der direkten Therapie des Bone Remodeling werden die Osteoklasten reversibel inaktiviert und die Osteoblasten aktiviert. Der parodontale Knochenstoffwechsel wird in sein Gleichgewicht gesetzt, wobei die Ursache für den erhöhten Knochenabbau die Therapie beeinflusst, aber nicht verhindert. Einzige Voraussetzung für die Therapie: Der Kollagenasehemmer muss von der Gingiva zum Knochen transportiert werden. Bei Entzündungen ist die Zahl der Mikroorganismen besonders hoch. Mikroorganismen inaktivieren den Kollagenasehemmer. Entzündungsreduktion ist eine wesentliche Voraussetzung zur Therapie des Bone Remodeling. PZR, Prophylaxe, Antibiotika, Antiseptika, Laser, Ozon, photodynamische

und photothermische Therapien usw. – jede Therapie, die zur parodontalen Entzündungsreduktion führt, ist gut, ist Voraussetzung, ist der erste Schritt, ist die Vorbehandlung, aber ist nicht die Therapie. Durch die Therapie des Bone Remodeling verschwinden regenerativ die Zahnfleischtaschen, das Milieu verändert sich und somit auch die Zusammensetzung der Mikroorganismen. Priv.-Doz. Dr. Lutz Netuschil (Uni Dresden) erklärte die Zusammenhänge zwischen notwendigen regenerativen Mikroorganismen und Mensch. Der Mensch ist von einer Billiarde Mikroorganismen besiedelt. Generelle Keimvernichtung ist der falsche

Therapieweg. Ein Krieg gegen die Mikroorganismen ist nicht zu gewinnen. Folglich heißt es nicht „Tod den Mikroorganismen“, sondern die Zusammensetzung der Mikroorganismen muss verändert werden, weg von pathogenen hin zu regenerativen Mikroorganismen. Reinhard Mau, Mitbegründer der Firma EMIKO, zeigte in seinem sehr interessanten Vortrag, dass bei einer Parodontitis das individuelle Abwehrsystem an der Grenze des Machbaren ist. 90 Prozent der Mikroorganismen leben auf den Oberflächen (Mund, Haut, Darm). Bei einer Parodontitis sollten diese drei Bereiche in die Therapie miteinbezogen werden: Mund – EMIKO

Zahncreme, Bauch – EMIKO SAN, Haut – EMIKO Waschlotion. Durch Einsatz dieser „Effektiven Mikroorganismen“ wird die individuelle körpereigene Abwehr entlastet und Entzündungsprozesse heilen selbstständig durch regenerative Mikroorganismen aus. Angelika Nachbargauer, Leiterin Institut für Psycho-Physiognomik, demonstrierte mit anschaulichen Folien und live an den Fortbildungsteilnehmern die in der Zahnmedizin wenig bekannte Antlitzdiagnostik. Das Hauptaugenmerk legte sie auf Hinweiszeichen zum Knochenstoffwechsel, Schilddrüse und Niere. Dr. Möbius fasste abschließend alle Referentenvorträge zusammen,

stellte daraus eine logische Therapie zusammen und zeigte themenbezogene erfolgreiche PA-Therapiefälle (vorher/nachher), wobei die Antlitzdiagnostik einen wesentlichen Bestandteil der Diagnostik darstellt. Über die äußeren Kennzeichen können dem Patienten Hinweise zur Optimierung seines Knochenstoffwechsels gegeben werden. Dieses ist nach der PA-Therapie entscheidend für den individuellen Recallabstand. Ein ausgeglichener Knochenstoffwechsel vereinfacht die parodontale Therapie um ein Vielfaches. Mehr Informationen und Anmeldung unter: www.zahnarzt-brueel.de/informationen-fuer-zahnaerzte/zahnaerztliche-fortbildungen 



Abb. 1



Abb. 2

Abb. 1: Das Referententeam Dr. Ronald Möbius, Reinhard Mau und Priv.-Doz. Dr. Lutz Netuschil (von links). – Abb. 2: Das 4. PA-Expertentreffen der lokalen Doxycyclin-Anwender in Rostock.



PN Adresse

Dr. Ronald Möbius,
M.Sc. Parodontologie
 Fax: 038483 31539
 info@moebius-dental.de
 www.moebius-dental.de

PN PRODUKTE

Fluoridierung

Kariesprophylaxe wahlweise mit Lack oder Gel?

Eine regelmäßige Fluoridierung ist unumgänglich, wenn das Kariesrisiko langfristig reduziert werden soll. Auf dem Markt gibt es viele Produkte, und nicht immer ist es einfach, das optimale Produkt für seine Bedürfnisse zu finden. Hager & Werken bietet gleich zwei verschiedene Arten von Fluoridierungsprodukten an: einen Lack und ein Gel.

Bei Mirafluorid (0,15% Fluorid) handelt es sich um einen Fluoridlack auf Wasserbasis ohne Lösungsmittel. Anders als bei herkömmlichen Fluoridlacken, bei denen das Fluorid sehr langsam durch eine Lackmatrix abgegeben wird, diffundieren die Fluoride unmittelbar durch eine wässrige Polymer-schicht. So gelingt es, mit einem deutlich reduzierten Fluoridgehalt wesentlich patientenfreundlicher die gleiche Schutzfunktion zu erreichen. Die Effektivität von Mirafluorid als Kariesschutz wurde in klinischen Studien* belegt.

mirafluor®-gel ist ein klassisches Fluoridgel zur intensiven Kariesprophylaxe. Das Gel fördert durch das enthaltene Fluorid (1,23%) aktiv die Remineralisierung des Zahnschmelzes und



Infos zum Unternehmen

sollte zusätzlich zur herkömmlichen Zahnpflege angewendet werden. mirafluor®-gel ist in verschiedenen Geschmacksrichtungen und Konzentrationen erhältlich.

Das niedriger dosierte k-gel mit 0,615% Fluorid ist ein speziell für Kinder entwickeltes Gel. Der Erhalt der Milchzähne, die eine besondere Platzhalterfunktion einnehmen, spielt eine wichtige Rolle in der Entwicklung der Folgezähne. Der reduzierte Fluoridgehalt verringert desweiteren, im

Vergleich zu herkömmlichen Fluoridgelen, das Risiko einer Zahnfluorose der Folgezähne. Ein besonders schonender pH-Wert von 5,5 vermeidet eine zusätzliche Belastung des Zahnschmelzes. Der kariesprophylaktische Effekt von Fluorid ist hinreichend nachgewiesen. Er beruht auf einer erhöhten Säureresistenz des Zahnschmelzes, einem gehemmten Zuckerabbau säureproduzierender Mikroorganismen in der Plaque und einer beschleunigten Remineralisierung initialer kariöser Läsionen. **PN**

* Quelle: Attin, T., Schneider, K., Buchalla, W.: Abrasionsstabilität des KOH-löslichen Fluorids auf Schmelz nach Applikation verschiedener Fluoridierungsmittel, Dtsch Zahnärztl Z 56, 706 (2001).

PN Adresse

Hager & Werken GmbH & Co. KG
Ackerstraße 1
47269 Duisburg
Tel.: 0203 99269-0
Fax: 0203 299283
info@hagerwerken.de
www.hagerwerken.de

Multikopf-Kamerasystem

Ein durchdachtes Diagnostiksystem für jede Praxis.

Durch den stufenlosen Autofokus des Multikopf-Kamerasystems VistaCam iX HD kann das ganze Spektrum von Makro- über intraorale bis zu extraoralen Aufnahmen erstellt werden. Der Proxi-Wechselkopf lässt den Zahnschmelz transparent erscheinen, so kann Approximalkaries ohne Röntgenstrahlung frühzeitig erkannt werden.

Der Proof-Wechselkopf ermöglicht es dem Zahnarzt, Karies und Plaque auf Okklusal- und Glattflächen sichtbar zu machen. Die enthaltene Imaging-Software wertet die Aufnahmen farblich und numerisch aus und bietet damit auch wertvolle Unterstüt-

zung bei der Patientenberatung. Durch einfaches Plug & Play kann die VistaCam iX HD an mehreren Arbeitsplätzen eingesetzt werden. Das Multikopf-Kamerasystem ist sowohl in der Patientenberatung als auch bei der Diagnoseunterstützung eine echte Bereicherung für jede Praxis. **PN**

PN Adresse

DÜRR DENTAL AG
Höpfigheimer Straße 17
74321 Bietigheim-Bissingen
Tel.: 07142 705-0
Fax: 07142 705-500
info@duerr.de
www.duerrdental.com



Infos zum Unternehmen

Biomimetische Zahnpflege

Wirksam nach dem Vorbild der Natur.



künstlichen Zahnschmelz bietet die neue Zahn-Milch, die während der Reinigung einen Schutzmantel um die Zähne legt. Somit ergibt sich ein Dreiklang im Produktportfolio: Schutz für den natürlichen Zahnschmelz durch künstlichen Zahnschmelz (Biorepair Zahncreme, Zahn-Milch), Zahnfleischschutz (Biorepair Plus) und Schutz vor schmerzempfindlichen Zähnen (Biorepair sensitiv).

Biorepair Zahn-Milch – Zahnschmelz für Zahnschmelz

Kalziumreiche Milch schützt unsere Zähne bereits im Kindesalter. Die neue Zahn-Milch von Biorepair enthält künstlichen Zahnschmelz mit wertvollem Kalzium (Zink-Carbonat-Hydroxylapatit) und haftet besonders gut am Zahn. Dank ihres biomimetischen Wirkansatzes repariert sie kleine Defekte im Zahnschmelz. Durch regelmäßige Anwendung entsteht so ein Schutzmantel. Die Zähne werden spürbar glatter und vor dem Abnutzen geschützt.

Zusätzlich reinigt Biorepair Zahn-Milch den gesamten Mundraum – auch an Stellen, die die Zahnbürste nur schwer erreichen kann. Durch die Anwendung der Zahn-Milch fühlen sich die Zähne nicht nur glatter an, Bakterien finden so auch schlechter Halt. Die Zahn-Milch wirkt antibakteriell, schützt vor Mundgeruch und Zahnfleischproblemen und beugt Karies vor. Die Wirkstoffe Lactoferrin und Hyaluron schützen das gesunde Zahnfleisch vor Entzündungen und bekämpfen schädliche Bakterien.

Biorepair Zahncreme sensitiv: Schützt schmerzempfindliche Zähne auf natürliche Weise

Etwa 60 Prozent aller Erwachsenen in Deutschland leiden Studien zufolge unter schmerzempfindlichen Zähnen. Ursache sind die ständigen mechanischen und chemischen Angriffe, denen unsere Zähne im Alltag ausgesetzt sind. Kauen, das Bürsten beim

Zähneputzen sowie säurehaltige Speisen und Getränke machen die Zahnschmelzoberfläche rau und porös. Dies führt häufig zu schmerzempfindlichen Zähnen, da Reize durch offen liegende Dentinkanälchen an den Zahnernerv gelangen können. Auch freiliegende Zahnhälse können zu Schmerzempfindlichkeiten führen. Weil abgenutzter Zahnschmelz vom Körper nicht nachgebildet werden kann, schreitet dieser Prozess immer weiter fort.

Zähne überempfindlicher Zähne auf Eiswasser signifikant verbesserten. Erste spürbare Effekte sind bereits nach drei Tagen festzustellen. Zudem reinigt Biorepair sensitiv mit sanften Putzkörpern, ohne Fluorid und ohne Parabene, besonders schonend. Durch das milde Aroma wird auch die sensible Mundschleimhaut geschützt. Biorepair sensitiv ist vegan. **PN**



Offene Dentinkanälchen werden mit der neuen Biorepair Zahncreme sensitiv verschlossen. Dadurch wird der Ursache schmerzempfindlicher Zähne auf natürliche Weise vorgebeugt. Der Wirkmechanismus ist klinisch belegt. So wurde gezeigt, dass sich durch das tägliche Zähneputzen mit Biorepair die Reak-

PN Adresse

DR. KURT WOLFF GMBH & CO. KG
Johanneswerkstraße 34–36
33611 Bielefeld
Tel.: 0521 8808-00
Fax: 0521 8808-334
info@dr-kurt-wolff.de
www.dr-kurt-wolff.com/de
www.bio-repair.de

Der innovative Wirkmechanismus von Dr. Wolff's Biorepair beruht auf einem Wirkstoff, der dem natürlichen Zahnschmelz nachgebildet ist: Zink-Carbonat-Hydroxylapatit (künstlicher Zahnschmelz). Mit einer Sensitiv-Zahncreme zum Schutz vor schmerzempfindlichen Zähnen erschließt Dr. Wolff nun ein weiteres Marktsegment. Flüssigen

Parodontologie kann noch mehr

PN Fortsetzung von Seite 1

Aufgrund all dieser Aktivitäten genießt die EFP ein sehr hohes Ansehen und gilt als die weltweit anerkannte Autorität in der wissenschaftlich fundierten Parodontologie. Dabei werden wir geleitet von der EFP-Vision „Periodontal health for a better life“. Dieses wollen wir als Thema und als Auftrag in die Zahnärzteschaft, aber auch in die Öffentlichkeit transportieren.

PN Was waren die Meilensteine Ihrer Präsidentschaft?

Im Fokus stand natürlich die 25-Jahr-Feier der EFP, die wir zusammen mit der Generalversammlung in Berlin mit einem Festakt begehen konnten. Als wichtigsten Schwerpunkt meiner EFP-Präsidentschaft haben wir eine europaweite Aufklärungskampagne mit dem Ziel gestartet, das Wissen und das Bewusstsein in der Bevölkerung sowie in der Gesundheitspolitik über die Bedeutung parodontaler Erkrankungen, Gingivitis und Parodontitis entscheidend zu verbessern. Die EFP war schon immer sehr gut darin, wissenschaftliche Evidenz zu generieren und diese global in der Fachwelt zu verbreiten. Allerdings haben wir es bisher nicht vermocht, diese Erkenntnisse genauso erfolgreich auch in die nichtspezialisierte Zahnärzteschaft, an die Patienten, in die Öffentlichkeit und zu den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern zu tragen. Basierend auf den Erkenntnissen und der Evidenz aus zwei bedeutenden EFP-Konsensuskonferenzen zur Prävention und zu den Wechselwirkungen zwischen parodontaler und systemischer Erkrankung haben wir unter dem Motto „Periodontal health for a better life“ einige Kernbotschaften formuliert. Diese haben wir auf verschiedenen Wegen an die Zielgruppen transportiert. Insgesamt 21 nationale Gesellschaften – darunter selbstverständlich die DG PARO – haben am European Perio Day teilgenommen und es wurden zahlreiche sehr originelle öffentlichkeitswirksame Aktionen entfaltet, die ein großes Echo in der Presse und in den sozialen Medien fanden.

Auch haben wir wichtige Kontakte zur WHO und zur International Diabetes Federation (IDF) geknüpft. Weiter haben wir einen World-Workshop zusammen mit unseren amerikanischen Kollegen (AAP) zur Erarbeitung einer neuen weltweit gültigen Klassifikation von parodontalen und periimplantären Erkrankungen im Jahr 2017 initiiert und intensiv durchgeplant. Und auch die Vorbereitungen für den nächsten EuroPerio-Kongress 2018 in Amsterdam laufen bereits auf Hochtouren.

PN Wie gut funktioniert die Zusammenarbeit im europäischen Verbund von 29 unterschiedlichen nationalen Fachgesellschaften?

Es ist erstaunlich, wie viel die EFP im Verbund mit ihren nationalen Fachgesellschaften in den vergangenen 25 Jahren erreicht hat – insbesondere wenn man bedenkt, dass die Arbeit im Wesentlichen ehrenamtlich geleistet wird. Gerade haben wir auf der letzten Vorstandssitzung den strategischen Plan der EFP für die nächsten fünf Jahre erarbeitet und verabschiedet. Es gibt konkrete Vorstellungen, wie die Zusam-

PN Wie überführen Sie diese umfangreichen wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Praxis?

Das ist natürlich ein ganz wichtiger Punkt für uns. Deshalb sind wir nicht bei den Workshop-Berichten stehen geblieben, sondern haben die Erkenntnisse aus den Workshops in neun klinische Empfehlungen für die Praxis überführt. Diese können Zahnmediziner auf der EFP-Website nachschlagen. Vereinbart wurde mit den nationalen Gesellschaften, Übersetzungen in ihre Sprache vorzunehmen.

PN Sie sind Koordinator einer neuen AWMF-Leitlinie „Diabetes und Parodontitis“. Heißt das, Sie räumen den Zahnärztinnen und Zahnärzten eine neue Rolle im Gesundheitssystem ein?

Wir sind überzeugt, dass Parodontologen und Zahnärzte eine wichtige Rolle spielen können, um Verhaltensänderungen und Gesundheitsförderung zu unterstützen. Es ist doch so, dass die Zahnarztpraxis eine Gesundheitseinrichtung ist, die von gesunden Menschen am häufigsten besucht wird. Darin liegt eine Chance, Krankheiten vorzube-

zuklären. Deshalb gehen wir mit unserer Arbeit in die Öffentlichkeit und weisen auf die hohe Prävalenz der Parodontitis hin. Wir zeigen jedoch auch auf, wie bedeutsam Früherkennung ist und dass durch aktive und effektive Nachsorge Parodontitis verhindert bzw. auch schwere Parodontitis von qualifizierten Parodontologen gut behandelt werden kann. Auf unserer Agenda steht daher auch, uns für eine bessere und breitere postgraduale Ausbildung einzusetzen und den Fachzahnarzt für Parodontologie zu etablieren. Zu-



Abb. 2: Der EFP-Vorstand.

menarbeit zwischen der EFP und den fünf großen nationalen Gesellschaften mit über 1.000 Mitgliedern noch weiter optimiert werden kann. Die DG PARO ist mit ca. 4.800 Mitgliedern die größte nationale Fachgesellschaft innerhalb der EFP und bereichert die EFP durch ihre vielfältigen Aktivitäten. Davon könnten kleinere Fachgesellschaften europaweit profitieren.

PN Das Thema Prävention ist in der aktuellen Diskussion. Auch die EFP hat dies zu einem Thema gemacht. Was konnte die EFP hier beisteuern?

Prävention war das Leitthema unseres EFP-Workshops Ende 2014. In vier Arbeitsgruppen wurden Forschungsergebnisse zu diesem Thema von 75 internationalen Experten systematisch begutachtet und aufbereitet. Sie betreffen die Grundlagen von Präventionskonzepten sowie die Behandlung von Gingivitis und periimplantärer Mukositis zur primären Prävention von Parodontitis und Periimplantitis. Außerdem beschäftigen wir uns mit den Konzepten, die bei zuvor erkrankten und bereits therapierten Patienten ein Wiederauftreten der Erkrankung verhindern sollen.

PN Was sind darin leitende Gedanken zum Thema Prävention?

Wichtig ist uns zu differenzieren zwischen der Primärprävention für Gesunde bzw. lediglich an Gingivitis Erkrankten und einer Sekundärprävention bei zuvor erkrankten, bereits therapierten Patienten. Die PZR ist eine wichtige Maßnahme der Primärprävention. Es gilt weiterhin, Risikofaktoren wie z.B. Rauchen und Diabetes zu berücksichtigen, darüber aufzuklären und Verhaltensänderungen in Richtung eines gesunden Lebensstils zu vermitteln. Zur Therapie einer Parodontitis ist eine alleinige PZR allerdings nicht geeignet. Sekundärprävention nach aktiver Parodontitistherapie beginnt, wenn ein definierter Endpunkt (nach Möglichkeit deutliche Reduktionen von Sondierungstiefen (<5 mm) und Sondierungsblutung (<15 Prozent) erreicht ist, und bedeutet unterstützende Parodontitistherapie (UPT), welche die regelmäßige jährliche Erhebung des Parodontalstatus und gegebenenfalls eine frühzeitige erneute aktive Therapie mit subgingivalem Scaling beinhaltet. Die DG PARO berät die KZBV in dieser Richtung intensiv bei der Neugestaltung der PAR-Versorgung in Deutschland.

gen oder sie zumindest im Frühstadium zu erkennen. Deshalb haben wir konsequenterweise die Gesundheitsfachkräfte dazu aufgerufen, das EFP-Manifest „Perio and General Health“ zu unterzeichnen. Darin geht es um die Schlüsselrolle, die das zahnmedizinische Team bei der Verbesserung der Allgemeingesundheit spielen kann. Möglichkeiten speziell im Hinblick auf Diabetes wären zum Beispiel, ein Screening auf Diabetes in der zahnärztlichen Praxis durchzuführen oder umgekehrt die Selbsttest-App der DG PARO in Arztpraxen einzusetzen. Mit der Leitlinie „Diabetes und Parodontitis“ wollen wir die Vernetzung von Arzt- und Zahnarztpraxen bei der Prävention und Behandlung der beiden Erkrankungen weiter vorantreiben. Die Leitlinie soll im Sommer 2017 beschlossen werden.

PN Dazu wird es aber nicht reichen, die Zahnärzte und die Allgemeinärzte einzubinden. Die Aufklärung der Patienten wird damit umso wichtiger.

Wir sehen uns als EFP und als DG PARO in der Pflicht, Patienten, aber auch gesundheitspolitische Entscheidungsträger auf-

gleich fordern wir einen stärkeren Fokus auf Parodontologie in der studentischen Ausbildung. Natürlich sind dies langfristige Aufgaben. Wir haben mit dem europäischen Parodontologietag ein wichtiges Zeichen gesetzt und Aufklärungsmaterialien erstellt, die an Patienten adressiert sind.

PN Was steht denn nun für Sie persönlich auf der Agenda?

Zunächst gilt es, unsere EFP-Patientenkampagne „Perio for a better life“ zu fördern. Die neue AWMF-Leitlinie „Diabetes und Parodontitis“ wird wesentlich dazu beitragen, das große gemeinsame Thema von EFP und DG PARO zum Zusammenhang von Mund- und Allgemeingesundheit weiter voranzutreiben. Und natürlich ist die EuroPerio9 2018 in Amsterdam ein äußerst spannendes und herausforderndes Projekt. Ich möchte gerne weiterhin Bindeglied zwischen den EFP-Ländern sein, aber auch zwischen Wissenschaft und Praxis – sowie ein Botschafter für Mundgesundheit in Richtung Bevölkerung und Politik. ☐

BZÄK: Neue Legislaturperiode

Dr. Peter Engel erneut im Amt bestätigt.



Abb. links: Dr. Peter Engel (Präsident der BZÄK). – Abb. Mitte: Prof. Dr. Dietmar Oesterreich (Vizepräsident der BZÄK). – Abb. rechts: Prof. Dr. Christoph Benz (Vizepräsident der BZÄK). © BZÄK/Lopata

Die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) wählte auf dem Deut-

schen Zahnärztetag 2016 den geschäftsführenden Vorstand der Bundeszahnärztekammer.

Der geschäftsführende Vorstand besteht aus dem Präsidenten und den beiden Vizepräsi-

denten der Bundeszahnärztekammer.

So wählten die Delegierten der Bundesversammlung erneut Dr. Peter Engel zum Präsidenten der Bundeszahnärztekammer. Als Vizepräsidenten wurden Prof. Dr. Dietmar Oesterreich, Prä-

Landeszahnärztekammer, nochmals im Amt bestätigt.

Der geschäftsführende Vorstand wird von der Bundesversammlung auf vier Jahre gewählt, ist ehrenamtlich tätig und nimmt im Rahmen der Beschlüsse des Vorstandes und der Bundesversammlung die gesundheits- und standespolitische Vertretung der Bundeszahnärztekammer nach innen und außen wahr, die Erledigung der laufenden Geschäfte sowie die Leitung der Verwaltung. 

sident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, und Prof. Dr. Christoph Benz, Vorstandsmitglied der Bayerischen

Landeszahnärztekammer, nochmals im Amt bestätigt.

Quelle: BZÄK

Neue S3-Leitlinie

Empfehlungen für Zahnimplantate bei Patienten mit Medikamenten gegen Knochenabbau und Knochenmetastasen.

Mit der neuen S3-Leitlinie „Zahnimplantate bei medikamentöser Behandlung mit Knochenantiresorptiva (inklusive Bisphosphonate)“ legen die Deutsche Gesellschaft für Implantologie (DGI) und die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) binnen weniger Monate eine weitere Empfehlung zu einem wichtigen Thema der Implantologie vor.

Die Leitlinie bietet Zahnärztinnen und Zahnärzten Entscheidungshilfen bei der implantologischen Versorgung von Patienten, die mit sogenannten Knochenantiresorptiva behandelt werden. Unter dieser Bezeichnung werden verschiedene Medikamente zusammengefasst, die dem Knochenabbau entgegenwirken und beispielsweise zur Behandlung von Osteoporose oder Knochenmetastasen bei Krebspatienten eingesetzt werden. Die wichtigsten Vertreter dieser Medikamentengruppe sind verschiedene Bisphosphonate oder der monoklonale Antikörper Denosumab. Eine seltene, aber schwierig zu therapierende Komplikation dieser Behandlung sind Kiefernekrosen, kurz ONJ (englisch: osteonecrosis of the jaw). „Das Ziel der Leitlinie ist

es, Kolleginnen und Kollegen eine Entscheidungshilfe zu geben, wie sie das individuelle Risikoprofil ihrer Patienten ermitteln können“, sagt Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz, Wiesbaden, der Koordinator der Leitlinie. Zusammen mit vier anderen Experten haben Professor Grötz und der federführende Autor der Leitlinie, Prof. Dr. Dr. Christian Walter, Mainz, auf der Basis einer systematischen Literaturauswertung sowie im Konsens Empfehlungen zur Implantatindikation erarbeitet. Es ist die zweite von insgesamt vier Leitlinien, mit deren Entwicklung Experten von 16 Fachgesellschaften und Organisationen bei der letzten DGI-Leitlinienkonferenz im September 2015 begonnen haben.

Die Prävalenzen von Kiefernekrosen variieren

In Deutschland werden jährlich über 200 Millionen Tagesdosen von Bisphosphonaten verordnet. Die Prävalenz Bisphosphonat-assoziiierter Osteonekrosen variiert in Abhängigkeit von der Grunderkrankung. Bei der primären Osteoporose liegt die Ereignisrate einer ONJ bei 0,1 Pro-

zent, d. h. einer von 1.000 Patienten ist betroffen. Bei der sekundären Osteoporose und prophylaktischer Einnahme bei Krebspatienten sind zehn von 1.000 (1 Prozent) Patienten betroffen. Bei malignen Grunderkrankungen variiert die Prävalenz zwischen einem und 20 Prozent bei entsprechenden Risikopatienten. Unter einer Denosumab-Therapie liegen die Ereignisraten in Studien häufig etwas höher als in der Kontrollgruppe mit Bisphosphonat-Therapie.

Auslöser der Kiefernekrose

Bei den meisten Antiresorptiva-assoziierten Kiefernekrosen sind Auslöser in der Mundhöhle identifizierbar. Hierzu gehören parodontal erkrankte Zähne, Prothesendruckstellen und auch zahnärztlich chirurgische Eingriffe, meist Zahnextraktionen ohne Sicherheitskautele, bei denen Keime in den Kieferknochen einwandern. Auch die Insertion von Implantaten könnte somit ein Auslöser sein. Gleichwohl können Implantate auf der anderen Seite helfen, Prothesendruckstellen zu vermeiden und damit das bilanzierte Kiefernekrose-Risiko zu senken. Die lite-

Die Leitlinie gibt Hinweise, wie das Risiko für eine Osteonekrose präoperativ, etwa durch die Beobachtung der individuellen Knochenneubildungsrate nach einer Zahnextraktion, beurteilt werden kann. Kieferaugmentationen sollten, so die Empfehlung der Experten, möglichst vermieden oder die Indikation besonders streng überprüft werden. Auch die Motivierbarkeit und die Möglichkeiten der Patienten für eine gute Mundhygiene sollten in den Entscheidungsprozess einfließen. Hinzu kommen muss auch eine risikoadaptierte Nachsorge. Kommt eine Implantation infrage, lautet die evidenzbasierte Empfehlung, dass eine perioperative systemische Antibiotika-Prophylaxe eingeleitet wird. „Auf der Basis unserer Empfehlungen können Kolleginnen und Kollegen nach individuellen Kriterien zusammen mit dem Patienten eine nachvollziehbare Entscheidung für oder gegen die implantatgetragene Versorgung entwickeln“, sagt Professor Grötz.

raturbasierte Evidenz spiegelt jedoch die noch immer begrenzte Kenntnis des tatsächlichen Risikos einer Implantat-assoziierten Kiefernekrose beziehungsweise eines Bisphosphonat-bedingten Implantatverlusts wider. Dennoch konnte die Arbeitsgruppe der Leitlinie sieben evidenzbasierte Empfehlungen formulieren und diese auf der Basis vorliegender Erfahrungen durch 14 Empfehlungen im Konsensverfahren ergänzen.

Laufzettel für die Risikostratifizierung

Bei allen Patienten unter bzw. nach antiresorptiver Therapie, die eine Indikation für dentale Implantate haben, soll zunächst das individuelle Kiefernekrose-Risiko evaluiert werden, da die Osteonekrose Folge einer entzündlichen Implantatkompli-

kation sein kann. Neben der Grunderkrankung müssen Applikationsart, Dauer und Frequenz der antiresorptiven Therapie und weitere Medikationen und Behandlungen erhoben werden, ebenso zusätzliche Allgemeinerkrankungen und systemische Faktoren, die bei Wundheilungsstörungen eine Rolle spielen können. Zur Risikostratifizierung kann der „DGI-Laufzettel Risiko-Evaluation“ herangezogen werden. Dieser steht auf der Homepage der DGI zum Download zur Verfügung. Zu klären ist im individuellen Fall jeweils auch, inwieweit die Implantatversorgung das ONJ-Risiko auch mindern kann, indem Prothesendruckstellen vermieden werden. 

Die vollständige Leitlinie ist abrufbar unter: www.goo.gl/aaJ8wk

Quelle: DGI



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3

Volkskrankheit Parodontitis

Präventionsbasierte Bekämpfung – KZBV benennt Grundzüge für künftige GKV-Versorgung.

Die Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) verabschiedete jüngst in Berlin eine entsprechende Positionierung. Alle Entscheidungsträger in Politik, Wissenschaft und Selbstverwaltung seien jetzt aufgefordert, gemeinsam mit der Vertragszahnärzteschaft eine dem Stand der Wissenschaft entsprechende Behandlungsstrategie gegen diese Volkskrankheit zu etablieren.

Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes der KZBV: „Heute leidet jeder zweite Erwachsene in Deutschland an einer solchen behandlungsbedürftigen Erkrankung des Zahnhalteapparates. Jedes Jahr kommen etwa 500.000 Neuerkrankungen hinzu. Der demografische Wandel führt zu einem erheblich steigenden Behandlungsbedarf. Die Parodontitis ist eine schleichende, chronische Erkrankung, deren gravierende Folgen sowohl für die Mund- wie auch für die Allgemeingesundheit der Bevölkerung weitestgehend unbekannt sind. Die Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen wie Dia-



Dr. Wolfgang Eßer, Vorsitzender des Vorstandes.

betes Typ II, chronischen Erkrankungen der Atemwege und des Herz-Kreislauf-Systems sind ebenso wenig bekannt wie der Einfluss der Parodontitis auf Frühgeburten.“

KZBV » Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

Zahnverluste und negative Auswirkungen auf die Allgemeingesundheit müssen aber nicht zwingend in Kauf genommen werden,

betonte Eßer. „Wir wissen heute, dass die Parodontitis durch regelmäßige Prophylaxe beim Zahnarzt und mundgesundes Verhalten in den allermeisten Fällen vermieden und eine bestehende

Erkrankung in ihrer Verlaufsform wesentlich abgemildert werden kann.“ Um die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen

dieser Volkskrankheit in den Griff zu bekommen, müsse neben einer flächendeckenden Aufklärung der Bevölkerung, mit dem Ziel der Entwicklung eines spezifischen Krankheitsbewusstseins, auch der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zwingend den wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst und entsprechend ergänzt werden.

Wesentliche Bausteine einer präventionsbasierten Versorgungsstrecke fehlen derzeit noch. Hierzu zählen unter anderem:

- Die Möglichkeit des Zahnarztes zur individuellen Aufklärung, Motivation und Remotivation der Patienten,
- Die regelmäßige Verlaufskontrolle im Sinne einer qualitätsgesicherten Evaluation,
- sowie ein strukturiertes Nachsorgeprogramm im Sinne der unterstützenden Parodontistherapie (UPT).

Eßer kündigte ein neues, wirksames und umfassendes Versorgungskonzept der KZBV und renommierter Wissenschaftler an. Dieses werde derzeit unter Federführung der KZBV und

maßgeblicher Beteiligung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGParo) sowie der European Federation of Periodontology (EFP) erstellt.

Hintergrund: Parodontitis

Die Parodontitis zerstört als bakteriell bedingte Entzündung Teile des Zahnhalteapparates und ist bei Erwachsenen ab dem 40. Lebensjahr einer der Hauptgründe für den Verlust von Zähnen. Unbehandelt verläuft die Krankheit meist schmerzlos, schreitet zugleich aber langsam und unaufhörlich voran. In zunehmendem Umfang belegen wissenschaftliche Studien die zum Teil erheblichen Wechselwirkungen mit anderen Allgemeinerkrankungen. Die Behandlungskosten der GKV summierten sich im Jahr 2014 auf insgesamt 424 Millionen Euro. Dabei betragen die Kosten pro Fall etwa 413 Euro, wobei je Fall durchschnittlich 20,7 Parodontien versorgt wurden.

Quelle: KZBV

» EXPERTENTIPP

Parodontales Risikomanagement und Patientenbindung

In diesem Sommer wurde die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) präsentiert: Die Prävalenz für Karies und Parodontitis ist in fast allen Bevölkerungsgruppen rückläufig. Dennoch haben immer noch rund 11 Millionen Deutsche eine Parodontitis. Mit ihr sind zahlreiche weitere Erkrankungen assoziiert – wie z.B. Diabetes, koronare Herzkrankheiten, Rheuma, Schwangerschaftskomplikationen, Arteriosklerose oder auch Morbus Alzheimer.

Ein guter Grund, unsere Bemühungen in der Praxis zu verstärken, denn die Krankheit kann gestoppt bzw. unter Kontrolle gebracht werden. Grundlagen hierfür sind: Früherkennung, regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen, eine risikoorientierte unterstützende Parodontaltherapie (UPT) und eine gute Motivation zur täglichen häuslichen Mundhygiene. In Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern der DGZMK, der DG PARO und verschiedenen Hochschulen

wurde mit dem Programm „ParoStatus.de“ ein System entwickelt, das systematisch alle relevanten Befunde auf einem Befundblatt übersichtlich darstellt. Der Patient erhält eine Zusammenfassung in Form eines Patientenausdruckes mit einer verständlichen Auswertung und Prognose seines individuellen Risikos.

Tipp: Geben Sie die mit der PA-Sonde gemessenen Befunde mit der kabellosen, desinfizierbaren Tray-Tastatur, einer Fußsteuerung oder per Sprachsteuerung mit einem Headset ein. Durch ein Dialogsystem, der PC spricht und wiederholt die eingegebenen Werte, muss der Bildschirm nicht angeschaut werden. Man kann sich voll auf seinen Patienten konzentrieren. Klinische Parameter und individuelle Risikofaktoren wie Alter, Rauchverhalten, systemische und genetische Disposition, Medikation etc. bilden die Grundlage für die spezifische Einschätzung des Patienten mit anschließender Therapie- und Behandlungsfestlegung. Weitere Beurteilungs- und Prognosekriterien sind die zahnbezogenen Faktoren wie Furkationsbeteiligung, iatrogene Faktoren, partielle

Attachmentverluste etc. und die stellenbezogenen Faktoren wie ST, BOP, Suppuration, subgingivale Flora etc.

Das ParoStatus.de-System begleitet die systematische Prophylaxesitzung und PA-Therapie Schritt für Schritt. Befunde können schnell dokumentiert und übersichtlich dargestellt werden. Die Steuerung innerhalb des Systems folgt einem logischen Ablauf, sodass kein Parameter unbeabsichtigt ausgelassen werden kann. Ohne Assistenz lassen sich die o.g. Parameter in wenigen Minuten lückenlos erheben.

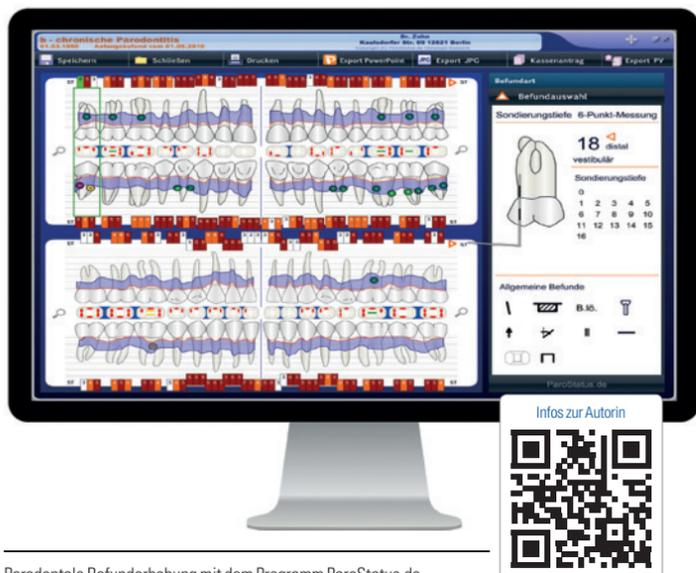
Nach abgeschlossener Befunderhebung steht ein Patientenausdruck zur Verfügung, der sowohl das individuelle Erkrankungsrisiko als auch die empfohlene Recallfrequenz sowie die Mundhygieneempfehlungen enthält.

Tipp: Per QR-Code kann der Patient sich „seine“ Daten, die Inhalte des Patientenausdruckes, auch auf sein Smartphone laden. Die dazu erforderliche neue Prophylaxe-App kann kostenlos im

Google Play Store (Android) und im App Store (Mac) heruntergeladen werden.

Ein so informierter Patient kann sehr viel einfacher auch außerhalb der Praxis „gecoacht“ werden: Neben dem zusätzlichen Informationstransfer sind Terminvereinbarungen und gegebenenfalls auch -verschiebungen problemlos möglich. Zusätzlich kann die mobile App mit dem Praxisnamen, dem Praxislogo und den Praxisfarben in den jeweiligen Stores individualisiert werden.

Autorin: Sylvia Fresmann
www.ParoStatus.de



Parodontale Befunderhebung mit dem Programm ParoStatus.de





Erfolgreiche Parodontitis-Therapie? Mit molekularer Diagnostik kein Problem.

Um die multifaktorielle Erkrankung Parodontitis erfolgreich zu behandeln, muss die Therapie individuell auf den Patienten abgestimmt sein. Daher basiert ein umfassender Therapieplan nicht nur auf dem klinischen Befund, sondern bindet auch immer die molekulare Diagnostik mit ein. Braucht mein Patient aufgrund der Bakterienbelastung eine adjuvante Antibiose und wenn ja, welches Antibiotikum ist optimal wirksam? Wie muss ich den genetischen Risikotyp bei der Behandlung berücksichtigen? Diese und noch mehr Fragen beantworten Ihnen unsere Testsysteme **micro-IDent®** und **GenoType® IL-1**. Sie können damit das Keimspektrum und das individuelle Entzündungsrisiko Ihres Patienten bestimmen und mit diesem Wissen die Therapie erfolgreich planen.



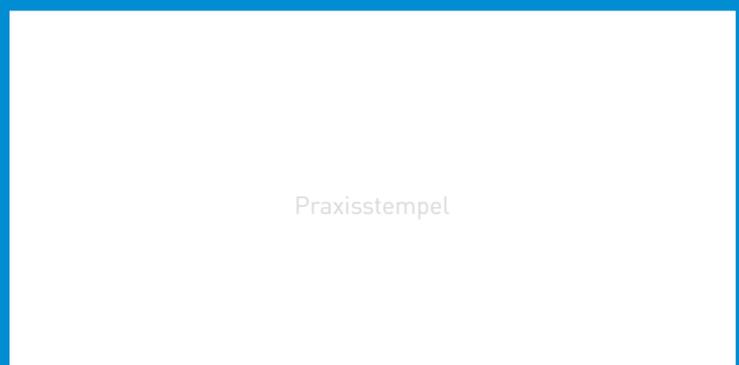
Kostenfreie Hotline: 00 800 - 42 46 54 33 | www.micro-IDent.de



Faxantwort an: +49 (0) 74 73- 94 51- 31

Bitte senden Sie mir kostenfrei:

- Infopaket Dentaldiagnostik (inkl. Probenentnahmesets)
- Probenentnahmeset **micro-IDent®**, **micro-IDent® plus**
- Probenentnahmeset **GenoType® IL-1**
- Probenentnahmeset **Kombitest Basis**, **Kombitest Plus**



Praxisstempel

Praxisstempel

DENT10616IPN