Anzeige

Bilden Sie sich universitär weiter und zeigen Sie Ihren Patienten, dass Sie ein

Master of Science (MSc.)

im Fachgebiet **Endodontie** sind!

PUSH Postgraduale Universitätsstudien für Heilberufe verzeichnet seit nunmehr über einem Jahrzehnt große Erfolge in den Master-of-Science-Fachspezialisierungen, von Zahnärzten/-ärztinnen evaluiert.

Gewinner sind Anfänger und Profis

Die Methoden in der Endodontie entwickeln sich kontinuierlich in kleinen Schritten weiter. Dabei kommt es wie im gesamten Bereich der Medizin zu unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen im konservativen und im chirurgischen Bereich. Wissen und Können sind die entscheidenden Faktoren für den Therapieerfolg. Nur ein Gesamtkonzept der Endodontie mit einer gezielten Wahl, Anwendung und Kombination der vielfältigen Techniken ist geeignet, dauerhaft reproduzierbar vorhersagbare Behandlungsergebnisse zu erzielen.

Es gibt nur wenige Gebiete der Zahnheilkunde, in denen der „Spezialist" so gefragt ist wie in der Endodontie. Zahnärztliche Leistungen und speziell die Endodontie werden in Zukunft mehr denn je gefordert sein. Das ergibt sich schon aus der viel zitierten „Demografie" mit einem stetig wachsenden Bevölkerungsanteil mit Menschen im Alter von über 50 Jahren in Deutschland. Es wird in Zukunft mit einem drastischen Zuwachs an Revisionen von Wurzelkanalbehandlungen und einem stetigen Zuwachs in der Behandlung „endodontischer Grenzfälle" zu rechnen sein. Darauf sollte sich der Zahnarzt in der Auswahl seiner Behandlungskonzepte und -techniken sowie seiner Instrumente und Materialien einstellen.

Die Erfahrung aus den bisher vorangegangenen Masterstudiengängen der Endodontie zeigt, dass die Kollegen mit dem Konzept des berufsbegleitenden Studierens eine optimalen Weg zum „Master of Science" gefunden haben. Das Erreichen einer fachlichen Spitzenposition und der Erhalt des akademischen Titels „Master of Science" sind ein Aushängeschild und tragen in hohem Maße zum Praxiserfolg bei.

Neuer Studiengangsbeginn 28. April 2016
Wissenschaftliche Leitung – Zahnärzte begeistert

Die wissenschaftliche Leitung hat, wie bereits in den vorherigen Endodontielehrgängen, unter allerhöchster Anerkennung des Studienprogramms durch die Studierenden, Herr Prof. Dr. Thomas Wrbas.

Jetzt handeln!

Aktuelle Studienangebote 2015/2016 für Zahnärzte der DUK/DPU Österreich (im Studienzentrum in Bonn*)

- **Master of Science Parodontologie und Implantologie II (MSc)** Start März 2015
  Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. Heinz-H. Renggli und Prof. Dr. Dr. Ralf Gutwald *Quereinstieg noch möglich*
- **Oral Surgery/Implantology III (MSc)** Start Juli 2015
  Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Dr. Ralf Gutwald (in englischer Sprache)
- **Aesthetic and reconstructive dentistry I (MSc)** Start Juli 2015
  Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Walter Lückerath (in englischer Sprache)
- **Orale Chirurgie/Implantologie IX (MSc)** Start Dez. 2015
  Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Dr. Ralf Gutwald
- **Master of Science Kieferorthopädie XVIII (MSc)** Start Jan. 2016
  Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Dr. Dieter Müßig
- **Master of Science Endodontie VI (MSc)** Start April 2016
  Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Thomas Wrbas

* *Die Studiengebühr beträgt 23.750 Euro sowie für Assistenten bzw. angestellte Zahnärzte 20.500 Euro; „Doppeltäter" sowie Absolventen eines von der Konsensuskonferenz anerkannten Curriculums erhalten Sonderkonditionen.*

Infoanforderung bei PUSH/DUK
Telefon: +49 228 96942515,
Fax: +49 228 469051,
e-mail: info@duk-push.de

DPU DONAUUNIVERSITÄT KREMS

Trockenlegung und sicherer Schutz der Gingiva – auch ohne Kofferdam?

Der DMG MiniDam kann von geübten Personen in 20 Sekunden angelegt werden

Als begeisterter und bekennender Kofferdam-Anwender stört es mich seit Jahren, dass diese Technik eine so geringe Akzeptanz in der normalen täglichen Arbeit erfährt. Als Grund der Nichtanwendung wird meist der Patient, der dies als zu stressig empfände, angeführt oder der technikintensive Aufwand.

Aber Hand aufs Herz: Fast jede Praxis besitzt zumindest ein Set für die Anwendung. Teure Lochzangen, Klammerzangen und Klammern fristen ein Dornröschendasein an längst vergessenen Orten. In den vergangenen Jahren hat sich die Notwendigkeit der Kofferdam-Anwendung allerdings leicht erhöht, sei es durch eine hochwertige mikroskop-unterstützte Endodontie oder durch die feuchtigkeitssensitiven adhäsiven Verfahren.

Kein Kofferdam, keine Kariesinfiltration?

Besonders nachteilig ist es, wenn durch eine ablehnende Haltung gegenüber dem Kofferdam eine substanzerhaltende, mikroinvasive Behandlungsmethode wie die Kariesinfiltration verfahrensbedingt nicht durchgeführt werden kann.

Die Kariesinfiltration erlaubt es, eine beginnende Karies frühzeitig zu stoppen. Bei dieser Technik wird non-invasiv (ohne zu bohren) die pseudointakte Oberflächenschicht über einer porösen kariösen Läsion mittels 15-prozentiger Salzsäure entfernt und das System danach durch Kapillarwirkung mit einem, in Thixotrophie dafür geeigneten, flüssigen Infiltranten geflutet und mit Licht ausgehärtet. Ein einfaches, funktionstüchtiges und – bei entsprechender Einweisung – auch delegierbares Verfahren.

Der wissenschaftlich abgesicherte Einsatz der Säure erfordert nun aber einen sicheren Schutz der Gingiva, denn bei direktem Kontakt wären schwere Ulzerationen unvermeidbar. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die ausreichende Trockenheit: Der Infiltrant kann nur ein in der Tiefe getrocknetes poröses kariöses System durchdringen. Wir stehen hier also vor der Wahl, die Kariesinfiltration nicht einzusetzen oder uns mit einer adäquaten Kofferdam-Technik zu befassen.

Die korrekte und effiziente Kofferdam-Technik ist leicht erlernbar, Informationen hierzu finden Sie unter www.zahnarzt-ergonomie-forum.de. Aber es geht auch anders.

Trockenlegung und Gingivaschutz ohne Kofferdam

Auf der Internationalen Dental-Schau 2015 stellte die DMG, Hamburg, eine Alternative für den „Flaschenhals Kofferdam" vor. Dieses neuartige Produkt heißt *DMG MiniDam*. Es handelt sich dabei um einen klammerlosen Mini-Isolationsdamm aus Silikon, der zum Trockenlegen von zwei benachbarten Zähnen geeignet ist und dabei auch das interdentale Zahnfleisch schützt (**Abb. 1**).

Das Legen des *DMG MiniDam* kann von einer einzelnen geübten Person innerhalb von maximal 20 Sekunden in drei Schritten vorgenommen werden:

1. Auseinanderziehen: Silikonlaschen mit Daumen und Zeigefinger der linken und rechten Hand erfassen und den *DMG MiniDam* auseinanderziehen (**Abb. 2**). Dabei ist darauf zu achten, dass der Randwulst nach oben zeigt (der *DMG MiniDam* sieht dabei aus wie ein Schlauchboot mit zwei Löchern). Distal ist für das orale Auseinanderziehen eine Pinzette notwendig.
2. Durch den Interdentalraum führen: Hilfreich ist es, das Silikon zuvor mit einem Gleitgel, zum Beispiel *Dentaglide*, zu benetzen.
3. Invertieren mit Luftpuster und Zahnseide (**Abb. 3**). Der *DMG MiniDam* stabilisiert sich, einmal korrekt positioniert, dank des elastischen Silikons selbst und verbleibt an der gewünschten Stelle.

Wie auf den Bildern zu erkennen, kommt es dabei zum sicheren Abdichten des Interdentalraums und Schutz des Zahnfleisches. Die wulstartige Verdickung am Rand verhindert das ungewollte Abfließen des Konditionierers (**Abb. 4**).

Bei der Benutzung muss trotzdem der Absauger sehr punktgenau platziert werden, da durch zu forsche Sprühtechnik der Konditionierer (HCL, 15 Prozent) in den Mund geschleudert werden kann. In der Zwischenzeit muss ein Speichelsauger auch im Trigonum retromolare verbleiben, weil beim unbeabsichtigten Schluckvorgang Speichel die wulstartige Barriere überwinden kann. Dies entfällt bei der Nutzung eines herkömmlichen Kofferdams.

Aus meiner Sicht wurde mit der Einführung des *DMG MiniDam* ein möglicher Hindernisgrund für die Kariesinfiltration praxisgerecht beseitigt (**Abb. 5**). Dem Praxisteam steht damit ein einfaches und sicheres Hilfsmittel zur Verfügung.

Jens-Christian Katzschner, Hamburg

DZW online
Klicken Sie uns an:
www.dzw.de

Abb. 1: Geschütztes und trotz Separationskeils frei zugängliches Arbeitsfeld

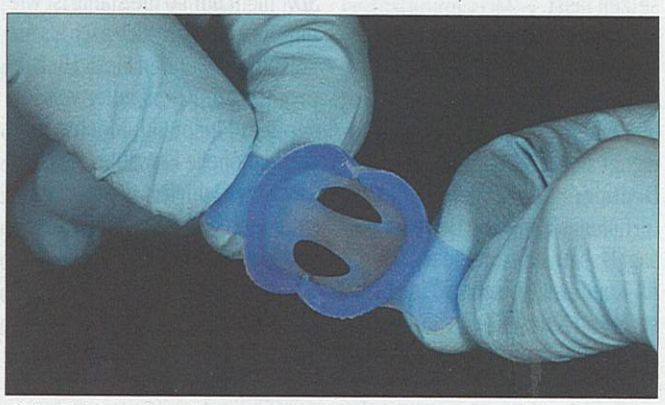

Abb. 2: Der einsatzbereite DMG MiniDam

Abb. 3: Bei Bedarf kann der DMG MiniDam invertiert werden.

Abb. 4: Zusätzliche Schutzfunktion: Seitliche Verdickungen verhindern das Abfließen von Material in den Mundraum.

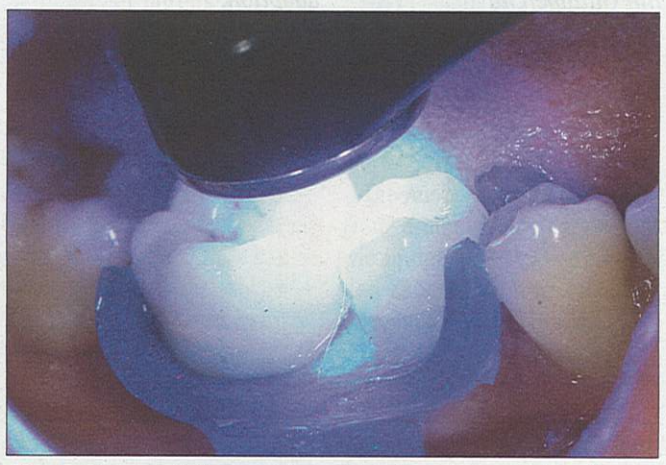

Abb. 5: Sicherer Schutz während des kompletten Behandlungsablaufs