ANZEIGE
+41 44 755 51 00
abc dental products & services
www.abcdental.ch

Entgelt bezahlt · Pressebuch International 64494

ANZEIGE
RODENT
DER BOHRER SPEZIALIST
WWW.RODENT.CH

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Swiss Edition

No. 7/2017 · 14. Jahrgang · 18. Oktober 2017 · PVSt. 64494 · Einzelpreis: 3.00 CHF

Gegen Periimplantitis

Dr. Frederic Kauffmann, Würzburg, und Dr. Alexander Müller-Busch, Ingolstadt, beide Deutschland, informieren über Diagnostik, Prävalenz, Risikofaktoren und Therapie.

▸ *Seite 8f*

Fortbildung Zürichsee

„Reparation – Regeneration – Restauration" – Vom 10. bis zum 16. September fand der 7. Lipperswiler Intensiv-Wochenkurs der Fortbildung Zürichsee statt.

▸ *Seite 10*

Bessere Mundgesundheit

GSK Consumer Healthcare unterstützt mit einem Dental Detailing Team zahlreiche Universitätskliniken, Fachschulen, Zahnarzt- und DH-Praxen bei der Patientenaufklärung.

▸ *Seite 20*

ANZEIGE

Die Parodontologie in Genf vor dem Aus?

Paradoxe Pläne führen zu Protest der Fachgesellschaft und widersprechen aller Vernunft.

BRIGG – Dass an der Universität zuweilen interne Konflikte wüten, ist bekannt. Dass solche Konflikte den Fortbestand eines Lehrstuhls bedrohen, ist hingegen nicht hinzunehmen und muss öffentlich angeprangert werden. So unwahrscheinlich es klingt – Tatsache ist: Der Lehrstuhl für Parodontologie in Genf ist bedroht. Eine Universitätsklinik, die gerade erst in brandneue, hochdigitalisierte Räumlichkeiten umgezogen ist, scheint jenseits ihrer Bildschirme den Blick für die Wirklichkeit verloren zu haben, der die in Ausbildung befindlichen Zahnmedizinstudenten begegnen. Es ist die Wirklichkeit einer Bevölkerung, die nach einer erschwinglicheren Zahnmedizin verlangt, innerhalb derer zwei Krankheiten – Karies und Parodontitis – vorherrschen und eine dritte, Periimplantitis, epidemisch werden könnte.

© wk1003mike/Shutterstock.com
Statement in französischer Sprache

Wie kann man vor diesem Hintergrund verstehen, dass ausgerechnet das Fach, das sich mit der Hauptursache des Zahnverlusts und zudem der einzigen Munderkrankung, die Auswirkungen auf den Gesamtgesundheitszustand hat, befasst, nicht mehr angemessen vertreten sein würde? Wie sollen wir ohne einen starken akademischen Rückhalt für eine konservierende, vernünftige und erschwingliche Zahnmedizin streiten? Wie lässt sich ein solcher Entscheid rechtfertigen, wo doch die Zielvorgabe der WHO lautet, dass die 70-Jährigen bis 2020 mindestens 20 funktional aktive Zähne aufweisen sollen?

Der Schaden wäre immens

Der Bedeutungsverlust der Parodontologie käme voraussichtlich anderen Fächern zugute, die hingegen nicht im Dienste der oben genannten

Fortsetzung auf Seite 2 unten →

Bieler „Möchtegern-Zahnarzt"

Anwalt legt in Lausanne Beschwerde ein.

BIEL – Das Berner Obergericht und das Regionalgericht Berner Jura-Seeland in Biel hatten den Zahntechniker u.a. wegen Körperverletzungen und Betrug zu einer viereinhalbjährigen Haftstrafe verurteilt. Er liess nun durch seinen Anwalt Beschwerde beim Bundesgericht in Lausanne einreichen. Die Richter der Vorinstanzen sahen es als erwiesen an, dass der Zahntechniker Arbeiten durchgeführt hatte, die Zahnärzten vorbehalten seien. Damit machte er sich nach Ansicht der Richter u.a. mehrfacher schwerer und einfacher Körperverletzung sowie gewerbsmässigen Betrugs schuldig. Das Obergericht Bern bestätigte auch die Sicherheitshaft, die das Bieler Amtsgericht angeordnet hatte. Der amtliche Verteidiger argumentierte, dass es sich lediglich um Verstösse gegen das Heilmittelgesetz handeln würde. DT

Quelle: ZWP online

Distinguished Teacher Award 2018

Besondere Auszeichnung für Prof. Dr. Anton Sculean.

Prof. Dr. Anton Sculean (rechts) und Prof. Dr. Christos Katsaros bei der Preisübergabe.

MONTREUX – Vom 5. bis 10. Juni fand in Montreux der 93. Kongress der European Orthodontic Society (EOS) statt. Knapp 2'000 Teilnehmer besuchten das Event, das mit hochkarätigen Keynote Speakern aufwartete und viele interessante Fachbeiträge bot.

Auf diesem Kieferorthopäden-Kongress wurde Prof. Dr. Anton Sculean eine grosse Anerkennung zuteil – er wurde mit dem Distinguished Teacher Award 2018 ausgezeichnet.

Diese Auszeichnung wird jährlich an ausgewiesene und international anerkannte Referenten verliehen. Der Distinguished Teacher Award dient der Förderung der Qualität der Weiterbildung in Europa.

Prof. Sculean wird in diesem Rahmen zwei eintägige Kurse in Athen und Neapel bestreiten. Diese Kurse werden von der EOS organisiert und können von den KFO-Weiterbildungsassistenten aus Europa kostenlos besucht werden. Zudem werden die Kursvideos auf der EOS-Website zur Verfügung gestellt. DT

ANZEIGE

Prof. Dr. Nicola U. Zitzmann berufen

Die Universität Basel hat eine neue Professorin für Rekonstruktive Zahnmedizin.

BASEL – Mit der neuen Professorin für Rekonstruktive Zahnmedizin, Prof. Dr. Nicola U. Zitzmann, hat die Universität Basel auf den 1. September 2017 eine erfahrene Klinikerin und Wissenschaftlerin an die Universitätskliniken für Zahnmedizin Basel (UZB) berufen. Sie war dort bereits als Titularprofessorin und stellvertretende Leiterin der Klinik für Parodontologie, Endodontologie und Kariologie tätig.

© Universität Basel

1967 in Köln geboren, studierte sie Zahnmedizin an der RWTH Aachen mit Staatsexamen und Approbation 1991 und Promotion im folgenden Jahr. Sie erwarb den Fachzahnarzttitel in Rekonstruktiver Zahnmedizin an der Universität Zürich, 2004 die Habilitation zur Privatdozentin in Rekonstruktiver Zahnmedizin und die Venia docendi an der Universität Basel. Als Visiting Assistant an der Universität Göteborg, Schweden, erhielt sie 2006 den PhD im Bereich Parodontologie.

Ihre Forschungstätigkeit liegt im Bereich der festsitzenden Prothetik und der implantatgetragenen Rekonstruktionen mit Fokus auf Weichgewebsaspekten. Dafür wurde sie mit dem renommierten Jan Lindhe Award 2014 ausgezeichnet. Zitzmann präsidiert unter anderem die Eidgenössische Prüfungskommission Zahnmedizin sowie die Spezialisierungskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Rekonstruktive Zahnmedizin. Sie ist zudem Präsidentin des International College of Prosthodontics und des International Team for Implantology, Sektion Schweiz.

Zitzmann möchte die interdisziplinäre Zusammenarbeit stärken und die neuen digitalen Möglichkeiten vermehrt in den Klinikalltag und in die Ausbildung integrieren. Dabei soll die Klinik für Rekonstruktive Zahnmedizin in der Öffentlichkeit als Kompetenzzentrum für Kollegen und als Anlaufstelle für die gesamte Bevölkerung etabliert werden. DT

Quelle: Universität Basel

ANZEIGE

DENTAL TRIBUNE

IMPRESSUM

Verlag
OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: +49 341 48474-0
Fax: +49 341 48474-290
kontakt@oemus-media.de
www.oemus.com

Verleger
Torsten R. Oemus

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

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

Redaktionsleitung
Majang Hartwig-Kramer (mhk)
m.hartwig-kramer@oemus-media.de

Redaktion
Katja Mannteufel (km)
k.mannteufel@oemus-media.de

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

Projektmanagement/Vertrieb
Stefan Thieme
s.thieme@oemus-media.de

Produktionsleitung
Gernot Meyer
meyer@oemus-media.de

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

Lysann Reichardt
l.reichardt@oemus-media.de

Bob Schliebe
b.schliebe@oemus-media.de

Layout/Satz
Matthias Abicht
abicht@oemus-media.de

Lektorat
Ann-Katrin Paulick
Marion Herner

Erscheinungsweise
Dental Tribune Swiss Edition erscheint 2017 mit 8 Ausgaben, es gilt die Preisliste Nr. 8 vom 1.1.2017.
Es gelten die AGB.

Druckerei
Dierichs Druck+Media GmbH, Frankfurter Str. 168, 34121 Kassel, Deutschland

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

Weniger ist mehr – Eine berechtigte Entwicklung oder nur ein Trend in der Implantologie?

Statement von Assoz.-Prof. DDr. Michael Payer*.

GRAZ – Der Trend vom Minimalismus – also vom Verzicht – macht auch vor der Zahnmedizin und Implantologie keinen Halt. Was jedoch vor allem in der westlichen Welt als moderner Lebensstil gilt, ist in der Medizin/Zahnmedizin eine nicht mehr wegzudenkende Entwicklung zum Wohle unserer Patienten. Mit „weniger" ein gleich gutes oder sogar „mehr" sprich, ein besseres Behandlungsergebnis zu erzielen, ist daher in vielen Teilbereichen der Implantologie bereits gelebter und wissenschaftlich belegter Alltag.

Die Implantologie bewegt sich ganz klar in die Richtung minimaler Invasivität, d. h. Reduktion, und weg von grossen, für den Patienten unangenehmen chirurgischen Eingriffen z. B. durch die Optimierung von Ersatzmaterialien und vor allem auch dank der dreidimensionalen Behandlungsplanung von chirurgischer, prothetischer und von zahntechnischer Seite.

Die Fragestellung betrifft aber auch weitere Aspekte unserer Behandlungen: weniger Praxisbesuche, weniger Strahlenbelastung, weniger Risiken oder unangenehme Begleiterscheinungen der Implantatbehandlung.

Auch in der Implantatprothetik gibt es diesen Trend, und wir stimmen überein, dass ein Weniger an Invasivität, an Behandlungsdauer, an Kosten … für die Patienten von Vorteil ist. Demgegenüber steht aber die Forderung nach mehr Aufmerksamkeit, mehr Planung, mehr Aufwand, mehr Präzision, um Implantatrekonstruktionen möglichst langlebig zu machen.

Ganz klar stellt sich hier auch die Frage, ob durch den Einsatz digitaler Chairside-Technologien weniger oder mehr Aufwand, Behandlungszeit und Behandlungsschritte notwendig sind. Der anfängliche Mehraufwand scheint in einer Vereinfachung der implantatprothetischen Abläufe und mehr Effizienz zu resultieren, und man darf gespannt sein, wann und wie der „digitale Workflow" seinen Siegeszug auf breiter Ebene in der allgemeinen Praxis fortsetzt.

„Weniger ist Mehr?" ist auch das Motto der diesjährigen ÖGI-Jahrestagung in Graz – allerdings haben wir das nicht auf die Zahl und Qualität der Referenten und Themen bezogen, sondern auf die Anwendung „minimalinvasiver Konzepte in der Implantologie". Das Thema „Zahnerhalt vs. Implantat" wird ebenso wie minimalinvasive chirurgische Konzepte, Implantatmedizin oder die Frage „Ist weniger mehr?" in der Implantatprothetik von renommierten Referenten behandelt *(www.oegi.org)*. Zwei Humanpräparat-Kurse in Kooperation mit der Osteology Foundation und der ÖGI Next Generation sowie praxisrelevante „Meet the Expert-Kurse" der ÖGI, die höchst attraktiven Veranstaltungen der ÖGI-Platinsponsoren im Rahmen eines Industrieforums und das Forum Assistenz in Kooperation mit der „Grazer Dentalhygieneschule" ergänzen das Programm und machen die ÖGI-Jahrestagung hoffentlich „mehr als weniger" zu einem Highlight der deutschsprachigen Implantatkongresse 2017. DT

* Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Implantologie

Neue Mitglieder im SSP-Vorstand

Vertreter aus Aarau, Bern und Basel sind voller Tatendrang.

BRIGG – Die Schweizerische Gesellschaft für Parodontologie (SSP) wählte auf ihrer Mitgliederversammlung, die während der 47. Jahrestagung der Fachgesellschaft Mitte September in Fribourg durchgeführt wurde, in offener Wahl einstimmig drei neue Mitglieder in den Vorstand.

Dr. Antje Straub aus Aarau wird als Vizepräsidentin eng mit dem Präsidenten Dr. Patrick Gugerli zusammenarbeiten. Sie hat in Fribourg und Bern studiert und bei Prof. Dr. Niklaus Lang promoviert. Seit 2001 ist sie Fachzahnärztin für Parodontologie.

Dem SSP-Vorstand gehören neu auch Prof. Dr. Clemens Walter (Basel) und PD Dr. Christoph Ramseier (Bern) an.

Prof. Walter studierte Zahnheilkunde an der Freien Universität Berlin, promovierte 2005 bei Prof. Dr. Norbert Suttorp, habilitierte 2012 und ist seit 2015 Fachzahnarzt für Parodontologie. Seit 2016 ist er Titularprofessor an der Universität Basel.

PD Dr. Ramseier studierte Zahnmedizin in Bern, promovierte 2000 und ist seit 2004 Facharzt für Parodontologie SSO/SSP und der European Federation of Periodontology (EFP). Seit 2016 ist er Privatdozent der Universität Bern.

Aus dem Vorstand ausgeschieden sind Prof. Dr. Anton Sculean, die Vizepräsidentin Dr. Kathrin Lampe-Bless und die Redaktorin des SSP-aktuell, Dr. Frauke Berres. DT

← *Fortsetzung von Seite 1: „Die Parodontologie in Genf vor dem Aus?"*

Ziele stehen. Die Abschaffung der Parodontologie in Genf würde ein kostbares wissenschaftliches Erbgut gefährden. Die Qualität der Weiterbildung wäre ebenfalls betroffen, was umso bedauernswerter wäre, als Genf das einzige französischsprachige Weiterbildungszentrum der Schweiz auf diesem Gebiet ist. Der Verlust der Parodontologie wäre ein Rückschritt, der allen schaden würde, und zuallererst unseren Patienten. Aus all diesen Gründen unterstützt die SSP offen die Beibehaltung einer ordentlichen Professur für Parodontologie an der Universität Genf. Die SSP ruft darüber hinaus alle Verantwortlichen von Ausbildungszentren dazu auf, hinreichend widerstandsfähige Strukturen zu schaffen, um denjenigen Einhalt zu gebieten, die die Parodontologie in den Hintergrund drängen möchten. DT

Autor:
Dr. Patrick Gugerli, Präsident der SSP

Kostenanstieg im Gesundheitswesen eindämmen

Bund und Kantone erörtern Massnahmen, um Gesundheitskosten zu beschränken.

BERN – Eine finanziell tragbare Gesundheitsversorgung ist eines der Hauptziele von Bund und Kantonen. Der „Dialog Nationale Gesundheitspolitik", die gemeinsame Plattform von Bund und Kantonen, hat sich deshalb an seiner Sitzung vom 24. August 2017 über Massnahmen ausgetauscht, wie der Kostenanstieg im Gesundheitswesen eingedämmt werden kann.

Die Kosteneindämmung im Gesundheitswesen ist dieses Jahr das Schwerpunktthema des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik. Bund und Kantone haben dazu in verschiedenen Bereichen Massnahmen beschlossen oder aufgegleist. Der Bundesrat hat im Juli 2017 einen Vorschlag präsentiert zur Zulassung der Ärzte, die zulasten der Grundversicherung abrechnen dürfen. Dieser ermöglicht den Kantonen ein wirksameres Eingreifen zur Eindämmung des Kostenanstiegs, baut auf den Mindestanforderungen an die Ausbildung und Qualifikation der Ärzte für die Berufsausübung auf und erhöht die Anforderungen an die vergütungsberechtigte Tätigkeit. Die Kantone unterstützen die neue Regelung.

Mehr Effizienz der Versorgung

Bund und Kantone sind sich darüber einig, dass die Effizienz der Versorgung gesteigert werden muss. Die Kantone haben im Mai 2017 einstimmig die Förderung „ambulant vor stationär" beschlossen, weil damit Fehlanreize beseitigt und substanzielle Einsparungen erzielt werden können. Der Bundesrat befürwortet eine solche Verlagerung. Ziel ist, eine gesamtschweizerisch gültige Regelung zu finden. Die Kantone lehnen eine einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen ab, wie sie derzeit im Parlament diskutiert wird, weil sie davon ausgehen, dass damit nur Geld verschoben statt eingespart wird.

Der Bundesrat hat zudem in seiner Sitzung vom 16. August 2017 entschieden, den Ärztetarif TARMED anzupassen, weil sich die Tarifpartner nicht auf eine Gesamtrevision einigen konnten. Er hat verschiedene übertarifierte Leistungen angepasst. Die Kantone sind aufgefordert dazu beizutragen, dass die mit diesem Eingriff verbundenen Kosteneinsparungen nicht umgangen werden. Bund und Kantone sind sich einig, dass sich diese Einsparungen in den Prämien 2018 niederschlagen müssen.

Gut und teuer

Das Schweizer Gesundheitssystem ist im internationalen Vergleich eines der besten, aber auch eines der teuersten. Von 1996 bis 2015 mussten jedes Jahr pro versicherte Person durchschnittlich vier Prozent mehr für die Vergütung von medizinischen Leistungen und Produkten ausgegeben werden. 2016 sind die Kosten in ähnlichem Rahmen gestiegen. DT

Quelle: Bundesamt für Gesundheit

Innovation Qualité: Der neue Preis für Qualitätspioniere

Ideen, von denen das ganze Gesundheitswesen profitieren sollte, sind gefragt.

BERN – Fortschrittlich und praxisbewährt: Diese Eigenschaften haben jene Qualitätsprojekte aus dem Schweizer Gesundheitswesen, welche die Innovation Qualité gewinnen wollen, die neue Auszeichnung der Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin (SAQM). Die Qualitätsorganisation der FMH macht damit die innovativen Ideen engagierter Pioniere bekannt, die das Gesundheitswesen auf lange Sicht voranbringen.

Wie lässt sich die Qualität im Gesundheitswesen noch weiter verbessern? Die zukünftigen Gewinner der Innovation Qualité wissen es. Von ihren Erfahrungen und Erfolgen sollen sowohl Patienten und Gesundheitsfachleute als auch die Öffentlichkeit profitieren. Mit diesem Ziel will die SAQM Pionierleistungen der Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen auszeichnen und die Fachdiskussion beleben.

Ob Arzt, Pflegefachkraft, Hebamme, Rehabilitationsmanager oder IT-Verantwortlicher: Wer im Schweizer Gesundheitswesen arbeitet und ein innovatives Qualitätsprojekt zum Erfolg geführt hat, sollte sich damit um die Innovation Qualité 2018 bewerben. Es sind drei Preiskategorien ausgeschrieben:

- Patientenversorgung neu gedacht – dotiert mit 15'000 Franken
- Patientensicherheit – dotiert mit 15'000 Franken
- Ärzteorganisationen – dotiert mit 10'000 Franken

Die ersten beiden Kategorien stehen Fachleuten des gesamten Gesundheitswesens offen. Die Kategorie Ärzteorganisationen soll ärztliche Berufsvereinigungen motivieren, ihre Qualitätsprojekte einzureichen. Die SAQM freut sich auf zahlreiche Projekteingaben bis zum 8. Dezember 2017. Von teamintern bis institutionsübergreifend ist jedes Projekt willkommen, das die Qualität im Gesundheitswesen wirkungsvoll verbessert. Die Innovation Qualité wird am 17. April 2018 im Rahmen des SAQM-Symposiums in Bern verliehen.

Weitere Informationen finden Sie unter *www.innovationqualite.ch.* DT

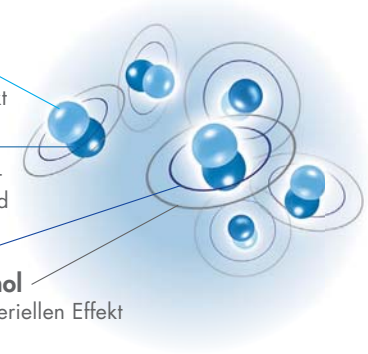
Quelle: Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH

ANZEIGE

NEU: meridol® PARODONT EXPERT ZAHNPASTA – SPEZIELL FÜR PATIENTEN MIT PARODONTITIS

NEU meridol® PARODONT EXPERT – Ihre Empfehlung wert:

- Höhere* Konzentration antibakterieller Inhaltsstoffe
- Fördert den Widerstand des Zahnfleisches gegen Parodontitis[1]
- Therapeutischer Geschmack und spürbarer Effekt unterstützen die Compliance



GABA Schweiz
Spezialist für Mund- und Zahnpflege

*vs. meridol® Zahnfleischschutz Zahnpasta. [1]Studiendaten, TU Dresden, Data on file. Für Bestellungen: www.gabashop.com

Leitfaden des FDI für die Kariesprophylaxe

World Dental Federation unterstützt mit Guideline Zahnärzte bei der Wahl der geeigneten Behandlungsoptionen.

GENF – Der Leitfaden wurde im Rahmen des FDI World Dental Congress in Madrid, der vom 29. August bis 1. September unter der Schirmherrschaft der von Colgate unterstützten Caries Prevention Partnership (CPP) stattfand, vorgestellt. Er soll mit seinen leicht verständlichen Anweisungen als visuelle Unterstützung für Zahnarztpraxen dienen. Ziel ist es, die negativen Folgen von Karies so früh wie möglich einzudämmen, indem eine weitere Zerstörung der Zahnsubstanz verhindert, der Kariesprozess eingedämmt und eine Remineralisierung eingeleitet wird. Ausserdem soll der Patient zu einer Verbesserung und dauerhaften Aufrechterhaltung der Mund- und Zahnhygiene angeleitet werden.

Unterstützung für Zahnmediziner

„Wir sind davon überzeugt, dass dieser Leitfaden ein äusserst geeignetes Hilfsmittel für Zahnmediziner darstellt und sie bei der Wahl der geeigneten Behandlungsoptionen unterstützt", meinte Sophie Dartevelle, Mitglied des Ausschusses für öffentliche Gesundheit beim FDI. „Zahnmediziner behandeln täglich eine Vielzahl von Patienten, die alle ihre eigenen Bedürfnisse und Erwartungen an das Ergebnis haben. Dieser Leitfaden soll daran erinnern, dass die Kariesbehandlung so wenig invasiv wie möglich sein sollte und dass der Patient in die Prophylaxe mit einbezogen werden muss."

© Alex Mit/shutterstock.com

Risikobewertung je nach Altersgruppen

Der Leitfaden vermittelt einen breit angelegten Einblick in den Umfang des Eingriffs und zeigt, wie man das Kariesrisiko anhand von unterschiedlichen, sich im Laufe eines Lebens verändernden Faktoren einschätzen kann. Diese allgemeinen Risikofaktoren berücksichtigen den sozialen und wirtschaftlichen Status des Patienten, den Zuckerkonsum, die Mundhygiene und vieles mehr. Sie werden auf fünf Altersgruppen angewendet: Drei während der Kindheit und Jugend, eine im Erwachsenenalter und eine im fortgeschrittenen Erwachsenenalter. Für jede Altersgruppe erfolgt eine eigene Risikobewertung, auf deren Grundlage Empfehlungen für eine professionelle Aufrechterhaltung der Zahngesundheit sowie Ratschläge für den Patienten erstellt werden.

Caries Prevention Partnership

Die CPP wurde 2015 gegründet. Sie bemüht sich weltweit darum, in Zahnarztpraxen den Fokus von einer Restaurativen Zahnmedizin hin zu einer Präventiven Zahnmedizin zu verlagern. Die Prävention von Mund- und Zahnerkrankungen soll durch hochwertiges Informationsmaterial zur Kariesprophylaxe und durch Aktivitäten verbessert werden, die sich an Zahnmediziner, Patienten und die Öffentlichkeit richten. Dazu gehört auch das Weissbuch zur Vorbeugung und Behandlung von Zahnkaries, das letztes Jahr, begleitet durch entsprechende Webinare, Workshops und ein Toolkit, veröffentlicht wurde. DT

Quelle: FDI

ANZEIGE

Antibiotika Awareness Woche

Kampf gegen Antibiotikaresistenzen wird weltweit intensiviert.

BERN – Die Zahl der Antibiotikaresistenzen nimmt weltweit zu. Mit der internationalen Antibiotika Awareness Woche will die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Problematik einem breiten Publikum bewusst machen. In der Schweiz wird erstmals vom 13. bis 19. November 2017 gemeinsam mit den Akteuren aus den Bereichen Humanmedizin, Veterinärmedizin, Landwirtschaft und Umwelt über das Thema Antibiotikaresistenzen informiert und diskutiert.

Geplant sind diverse Anlässe, Publikationen und Informationsveranstaltungen. Koordiniert wird die Woche durch die Bundesämter für Gesundheit (BAG), Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV), Landwirtschaft (BLW) und Umwelt (BAFU). Universitäten, Experten, Branchenorganisationen, Verbände, Forschungsstätten, Gesundheitseinrichtungen, Apotheken, Konsumentenverbände und andere interessierte Akteure beteiligen sich. Zahlreiche Aktivitäten und Aktionen wie beispielsweise Symposien für Ärzte an Universitäten und Spitälern oder Referate für Laien, Ausstellungen und Schulungen an landwirtschaftlichen Hochschulen und Forschungsstätten sind bereits geplant.

Ein öffentliches Symposium von Public Health Schweiz bietet in Bern einen breiten Überblick über die aktuellen Entwicklungen im Bereich der Antibiotikaresistenzen, über die Gefahren und Risiken, aber auch über mögliche Lösungsansätze. Weiter finden spezielle Tagungen, Fachveranstaltungen und Info-Anlässe sowie Vorträge und Führungen statt.

Der übermässige und teils unsachgemässe Einsatz von Antibiotika führt dazu, dass immer mehr Bakterien gegen Antibiotika resistent werden. Der Bundesrat hat deshalb 2015 seine nationale Strategie Antibiotikaresistenzen (StAR) verabschiedet, um das Problem zunehmender Resistenzen koordiniert anzugehen. DT

Quelle: Bundesamt für Gesundheit

Zusammenschluss von SVDA und AVAD

Alle Sprachregionen sollten in einem nationalen Berufsverband vereint sein.

SURSEE – Der Schweizerische Verband der Dentalassistentinnen (SVDA) vertritt die beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen der Mitglieder und sorgt für regelmässige Fortbildungen. Zur Vertretung der regionalen Interessen ist der SVDA in Regionalgruppen organisiert. Seit einigen Jahren war der SVDA bestrebt, die Association Vaudoise Assistantes Dentaires (AVAD) als eine Regionalgruppe zu gewinnen.

Der waadtländische Berufsverband

Die AVAD wurde am 25. Oktober 1976 in Lausanne gegründet. Seit 1981 wurde die AVAD grosszügig von der Waadtländer Zahnärztegesellschaft unterstützt, vor allem in finanzieller Hinsicht. Alle paar Jahre musste diese Vereinbarung durch zahlreiche Verhandlungen wieder erneuert werden. Seit 2015 gehen die beiden Verbände jedoch getrennte Wege. Das war für die AVAD ein Grund, sich mit dem SVDA zusammenzuschliessen.

Einstimmiger Beschluss

Am 29. Mai 2015 kam es anlässlich des SSO-Kongresses in Montreux zu einem ersten Gespräch mit Vertreterinnen der AVAD. Die Präsidentin des SVDA, Elsbeth Tobler, und weitere Vertreter des SVDA sowie die Präsidentin der AVAD, Dominique Boss, und ihre Vorstandsmitglieder trafen sich mehrmals in der Westschweiz. Gegenseitige Fragen wurden geklärt, Vorschläge und Angebote für die Mitglieder der Westschweizer Regionalgruppe unterbreitet, Übersetzungs- und Kostenfragen gelöst. An der GV 2016 beschlossen die Mitglieder der AVAD einstimmig den Zusammenschluss mit dem SVDA.

Regionalgruppe Romandie des SVDA

Am 1. Januar 2016 war es so weit. Aus der AVAD mit über hundert Mitgliedern wurde die Regionalgruppe Romandie des SVDA, die offiziell das Bindeglied zu allen Romands ist. Die Mitglieder der Westschweiz profitieren von zusätzlichen Leistungen wie der kostenlosen Rechtsberatung und nationalem Mitspracherecht. Natürlich hofft der Verband, dass dadurch auch weitere dem SVDA nicht angeschlossene Regionen zu einem Beitritt motiviert werden, damit der SVDA seine Rolle als nationaler Berufsverband wahrnehmen kann.

Der Verband ist bestrebt, Vertreterinnen aus der Romandie für die Kommissionen des SVDA zu gewinnen, damit die Westschweizer Kolleginnen ihre Anliegen einbringen können. An der kommenden Regionalgruppen-Konferenz wird die Zusammenarbeit mit der Regionalgruppe Romandie weiter vertieft.

Der SVDA hofft ausserdem, möglichst viele Mitglieder am SVDA-Kongress 24. und 25. November 2017 in Olten begrüssen zu können. Informationen und die Anmeldung zum Kongress unter *www.svda.ch.* DT

Autoren:
Eva-Maria Bühler und Remo Fürer, SVDA

Jahre 150 Streuli pharma

Dentohexin 0,2 %

Bei Entzündungen im Mund- und Rachenbereich

Die Lösung mit einem breiten antibakteriellen und antimykotischen Wirkungsspektrum

- Prophylaxe und Therapie bakterieller oder mykotischer Entzündungen im Mund- und Rachenbereich
- Infektionsprophylaxe vor und nach zahnchirurgischen Eingriffen
- Schnell einsetzende und lang anhaltende Wirkung
- Zur Unterstützung bei eingeschränkter Mundhygiene

Streuli Pharma AG steht für moderne Produkte und erstklassige Dienstleistungen.
Bewährte Medikamente des Schweizer Pharmaunternehmens, die seit Generationen wirken.

Dentohexin Lösung, 2 mg/ml: Z: Chlorhexidini gluconas (2 mg/ml). **I:** Prophylaxe und Therapie bakterieller oder mykotischer Entzündungen im Mund- und Rachenbereich; Infektionsprophylaxe vor und nach zahnchirurgischen Eingriffen; Unterstützung bei eingeschränkter Mundhygiene. **D:** Die Dentohexin Lösung wird mit gleichen Teilen Wasser verdünnt. Erwachsene und Kinder ab 6 Jahren: morgens und abends nach den Mahlzeiten, vorzugsweise 15 Minuten nach dem Zähneputzen, mit 5 ml Dentohexin Lösung, welche mit 5 ml Wasser verdünnt ist, ca. 20 Sekunden lang spülen und gurgeln; bei Prothesen-Stomatitis die Prothese reinigen und anschliessend während 5 Minuten in unverdünnte Dentohexin-Lösung einlegen, Mund zusätzlich spülen. Bei Kindern und Jugendlichen ist die Behandlung zahnärztlich oder ärztlich in halbjährlichem Abstand zu überprüfen. **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der Hilfsstoffe; Ulzerationen oder erosiv-desquamative Veränderungen der Mundschleimhaut. **VM:** Dentohexin nicht in Auge oder Gehörgang bringen; die Anwendung und Sicherheit bei Kindern unter 6 Jahren ist bisher nicht geprüft worden; Schwangerschaft / Stillzeit. **IA:** Anionische Substanzen (Zahnpasten); zuckerhaltige Speisen und Getränke. **UAW:** Mehrheitlich reversible Zahnverfärbung; Störungen der Geschmacksempfindung; Taubheitsgefühl der Zunge; allergische Reaktionen. Swissmedic: D. Stand der Information April 2005. Vertrieb: Streuli Pharma AG, 8730 Uznach. Ausführliche Angaben entnehmen Sie bitte www.swissmedicinfo.ch.

4069_07_2017_d

streuli-pharma.ch

Chronischer Schlafmangel erhöht die Risikobereitschaft

Forschende der Universität und des Universitätsspitals Zürich plädieren für ausreichenden Schlaf.

ZÜRICH – Junge Erwachsene haben ein natürliches Schlafbedürfnis von durchschnittlich neun Stunden pro Tag, bei älteren Erwachsenen sind es um die siebeneinhalb Stunden. Viele Menschen in westlichen Gesellschaften schlafen jedoch deutlich weniger. Studien zufolge berichtet rund ein Drittel der Befragten aus mehreren Industrieländern über zu kurze Schlafzeiten. Schläfrigkeit, verminderte Konzentrations- und Leistungsfähigkeit – immer mehr Menschen leiden an den Folgen chronischen Schlafmangels

Zu wenig Schlaf führt zu risikoreicheren Entscheidungen

Forschende der Universität Zürich und des Universitätsspitals Zürich haben nun eine weitere kritische Konsequenz von chronischem Schlafmangel identifiziert: Eine erhöhte Risikobereitschaft. Die Schlaf- und Neuroökonomie-Wissenschaftler untersuchten das Risikoverhalten von 14 gesunden männlichen Studenten im Alter von 18 bis 28 Jahren. Schliefen die Studenten eine Woche lang nur fünf Stunden pro Nacht, zeigten sie ein klar risikoreicheres Verhalten im Vergleich zu einer normalen Schlafdauer von etwa acht Stunden. Zwei Mal täglich mussten sie sich entscheiden, entweder einen kleineren Geldbetrag auf sicher zu erhalten oder eine grössere Geldmenge mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit. Je risikoreicher ihre Entscheidung, desto höher war die mögliche Gewinnsumme – aber auch das Risiko, leer auszugehen.

Riskanteres Handeln bleibt unbemerkt

Während eine einzelne Nacht ohne Schlaf keinen Einfluss auf die Risikobereitschaft hatte, verhielten sich elf von 14 Studienteilnehmern während einer Woche mit reduzierter Schlafdauer signifikant risikoreicher. Bedenklich ist insbesondere ein weiterer Befund: Die Studenten schätzten ihr Risikoverhalten gleich ein wie unter regulären Schlafbedingungen. „Wir bemerken selbst also nicht, dass wir unter Schlafmangel riskanter handeln", betont Christian Baumann, Professor für Neurologie und Leiter des Klinischen Forschungsschwerpunkts „Sleep and Health" der UZH. Gemäss den Studienautoren sollten wir alle daher eine genügende Schlafdauer anstreben – speziell Führungspersonen in Politik und Wirtschaft, die täglich weitreichende Entscheidungen zu treffen haben.

Fehlende Erholung in wichtigen Hirnregionen

Die Forschenden wiesen zudem erstmals nach, dass eine niedrige Schlaftiefe im rechten präfrontalen Kortex direkt mit vermehrtem Risikoverhalten zusammenhängt. Dieses Gebiet der Hirnrinde wurde schon früher mit Risikoverhalten assoziiert. „Wir nehmen an, dass Verhaltensänderungen gewissermassen anatomisch-funktionell begründet auftreten, indem sich der rechte präfrontale Kortex bei chronischem Schlafmangel ungenügend erholen kann", folgert Prof. Baumann. DT

Literatur:

Angelina Maric, Eszter Montvai, Esther Werth, Matthias Storz, Janina Leemann, Sebastian Weissengruber, Christian C. Ruff, Reto Huber, Rositsa Poryazova, Christian R. Baumann. Insufficient sleep: Enhanced risk-seeking relates to low local sleep intensity. Annals of Neurology. 21 August 2017. DOI: 10.1002/ana.25023.

Quelle: Universität Zürich

ANZEIGE

Neurologische Schäden durch Haftcreme?

Überversorgung mit Zink führte zu Kupfermangel-Myelopathie.

LONDON – Das *British Medical Journal* berichtete kürzlich über einen mysteriösen Fall bei einem 62-jährigen Patienten. Der Mann klagte über Taubheitsgefühle, Schmerzen und Schwäche. Ursache für die neurologischen Symptome war am Ende die Haftcreme, mit der er seine Prothese fixierte.

Aufgrund der neurologischen Beschwerden hatte der 62-Jährige bereits ein halbes Jahr seine Wohnung nicht verlassen und sass im Rollstuhl. Als er schliesslich ins Krankenhaus eingeliefert wurde, ergab die Blutanalyse unter anderem verminderte Kupfer- sowie erhöhte Zinkwerte. Auch das MRT zeigte Veränderungen in den Halswirbeln C2 bis C7. Aufgrund der Untersuchungsergebnisse wurde dem Mann eine Kupfermangel-Myelopathie assistiert.

Nach Ausschluss durch diverse Differenzialdiagnosen und Nachfrage beim Patienten wurde die zinkhaltige Haftcreme, die er zum Befestigen seiner Prothese verwendete, als Ursache identifiziert. Der Mann hatte über 15 Jahre hinweg bis zu vier Tuben pro Woche verbraucht, was zu einer Überversorgung mit Zink führte und wiederum den Kupferhaushalt durcheinander brachte.

Durch die Gabe von Kupfer und dem Wechsel zu einer nicht zinkhaltigen Haftcreme besserten sich seine Symptome merklich. Der 62-Jährige sitzt nach wie vor im Rollstuhl, da er wohl irreversible Schäden davongetragen hat. DT

Quelle: ZWP online

© grebeshkovmaxim/Shutterstock.com

Resistenzen fordern Umdenken

Bleibt Chlorhexidin der Goldstandard oder gibt es Alternativen?

ZÜRICH – Die Mundhöhle ist ein natürliches Habitat für viele Mikroorganismen. Manche davon sind essenziell, andere wiederum spielen eine Rolle in der Pathogenese unterschiedlicher Krankheitsbilder, einschliesslich der beatmungsassoziierten Pneumonie (VAP). Aufgrund der weltweit stark zunehmenden Resistenzen gegenüber Antibiotika rücken in einigen Einsatzbereichen antiseptische Wirkstoffe in den Vordergrund.

Chlorhexidin beispielsweise ist seit vielen Jahren ein etablierter Wirkstoff zur Antiseptik – insbesondere auch in der Mundhöhle. Mit dem gehäuften Einsatz kommen aber auch neue Grenzen zum Vorschein: Resistenzbildungen[1], anaphylaktische Reaktionen[2,3], Wirkschwächen gegen gramnegative Bakterien sowie Zahnverfärbungen. Interessant im Hinblick auf Antibiotikaresistenzen ist ein kürzlich entdeckter Zusammenhang: Chlorhexidin kann durch seinen Einsatz die Resistenz gegen das Antibiotikum Colistin fördern, das in der Humanmedizin als letzte Reserve gegen einige Bakterien gilt.[4]

In der Schweiz steht mit der *octenimed® Gurgellösung* (Wirkstoff: Octenidin) eine echte Alternative zur Verfügung. Octenidin ist seit Jahrzehnten (vor allem in der Wundversorgung) im klinischen Einsatz und zeichnet sich nicht nur durch eine gute Verträglichkeit, sondern insbesondere durch das sehr breite Wirkspektrum gegen Bakterien und Pilze aus.[5] Die lokale Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Laurent Poirel (Université de Fribourg) hat kürzlich die Wirksamkeit von Octenidin in geringsten Konzentrationen gegen eine Vielzahl an multiresistenten gramnegativen Bakterien bestätigt.[6] DT

Autor: Dr. Christoph Klaus, MSc, MPH; Scientific Affairs, Schülke&Mayr AG

Dr. Christoph Klaus

In der Schweiz steht mit der octenimed® Gurgellösung (Wirkstoff: Octenidin) eine echte Alternative zur Verfügung.

[1] Kampf G, Journal of Hospital Infection, 2016.
[2] Pemberton MN, Dent Update, 2016.
[3] FDA Drug Safety Communication, 2017; https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm530975.htm.
[4] Matthew E. et al., Antimicrobial Agents and Chemotherapy, 2017.
[5] Rohrer N et al., Infection Control and Hospital Epidemiology, 2010.
[6] Alvarez-Marin et al., European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases, 2017.

HELFEN SIE IHREN PATIENTEN AUF DEM WEG ZU GESUNDEM ZAHNFLEISCH

EMPFEHLEN SIE DAS STARKE DUO!

Chlorhexamed

57 %

REDUKTION DER ZAHNFLEISCH-ENTZÜNDUNG* NACH 2 WOCHEN[1]

Chlorhexamed FORTE 0,2% Mundspülung als kurzzeitige Intensivbehandlung für Patienten mit Zahnfleischentzündungen.

Arzneimittel

parodontax

48 %

GRÖSSERE REDUKTION VON ZAHNFLEISCHBLUTEN**,[2]

parodontax Zahnpasta zur täglichen Anwendung für eine optimale Zahnfleischgesundheit zwischen den Zahnarztbesuchen.

Medizinprodukt

©2017 GSK oder Lizenzgeber.
Marken sind Eigentum der GSK Unternehmensgruppe oder an diese lizenziert.

* „Gingivigal Index" (GI) zur Messung von Zahnfleischbluten und -entzündung
**Reduziert Zahnfleischbluten mehr als eine herkömmliche Zahnpasta nach einer professionellen Zahnreinigung und bei 2x täglicher Anwendung während 24 Wochen

1. Todkar R, et al. Oral Health Prev Dent 2012;10(3):291-296.
2. Data on file, GSK, RH02434, January 2015.

Chlorhexamed forte 0,2% alkoholfrei, Lösung Z: 1 ml Lösung enthält 2 mg Chlorhexidindiglukonat. **I:** Zur vorübergehenden unterstützenden Behandlung bei Zahnfleischentzündungen (Gingivitis) und nach parodontalchirurgischen Eingriffen. **D:** Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren: Die Lösung ist gebrauchsfertig. 2-mal täglich Mundhöhle mit 10 ml Lösung (Messbecher) 1 Minute lang gründlich spülen. Ausspucken, nicht schlucken oder nachspülen. Angegebene Dosis nicht überschreiten. Jugendlichen und Kindern (zwischen 6 und 12 Jahren): nur auf ärztliche Anweisung. **KI:** Nicht anwenden bei Überempfindlichkeit auf einen Inhaltsstoff, bei schlecht durchblutetem Gewebe; bei erosiv-desquamativen Veränderungen der Mundschleimhaut, bei Wunden und Ulzerationen. **VM:** Nur für die Anwendung im Mund- und Rachenraum bestimmt. Nicht schlucken. Nicht in Augen / Gehörgang bringen. Falls Schmerzen, Schwellungen oder Reizungen des Mundraumes auftreten, Anwendung sofort abbrechen und ärztlichen Rat einholen; es können allergische Reaktionen bis hin zum anaphylaktischen Schock auftreten. Vorübergehende Verfärbungen von Zähnen und Zunge können auftreten. Die Lösung wird durch anionische Substanzen beeinträchtigt; Zähne mindestens 5 Minuten vor der Behandlung putzen. **S:** Es ist Vorsicht geboten. **UW:** Belegte Zunge, trockener Mund, vorübergehende Beeinträchtigung der Geschmacksempfindung, Kribbeln, Brennen oder Taubheitsgefühl der Zunge. **IA:** Inkompatibel mit anionischen Substanzen. **P:** Flasche zu 200 ml. Liste D. Ausführliche Informationen entnehmen Sie bitte der Arzneimittelinformation auf www.swissmedicinfo.ch.

GSK Consumer Healthcare Schweiz AG, Risch.

Stand: März 2016

CHCH/CHCHL/0001/17 14/03/2017

Periimplantitis behandeln – geht das?

Die frühe Therapie der periimplantären Mukositis und Vermeidung der Periimplantitis hat oberste Priorität.

Von Dr. Frederic Kauffmann, Würzburg, und Dr. Alexander Müller-Busch, Ingolstadt, beide Deutschland.

Implantate haben sich längst als Standardverfahren etabliert. Sowohl Patienten als auch Behandler schätzen ihren Wert und die Möglichkeit, vorhersagbar zahnlose Kieferareale zu versorgen. Neue Implantatoberflächen erlauben die Verwendung auch in kompromittierten Situationen mit kürzeren Einheilzeiten. Es scheint, als gäbe es kein Risiko. Überlebensraten deutlich über 95 Prozent werden als selbstverständlich angesehen. Ist es so einfach? Ist das Implantat ein risikoarmes Instrument für die Versorgung im zahnärztlichen Alltag? Survival rates sind nicht gleichzusetzen mit Success. Studien deuten darauf hin, dass bis zu 65 Prozent der Fälle von einer periimplantären Mukositis und 47 Prozent von einer Periimplantitis betroffen sind.[3] Die frühe Therapie der periimplantären Mukositis und Vermeidung der Periimplantitis hat oberste Priorität.

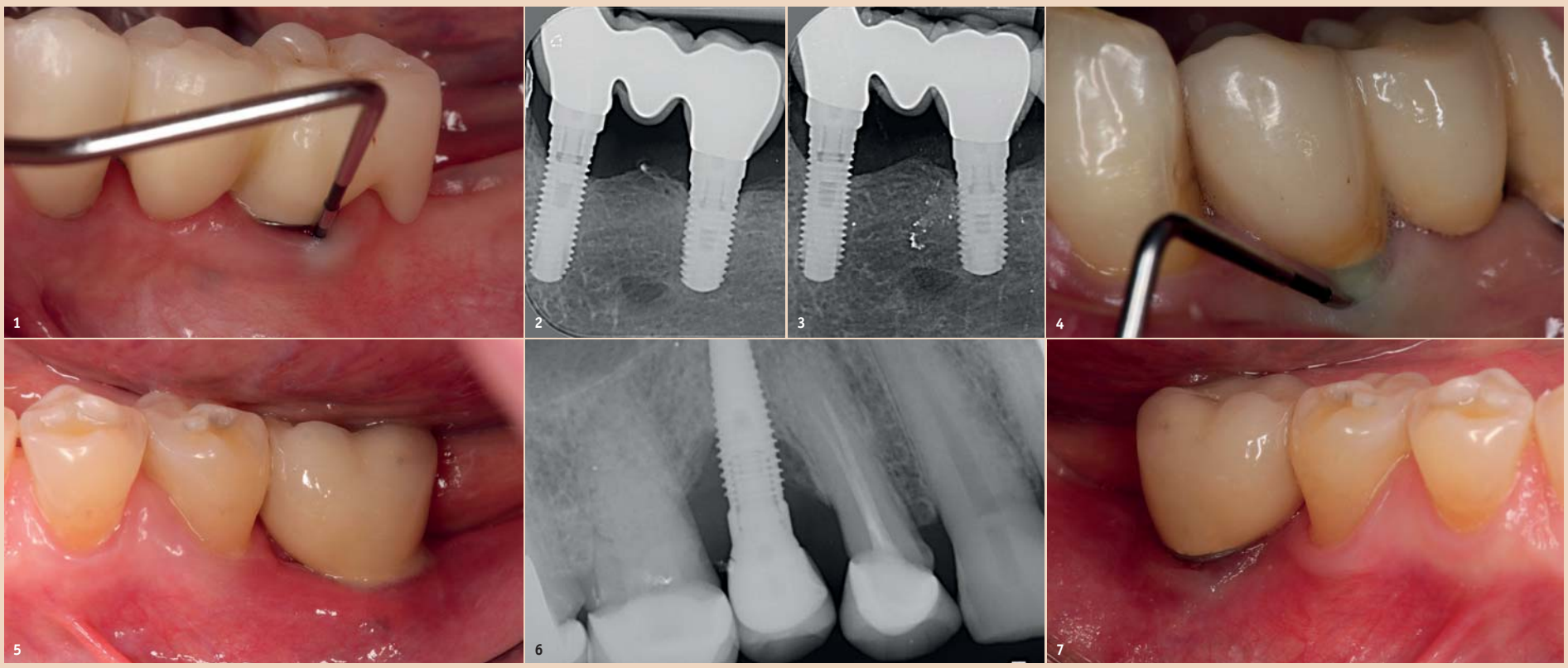


Abb. 1: Sondierung von Implantaten, TST im Normbereich. – Abb. 2: Röntgenkontrolle Ausgang. – Abb. 3: Röntgenkontrolle nach zwei Jahren. – Abb. 4: Pusentleerung bei Sondierung. – Abb. 5: Spontane Pusentleerung. – Abb. 6: Periimplantitis – röntgenologisch. – Abb. 7: Fehlende keratinisierte befestigte Mukosa.

Diagnosik

Für die Diagnostik der periimplantären Mukositis und der Periimplantitis sind lediglich eine Parodontalsonde und ein Einzelzahnfilm notwendig.

Die regelmässige Sondierung der periimplantären Sondierungstiefen nach der Einheilungsphase wird empfohlen. Hierbei sollte der Druck 0,25 N nicht übersteigen.[8] Die Gefahr, durch den Sondierungsvorgang die Implantatoberfläche zu beschädigen, ist unbegründet, sodass herkömmliche Messsonden nicht durch spezielle Messsonden ersetzt werden müssen.[21] Das frühzeitige Erkennen einer periimplantären Mukositis ist wichtig, da der Übergang zu einer Periimplantitis fliessend ist und das Stadium der Erkrankung aktuell mit keinem zur Verfügung stehenden Hilfsmittel bestimmt werden kann.[6] Neben den Sondierungstiefen steht das Bleeding on Probing (BOP) im Fokus, welches dem Behandler einen ersten Einblick über den entzündlichen Zustand der Mukosa gibt. Während ein positives BOP mindestens für eine periimplantäre Mukositis spricht, ist eine Suppuration ein Zeichen für eine vorliegende Periimplantitis. Für den Knochenverlust sind in der Literatur Grenzwerte zwischen 0,4 mm und 5 mm angegeben, ab welchem von einer Periimplantitis gesprochen werden kann.[17] Auch sind Fälle berichtet, in denen ein Knochenverlust von bis zu drei Schraubenwindungen nicht als Periimplantitis gewertet wurde, sondern noch in den Definitionsbereich der periimplantären Mukositis fiel.[3] Diese knöchernen Umbauprozesse sind jedoch nur im Röntgenbild zu erkennen und je nach angefertigter Aufnahme auswertbar.

Allgemein empfohlen ist hier der Einzelzahnfilm, welcher in Rechtwinkeltechnik aufgenommen wird. Um die Umbauprozesse besser beurteilen zu können, wird empfohlen, neben einem Sondierungsbefund zum Zeitpunkt der Eingliederung des Zahnersatzes (ZE) auch ein Röntgenbild anzufertigen. Die Ausgangssituation kann so besser mit evtl. im Verlauf auftretenden Resorptionsgeschehen verglichen werden.[16] Nicht jeder Verlust von Knochen um Implantate ist mit einer Periimplantitis gleichzusetzen. Vielmehr können auch physiologische Remodellationsvorgänge nach ZE-Versorgung dazu führen, dass Knochen verloren geht.[17] Diese sind, verglichen mit einer Periimplantitis, nicht entzündlich und nicht progredient.

Prävalenz und Risikofaktoren

Ein systematischer Überblick der Epidemiologie periimplantärer Gesundheit und Erkrankungen aus dem Jahre 2015 befasste sich mit den postimplantologischen Komplikationen. Die Prävalenz der periimplantären Mukositis und Periimplantitis reichte, abhängig von verwendeten Falldefinitionen, von 19 bis 65 Prozent und von einem bis 47 Prozent. In folgenden Metaanalysen wurde der Prävalenzmittelwert für die periimplantäre Mukositis auf 43 (CI: 32–54 Prozent) und für die Periimplantitis auf 22 Prozent (CI: 14–30 Prozent) geschätzt.[3]

Allgemeine Risikofaktoren

Da die Periimplantitis auf bakterielle „Plaque" zurückzuführen ist, kommt insbesondere der Anheftungsmöglichkeit der Plaque an die Implantatoberfläche eine grosse Bedeutung zu. Es konnte nachgewiesen werden, dass sich auf glatten Implantatoberflächen weniger Biofilm anheftet.[1] Darüber hinaus wurde in präklinischen Studien gezeigt, dass der Knochenverlust bei Implantaten mit polierten Oberflächen gegenüber rauen deutlich geringer war.[1]

Als ein wesentlich beeinflussender Risikofaktor für die Entstehung der Periimplantitis wird das Rauchen angesehen.[12, 14]

Ob das Fehlen oder Vorhandensein einer attached/keratinisierten Gingiva als ein weiterer Risikofaktor für die Entstehung periimplantärer Erkrankungen eine Rolle spielt, wird wissenschaftlich kontrovers diskutiert. Es liegt eine Studie vor, in der keine signifikante Assoziation zwischen einer attached Gingiva und einer Periimplantitis nachgewiesen werden konnte.[7] In einer anderen Studie konnte hingegen sowohl für eine Mukositis als auch für eine Periimplantitis ein erhöhtes Risiko bei dem Vorliegen von attached/keratinisierter Gingiva belegt werden.[14] Einen weiteren Einfluss auf periimplantäre Erkrankungen könnte auch die Art der prothetischen Implantatversorgungen, festsitzend oder herausnehmbar, und der sogenannte Prosthetic Misfit bzw. „fehlerhafte Suprakonstruktion" nehmen. Für beide Faktoren liegen noch keine wissenschaftlichen Ergebnisse vor. Zusätzlich wird die Hygienefähigkeit diskutiert. Serino und Ström (2009)[22] haben festgestellt, dass Implantate mit nicht reinigungsfähigen Suprakonstruktionen häufiger von Periimplantitis betroffen waren.

Darüber hinaus konnte in der systematischen Übersicht von Derks und Tomasi (2015)[3] eine positive Korrelation zwischen „Implantatalter" und Periimplantitisprävalenz beschrieben.

Parodontitis als Risikofaktor

Eine Vielzahl von Studien nimmt den parodontalen Gesundheitszustand mit in die Befundung auf, sodass mögliche Assoziationen zwischen periimplantären Erkrankungen und einer Parodontitis festgestellt werden können.[5, 7, 9]

Marrone et al. 2013[9] zeigten, dass Patienten mit einer aktiven Parodontitis anfällig für das Auftreten einer Periimplantitis sind.

Auch bei den Untersuchungen von Koldsland et al. 2011[7] und Ferreira et al. 2006[5] wurde eine positive Korrelation zwischen dem Vorliegen einer parodontalen Erkrankung und der Periimplantitis festgestellt.

Patienten mit parodontalen Erkrankungen zeigen ein statistisch signifikant höheres Risiko für periimplantäre Erkrankungen.[13]

In einer Querschnittsstudie von Mir-Mari et al. aus dem Jahre 2012[10] wurde die Prävalenz periimplantärer Erkrankungen einer Patientengruppe, integriert in ein parodontales Nachsorgeprogramm, untersucht. Alle Probanden entstammten derselben privaten Praxis und das Nachsorgeprogramm enthielt kontinuierliche Neuvorstellungen alle drei bis sechs Monate.

Nach Abschluss der Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die Periimplantitisprävalenz bei Patienten einer privaten Praxis, mit parodontaler Nachbehandlung, zwischen 12 und 22 Prozent liegt. Bei nahezu 40 Prozent lag eine periimplantäre Mukositis vor. Diese Prävalenzwerte sind mit Ergebnissen, ermittelt aus universitären Klinikpatienten, vergleichbar.[10]

Therapie

Auch wenn die Therapie der periimplantären Mukositis nicht in allen Fällen zu einer vollständigen Abheilung führt[4], ist sie besser und für den Patienten kostengünstiger durchführbar, sollte aber in kurzen Intervallen von drei Monaten nachkontrolliert werden. Die empfohlene Therapie beschränkt sich auf die regelmässige, systematische und professionell durchgeführte Plaqueentfernung[4] und das Verbessern der häuslichen Mundhygiene.[15] Ergänzende Hilfsmittel wie Spülungen, Salben mit verschiedenen Inhaltsstoffen, Antibiotika oder Laser haben keinen zusätzlichen Nutzen in der Behandlung einer periimplantären Mukositis.[18, 20] Rauchen sollte, wenn möglich, eingestellt und der ZE auf korrekten Sitz hin überprüft und wenn notwendig korri-

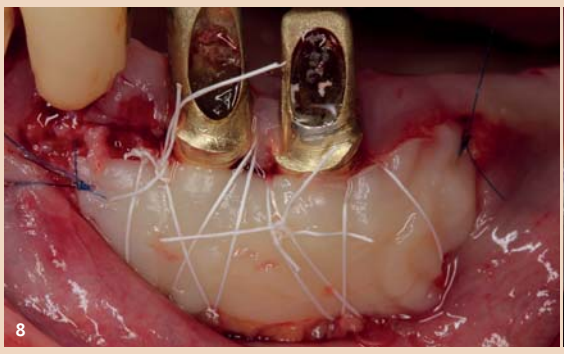


Abb. 8: Verbesserung der Weichgewebe mittels FST. – Abb. 9: Positionierung zu bukkal.

giert werden. Die Therapie der Periimplantitis teilt sich in (1) nichtchirurgische Therapie und (2) chirurgische Therapie auf.

Während bei der periimplantären Mukositis adjuvante Massnahmen keinen zusätzlichen Nutzen brachten, sollten diese für die nichtchirurgische Therapie der Periimplantitis angewendet werden. Neben der Empfehlung von Pulver-Wasser-Strahlgeräten mit Glycin-Pulver zeigt auch der Er:YAG-Laser Vorteile hinsichtlich des Therapieerfolgs. Lokale Antibiotika (Doxycyclin) und CHX-Chips können ebenfalls als Adjuvantien empfohlen werden.[20] Auch bei Vorliegen einer Periimplantitis sollte die Reduktion der Risikofaktoren (nicht passende ZE-Versorgung, Rauchen) nicht ausser Acht gelassen werden. Liegt bereits eine knöcherne Destruktion von mehr als 7 mm vor, ist ein Stopp der Progression (stabiles Ergebnis für mehr als sechs Monate) durch eine rein nichtchirurgische Therapie nicht wahrscheinlich.[2, 11, 19] In diesen Fällen sollte eine frühzeitige chirurgische Therapie bevorzugt werden. Keiner der untersuchten chirurgischen Therapieansätze zeigte im direkten Vergleich einen Vorteil. Einigkeit besteht nur darin, dass das Granulationsgewebe vollständig entfernt werden sollte und die Reinigung der Implantatoberfläche eine zentrale Rolle spielt.

Die nach der Reinigung entstehenden Defekte können mit Knochenersatzmaterial aufgefüllt werden. Rezessionen sind dennoch sehr wahrscheinlich.[20]

Ausblick

Die Forschung der vergangenen Jahre zeigt deutlich, wie unterschiedlich das Thema periimplantäre Mukositis und Periimplantitis definiert und beobachtet wird. Von einer unkontrollierbaren Welle der Periimplantitis kann aber nicht gesprochen werden und die Bedenken der vergangenen Jahre haben sich glücklicherweise nicht bestätigt. Um für die Behandler mehr Klarheit zu schaffen und ihnen bessere Protokolle für die Therapie der periimplantären Mukositis und Periimplantitis zu geben, besteht noch viel Forschungsbedarf. Ebenso muss das Verständnis bezogen auf Implantate und die sie umgebende Entzündung steigen. Die Implantation wird als einfache und sichere Methode angepriesen, zahnlose Kieferareale schnell mit festen Zähnen zu versorgen. Dem ist auch so, nur müssen die Rahmenbedingungen stimmen, um nachträgliche Eingriffe auf ein Minimum zu reduzieren. Implantate sind verglichen mit anderen Behandlungsmethoden ein noch junges Feld in der Zahnmedizin. Die Veränderung der Werkstoffe, die Oberflächenbeschaffenheit, die Art des Implantats (einteilig, mehrteilig), die Abutmentverbindung, ob der ZE zementiert oder verschraubt wurde, der ZE selbst, der Patient (Raucher, Diabetes, Mundhygiene etc.) und nicht zuletzt der Behandler haben Einfluss auf die Periimplantitiswahrscheinlichkeit. Wir müssen uns überraschen lassen, ob neuere Implantate aus Keramik oder die Behandlung periimplantärer Entzündungen mit Probiotika zu einer Reduktion des Risikos führen. Es bleibt spannend.

Fazit

Die periimplantäre Mukositis ist als Inflammation ohne Knochenverlust/reduziertes Knochenniveau definiert. Die vorliegende Entzündung betrifft die an das Implantat angrenzende Schleimhaut, wohingegen beim Vorliegen einer Periimplantitis die Inflammation mit einem Knochenverlust kombiniert ist. Als ätiologischer Faktor wird die „Plaque" angegeben. Ähnlich der Gingivitis, welche eine Entzündung der marginalen Mundschleimhaut darstellt, führt Plaque zu einer Mukositis. Es wird angenommen, dass einige, jedoch nicht alle mukositären Veränderungen, in eine Periimplantitis übergehen.

Die Diagnosik erfolgt mithilfe einer Parodontalsonde und einer Röntgenaufnahme. Die regelmässige Kontrolle der periimplantären Sondierungstiefen nach der Einheilungsphase wird empfohlen. Hierbei sollte der Druck 0,25 N nicht übersteigen. Darüber hinaus sollte das Bleeding on Probing (BOP) ermittelt werden.

Die Prävalenz der periimplantären Mukositis und Periimplantitis erreicht in Studien, abhängig von verwendeten Falldefinitionen, Werte von 19 bis 65 Prozent und ein bis 47 Prozent. In folgenden Metaanalysen wurde der Prävalenzmittelwert für die periimplantäre Mukositis auf 43 und für die Periimplantitis auf 22 Prozent geschätzt.

Es konnte nachgewiesen werden, dass sich auf glatten Implantatoberflächen weniger Biofilm anheftet. In einer systematischen Literaturarbeit konnte ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Rauchen und den periimplantären Komplikationen beschrieben werden. Ob das Fehlen einer attached/keratinisierten Gingiva ein möglicher Risikofaktor für die Entstehung periimplantärer Erkrankungen ist, wird wissenschaftlich kontrovers diskutiert. Es existieren sowohl Studien, die keinen Zusammenhang zwischen Parodontitis und Periimplantitis feststellen konnten, als auch Studien, die eine signifikante Assoziation beider Krankheiten zueinander zeigen. Es wird angeraten, Patienten mit Parodontitis über das mögliche erhöhte Risiko, an einer Periimplantitis zu erkranken, aufzuklären.

Das frühzeitige Erkennen und die anschliessende Therapie der periimplantären Mukositis ist das oberste Ziel in der Prävention der Periimplantitis. Die empfohlene Therapie für eine periimplantäre Mukositis beschränkt sich auf die regelmässige, systematische und professionell durchgeführte Plaqueentfernung und das Verbessern der häuslichen Mundhygiene. Während bei der periimplantären Mukositis adjuvante Massnahmen keinen zusätzlichen Nutzen brachten, sollte diese für die nichtchirurgische Therapie der Periimplantitis angewendet werden. Neben der Empfehlung von Pulver-Wasser-Strahlgeräten mit Glycin-Pulver zeigt auch der Er:YAG-Laser oder lokale Antibiotika (Doxycyclin) und CHX-Chips Vorteile hinsichtlich des Therapieerfolgs. Liegt bereits eine knöcherne Destruktion von mehr als sieben Millimetern vor, ist ein Stopp der Progression (stabiles Ergebnis für mehr als sechs Monate) durch eine rein nichtchirurgische Therapie nicht wahrscheinlich. In diesen Fällen sollte eine frühzeitige chirurgische Therapie bevorzugt werden. Ungeachtet der verschiedenen Operationsmethoden besteht Einigkeit darin, dass das Granulationsgewebe vollständig entfernt werden sollte und die Reinigung der Implantatoberfläche eine zentrale Rolle spielt.

Für die Zukunft besteht weiterhin viel Forschungsbedarf, um die Prävalenzraten der Periimplantitis stetig zu senken, die negative Beeinflussung der periimplantären Gesundheit durch Risikofaktoren zu ermitteln und neue Therapieansätze zur Behandlung der periimplantären Mukositis und Periimplantitis zu erlangen. DT

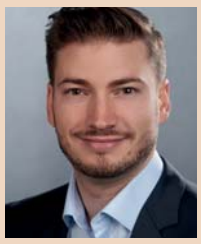
Literatur

Kontakt

Infos zum Autor

Dr. med. dent.
Frederic Kauffmann

Zahnklinik Würzburg
Abteilung für Parodontologie
Pleicherwall 2
97070 Würzburg, Deutschland
kauffmann_f@ukw.de



Infos zum Autor

Dr. med. dent.
Alexander Müller-Busch

BAG Dres. Müller-Busch,
Wildenhof, Drechsler
Hofmillerstr. 21
85055 Ingolstadt, Deutschland
a.mueller-busch@web.de

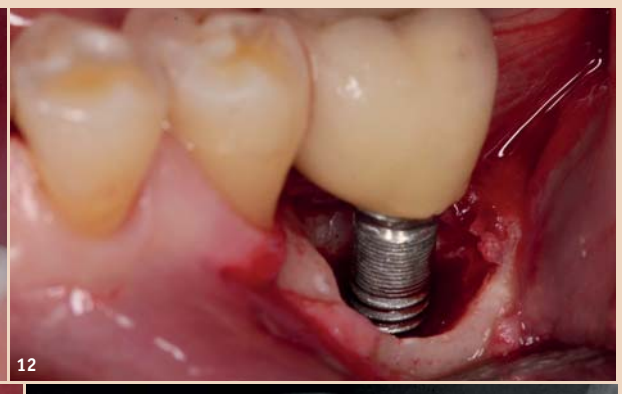
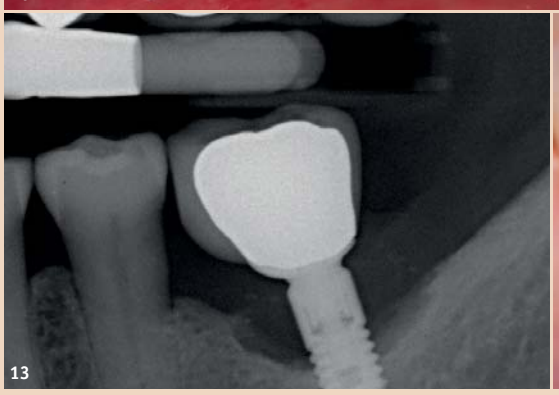



Abb. 10: Plaquekontrolle sollte patientenseitig möglich sein. – Abb. 11: Pulver-Wasser-Strahlgerät. – Abb. 12: Periimplantärer Defekt intraoperativ. – Abb. 13: Periimplantärer Defekt röntgenologisch. – Abb. 14: Periimplantärer Defekt intraoperativ mit KEM aufgefüllt. – Abb. 15: Misserfolg nach zwölf Monaten – erneut deutliche Progression.