

## PN Aktuell

### Schwerpunkt Prophylaxe

#### Kariesrisiko- bestimmung

Prof. Dr. Stefan Zimmer klärt in seinem Beitrag den Begriff der Kariesrisikobestimmung, blickt auf den Sonderfall der kieferorthopädischen Behandlung und gibt Empfehlungen für den Praxisalltag.

**Wissenschaft & Praxis**  
» Seite 4

#### Marktübersicht

Einen aktuellen Überblick über derzeit erhältliche Kariesrisiko-/Parodontitistests.

**Marktübersicht**  
» Seite 4

#### Aktion & Motivation

Gewollt und nicht gekannt? Zum Führen einer parodontologischen Praxis gehört mehr als nur Kennzahlen der Betriebswirtschaft – dazu gehört auch das motivierende und aktivierende Führen des Praxispersonals.

**Praxismanagement**  
» Seite 16

## Alternative: Anstellung!

In Deutschland arbeiten immer mehr Zahnärzte als Angestellte. Mitte 2009 waren es bereits 3.705. Ein kritischer Trend zu größeren Versorgungseinheiten, wie nun die KZBV mitteilte.



„Die Zahl der angestellten Zahnärzte hat sich binnen zweier Jahre weit mehr als verdoppelt. Und wahrscheinlich wird sich der Trend dynamisch fortsetzen. Damit werden die Praxen größer und das Praxisnetz dünner. Langfristig muss man aufpassen, dass dadurch nicht die hochwertige wohnortnahe Versorgung gefährdet wird“, so Dr. Jürgen Fedderwitz, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. Einerseits, so Fedderwitz weiter, scheuten gerade junge Zahnärztinnen und Zahnärzte die enorm hohen Investitionskosten für eine eigene Praxis und nutzten die Anstellung als Alternative. Andererseits zeige eine aktuelle Umfrage des Institutes der Deutschen Zahnärzte (IDZ), dass fast jeder fünfte Praxisinhaber die Anstellung zusätzlicher Behandler erwäge. Die mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz im Jahr 2007 geschaffene

Möglichkeit Zahnärzte anzustellen, verstärkte den ohnehin vorherrschenden langfristigen Trend zu größeren Praxisseinheiten. Fedderwitz: „1991 waren 7,5 Prozent der Praxen Gemeinschaftspraxen, 2007 waren es schon 19 Prozent. Und die Gemeinschaftspraxen sind heute auch größer als damals.“ Für die KZBV sei dies auch eine Reaktion auf den wachsenden Kostendruck und die Unsicherheit im Gesundheitswesen. Hier sei die Politik gefordert: „Wir brauchen Planungssicherheit und vernünftige Rahmenbedingungen, damit sich die Kollegen auch zukünftig in ausreichender Zahl in eigener Praxis niederlassen. Versorgungsstrukturen mit angestellten Zahnärzten können eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung, wie sie heute existiert, allein nicht sichern. Dafür steht nach wie vor der freie Beruf des selbstständigen Zahnarztes.“

## IHCF-Expertenrunde

Ende 2009 fand im Rahmen der Expertenrunden der IHCF-Stiftung zur Förderung der Gesundheit ein Experten-Talk zum Thema „Management der Dentinüberempfindlichkeit besonders im Rahmen der professionellen Zahnreinigung“ statt.

Ziel der IHCF-Diskussionsrunde, an der Prof. Dr. Elmar Reich\*/Biberach, Prof. Dr. Christoph Benz\*/München, PhD Ian Thompson\*/King's College London, Priv.-Doz. Dr. Andreas Braun\*/Bonn, Dr. Volker Scholz/Lindau und krankheitsbedingt per Internet Dr. Stefanie Feierabend/Würzburg und Richard Whatley/OSpray, London teilnahmen, war es, den aktuellen Stand der Methoden zur Behandlung und Prävention in der zahnärztlichen Praxis im Vergleich zu neuen Optionen zu dis-

Dentinüberempfindlichkeit aus dem Blickwinkel häuslicher Maßnahmen durch den Patienten widmete.<sup>1</sup> Diese Runde modifizierte auf Basis des Canadian Advisory Boards<sup>2</sup> eine Workflow-Anleitung für die Praxis für den Umgang mit der Problematik Dentinüberempfindlichkeit. Sie kam dabei zu folgenden Kernpunkten:

1. Dentinhypersensibilität ist ein Problem, das etwa ein Drittel der Erwachsenen zwischen 20 und 50 Jahren betrifft, mit einem Schwerpunkt bei Frauen

molaren am häufigsten betroffen.

3. In der zahnärztlichen Anamnese sollte der Patient nach dem Auftreten von Zahnpflichtigkeit auf Reize wie Temperatur, Berührung oder Luftzug befragt werden, weil er diese Beschwerden von sich aus selten erwähnt.
4. Es ist Aufgabe eines Zahnarztes (!), bei Auftreten von Dentinüberempfindlichkeiten differenzialdiagnostisch die Ursachen abzuklären.
5. Restaurative oder endodontische Maßnahmen stellen nur die „Ultima Ratio“ der Behandlung dar.
6. Die heute verwendeten Fluoride (NaF, AminF) in Zahnpasten und Mundspüllösungen können durch Bildung einer CaF<sub>2</sub>-Deckschicht teilweise offene Dentintubuli obliterieren. Ein Unterschied zwischen den verschiedenen Fluoridverbindungen besteht hierbei nicht. Die epidemiologischen Daten zeigen allerdings, dass dieser Mechanismus nicht ausreicht.

\*Autoren dieses Beitrags

» Seite 11



kutieren und zu Empfehlungen für das zahnärztliche Team zu kommen.

#### Hintergrund

Die Teilnehmerrunde bezog sich auf eine IHCF Konsensus-Runde im November 2008, die sich dem Thema

und der Altersgruppe 30 bis 40 Jahre.

2. Erosionen, Fehlfunktionen und Fehlbelastungen (Putzschäden) tragen wesentlich zur steigenden Prävalenz der Dentinüberempfindlichkeit bei. Dabei sind Zähne der linken Kieferhälfte und in Regio der Canini und Prä-

## Mikroinvasive Kariestherapie durch Kunststoffinfiltration

Die nachfolgend vorgestellte mikroinvasive Therapie von Karies durch Kunststoffinfiltration ermöglicht eine zahnhartsubstanzschonende und schmerzarme Behandlung von approximalen kariösen Läsionen, die in der Vergangenheit zumeist invasiv behandelt wurden.

Die frühen Stadien der Karies sind durch eine Demineralisation des Zahnschmelzes unterhalb einer scheinbar intakten Oberflächenschicht gekennzeichnet. Durch den Verlust an Mineralien wird der Zahnschmelz porös und zeigt eine charakteristische weißlich-opake Färbung. Das Prinzip der Kariesinfiltration beruht auf der Penetration von niedrigviskosen Kunststoffen (Infiltranten) in die Porositäten der Karies, getrieben durch Kapillarkräfte, ähnlich dem Aufsaugen von Wasser in einen Schwamm. Nach der Aushärtung des Kunststoffes wird ein weiteres Vorranschreiten der Karies verhindert und die Läsion stabilisiert.

Der Bereich innerhalb der Karies mit der größten Porosität wird als Läsionskörper bezeichnet und liegt unterhalb einer relativ stark mineralisierten pseudointakten Oberflächenschicht (Abb. 1). Diese kann die Penetration eines Infiltranten in den Läsionskörper behindern (Paris et al. 2007), so dass sie zunächst gezielt mit einem speziellen Ätzelgel erodiert werden muss (Meyer-Lückel et al. 2007). Anschließend sollte die Karies gut getrocknet werden, da jede Form von Feuchtigkeit die Kapillarkwirkung behindern würde. Hiernach wird ein Infiltrant aufgetragen, der in der Lage ist, bis zu mehreren Hundert Mikrometern tief in die Karies zu penetrieren (Meyer-Lückel 2008; Meyer-Lückel und Paris 2008; Paris et al. 2009). Vor der Lichthärtung des Materials werden oberflächliche Überschüsse entfernt, da anders als bei einer konventionellen Versiegelung die Kunststoffbarriere innerhalb der Karies und nicht auf der Zahnoberfläche geschaffen werden soll.

Die klinische Wirksamkeit der Kariesinfiltration hinsichtlich der Verhinderung einer weiteren Kariesprogression konnte inzwischen von mehreren Arbeitsgruppen nachgewiesen werden (Ekstrand et al. 2010; Martignon und Ekstrand 2010; Paris und Meyer-Lückel 2010). Die Infiltration von approximalen kariösen Läsionen mit niedrigviskosen, lichthärtenden Kunststoffen könnte somit eine Brücke zwischen den bisher verfügbaren noninvasiven (Prävention) und minimalinvasiven (Restauration) Therapiestrategien schlagen (Kidd und Fejerskov 2003; Meyer-Lückel et al.

2009). Eine Behandlung von Wurzelkaries ist aufgrund des hohen Wasseranteils des hierbei betroffenen Dentins mit der vorgestellten Therapie hingegen nicht möglich. Die Indikationsstellung wird klinisch über die Einschätzung der (radiologischen) Ausdehnung der Karies, des Vorhandenseins von (Mikro-)kavitationen an der Läsionsoberfläche sowie der Wahrscheinlichkeit

» Seite 8

**ANZEIGE**

**improtect®**  
Implantatechutz-Gel

**Das können Sie empfehlen:**

**Gute Pflege und wertvollen Schutz für die Implantate Ihrer Patienten.**

Pflegegel für die vorbeugende Pflege von Zahnteil und Mundschleimhaut. Hilft den Sulkus entzündungsfrei zu halten. Zur dauerhaften Anwendung geeignet.

info dental - Rolf-Dietmar Poller - Mühlenstraße 101 - D-17213 Mirkow  
fon 039932 4671-45 - fax 03222 374 35 31 - [service@improtect.de](mailto:service@improtect.de) - [www.improtect.de](http://www.improtect.de)