

The No. 1 in Oral Irrigation – and more



Waterpik®

Seit über 45 Jahren innovativer Wegbereiter mit medizinischen Zahn- und Mundhygienegeräten. Für die Gesunderhaltung von Zähnen und Zahnfleisch. Weltweit führend in Oral-Prophylaxe und -Therapie.

Näheres vom deutschen
Exklusivpartner

 **intersanté GmbH**
Wellness, Health & Beauty

intersanté GmbH • Berliner Ring 163 B • D-64625 Bensheim
Telefon: 06 25 1/93 28-0 • Fax: 06 25 1/93 28-93
E-mail: info@intersante.de • Internet: www.intersante.de

Bitte lesen Sie unseren Beitrag ab Seite 20!

Neue GOZ = Neue Chancen für die Prävention



Dr. Lutz Laurisch, Korschebroich

Die Zeiten werden sich ändern. Auf den ersten Blick ist an der vorliegenden Ausgabe der ZWP spezial nichts Ungewöhnliches. Es geht um wichtige Themen der Prävention. Wie organisiert man eine Prophylaxepraxis, und wann ist eine invasive Kariestherapie indiziert? Wie ist der Präventionsbedarf in der Kinderzahnheilkunde? Alles Themen, über die schon – und nicht nur einmal – berichtet wurde. Und doch ist etwas neu. Die bei Kursen und Vorträgen so viel gestellte Frage: „Wie können wir das denn abrechnen?“ wurde nunmehr definitiv mit der Vorlage der neuen GOZ beantwortet.

Im Bereich der Prävention eröffnet sich hier zum ersten Mal die Möglichkeit, einen großen Anteil des präventiven Leistungsspektrums mit dem Patienten auf der Grundlage geltender gesetzlicher Bestimmungen abrechnen zu können. Nehmen wir einmal beispielhaft den Prophylaxebedarf in der Kinderzahnheilkunde. Hier gibt es nicht nur mit der Pos. 101 eine neue Beratungsposition. Gerade in der Kinderzahnheilkunde sind für uns jedoch die Eltern der Ansprechpartner. Und das erfordert in der Regel zusätzliche Zeit. Eltern wünschen sich für ihre Kinder gesündere Zähne als sie vielleicht selbst haben. Aufgrund der oft vorhandenen Vorinformationen, die die Eltern mitbringen, ist die Beratungssituation oft deutlich zeitintensiver als mit den Kindern alleine. Dies berücksichtigt die neue GOZ in der Position 102, welche besagt, dass bei Einbeziehung einer Bezugsperson die Hälfte des Honorars der Pos. 101 zusätzlich berechnet werden kann. Der Prophylaxebedarf in der Kinderzahnheilkunde ist jedoch auch maßgeblich abhängig vom Kariesrisiko des Kindes. Zum ersten Mal finden sich auch hierfür Abrechnungspositionen. So beinhaltet die Position 105 (Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes bis zum 72. Lebensmonat) auch die Kariesrisikobestimmung.

Diese soll anhand des DMFT/DMFS-Wertes, der Compliance und der Auswertung von zwei individuellerforderlichen Speicheltests ermittelt werden. Für die präventionsorientierte Praxis ist es sicherlich nicht akzeptabel, das Kariesrisiko – insbesondere in dieser Altersklasse – anhand des schon eingetretenen Schadens zu beurteilen. Kein Mensch käme auf die Idee, auf einer gefährlichen Treppe ein Treppengeländer erst dann zu installieren, wenn schon genügend Menschen die Treppe heruntergefallen sind. Präventionsorientiert heißt, dass wir den Schaden mit unserer präventiven Diagnostik zu vermeiden suchen. Wo ginge das besser als gerade in der Altersklasse der zwei- bis vierjährigen Kinder? Denn nur und gerade im Alter von zwei Jahren genügt der Nachweis von *Streptococcus mutans* allein, um mit einer hohen Vorhersagegenauigkeit Karies zu prognostizieren. Hiermit eröffnen sich den präventionsorientierten Praxen, denen der DMFT-Wert als Grundlage ihrer Kariesrisikoermittlung nicht akzeptabel erscheint, wertvolle Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten.

Auch in der präventiven Therapie gibt es Neuerungen: So wird zum ersten Mal auch das Kariesmonitoring honoriert (GOZ 107). Damit beantwortet sich manchmal auch die Frage: Sollen wir im Zweifelsfall sofort restaurieren oder erstmal mit modernen Methoden eine Verlaufskontrolle der Läsion durchführen? Entscheidet man sich zur Verlaufskontrolle, so sind natürlich Maßnahmen zur Beeinflussung der Kariesaktivität indiziert, die jetzt auch bei den Abrechnungspositionen berücksichtigt werden: So regeln Position 110 und Position 111 die Abrechnung einer Applikation von chlorhexidinhaltingen Lacken oder Gelen. Selbst an die Applikation mit individuell hergestellten Tiefziehschienen (Pos. 112) wurde gedacht, welche ohnehin der Applikation durch Einbürsten überlegen scheint, da die Verdünnungseffekte durch den beim Putzen hinzutretenden Speichel verhindert werden, und somit bei der Anwendung mittels Medikamententräger eine längere Einwirkzeit bei gleichbleibender Konzentration des Wirkstoffes (Fluoride, Chlorhexidine) resultiert.

Nicht zuletzt ist die professionelle Zahnreinigung (Pos. 120) berücksichtigt und zwar ohne Altersbeschränkung. Schließlich ist die professionelle Zahnreinigung eine Basisleistung der Prävention – und zwar in allen Altersklassen.

Und hier schließt sich der Kreis, und wir kommen wieder zu der vorliegenden Ausgabe der ZWP spezial zurück, denn die zahnärztlichen Assistenzberufe erfahren durch die neue Honorarordnung eine weitere Aufwertung – hier ist der Artikel „Zahnärztliche Assistenzberufe im Laufe der Zeit“ also sehr aktuell und empfehlenswert.

Für die, die sich bis jetzt noch nicht mit der Prävention beschäftigt haben, sollte das auch eine Anregung sein, einmal näher hinzuschauen. Karies und Parodontitis sind vermeidbar. Die fachlichen Tatsachen sind bekannt, das Konzept kann umgesetzt werden. Die in der Prävention neu eingeführten Gebührenpositionen erleichtern die Abrechnung. Dies soll selbstverständlich nicht darüber hinwegtäuschen, dass die neue Gebührenordnung in wesentlichen Punkten noch der Überarbeitung bzw. Kommentierung bedarf, wie auch die Bundeszahnärztekammer in ihrer Stellungnahme festgestellt hat. Beispielhaft sei hier nur die sogenannte „Öffnungsklausel“ erwähnt. Letztlich bleiben auch in der Prävention noch viele Fragen offen. Abgesehen von der Honorierung einzelner Positionen ist es völlig abwegig, dass der Mundhygienestatus nur einmal im Jahr erhoben werden kann, dass Fluoridierungen nur dreimal im Jahr berechnet werden können, dass Kariesrisikobestimmungen nur im Alter ab 6 Jahren abrechnungsfähig sind oder unter welcher Abrechnungsposition die Durchführung einer Speicheldiagnostik abgerechnet werden kann – um nur einiges aufzuzählen.

Das Berufsbild der zahnärztlichen Assistenzberufe hat sich gerade in den letzten 15 Jahren dramatisch geändert. Ich selbst bin in einer Zahnarztpraxis aufgewachsen und kenne die Zahnmedizin sozusagen von Kleinkind auf. Mein Großvater hat unsere Praxis 1933 gegründet, bereits damals hatte er eine Helferin.

Zahnärztliche Assistenzberufe im Wandel der Zeit

Autor: Dr. Frank Schäfers

Das Aufgabenfeld der Helferinnen umfasste die gesamte Behandlungsassistenz, die Karteiführung sowie die Reinigung der gesamten Praxis. Aus dieser Zeit stammt wohl auch der noch häufig zu hörende Satz aus den Mündern von Zahnärzten und Helferinnen: Am Stuhl stehen. Dieses war damals wörtlich zu nehmen, sowohl Zahnarzt als auch Assistenz standen am Behandlungsstuhl. Dieses änderte sich in der elterlichen Praxis erst Anfang der 70er-Jahre mit der Einführung neuer Behandlungseinheiten, welche die Möglichkeiten zum Behandeln im Sitzen boten und die tägliche Arbeit damit enorm erleichterte. Das Berufsbild der Zahnarzhelferin war in den 70er-Jahren noch sehr überschaubar. Man kann sagen, es gab noch Generalistinnen. Es war noch möglich in allen Bereichen der Praxis gute Kenntnisse zu haben, sei es die Behandlung oder die Bürotätigkeit. Aber bereits zu der Zeit zeigten sich erste Spezialisierungen auf: Es wurden Weiterbildungen zur ZMF ins Leben gerufen. Diese zahnmedizinische Fachassistenz war als die rechte Hand des Chefs/der Chefin gedacht. Neben der Prophylaxeausbildung wurden und werden noch Kenntnisse in der Verwaltungsarbeit vertieft. Die Praxis im Anschluss an die Ausbildung zur ZMF zeigte aber in vielen Fällen bereits eine weitergehende Spezialisierung. Entweder konzentrierte sich die überwiegende Tätigkeit auf die Verwaltung oder auf den Prophylaxebereich. Die stetig zunehmenden Anforderungen in der zahnärztlichen Praxis, sei es administrativ oder auch zahnmedizinisch fachlich,

machten weitergehende Differenzierungen für das gesamte Praxisteam notwendig. Als Zwischenruf sei an dieser Stelle noch angemerkt, dass das gesamte Spektrum der Assistenzberufe nach wie vor fest in Damenhand ist. Warum sich hier überhaupt kein Wandel anbahnt, entzieht sich meiner Kenntnis. Es bleibt festzustellen, dass es sich um nahezu lupenreine Frauenberufe handelt. Auch die Grundausbildung hat sich zwischenzeitlich geändert, aus der Zahnarzhelferin wurde die Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA). Zweifelsfrei ist diese Berufsbezeichnung heute wesentlich zutreffender als die der Zahnarzhelferin. Die Zeiten, wo sich die Tätigkeiten auf stupides Absaugen und Anmischen beschränkten, sind Gott sei Dank vorbei. Allein die Tätigkeiten im Rahmen der Behandlung sind heute sehr komplex. Man denke beispielsweise nur an das Vorbereiten für einen umfangreichen implantologischen Eingriff. Das gesamte Spezialinstrumentarium muss vollständig vorhanden sein. Es muss steril aufgedeckt werden, im Zuge des Eingriffs müssen im Hintergrund die verschiedenen Instrumente und Materialien zum richtigen Zeitpunkt griffbereit vorgehalten werden. Parallel muss der Eingriff noch peinlich genau dokumentiert werden. Im Anschluss an die Behandlung muss das gebrauchte und sehr wertvolle Instrumentarium wieder fachmännisch aufbereitet werden. Dieser Komplex gehört in die Hände einer Fachkraft. Diese hat in ihrem Aufgabenbereich mehr Nähe zum Berufsbild

einer OP-Schwester als zu der Kollegin an der Rezeption.

Wo steht eine moderne zahnärztliche Praxis heute, welche Herausforderungen hat sie in den nächsten Jahren zu bestehen? Vorweggesagt, es sind so viele Aufgaben, dass der Zahnarzt/die Zahnärztin sie als Einzelperson unmöglich vollständig ausfüllen kann, es bedarf des gesamten Praxisteam. Für die zahnärztlichen Mitarbeiterinnen bedeuten diese Herausforderungen gleichzeitig eine große Chance. Noch nie gab es für die Assistenzberufe so viele Möglichkeiten der Aus- und Weiterbildung. Wie auch in anderen Bereichen des Wirtschaftslebens setzen auch hier Spezialisierungen ein.

Aufstiegsfortbildungen

Im Bereich der Verwaltung stehen heute mehrere Aufstiegsfortbildungen zur Verfügung. Die bekannteste und am weitesten verbreitete ist die Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin (ZMV). Diese Weiterbildung wird von





vielen Zahnärztekammern sowie privaten Trägern angeboten. Sämtliche Fragen der Verwaltung einer Praxis werden unterrichtet. Allein für den reformierten Bereich der GKV-Prothetik mit seinem Festzuschuss-System und den damit verbundenen unendlichen Möglichkeiten, mit diesem System Fehler zu machen, bedarf es einer gut ausgebildeten Fachkraft. Weitere Tätigkeitsschwerpunkte einer ZMV sind die Bearbeitung von Kostenvorschlägen jeglicher Art, Rechnungserstellung, Mahnwesen und allgemeine Verwaltung einer Praxis.

Weitere Aufstiegsfortbildungen in diesem Bereich stellen zum Beispiel die Assistentin für Zahnärztliches Praxismanagement (AZP) oder die Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen dar. Diese beiden Kurse werden von der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe angeboten. Andere Kammern haben gleiche oder ähnliche Kurse in ihrem Programm. Zusammenfassend kann man das sich daraus ergebende Berufsbild als Praxismanagerin bezeichnen. Der Aufgabenbereich einer Praxismanagerin ist gegenüber herkömmlichen Verwaltungskräften in Praxen wesentlich erweitert. Der Bedarf an solchen Fachkräften resultiert aus der stetig zunehmenden Größe zahnärztlicher Praxen. Der Trend zur Bildung teilweise auch sehr großer Gemeinschaftspraxen oder privat geführter Zahnkliniken ist in den letzten Jahren unübersehbar. Nur in solchen Einrichtungen kann heute noch die gesamte Palette der Zahnheilkunde angeboten werden. In solchen Praxen ist der Zahnarzt/die Zahnärztin mit der Verwaltung heillos überfordert. Wie in anderen „mittelständischen“ Wirtschaftsunternehmen auch ist hier die Verwaltung hochspezialisiert. Der Kopf der Verwaltung ist die Praxismanagerin. Sie muss weitreichende Befugnisse und Kompetenzen haben, um die Praxis zu organisieren. Sämtliche Verwaltungsaufgaben wie Personalführung, Einkauf, Verkauf (HKP, Kostenvorschläge, Rechnungen), Marketing und Controlling müssen von ihr koordiniert und gegenüber der Praxisleitung vertreten werden. Ein Zahnarzt/eine Zahnärztin wäre mit diesen Aufgaben neben der Patientenbehandlung hoffnungslos überfordert.

In diesem Bereich bieten sich auch zusätzlich Chancen für Quereinsteiger. Eine Praxismanagerin muss nicht unbedingt den Beruf Zahnarzhelferin oder ZFA ursprünglich gelernt haben. Mit einem Eigenengagement ist

auch anderen Berufen diese Aufgabe zutrauen. Insbesondere Bürokaufleute, Hotelfachkräfte oder Personen mit ähnlichem Berufsbild sind als Praxismanagerin geeignet. Wenn eine Praxismanagerin Einzug in eine Praxis hält, ist es für die Praxisleitung unumgänglich, teilweise radikal umzudenken. Die Praxismanagerin benötigt zur Erfüllung ihrer Aufgaben Einblick in die wirtschaftliche Situation der Praxis. Der mit Abstand wichtigste Punkt für die Praxismanagerin ist das Überlassen von Kompetenzen, nur so kann sie Forderungen der Praxisleitung gegenüber Mitarbeiterinnen und Patienten durchsetzen. Hat sie diese Kompetenzen nicht, ist sie ein zahnloser Tiger und wird zwischen Mitarbeiterinnen und Praxisleitung aufgerieben. Die Aufgabe, als rechte Hand des Chefs/der Chefin zu agieren, setzt eine große Durchsetzungsfähigkeit voraus. Sie steht im Spannungsfeld zwischen Unternehmensinteressen und Forderungen der Mitarbeiterinnen/Kolleginnen sowie Patienten.

Fortbildung in der Prophylaxe

Der zweite Bereich der Aufstiegsfortbildungen stellt die Prophylaxe dar. Die Zahnmedizin war in Deutschland jahrzehntelang restaurativ und insbesondere prothetisch ausgerichtet. Seit geraumer Zeit tut sich hier ein gewisser Paradigmenwechsel auf. Der Wert von Prävention sowie der Erhalt von Hart- wie von Weichgewebe stehen mehr im Vordergrund. Prävention, parodontale Vor- und Erhaltungstherapie kann aber von Zahnärzten nur sehr eingeschränkt ausgeführt werden. Hier bedarf es der weitergebildeten Zahnärzthelferin/ZFA. Wie bereits eingangs erwähnt war die ZMF die erste Aufstiegsfortbildung in dieser Richtung in Deutschland, die wie bereits oben angesprochen im Rahmen der Ausbildung zusätzlich Unterricht in zahnärztlicher Verwaltung erhält. Als Konsequenz aus der weiter fortschreitenden Spezialisierung wurde die Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin (ZMP) eingeführt. Sie ist eine reine Fachkraft für die Prophylaxe. Auch diese Weiterbildung wird von vielen Zahnärztekammern zwischenzeitlich angeboten. Als Krönung der Aufstiegsfortbildungen im Prophylaxebereich ist die Dentalhygienikerin (DH) anzusehen. In den USA starteten die ersten DH-Kurse bereits 1914. Es ist eine international sehr weitverbreitete Ausbildung. Neben

den Aufgaben der ZMF und ZMP ist die DH kraft ihrer Ausbildung befugt, geschlossene Parodontalbehandlungen durchzuführen, sie darf also subgingival arbeiten. Die Ausbildung der DH in Deutschland unterscheidet sich stark vom amerikanischen Modell. Während die deutsche Ausbildung zur DH eine Aufstiegsfortbildung darstellt, ist der amerikanische Weg ein dreijähriges Vollstudium mit vorgeschaltetem College. In Deutschland ist die bestandene Fortbildung zur ZMF/ZMP Eingangsvoraussetzung, um die Ausbildung zur DH beginnen zu können. Die Ergebnisse der DMS IV (Deutsche Mundgesundheitsstudie) zeigen einen enormen Handlungsbedarf im Bereich der Prophylaxe auf. Die älteren Menschen haben heute wesentlich mehr Zähne als noch vor zehn Jahren. Diese Zähne müssen aber auch gepflegt werden, sie stehen „under risk“. Denn ein weiterer Befund der genannten Studie zeigt, der parodontale Behandlungsbedarf steigt parallel mit der zunehmenden Anzahl der Zähne. Ein Riesensfeld für die Prophylaxe und damit auch für die oben genannten Fachkräfte tut sich auf.

Weitere Aufgaben, die in den Praxen akut anstehen, sind zu nennen. Bis Ende 2009 muss in den zahnärztlichen Praxen ein Qualitätsmanagement eingeführt sein. Auch dieses ist ohne Mitarbeit des gesamten Teams nicht umzusetzen. Eng damit verzahnt sind die Umsetzungen der RKI-Hygienerichtlinien (Robert Koch-Institut). Auch hier sind eventuell Weiterbildungen notwendig.

Fazit


Der viel zitierte demoskopische Wandel wird auch vor unseren Praxen nicht Halt machen. Die wenigen verbliebenen Jugendlichen werden die Wahl zwischen verschiedenen Berufsbildern haben. Nur wenn es gelingt, das Berufsbild der ZFA attraktiv zu gestalten, kann es der Zahnärzteschaft gelingen, einem drohenden Fachkräftemangel vorzubeugen. Ohne die in diesem Artikel beschriebenen Weiterqualifizierungsmaßnahmen sehe ich für das Berufsbild der ZFA und damit auch für die Personalsituation in den Praxen schwere Zeiten anbrechen. Es liegt also in der Hand der Zahnärzte und auch ihrer Mitarbeiterinnen, auf die Herausforderungen zu reagieren. Aus meiner persönlichen Sicht und Erfahrung als Mitinhaber einer inzwischen großen Gemeinschaftspraxis mit zwei ZMFs, einer ZMP und

einer ZMV sind die weitergebildeten Mitarbeiterinnen tragende Säulen der Praxis. Unsere umfangreiche Prophylaxeabteilung ist ohne die ZMFs und die ZMP undenkbar. ◀

kontakt

Dr. Frank Schäfers
Tieckweg 11
37075 Göttingen
Tel.: 0 55 84/3 33
Fax: 0 55 84/9 48 98
E-Mail:
Dr.Frank.Schaefers@t-online.de

ANZEIGE



dentocare
Die ganze Welt
der Prophylaxe

**Alles, was gesunde
Zähne brauchen:**

08102-7772888

Dent-o-care Dentalvertriebs GmbH
Rosenheimer Straße 4a
85635 Höhenkirchen
www.dentocare.de

„Schön ist es, um die Kranken besorgt zu sein ihrer Gesundheit wegen; schöner, um die Gesunden besorgt zu sein ihres Nichtkrankseins wegen.“ (Hippokrates 460–377 v. Chr.)

Dieses Zitat von Hippokrates drückt alles aus. Was bedeutet die schönste Krone oder das beste Implantat im Vergleich zu einem makellosen Zahn?

Aufbau einer funktionierenden Prophylaxeabteilung

Autor: Rainer Klerx

Die skandinavischen Länder haben uns vorgemacht, dass Karies und Parodontitis keine Volkskrankheiten sein müssen. Umfassende Prophylaxemaßnahmen verhindern Zahnverlust und sparen viel Geld. Der Aufbau einer funktionierenden Prophylaxeabteilung in der Praxis ist aber alles andere als ein Kinderspiel. Wo verstecken sich die Probleme? Warum gibt es immer noch Defizite bei der Umsetzung? Erfolgreiche Prophylaxepraxen unterwerfen sich einem Höchstmaß an Organisation und Disziplin. Diese zentralen Grundvoraussetzungen muss der Praxisinhaber erst einmal verinnerlichen.

Prophylaxe ist Teamarbeit

Wir Zahnärzte wurden nicht zu Prophylaxeexperten an den Hochschulen ausgebildet (Abb. 1)! Für Prophylaxe hat der Lehrplan wenig Platz vorgesehen.

Der Präventionsgedanke ist an den deutschen Universitäten bis auf wenige Ausnahmen nicht vorhanden. Das prägt unseren weiteren Berufsweg. Hat man dann während der Assistenzzeit keinen Chef, für den Prophylaxe an oberster Stelle steht, ist es schon recht schwierig in der ersten eigenen Praxis mit Prophylaxeversuchen erfolgreich zu sein. Nur wenn wir Zahnärzte voll hinter dem Prophylaxekonzept stehen, winkt der Erfolg. Prophylaxe funktioniert nur im Team – häufig werden Kosten für qualifiziertes Personal gescheut. Ein eventuell vorhandenes Prophylaxezimmer wird nicht selten zur Druckstellenbeseitigung missbraucht und selbst eine scharfe Kante ist manchmal wichtiger als die Prophylaxebehandlung.

Patienten gewinnen

Nicht jeder Patient will Prophylaxe (Abb. 2)! Jeder Mensch ist ein Individuum. Deshalb ist

auch nicht jeder Patient für Prophylaxebemühungen empfänglich. Das muss man bei der Auswahl unbedingt berücksichtigen. Oft sind Patienten mit Zahnsteinbefall bis zur Schneidekante und völlig unzureichender Mundhygiene die Objekte unserer Bemühungen. Auch unsere Mitarbeiterinnen lieben es, wenn ihnen die Zahnsteinbrocken unter Einsatz des Schall- oder Ultraschallgerätes nur so um die Ohren fliegen. Leider sind diese Aktionen wirklich selten Erfolg versprechend. Zumindest muss extrem viel Energie aufgebracht werden. Mit ungewissem Ausgang. Es ist viel sinnvoller, die Zahnpflege von schon guten Putzern weiter zu verbessern. Die Erfolgsrate ist wesentlich höher und man tut diesen Patienten einen großen Gefallen. Von den Patienten mit völlig unzureichender Mundpflege kann man sich einige wenige Fälle als „Hobby“ leisten. In großer Anzahl überfordern sie unsere Prophylaxeabteilung. Den guten Putzern hingegen wird häufig nahegelegt, nur alle sechs Monate zur Zahnreinigung zu kommen. Das ist ein großer Fehler. Gerade diese Patienten freuen sich besonders auf ihren Prophylaxetermin und lösen ein Schneeballsystem unter Gleichgesinnten aus.

Neue Patienten gewinnen

Wie gewinnt man einen neuen Patienten für die Prophylaxeabteilung (Abb. 3)? Bei einem PAR-Patienten ist es ziemlich einfach. Vorausgesetzt man beherrscht einige psychologische Grundregeln und nimmt sich beim ersten Ter-



Abb. 1: Zahnarzt mit Demomaterial. Wir Zahnärzte sind keine Meister der Kommunikation.

min entsprechend viel Zeit. Das Problem bei den Parodontitispatienten ist: Sie fühlen sich nicht krank! Sie haben nämlich nur selten Schmerzen. In Deutschland gilt Zahnfleischbluten als Schicksal und nicht als besonders beunruhigende Erscheinung. Das Bewusstsein der Patienten muss deshalb umprogram-



Abb. 2: Patienten mit extrem schlechter Mundhygiene sind nur sehr schwer zu bekehren.

miert werden. Die Psychologen sprechen von Problemeignerschaft. Es ist für die Patienten nur schwer verständlich, dass sie ohne subjektiv größere Probleme lebenslang alle drei Monate in die Praxis kommen sollen. Und dafür müssen sie sogar noch aus eigener Tasche etwas bezahlen. Wir bemühen uns bei diesen Patienten mit allen Mitteln, die Kenntnisse über ihre Parodontalerkrankung zu verbessern. Sollten wir das schaffen, ist es kein wirkliches Problem mehr, sie lebenslang an uns zu binden. Hilfsmittel wie Videos, CD-ROM und selbst Bücher sind für die Erklärungen nur bedingt geeignet, da die Patienten darauf nicht sich selbst erkennen. Besser sind einfache, selbst angefertigte Zeichnungen. Bei Patienten ohne Parodontitis ist es wesentlich schwieriger, das Bewusstsein für Prophylaxe zu entwickeln. Wir lösen dieses Problem mit der „Gutscheinmethode“. Prophylaxe muss man erfahren. Menschen kaufen ungern die „Katze im Sack“. Wir investieren hier ganz bewusst und schenken unseren neuen Patienten die erste Prophylaxesitzung. Sie erhalten einen Gutschein, auf dem auch der Wert der Behandlung ausgedruckt ist. Darauf weisen wir gezielt hin. Dieser Gutschein ist dann zur ersten Prophylaxebehandlung mitzubringen.

Das Stammklientel überzeugen

Was macht man mit Altpatienten bei einer Praxisübernahme? Es kommt immer wieder vor, dass man versäumt hat, Patienten über Prophylaxe aufzuklären. Man sollte sein Patientengut deshalb regelmäßig durchscan-

nen. Patienten kennen sich untereinander. Diese Netzwerke bleiben uns manchmal verschlossen. Gute Patienten nehmen es uns aber übel, wenn wir ihnen eventuelle Wunschleistungen vorenthalten. In solchen Fällen vereinbaren wir einen separaten Beratungstermin und besprechen in Ruhe die „Neuerungen“ der Zahnmedizin. „Create a new patient“ sagen die Amerikaner zu dieser Methode. Dieses Gespräch darf natürlich nicht unter Zeitdruck z.B. zwischen zwei Behandlungen stattfinden, sondern der Patient muss den Eindruck haben, wir haben alle Zeit der Welt. Im Anschluss an diese Beratung erhält der Patient ebenfalls unseren Prophylaxegutschein, sodass er ohne Kosten unser Angebot testen und danach selbst seine Entscheidung treffen kann: Prophylaxe ja oder nein (Abb. 4).

Qualifizierte Mitarbeiterinnen

Es gibt in Deutschland nur etwa 2.000 vollzeit-tätige Prophylaxemitarbeiterinnen (ZMP, DH, ZMF und anders Fortgebildete) (Abb. 5)! Und das bei über 50.000 Zahnärzten! Bei so einem Missverhältnis wird es klar, wo der größte Knackpunkt liegt.

Es ist extrem schwierig, geeignete Mitarbeiterinnen zu finden. Das höhere Gehalt, das einige Kollegen scheuen, stellt dabei das kleinste Problem dar. Diese Mitarbeiterinnen finanzieren sich leicht selbst. Der weitsichtige Praxisinhaber fördert seine Mitarbeiterinnen und investiert dabei langfristig in seine Prophylaxeabteilung.

Natürlich besteht bei unserer doch überwiegend weiblichen Mannschaft die Gefahr einer Schwangerschaft. Erfahrungsgemäß kehren diese Mitarbeiterinnen aber später zurück auf ihren Arbeitsplatz. Ob als Voll- oder Teilzeitkraft, ist bei der Prophylaxe nicht so entschei-

dend, da wir sowieso flexible Termine anbieten müssen. Es versteht sich von selbst, dass nicht nur eine einzige qualifizierte Mitarbeiterin in der Prophylaxe ausreicht, sonst ist bei Krankheit, Schwangerschaft etc. das Chaos vorprogrammiert. Für Ersatz muss gesorgt sein.

Spezielles Prophylaxezimmer

Die Praxis ist zu klein für Prophylaxe? Viele Praxisinhaber denken, ihre Praxis sei zu klein, um Prophylaxe anbieten zu können. Dabei benötigt man für Prophylaxe gar nicht viel Raum. Auch muss ein Prophylaxezimmer im Gegensatz zu Angeboten der Dentalindustrie keine besonderen Ansprüche erfüllen. Ein gut beleuchteter Spiegel über dem Waschbecken, Wohlfühlatmosphäre und eine gebrauchte Einheit reichen schon völlig aus. Ist so ein eigenes Zimmer ausschließlich für Prophylaxe vorhanden, können damit sehr viele Patienten zufriedengestellt werden.

Beispiel: Behandlungstage pro Jahr: 220, Arbeitsstunden/Tag: 8, Standardlänge einer Prophylaxesitzung: 1Std.

Daraus ergeben sich 1.760 Behandlungsstunden pro Jahr.

Ideal wären pro Patient vier Termine pro Jahr. Da in der Regel bedingt durch verschiedene Zwischenfälle realistisch pro Patient aber nur drei Termine pro Jahr anfallen, können unter den o.g. Bedingungen ca. 600 Patienten behandelt werden. Es gibt in Deutschland nur sehr, sehr wenige Praxen, die so viele Patienten im regelmäßigen Recall-System haben.

Ist kein spezielles Prophylaxebehandlungszimmer vorhanden, kann mithilfe eines Karts, in dem alle notwendigen Utensilien untergebracht sind, sehr leicht jedes Behandlungszimmer zum Prophylaxezimmer umgewandelt werden.



Abb. 3: Der neue Patient bietet die besten Chancen für die Prophylaxe. — **Abb. 4:** Beratung am Schreibtisch. Eine Beratung sollte in Ruhe und möglichst außerhalb des Behandlungszimmers durchgeführt werden.

Wird der Behandlungstag vom Chef vernünftig durchstrukturiert, ergeben sich viele Stunden, in denen sogar in einer 1-Behandler/2-Zimmer-Praxis Prophylaxe betrieben werden kann. So sollten Langzeitbehandlungen immer in speziellen Zonen stattfinden, ebenso Besprechungen und Beratungen. Während diesen vorher festgelegten Zeiten kann in dem freien Zimmer Prophylaxe betrieben werden. Außerdem muss Prophylaxe zu Zeiten angeboten werden, an denen die meisten Patienten auch kommen können. Für einen Prophylaxetermin werden die wenigsten Arbeitnehmer von ihrem Chef freigestellt. Behandlungszeiten 9–12 und 15–18 Uhr sind out!

Ideale Zeitabläufe

Wie lang sollte oder darf eine Prophylaxesitzung dauern? Wie oft sollte der Patient pro Jahr kommen? Sollte die Prophylaxesitzung nach Zeitaufwand berechnet werden? Machen Recall-Erinnerungen Sinn (Abb. 6)? Der ideale Zeitbedarf für eine durchschnittliche Prophylaxesitzung beträgt ca. 75 Minuten. Da aber Geld und Zeit in einem ausgewogenen Verhältnis stehen müssen, sind wir gezwungen, Kompromisse einzugehen. In unserer Praxis gibt es deshalb drei Zeitlängen:

- ① Die Standardsitzung: 60 Minuten
- ② Patienten mit fortgeschrittener PAR-Erkrankung: 90 Minuten
- ③ IP, Kinderprophylaxe, Patienten mit sehr reduziertem Restzahnbestand: 30 Minuten.

Der ideale Zeitabstand zwischen den Behandlungen beträgt ca. drei Monate. Größere Abstände bergen sogar bei sehr guten Putzern die Gefahr, dass die Prophylaxe nur noch sporadisch wahrgenommen wird. Realistisch sind aber eher drei Termine pro Jahr. Bei Patienten mit tiefen Taschen verringern wir den Abstand individuell nach BOP-Messung. Hier kann der Abstand manchmal auch nur zwei Monate betragen. Eine Berechnung der Sitzung nach Zeitaufwand wäre sicher die gerechteste Sache, ist aber in der Praxis wenig sinnvoll aus zwei Gründen:

- ① Die Integration von individuellen Zeitlängen in den Praxisalltag ist extrem kompliziert,
- ② Patienten kennen sich untereinander und vergleichen die Preise.

Fast jeder Patient denkt, er putzt besonders gut. Es ist für ihn nicht einsehbar, wieso unterschiedliche Preise berechnet werden.

Recall und Preise

Das Versenden von Erinnerungskarten oder auch die telefonische Erinnerung an den fälligen Recall-Termin ist sehr zeitaufwendig und die Rückläufer sind gering. Wir vereinbaren deshalb den Folgetermin direkt nach erfolgter Behandlung.

Einen Tag vor dem anstehenden Termin versenden wir dann eine SMS-Erinnerung. Das ist problemlos möglich, da fast jeder Patient ein Mobiltelefon besitzt und es gute PC-Programme gibt, die diesen Dienst übernehmen. Um eventuell auftretende Lücken bei kurzfristigen Terminabsagen zu schließen, führen wir eine Warteliste für Patienten, die auch kurzfristig kommen können. Diese Methode hat sich sehr bewährt.

Zu hohe Preise sind der Tod jeder Prophylaxebemühung. Wie hoch ist zu hoch? Wo beginnt

unser Gewinn? Eine Umfrage unter 400 Patienten unserer Prophylaxeabteilung im Jahr 1992 hat ergeben, dass die Bereitschaft zur Prophylaxe ab einem Eigenanteil in Höhe von 40 Euro rapide sinkt. Heute kostet bei uns eine Prophylaxesitzung im Durchschnitt 80 Euro. Selbst bei diesem Preis ist eine ansehnliche Gewinnspanne von über 50% vorhanden. Die Kosten einer Prophylaxestunde für den Praxisinhaber belaufen sich auf ca. 40 Euro. Betriebswirtschaftliche Vergleichsberechnungen, die höhere Stundenkosten ausweisen, beziehen sich meist aufs Handwerk. Es werden „Saustallfaktor“ (darunter versteht man Zigarettenpausen etc.), Ausfall durch Krankheiten, Zahlungsverzug usw. berechnet. All diese Faktoren sind in unseren Praxen deutlich reduziert. Die Prophylaxemitarbeiterinnen entwickeln ein Höchstmaß an Verantwortungsgefühl. Außerdem ist deren Kontrolle durch unsere Aufsichtspflicht viel höher als in den meisten anderen Berufen.

Wer allerdings bei scharf kalkulierten Preisen den Gewinn zunichte macht, sind Ausbleiber,

ANZEIGE

Brushies

Interdentalbürsten mit Pfiff

**schonend
gründlich**



**immer dabei:
praktische
Schutzkappe**



ISO-Norm codiert





08a05peem

www.beycodent.de

BEYCODENT

**Musterservice:
Tel: 02744 / 920011**

**Wolfsweg 34
D-57562 Herdorf
Info-Tel. 02744 / 92000**



Abb. 5: Gute Prophylaxemitarbeiterinnen sind rar. – Abb. 6: Durch ein individuell bestücktes Kart wird jedes Zimmer zum Prophylaxeraum.

Zu-spät-Kommer und die kurzfristigen Absager. Die Schäden durch letztere lassen sich durch unsere Warteliste einigermaßen abfedern. Die chronischen Ausbleiber und Zu-spät-Kommer aber zerstören jeglichen Gewinn. Unsere straffe Preisgestaltung erlaubt keine Leerzonen. Da es sich bei diesen Patienten aber um eine nur sehr kleine Gruppe handelt (es sind immer die gleichen Patienten), sind wir sehr konsequent in der Handhabung:

Zu-spät-Kommer und Ausbleiber

Zu-spät-Kommer werden zwar noch behandelt, aber nur bis zum Ende des vereinbarten Termins. Ein pünktlicher Patient darf natürlich nicht darunter leiden, dass der Vorgänger verspätet kam. Die Sitzung wird aber trotzdem vollständig berechnet. Selbstverständlich kann dann nicht so gründlich gearbeitet werden wie bei vollem Zeitangebot. Darüber wird der Patient aufgeklärt. Häufig vereinbart er dann noch einen kurzfristigen Folgetermin, der eventuell nur eine halbe Stunde umfasst, aber natürlich auch berechnet wird.

Beim ersten unentschuldigtem Fehlen rufen wir den Patienten an und erkundigen uns nach dem Grund des Ausbleibens. Beim zweiten Mal erhält der Patient von uns eine schriftliche Mitteilung, dass in unserer Praxis leider keine Weiterbehandlung mehr erfolgen kann.

Dieses Vorgehen hört sich sehr hart an, aber unsere Erfahrung hat uns gelehrt, dass es anders leider nicht funktioniert.

Kurze Wartezeiten

Patienten mit einem Prophylaxetermin tolerieren erfahrungsgemäß kaum längere Wartezeiten. Fünf bis zehn Minuten sind das Maximum, was unseren Patienten zugemutet werden kann. Da es im Praxisablauf selbst bei

besten Organisation zu unvorhergesehenen Zwischenfällen kommen kann, ist es unbedingt notwendig, Pufferzonen einzurichten. Wir haben deshalb Pufferzonen von 30 Minuten einmal am Vormittag, in der Mittagszeit und am Nachmittag in unserem Bestellbuch. Sollte es trotzdem einmal zu Verzögerungen im Tagesablauf kommen, werden die Patienten rechtzeitig informiert und gegebenenfalls entschädigen wir sie mit unserem schon beschriebenen Prophylaxegutschein. Eine langfristige Bindung unserer Patienten an die Praxis ist uns sehr wichtig, kurzfristiger finanzieller Erfolg interessiert uns nicht.

Kontrollen durch den Zahnarzt

Ein extra Termin zur O1? Für Prophylaxe nehmen Patienten oft eine relativ weite Anreise in Kauf. Ganz offensichtlich ist das Angebot auf diesem Sektor doch immer noch sehr eingeschränkt. Es ist diesen Patienten kaum zuzumuten, für die fälligen regelmäßigen Kontrolluntersuchungen einen gesonderten Termin zu vereinbaren.

Die Kontrolle durch den Zahnarzt während der Prophylaxesitzung ist aber ziemlich problematisch, da es kaum mit einem kurzen Befund getan ist. Die Patienten einer Prophylaxepaxis haben eine hohe Bindung an uns und erwarten besondere Zuwendung. Small Talk ist unvermeidbar und bringt unsere Mitarbeiterinnen häufig unter Zeitdruck. Eine Patentlösung gibt es dafür nicht. In unserer Praxis werden wir Ärzte am Beginn der Prophylaxebehandlung per Interkom gerufen. Wir wissen dann, dass wir eine Stunde Zeit haben, ins Prophylaxezimmer zur Kontrolle zu kommen.

Sind wir nach einer halben Stunde noch nicht erschienen, gibt es eine Erinnerung wiederum per Interkom. Sind wir am Ende der Behandlung immer noch nicht aufgetaucht, holt uns

die Prophylaxemitarbeiterin persönlich ab. Sind viele Behandlungszimmer vorhanden, ist diese unbefriedigende Situation leichter in den Griff zu bekommen. Der Patient wird dann im Anschluss der Behandlung in ein freies Zimmer gesetzt. So gerät die Prophylaxemitarbeiterin nicht unter Zeitdruck. Selbstverständlich müssen wir Ärzte dann in zumutbarer Zeit dort auftauchen.

Wir betreiben seit mehr als zwanzig Jahren eine große Prophylaxepaxis. Für dieses spezielle Problem haben wir aber bis heute keine bessere Lösung gefunden.

Fazit

Die Probleme, eine funktionierende Prophylaxepaxis zu betreiben, sind nicht zu unterschätzen. Es wird immer wieder Rückschläge geben. Auch die zuverlässigste Mitarbeiterin wird höchstwahrscheinlich einmal schwanger. Hat man das Glück, mehrere Prophylaxemitarbeiterinnen beschäftigen zu können, ist es sogar nicht unwahrscheinlich, dass auch mehrere zur gleichen Zeit den Kinderwunsch verspüren. Manchmal hat man das unbestimmte Gefühl, so etwas ist ansteckend.

Trotzdem lohnt es sich, in Prophylaxe zu investieren

Es ist ohne Frage viel ärztlicher, Krankheiten zu vermeiden, als in unserem Fall Zähne zu reparieren. Die Patienten profitieren davon und danken es uns auch durch Weiterempfehlungen. Unsere Mitarbeiterinnen wachsen enorm an ihrer Aufgabe. Aus „Helferinnen“ entwickeln sich Behandlerinnen. Und bei guter Organisation, wohl kalkulierten Preisen und einem motivierten Team kann man mit Prophylaxe sogar gutes Geld verdienen.

Eine Win-win-Situation für alle! ◀

kontakt

Rainer Klerx
Praxis Klerx & Langhorst
Pelikanstr. 4
30177 Hannover
E-Mail:
klerx-langhorst@t-online.de

Karies wird als übertragbare Erkrankung angesehen, wobei *Streptococcus mutans* und Laktobazillen die primären Pathogene darstellen. Der kariöse Prozess kann durch die konsequente Beeinflussung der ätiologischen Faktoren verhindert, arretiert und – zumindest in sehr frühen Stadien – umgekehrt werden. Die Erfassung der individuell gefährdenden Faktoren und die damit verbundene Einschätzung des Kariesrisikos spielen in diesem Zusammenhang eine große Rolle.

Die Abschätzung des Kariesrisikos

Autoren: Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa, OA Dr. Jan Müller

Die Karies (Abb. 1) wird als multifaktorielles Geschehen angesehen, wobei die komplexe Ätiologie eine sichere Vorhersage aufgrund eines einzigen (einfachen) Tests nicht zulässt. Die Bestimmung des Kariesrisikos ist daher allenfalls mithilfe der Kombinationen mehrerer Informationen möglich; hierzu zählen

- die Empfänglichkeit des Wirtes (Karieserfahrung in der Vergangenheit),
- die Bestimmung der *St. mutans*-Konzentration als Indikator für das relative Risiko,
- die Bestimmung der Laktobazillen als Indikator für den Zuckergehalt der Diät und
- das Remineralisierungspotenzial (Speichelfließrate und Pufferkapazität) als Indikator für die biologische Reparatur.

Dieser Beitrag geht auf die Bedeutung der genannten Faktoren ein und stellt das Cariogram als bisher kaum verbreitetes, aber hilfreiches Werkzeug zur Erfassung des Kariesrisikos vor.

Anamnestisch erhobene Informationen

Neben den weiter unten beschriebenen, direkt messbaren Faktoren sollten weitere Hintergrundinformationen mithilfe der Anamnese gewonnen werden. Hierzu zählen

- Allgemeinerkrankungen,
- Medikamente mit Auswirkungen auf die Speicheldrüsenfunktion,

- der soziale Status/die familiäre Situation,
- das Ernährungsverhalten,
- die Mundhygienegewohnheiten und
- die Fluoridanamnese.

Alle genannten Faktoren können eine Auswirkung auf das Kariesrisiko haben, wobei auch hier die individuelle Situation und die voraussichtliche Dauer bei der Risikoabschätzung beachtet werden sollten. Hinsichtlich der Fluoridexposition ist nicht zuletzt die Fluoridkonzentration des Trinkwassers zu berücksichtigen.

Klinischer Befund

Zur Berücksichtigung des Kariesrisikos ist der klinische Befund von besonderer Bedeutung. So lassen die Zahl der Zähne (Wann wurden Zähne extrahiert?), die Anzahl und Größe der Füllungen (Zeitpunkt und Häufigkeit der Erneuerung) sowie die Zahl der vor-

handenen Demineralisationen oder sogar Kavitationen (Abb. 2) Rückschlüsse auf eine erhöhte Kariesaktivität zu. Der Zustand der Gingiva deutet auf eventuelle Mängel bei der Mundhygiene hin; auch das gleichzeitige Vorliegen erschwerender Umstände (Engstände, anatomische Besonderheiten, Füllungsüber-/unterschüsse, kieferorthopädische Behandlung) deutet auf ein erhöhtes Kariesrisiko hin.

Streptococcus mutans

St. mutans besitzen mehrere kariogene Eigenschaften, die bei hochfrequenter Aufnahme niedermolekularer Kohlenhydrate besonders akzentuiert werden. Hierzu zählen die initiale Besiedlung der Zahnhartsubstanzoberflächen, die Fähigkeit, Säuren zu produzieren und in saurem Milieu zu überleben, die Toleranz gegenüber hohen



Abb. 1: Aktive Läsionen mit zum Teil ausgeprägter Kavitation. – Abb. 2: Karies zwischen 34 und 33 aufgrund eines Engstandes und erschwerter/unzureichender Mundhygiene.



Abb. 3: Beispiel für die Kariesrisikoabschätzung mithilfe des Cariograms.

Zuckerkonzentrationen und nicht zuletzt die Fähigkeit, intra- und extrazelluläre Polysaccharide zu bilden. Die Höhe der St. mutans-Konzentration im Speichel reflektiert die Zahl der kolonisierten Zahnoberflächen. Aus kariologischer Sicht ist wichtig, dass die Zahl der Streptokokken mit dem Ausmaß der Karies korreliert.

Laktobazillen

Laktobazillen siedeln vornehmlich auf retentiven Oberflächen (Fissuren, Grübchen, Füllungsüberhänge, Läsionen) und vertragen saure pH-Werte besonders gut. Sie sind verantwortlich für das Fortschreiten von bereits etablierten Läsionen. Die Zahl der Laktobazillen korreliert mit dem Zuckerkonsum und lässt daher Rückschlüsse auf die Azidität der Bedingungen in einer Mundhöhle zu.

Bedeutung hoher Bakterienzahlen

St. mutans- und Laktobazillen-Zahlen korrelieren häufig nicht miteinander, wenn gleich hohe Kolonisationen mit beiden Keimen bei Patienten mit erhöhter Kariesaktivität beobachtet werden. Dieser Umstand deutet darauf hin, dass die beiden Testverfahren unterschiedliche Stadien der Kariesentstehung abbilden. Nichtsdestotrotz sollten die Ergebnisse immer auch unter dem Aspekt einer Momentaufnahme betrachtet werden; deshalb ist dieser Test in Phasen einer Antibiotikagabe oder unmittelbar nach Durchführung der Mundhygiene wenig aussagekräftig.

Speichelfließrate

Die ausreichende Speichelfließrate trägt zur Aufrechterhaltung der oralen Gesundheit in entscheidendem Maße bei. Der Speichel hat dabei die Funktion

- der mechanischen Reinigung (Spülfunktion, Entfernung von Debris und Bakterien),
- der antibakteriellen Wirkung (über Lyse und Aggregation),
- der Pufferwirkung (Neutralisation bakterieller Säuren) und
- der remineralisierenden Wirkung.

Für die Beurteilung des Kariesrisikos spielt der Speichel somit eine herausragende Rolle; die eingeschränkte Speicheldrüsenfunktion korreliert eindeutig mit einem erhöhten Kariesrisiko.

Pufferkapazität

Eine ausreichende Pufferkapazität trägt dazu bei, neutrale pH-Werte in Speichel und Plaque zu etablieren, während eine unzureichende Pufferkapazität zu einer Erhöhung des Kariesrisikos führt.

Andere Testverfahren

In der Vergangenheit wurde eine Vielzahl weiterer prognostischer Tests vorgeschlagen, die sich jedoch nicht durchsetzen konnten. Hierzu zählen

- der Snyder-Test (eine Alternative zur Bestimmung der Laktobazillen-Zahlen),
 - die Pilzbestimmung (Hinweis auf eine eingeschränkte Immunabwehr und fortgeschrittene Kariesaktivität),
 - die Plaque-Bildungsrate und Plaque-pH-Messungen (Hinweise auf erhöhte Kariesaktivität) und
 - die Viskositätsprüfung des Speichels (vornehmlich für ältere Patienten mit Medikamentengebrauch und qualitativ veränderten Speichel).
- Die beschriebenen Verfahren können im Einzelfall ergänzende Hinweise zum aktuellen Kariesrisiko liefern.

Zusammenfassende Wertung und Risikoabschätzung

Die Bestimmung des Kariesrisikos ist vergleichbar mit anderen Methoden zur Vorher-

sage von Ereignissen (z.B. der Wahrscheinlichkeit von Erdbeben). Auch hier wird eine Vielzahl von unterschiedlichen Daten zusammengetragen, die dann mit unterschiedlicher Gewichtung in die Risikoabschätzung einfließen. Dabei bedient man sich computergestützter Methoden. Ein Beispiel für ein in der Kariologie genutztes Verfahren ist das von Brathall beschriebene Cariogram. Bei diesem Programm werden anamnestisch erhobene Daten und klinische Befunde unter Berücksichtigung des Einflusses auf die Kariesentstehung zur Erstellung des Risikoprofils zusammengetragen. Dabei berücksichtigt das Programm auch die lokalen Fluoridkonzentrationen des Trinkwassers.

Die Berechnung der aktuell vorliegenden Wahrscheinlichkeit, nicht an Karies zu erkranken, wird nach Eingabe der unterschiedlichen Daten grafisch als prozentualer Wert ausgegeben (Abb. 3) und erlaubt bei Bedarf die Programmierung individueller Empfehlungen für auf den Patienten abgestimmte, präventive Maßnahmen. Das Programm steht kostenlos zum Download unter <http://www.db.od.mah.se/car/cariogram/cariograminfo.html> zur Verfügung und sollte nach einer kurzen Einarbeitungszeit eine gute Hilfe zur Kariesrisikoabschätzung darstellen und die Beratung der Patienten erheblich erleichtern. ◀

Eine Literaturliste kann in der ZWP-Redaktion unter der E-Mail: zwp-redaktion@oemus-media.de angefordert werden.

kontakt

Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa
Abt. für Zahnerhaltungskunde
und Parodontologie
CharitéCentrum 3 für Zahn-,
Mund- und Kieferheilkunde
Charité – Universitätsmedizin
Berlin
Abmannshäuser Straße 4–6
14197 Berlin
E-Mail:
andrej.kielbassa@charite.de



Eine gründliche, regelmäßige und vor allem richtige Mund- und Zahnpflege im Milch- und Wechselgebiss ist eine wesentliche und notwendige Voraussetzung zur Vorbeugung von Erkrankungen in der Mundhöhle und unterstützt zudem alle zahnärztlichen Maßnahmen.

Die richtige Mund- und Zahnpflege von Anfang an

Autor: Dr. Vanêssa de Moura Sieber

Die Mundhöhle dient als Lebensraum für zahlreiche Mikroorganismen. Einerseits können diese nützlich sein, andererseits besteht aber auch die Gefahr, dass sie den Zähnen und dem Zahnhalteapparat Schäden zufügen. In den Industrieländern ist Karies die häufigste Erkrankung bei Kindern. Karies kann schon ab dem ersten Milchzahn auftreten und gefährdet sowohl das Milchgebiss als auch die neuen bleibenden Zähne. Entscheidend für die Ver-

hinderung von Karies ist neben einer adäquaten Ernährung (keine Saugerflaschen nach dem ersten Lebensjahr) die lokale Anwendung von Fluorid in Form von Kinder-Zahnpasta. Eine frühe Kariesprävention liegt in Deutschland in



den Händen der Kinderärzte, da die Kinder dem Zahnarzt meist erst später vorgestellt werden. Es ist also die Aufgabe von Kinder- und Zahnärzten, den Eltern die Notwendigkeit der frühen Kariesprävention ab dem ersten Milchzahn und somit die richtige Mund- und Zahnpflege zu vermitteln.

Kleinkinder

Für die Eltern bedeutet das, dass sie ab dem ersten Milchzahn das Zähneputzen ihrer Kinder übernehmen, da diese bis zum Schulalter auf die tägliche Unterstützung der Eltern beim Zähneputzen angewiesen sind – auch aus motorischen Gründen. Zähneputzen sollte bereits für Kleinkinder zu einem täglichen Ritual werden. In den ersten beiden Lebensjahren sollten entsprechend den Empfehlungen der DGZMK die Zähne des Säuglings bzw. Kleinkinds einmal täglich – am besten abends – mit

Bilder oben: Kinder sind auf die tägliche Unterstützung der Eltern beim Zähneputzen angewiesen. – Kinder sollten viertel- oder halbjährlich – je nach individuellem Bedarf – beim Zahnarzt erscheinen. – Zähneputzen sollte bereits für Kleinkinder zu einem täglichen Ritual werden.

einer erbsengroßen Menge fluoridhaltiger Kinder-Zahnpasta (500 ppm), z. B. elmex Kinder-Zahnpasta, geputzt werden. Um eine genaue Dosierung der Zahnpastamenge zu erzielen, erleichtert eine Markierung im Borstenfeld der Lern-Zahnbürste, z. B. von elmex, die zahnärztlich empfohlene Menge. Wichtig ist, dass eine Kinder-Zahnpasta nicht zu süß schmeckt, um die Kleinkinder nicht zum Naschen zu verleiten. Ab dem 2. Geburtstag ist es erforderlich, dass die Eltern den Kleinkindern zweimal täglich die Zähne mit Kinder-Zahnpasta putzen. Im dritten Lebensjahr beginnen die Kleinkinder selbst mit ersten eigenen Putzversuchen. Dabei handelt es sich aber in





erster Linie um das Halten der Lern-Zahnbürste und das Beibehalten des täglichen Zahnputzrituals. Eine gründliche Entfernung der Zahnbeläge im Milchgebiss wird weiterhin nur durch die Eltern erreicht.

Kindergarten- und Schulalter

Im Kindergartenalter lernen die Kinder das Zähneputzen in der Gruppe mit der KAI-Methode – Kauflächen, Außenflächen, Innenflächen. Allerdings wird damit keine Plaquefreiheit gewährleistet. Auch hier müssen die Eltern zu Hause weiterhin sorgfältig die Zahnbeläge im Milchgebiss durch Zähneputzen entfernen.

Sobald im 6. Lebensjahr der erste neue bleibende Zahn des Kindes durchbricht, verändern sich die Verhältnisse im Mund. Damit auch die neuen bleibenden Zähne von Anfang an richtig gepflegt werden, sollen die Eltern dieser Altersgruppe weiterhin die Mundhygiene ihrer Kinder täglich betreuen und die Kinderzähne anschließend putzen. Ab dem 6.

Geburtstag ändern sich zusätzlich die Anforderungen an die Zahnpasta. Ein höherer Fluoridgehalt von 1.000 bis 1.500 ppm wird notwendig, um den neuen bleibenden Zähnen einen ausreichenden Kariesschutz zu bieten.

Fazit

Die Milchzähne brechen als gesunde Zähne in die Mundhöhle durch. Ziel ist es, sie bis zum Zahnwechsel gesund zu erhalten, weil sie zum Wohlbefinden des Kindes beitragen. Darüber hinaus werden sie zur Nahrungszerkleinerung und zur Lautbildung der Sprache benötigt, und sie dienen als Platzhalter für die neuen bleibenden Zähne. Mundhygiene beginnt daher mit dem ersten Milchzahn und der Verantwortung der Eltern, die über eine richtige Mund- und Zahnpflege und



eine zahngesunde Ernährung aufgeklärt werden müssen. Weitere Informationen finden Sie unter www.gaba-dent.de ◀

autorin

Kinderärztin Dr. med. Vanêssa de Moura Sieber ist wissenschaftliche Projektmanagerin der GABA GmbH.

kontakt

GABA GmbH
 Berner Weg 7, 79539 Lörrach
 Tel.: 0 76 21/9 07-0
 Fax: 0 76 21/9 07-4 99
 E-Mail: info@gaba-dent.de
www.gaba-dent.de

ANZEIGE

schülke →

octenidol® Zahnfleischschutz für jeden Tag

Die erste antibakterielle Mundspül-Lösung mit dem innovativen Wirkstoff Octenidin. Immer die richtige Lösung.

- Schützt effektiv vor Parodontitis und Gingivitis
- Antibakteriell
- Alkoholfrei
- Bekämpft parodontal-pathogene Bakterien
- Ohne Chlorhexidin

Ohne
Chlorhexidin



Qualität. Sicherheit. schülke.

Schülke & Mayr GmbH

22840 Norderstedt | Deutschland | Tel. +49 40 521 00-666 | Fax +49 40 521 00-660 | www.schuelke.com

the plus of pure
performance

Waterpik Technologies blickt als Erfinder und weltgrößter Hersteller von medizinischen Mundduschen und als Pionier der modernen Oralprophylaxe auf eine mehr als 45-jährige Erfahrung zurück. Im Bereich „Dental Care“ bietet das Unternehmen ein umfangreiches Sortiment. Alle medizinischen Zahn- und Mundhygienegeräte von Waterpik® sind wissenschaftlich abgesichert.

Oralprophylaxe: Prävention und Therapie

Redaktion



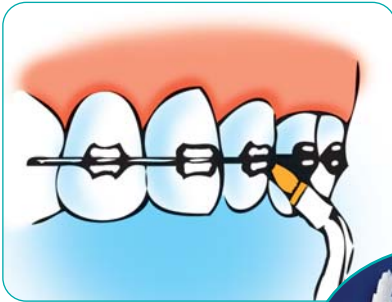
Nachweislich treten bei Personen, die regelmäßig eine Waterpik® Munddusche benutzen, keine Zahnfleischprobleme auf. Waterpik® ist außerdem die einzige Mundduschenmarke der Welt, die mit über 42 wissenschaftlichen Studien die Wirksamkeit

von Mundduschen signifikant unter Beweis stellen konnte. Das Anwendungsspektrum der Waterpik® Munddusche erstreckt sich nicht nur auf das reine Durchspülen und damit auf die Vorbeugung, sondern wird auch auf eine therapeutische Ebene durch die Verwendung verschiedener Aufsätze je nach Bedarfslage ausgeweitet.

Munddusche mit Aufsteckdüsen

Die Waterpik® Subgingival-Düse, eine Spezial-Aufsteckdüse anstelle der Standard-

Die Waterpik® Aufsteckdüse Standard JT-100 mit dem pulsierenden Einstrahlssystem sorgt für gutes Aussehen, gesündere Zähne, festeres Zahnfleisch und frischen Atem.



Die Waterpik® Orthodontic-Düse OD-100 ist eine Kombination aus Düse und Bürste. Sie spült und putzt zugleich und minimiert das Kariesrisiko deutlich.

der Zähne Zahnspangen. Bei mangelnder Oralhygiene hat der Patient nach Abschluss der Behandlung zwar gerade Zähne, dafür aber Karies. Auch in diesen Fällen ist eine Waterpik® Munddusche hilfreich, insbesondere bei der Verwendung der Waterpik® Orthodontic-Düse, die eine Kombination aus Düse und Bürste darstellt.



Zungenreiniger

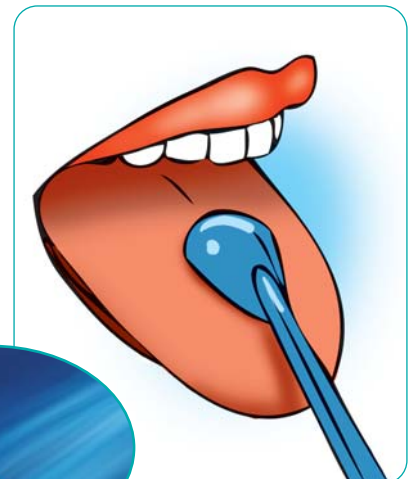
Der Waterpik® Zungenreiniger wird als Aufsatz der Waterpik® Munddusche verwendet. Er ist

nur so groß wie ein Mokkalöffel, löst somit keinen Brechreiz aus. Die in den Zungenreiniger eingelassene Wasserzuleitung ermöglicht eine permanente Wasserzufuhr aus der Munddusche und macht damit die Reinigungsarbeit einfacher, effizienter und erfrischender. Mit dem Zusatz von Mundspüllösungen kann die Wirksamkeit bei der Entfernung des Belags auf der Zunge noch gesteigert werden.

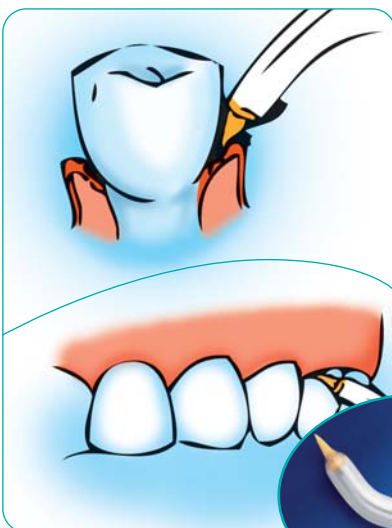
Schallzahnbürsten

Neben medizinischen Mundduschen brachte Waterpik® Technologies als einer der ersten bereits 1995 eine elektronische Hightech-Schallzahnbürste heraus.

Das Modell Waterpik® Sonic Speed, welches mittlerweile durch drei verschiedene Nachfolgemodelle optimiert worden ist, erzeugte bereits damals 30.000 Bürstenbewegungen/Minute. Das sind 500 Schwingungen/Sekunde. Eine Schallzahnbürste reduziert innerhalb der durchschnittlichen Zahnputzdauer von 40 Sekunden mehr Plaque als jede andere elektrische bzw. manuelle Zahnbürste. Damit soll jedoch keineswegs für eine derartige kurze Zeit das Wort gesprochen werden.



Der Waterpik® Zungenreiniger TCR-2 löst keinen Brechreiz im Halsbereich aus, ist effizienter, da die Reinigung durch Wasserzufuhr aus der Munddusche unterstützt wird, und wirksamer, falls dem Mundspülwasser antibakterielle Zusätze beigefügt werden.



Die Pik Pocket Subgingival-Düse PP-100 ist eine Spezialdüse zur einfachen, gezielten Verabreichung antibakterieller Lösungen zur Reduzierung von Gingivitis, Parodontitis und bei Implantaten drohender Periimplantitis.



Interdentalreiniger

Ungefähr 30 bis 40 Prozent der Zahnoberfläche befinden sich im Bereich der Zahnzwischenräume. Da die Zahnbürste dort nicht hinkommt, bleibt diese Fläche oft ungeputzt. Hier wird in erster Linie der

Gebrauch von Zahnseide empfohlen. Doch vielen Menschen ist die Verwendung von Zahnseide zu mühsam und zeitaufwendig. Weniger als vier Prozent der Bevölkerung benutzt regelmäßig Zahnseide. Einfacher, behutsamer, genauso effizient wie Zahnseide und obendrein noch automatisch gelingt die Säuberung der Interdentalräume durch den batteriebetriebenen Interdentalreiniger Waterpik® Flosser, der bereits 1999 auf den Markt gebracht wurde und seitdem eine steigende Anerkennung findet.

Hinsichtlich der Vertriebspolitik hat sich das Unternehmen auf Zahnarztpraxen und Apotheken konzentriert. Die Produkte sollen mit der Beratungs- und Empfehlungskompetenz von Zahnarzt und Apotheker erworben werden. Die interessante GmbH ist seit über einem Jahrzehnt die deutsche Exklusiv-Vertriebsgesellschaft der US-Gesellschaft Waterpik® Technologies. ◀

kontakt

interessanté GmbH
 Berliner Ring 163 B
 64625 Bensheim
 Tel.: 0 62 51/93 28-10
 Fax: 0 62 51/93 28-93
 E-Mail: info@interessante.de
 www.interessante.de

Seit 77 Jahren produziert die dänische Tandex A/S Spezialzahn-
bürsten und seit gut 30 Jahren bereits Interdentalbürsten.
Höchste Zeit, die international erfolgreichen Produkte auch in
Deutschland aktiv anzubieten.

Erhöhte Compliance sichert Ihren Prophylaxe-Erfolg

Redaktion

Dieser Schritt wurde durch die Grün-
dung der deutschen Tandex GmbH vor zwei
Jahren vollzogen.

Wie in anderen europäischen Märkten
strebt Tandex auch hier eine enge Koopera-
tion mit Zahnarztpraxen, Dentallaboren,
Prophylaxe-Shops und Dentalhygieniker/

-innen an. Der Vertrieb läuft über den klas-
sischen Depot-, Fach- und Versandhandel
sowie in Vertriebskooperation mit der
MDS-Dental GmbH.

Optimale Interdentalbürste

Was macht eine Interdentalbürste zu einer
patientengerechten Bürste? Darauf geben
die Flexi Bürsten aus dem Hause Tandex
eine überzeugende Antwort: Qualität, ein-
fache Handhabung, praktische Verpa-
ckung, ein fairer Preis und als nicht zu
unterschätzender Faktor: die Psychologie.
Das Produktkonzept setzt auf
umfassende Flexibilität und hat
zum Ziel, die Patientencompliance,
also die Eigenmotivation
zur regelmäßigen Verwendung,
positiv zu beeinflussen.

Markant ist der kurze Hand-
griff aus weichem, biegsamen
Material (ohne Weichmacher
und Latex), der den Patienten
unmittelbar ein angenehmes,
sicheres Gefühl vermittelt. Das
sorgt unterbewusst sofort für
eine positive Grundeinstimmung.

Folge ist eine innere Zustimmung
und damit die wirksamste Stützung
der zahnärztlichen Prophylaxeunter-
weisung.

Die Flexibilität im Griff erleichtert die An-
wendung und auch den Zugang im Mola-
renbereich. Die Griffsicherheit und die
Biegsamkeit ermöglichen zudem eine

exaktere Führung der Bürste. Die Reini-
gung wird genauer und effektiver.

Hochwertige Materialien

Für die Flexi werden hochwertige Materi-
alien verwendet, die Produktion erfolgt
nach den Maßgaben des neuen ISO-Stan-
dards 16409. Dieser schreibt vor, dass
Drähte sich mindestens 20-mal hin und her
biegen lassen müssen, ohne brechen zu
dürfen. Die Flexi Bürsten schaffen ein Viel-
faches dieser Anforderungen. Damit ist die
aus hygienischen Gründen empfohlene
Verwendung über fünf Tage in der Regel
kein Problem. Und sollte es doch einmal zu
Störungen kommen, sichert Tandex eine
unkomplizierte Hilfe zu. Denn auch im Um-
gang mit seinen Kunden setzt Tandex auf
Ehrlichkeit und Flexibilität.

Zur wirksamen Unterstützung der Inter-
dentalpflege wird das Tandex Gel mit
0,2% CHX angeboten, das sich ebenfalls
zur hygienischen Vorbeugung vor Periim-
plantitis empfiehlt. ◀

kontakt

Tandex GmbH
Graf-Zeppelin-Str. 20
24941 Flensburg
Tel.: 04 61/4 80 79 80



Vorspann

Cosmetic Dentistry – Eine **Chance** für die Zukunft?!

Autor:

Ob bei der häuslichen Mundhygiene des Patienten oder bei der professionellen Prävention der Parodontitis, dem Einsatz antimikrobieller Agenzien zur intraoralen Keimreduzierung kommt noch immer eine große Bedeutung zu. Im folgenden Artikel beschreibt Dr. Markus Th. Firla, wie die wissenschaftlichen Empfehlungen zum Einsatz von Chlorhexidin optimal umgesetzt werden können.

Der Einsatz von Chlorhexidin in der Parodontologie

Autor: Dr. Markus Th. Firla



Auf der letztjährigen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP), die unter der Thematik „Der gelockerte Zahn – das gefährdete Implantat“ stand, wurde klar hervorgehoben, dass sowohl der parodontale Halt bzw. der Erhalt des natürlichen Zahnes als auch des osseointegrierten Implantates in hohem Maße von der Qualität und der Quantität des anhaftenden Biofilms bestimmt wird. Ausgehend von der belegten Erkenntnis, dass die Ätiologie und Pathogenese der mikrobiologisch bedingten Parodontitis und Periimplantitis klinisch de facto überwiegend identisch sind, kommt der Kontrolle des Biofilms die größte Bedeutung zu, wenn es gilt, gleichermaßen zahnerhaltende wie auch implantaterhaltende Mundhygieneverhältnisse sicherzustellen.

Goldstandard Chlorhexidin

Die bekannten Regime zur prophylaktischen oder therapeutischen Beherrschung der mikrobiologischen Gefahr des Zahn- bzw. Implantatverlustes beziehen den Einsatz von antimikrobiellen Agenzien mit ein. Ge-

nerell gesehen gehören zu diesen, die Keimflora des Mundraumes lokal bekämpfenden Agenzien, Amin- bzw. Zinnfluoride, Extrakte bestimmter Heilpflanzen in ätherischer Ölform, Triclosan, Chlorhexidin (CHX), Polyvidon-Jod sowie naszierenden Sauerstoff generierende Substanzen. Die Anwendung solcher Stoffe, die – in flüssiger oder gelartiger bzw. pastöser Darreichungsform – Mikroorganismen angreifen, lässt sich grundsätzlich in eine prophylaktische, begleitende und therapeutische Antiseptik kategorisieren:

Prophylaktische Antiseptik

Die vorsorgliche Bekämpfung des mikrobiologisch aktiven, bakteriell organisierten, der Mundschleimhaut, dem Zahnfleisch und der Zahn- oder Implantatoberfläche anhaftenden Belages mittels antiseptisch wirkender Substanzen, sollte gezielt erfolgen und auf einer kritischen Indikationsstellung beruhen. So ist mittlerweile unbestritten, dass CHX-haltige Präparate – aufgrund ihrer seit nunmehr über dreißig Jahren dokumentierten Erfolge bei der Bekämpfung der Plaque bzw. des Biofilms – sich als Mittel der ersten Wahl zur intraoralen Keimzahl-

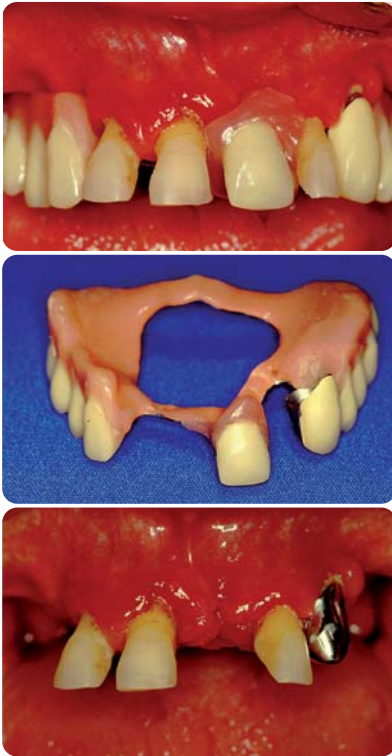
reduzierung etabliert haben. Als „chemische Zahnbürste“ wirkt CHX insbesondere in einer Konzentration von 0,2% bis 1% zwar sehr effektiv gegen alle Keime, welche zu Karies, Parodontitis und Implantitis führen können, es ist aber eben nicht als gänzlicher Ersatz für die tägliche mechanische Belagsentfernung anzusehen.

Gerade bei der Prävention von kariesbedingten Erkrankungen des Zahnes und der Vorbeugung von mikrobiell bedingten, Schaden auslösenden Entzündungen des Parodontiums wie auch des parodontalen Implantatbettes, sind der intraoralen klinischen und internistischen Gesamtsituation des Patienten Rechnung zu tragen. Insbesondere die Ätiologie und Pathogenese der durch Mikroorganismen verursachten Zahn- bzw. Implantatbetterkrankung sind sehr komplex. Quantität und Qualität des Biofilms korre-

lieren nicht bei jedem Menschen mit einer umfangreichen und gravierenden Destruktion parodontaler bzw. alveolärer Strukturen. Individuelle immunologische Aspekte, aber auch Art und Umfang der Nahrung spie-



Chlorhexamed alkoholfrei – arzneiliche alkoholfreie 0,2%ige CHX Mundspül-Lösung in Chlorhexamed-Qualität mit nachgewiesener klinischer Wirksamkeit.



Das erforderliche individuelle Optimum der Mundhygiene wird bestimmt durch die Situation und den Verlauf der gingivalen Erkrankung bzw. Parodontitis.

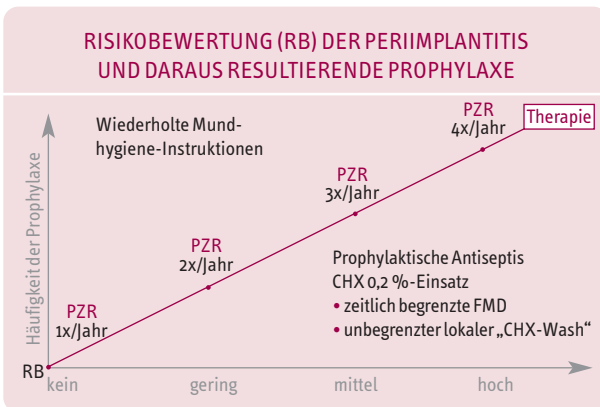
feld, unmittelbar im Anschluss sowie im Rahmen der Nachsorge einer invasiv parodontalen bzw. implantologischen Behandlungsmaßnahme. Da das Keimspektrum, aus mikrobiologischer Sicht verantwortlich für das Ent- sowie Bestehen einer Parodontitis, nahezu identisch mit dem eine Periimplantitis verursachenden Keimspektrum ist, kommt der effektiven, diese Behandlungen begleitenden Keimzahl senkung eine entsprechend große Bedeutung zu. So sollte beispielsweise das Wund- bzw. Operationsgebiet unmittelbar nach dem parodontalen bzw. implantologischen Eingriff vor mechanischen Belastungen – wozu auch die sonst gewohnte und üblicherweise angebrachte häusliche mundhygienische Reinigung zählt – bewahrt werden. Um dies zu ermöglichen, kann mittels der als „chemische Zahnbürste“ wirkenden 0,2%igen CHX Mundspül-Lösung eine notwendige Keimzahl senkung erzielt werden. Eine derartige postoperative Schleimhautantiseptik – bei Implantationen generell in Kombination mit zweckgerichteten mehrtägigen Antibiotikagaben – sollte für zwei bis vier Wochen zweimal täglich für jeweils eine Minute durchgeführt werden. Das Spülen mit einer wirksamen 0,2%igen Chlorhexidin (CHX) Mundspül-Lösung ist daher im Rahmen der Implantation obligat. Beim Einsatz einer CHX Mundspül-Lösung in der Praxis ist jedoch unbedingt darauf zu achten, dass tatsächlich auch entsprechende klinische Wirksamkeitsbelege vorliegen. Das von uns in der Praxis eingesetzte Arzneimittel Chlorhexamed Forte 0,2% hat seine Wirk-

samkeit in zahlreichen klinischen Studien belegt und gilt nicht zuletzt auch aufgrund seiner langjährigen klinischen und praktischen Erfahrung als Goldstandard. Bei einer sorgfältigen und regelmäßigen Anamnese ist es meist kein Problem, jene Personen zu identifizieren, die Alkohol meiden sollen oder meiden wollen. Bei einem generellen Einsatz einer alkoholfreien CHX Mundspül-Lösung in der Praxis sollte ebenfalls auf Wirksamkeitsnachweise geachtet werden, da der Verzicht auf Alkohol nicht durch den Verzicht von Wirksamkeit erkauft werden darf. Mit der neuen Chlorhexamed alkoholfrei mit 0,2% CHX ist nun auch eine alkoholfreie Mundspül-Lösung in bewährter Chlorhexamed-Qualität und klinisch äquivalenter Wirksamkeit verfügbar. Verschiedene Untersuchungen flankieren den klinischen Wirksamkeitsnachweis (so wurde u.a. gezeigt, dass der Goldstandard Chlorhexamed Forte 0,2% und das neue Chlorhexamed alkoholfrei über eine äquivalente Substantivität verfügen). Ebenso von Bedeutung ist aber ebenfalls die zielgerichtete Keimzahl senkung schon vor Beginn parodontalchirurgischer und implantologischer Eingriffe. Hier kann die einminütige intraorale Desinfizierung (Full Mouth Disinfection) mit 0,2%igen CHX Mundspül-Lösungen als mittlerweile allgemein anerkannter zahnmedizinischer Behandlungsstandard angesehen werden. Nicht zuletzt auch, da die bestehenden offiziellen Forderungen in der Zahnheilkunde nach „infektionspräventiven Maßnahmen am Patienten“, welche durch die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut in Punkt 2.2 ihrer Empfehlungen festgelegt wurden, sich explizit für eine derartige orale Antisepsis aussprechen.

len bei der Ausbildung des Biofilms eine wesentliche Rolle. Natürlich, und nicht zuletzt entscheidend, stellt die mechanische Mundpflege des Patienten das richtungweisende Kriterium dar, ob sich ein mikrobiell aktiver Biofilm ausbilden kann, wobei hier zur langfristigen Keimzahl reduzierenden Beeinflussung des Biofilms in parodontalen und periimplantären Bereichen die zusätzliche Anwendung einer 0,06%igen CHX-Lösung mit Fluorid zu empfehlen ist.

Begleitende Antiseptik

Hierbei handelt es sich um den gezielten Einsatz CHX-haltiger Substanzen direkt im Vor-



THERAPIE DER PERIIMPLANTITIS UND DAMIT VERBUNDENE MASSNAHMEN

g Beseitigung bzw. Kontrolle des Biofilms

- mechanische Reinigung > Scaling & Implantat-Säuberung
- lokale Antiseptis > CHX 0,2%-Einsatz
- antimikrobielle Verfahren
- lokale/systemische Antibiose

Therapeutische Antiseptik

Da als generell anerkannt anzusehen ist, dass Parodontitis und Periimplantitis durch ein nahezu identisches Keimspektrum verursacht werden, sind die therapeutischen Ansätze zur Ausschaltung dieser Krankheitsgeschehen im Grunde ebenfalls beinahe deckungsgleich. Das derzeit überzeugendste – und momentan wohl auch am besten für die Praxis geeignete – Regime zur Vermeidung respektive Behandlung der Periimplantitis in Anlehnung an die Therapiestrategien der mikrobiell verursachten marginalen Parodontalerkrankungen ist die von Mombelli und Lang entwickelte „Cumulative Interceptive Supportive Therapy“ (CIST). Bei diesem Behandlungsprotokoll, welches sich in die Therapiestufen A bis D unterteilt, richtet sich der Aufwand der erforderlichen zahnmedizinischen Maßnahmen nach dem Vorhandensein eines Biofilms (Plaque) bzw. von Zahnstein und/oder Konkrementablagerungen,



Erkennen, Dokumentieren und Kontrollieren des erforderlichen „individuellen Optimums“ der Mundhygiene.



dem feststellbaren Bluten der Mukosa auf Sondieren, dem Auftreten einer Suppuration aus dem periimplantären Taschenbereich, dem erkennbaren Bestehen erhöhter Sondierungstiefen und dem röntgenologisch nachweisbaren periimplantären Knochenverlust. Bei Stufe A der CIST ist der Einsatz eines bioziden Agens zur Unterstützung der mechanischen Reinigung des Implantatbettes angeraten, bei den drei weiteren, B bis D, ist die Anwendung eines die Keimzahl effektiv reduzierenden Antiseptikums definitiv geboten. Als Wirkstoff der Wahl ab Stufe B ist CHX zu nennen, wobei hierbei zweimal tägliche Anwendungen einer 0,2%igen Chlorhexidin Mundspül-Lösung für zwei Wochen sowie das einmalige Aufbringen eines CHX-Lackes oder -Gels als lokale therapeutische Maßnahmen empfohlen werden. Ganz selbstverständlich sollten in diesem Zusammenhang auch die auf der DGP-Jahrestagung vorgestellten Implantologischen Imperative während der Implantation beherzigt werden. Demnach lautet der 1. Implantologische Imperativ: Kein Implantat bei bestehender Parodontitis! Es gilt also, vor der Implan-

Chlorhexamed 0,2%: „Goldstandard“ der lokalen Antiseptis im Rahmen der Prophylaxe und Therapie der Periimplantitis.

tation zunächst parodontale Vorerkrankungen vollständig zu therapieren. Vor dem Hintergrund der Full Mouth Disinfection ist auch der 2. Implantologische Imperativ zu sehen: Keimzahl möglichst im ganzen Mundraum senken!

Fazit

Der Einsatz von CHX bei der professionellen Prävention und gezielten zahnmedizinischen Therapie der Parodontitis sowie der Periimplantitis kann weiterhin als der „Goldstandard“ angesehen werden. Chlorhexidin ist darüber hinaus auch bei der häuslichen Mundhygiene des Patienten ein elementares Agens als Ergänzung zur intraoralen Reinigung mit geeigneten Hilfsmitteln wie Zahnbürste und Zahnseide. ◀

Kontakt

Dr. Markus Th. Firla
Hauptstraße 55
49205 Hasbergen-Gaste
E-Mail: Dr.Firla@t-online.de

ANZEIGE

Danke

für die
überwältigende
Resonanz auf
den FachDentals

TANDEX



FLEXI

wahre Flexibilität
– echte Compliance

Ihre Patienten
werden begeistert sein

Angenehm

war die häufigste
Reaktion aller,
die FLEXI getestet
und verglichen haben





Festigung und Pflege der Mundschleimhaut

Autor: Dr. Peter Siegel



In Fortsetzung zur Wundbehandlung im ZWP spezial 11/2008 stelle ich Ihnen in dieser Ausgabe Myzotect®-Tincture vor, ebenfalls aus dem Hause Hager & Werken. Mit dieser Tinktur hat der Zahnarzt eine weitere Möglichkeit, mit einem Produkt, dessen Inhaltsstoffe nur auf Naturprodukten basieren, positiv die Wundheilung zu beeinflussen.

Die Inhaltsstoffe sind hauptsächlich Myrrhe, Benzoe und Aloe: *Myrrhe* wird aus dem Harz des Myrrhe-Baumes gewonnen, der in Afrika beheimatet und seit vielen Jahrtausenden als Heilmittel bekannt ist. Bei dieser Gelegenheit erinnere ich an die Heiligen Drei Könige, die unter anderem Myrrhe und Weihrauch als Geschenk zur Geburt Christi gebracht haben. Die Wirkung ist Antibiotika ähnlich, also infektionshemmend und stärkt durch seine desinfizierende Wirkung das Wundgewebe.

Benzoe wird ebenfalls aus einem Harz gewonnen, im Speziellen aus dem Harz des Benzoe-Baumes, der wiederum in Asien beheimatet ist. Dieses Harz hat einen angenehmen Geruch. Die Wirkung ist desinfizierend, entzündungshemmend und durch die enthaltene freie, unveresterte Säure

hat Benzoe die Eigenschaft eines sehr potenten Konservierungsmittels.

Aloe stammt aus dem Saft der kaktusähnlichen Pflanze, einem Liliengewächs, welches ursprünglich in Afrika beheimatet war. Die wundheilende Wirkung ist schon viele Jahrtausende bekannt.

Alle drei beschriebenen Hauptinhaltsstoffe der Myzotect-Tincture hat der Mensch viele Tausend Jahre zur Wundversorgung eingesetzt. In der hier vorgestellten Myzotect-Tincture werden die zuvor beschriebenen Wirkstoffe in einem speziellen Mischungsverhältnis zu einer zahnärztlichen Tinktur zusammengesetzt. Sie dient zur Pflege und

Festigung der Mundschleimhaut, z. B. nach PA-Behandlungen oder anderen chirurgischen Eingriffen, zur Behandlung von Druckstellen, Aphthen. Auf die in aller Re-

Abb. oben: Myrrhe/Commiphora molmol (Quelle: Sertürner Arzneimittel). – Kap-Aloe/Aloe barbadensis (Quelle: Sertürner Arzneimittel).

gel empfohlenen lokalen Antibiotika kann verzichtet werden.

Myzotect-Tincture gibt es in zwei Darreichungsformen: 50 ml als Praxisflasche und 5 ml für den Patientengebrauch. Das Auftragen auf die leicht getrocknete Schleimhaut bzw. Wunde ist mit einem Wattestäbchen oder einer stumpfen Kanüle möglich. Durch die sirupähnliche Konsistenz haftet das Material längere Zeit an der Auftragsstelle. ◀



Darreichungsformen von Myzotect®-Tinctur (50 ml und 5 ml).



kontakt

Dr. med. dent.
Dipl.-Ing. Peter Siegel
Am Kohlenbühl 52/8
89129 Langenau
E-Mail: dr.peter.siegel@web.de

Verbesserter Mundhygiene-Status

Zweimal tägliches Zähneputzen mit meridol Zahnpasta in Verbindung mit zusätzlicher abendlicher Anwendung von meridol Mundspül-Lösung verbessert den Mundhygiene-Status bei Patienten mit Gingivitis oder chronischer Parodontitis erheblich. Zu diesem Ergebnis kommt das Team um Prof. Jadwiga Banach von der Universität Stettin in einer aktuellen wissenschaftlichen Arbeit.



Zu Beginn der zwölfwöchigen Studie wurde bei allen Testpersonen Plaquestatus und Blutungsneigung

mittels Approximal-Plaque-Index (API) und Sulkus-Blutungs-Index (SBI) ermittelt. Die 18- bis 59-jährigen Teilnehmer wiesen alle eine Gingivitis oder chronische Parodontitis in Remission auf. Ihr Mundhygienestatus war schlecht. Im Untersuchungsverlauf putzte die Testgruppe ihre Zähne zweimal täglich mit meridol Zahnbürste und meridol Zahnpasta und spülte jeden Abend zusätzlich mit meridol Mundspül-Lösung. Die Kontrollgruppe verwendete eine handelsübliche Zahnpasta mit 1.450 ppm Fluorid aus Natriumfluorid und führte ansonsten keine ergänzenden Mundhygienemaßnahmen durch. In beiden Gruppen kam es nach zwei Wochen zu einer Verbesserung von Plaquestatus und Blutungsneigung. Doch nur in der Testgruppe konnte dieser

positive Effekt in den folgenden Wochen weiter ausgebaut und sogar stabilisiert werden. In der Kontrollgruppe verschlechterten sich die Werte hingegen im weiteren Versuchszeitraum wieder und erreichten nach zwölf Wochen annähernd die Ausgangswerte.

„Die guten Testergebnisse der meridol-Produkte erklären sich durch die ausgeprägten antibakteriellen sowie plaque- und entzündungshemmenden Eigenschaften von Aminfluorid in Verbindung mit Zinnfluorid“, erklärt Bärbel Kiene, Director Scientific Affairs bei GABA international.

GABA GmbH
Tel.: 0 76 21/9 07-0
www.gaba.com

Zweite Generation der Interdentalbürsten

Um ihren Kunden stets qualitativ hochwertige und höchst effektive Produkte anbieten zu können, investiert TePe viel Zeit und Geld in die Entwicklung ihres Sortiments. Als einer der führenden Hersteller von Mundhygieneprodukten nimmt das Unternehmen die Wünsche und Anregungen ihrer Kunden sehr ernst und arbeitet stets daran, diese bestmöglich umzusetzen. Viele der Patienten wünschten sich noch stabilere und wenn möglich auch längere Drähte für die feinsten Bürsten. Mit dem neuen flexiblen G2™-Hals ist TePe ein innovativer Durchbruch in der Interdentalraumpflege gelungen. Der neue schmale Hals macht die Bürste flexibler, erhöht die Haltbarkeit und wird am Zahnfleisch als angenehm und weich empfunden. Die Zugänglichkeit der Bürste wurde um rund 20 % erhöht und der Reinigungseffekt, vor allem in den Molaren, verbessert.



Laut dem neuen ISO Standard für manuelle Interdentalbürsten muss der Draht einer Bürste mindestens 20 wiederholte Hin- und Herbewegungen bestehen, ohne zu brechen. Mit dem neuen G2™ Hals werden diese Erwartungen bei Weitem übertroffen. Die feinsten Interdentalbürsten von TePe schaffen jetzt mehr als 1.000 Bewegungen. Um den G2™-Hals zu schützen, wurde ein Patent angemeldet. Abgebrochene Drähte sind somit ein Problem von gestern! Nach erfolgreicher Markteinführung der pink- und orangefarbenen Interdentalbürsten wurden jetzt auch die mittelgroßen roten und blauen Interdentalbürsten auf G2™ umgestellt.

TePe Mundhygieneprodukte Vertriebs-GmbH
Tel.: 0 40/51 49 16 05
www.tepe.com

Prophylaxepreis 2008 prämiert Studien

Mit dem Prophylaxepreis unterstützen Oral-B und blend-a-med unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK) entsprechende Forschungsaktivitäten. Verliehen wurde der Prophylaxepreis 2008 anlässlich der Jahrestagung der DGK am 26. September in Dresden.



DGK-Präsident Prof. Dr. Ulrich Schiffner und Marcus Kallweit, Country Manager Procter & Gamble Professional Oral Health, zeichneten dabei im Namen der Jury Dr. Anja Treuner (Arbeitsgruppe Dr. Anja Treuner, Prof. Christian H. Splieth) für ihre Arbeit „3-Jahres-Interventionsstudie zur Prävention von frühkindlicher Karies (ECC II)“ mit dem mit 3.000 Euro dotierten ersten Preis aus. Den zweiten und mit 2.000 Euro dotierten Preis erhielt die Studie mit der provokanten Fragestellung „Ist die Fissuren- und Grübchenversiegelung eine überflüssige Präventionsmaßnahme?“ (Autorin Susanne Berger; Arbeitsgruppe Susanne Berger, Dr. Inka Goddon, Dr. Jan Kühnisch).

Das Bild zeigt die Preisträgerinnen Dr. Anja Treuner (links) und Susanne Berger (rechts) mit Marcus Kallweit. Mediziner, Zahnärzte sowie Wissenschaftler mit gleichwertiger akademischer Ausbildung können sich ab sofort um die Auszeichnung für 2009 bewerben. Genaue Teilnahmebedingungen sowie zusätzliche Informationen unter:

P&G Professional Oral Health
Stichwort: Oral-B blend-a-med Prophylaxepreis
Sulzbacher Straße 40
65823 Schwalbach am Taunus

Perfekte Urlaubsplanung 2009

Die Urlaubsplanung für das Jahr 2009 steht vor der Tür. Übersichtliches Planen schafft Flexibilität und Vertrauen. Das Praxisteam hat alle Ferientermine im Blick und es gibt keine Missverständnisse mit dem BEYCODENT-Urlaubsplaner. BEYCODENT bietet ab sofort den praktischen „Urlaubsplaner Praxis und Labor“ für 2009. Der Urlaubsplaner verfügt über 35 Spalten für bis zu 35 Mitarbeiter, – alles übersichtlich für ein komplettes Jahr. Zusätzlich beinhaltet der Urlaubsplaner sämtliche Ferientermine und Feiertage aller

Bundesländer in Deutschland. Das handliche Format, ca. 30 x 100 cm, bietet die Möglichkeit, den Urlaubsplaner auch als Wandplaner zu benutzen. Durch eine geschickte Falzung ist der Planer in einem DIN A4-Büroordner schnell abgeheftet. Preis: EUR 6,95 + MwSt. – zu beziehen über den Dentalhandel oder Internet.

BEYCODENT Beyer + Co. GmbH
 Tel.: 0 27 44/92 00 22
www.beycodent.de
www.praxis-office.de



Sichere Entfernung des Biofilms

Nach Aussage des Herstellers ist das innovative Air-Flow handy Perio das erste und einzige tragbare Periogerät, das eine sichere und effektive Entfernung des subgingivalen Biofilms ermöglicht. Aufbauend auf der Erfolgsreihe des Air-Flow handy 2+ und des mit einem Innovationspreis ausgezeichneten Air-Flow Master, bekommt der Zahnarzt erneut ein ergonomisches Meisterstück an die Hand, mit dem es sich ausgezeichnet behandeln lässt und man dem Biofilm den Garaus macht. Im Zusammenspiel mit dem Air-Flow Pulver Perio geht die Perio Flow-Einmal-Düse bis auf den Grund der Parodontaltaschen.

Mikroorganismen siedeln sich an und wachsen. Der Brutherd entwickelt einen eigenen Schutz: Keime lösen sich ab und besiedeln weitere Bereiche. Unter Umständen ist die Immunabwehr des Körpers machtlos. Um das Eindringen der Keime zu verhindern, löst der Körper „in Notwehr“ einen Knochenabbauprozess aus. Da der Biofilm die Bakterien gegen Pharmazeutika schützt, war eine Behandlung bisher sehr schwierig. Deshalb will man bei EMS, unter dem



Leitsatz „Air-Flow kills biofilm“, bei Anwendung der subgingivalen Prophylaxe, dem schädlichen Biofilm den Kampf ansagen. Auch könne der Zahnarzt mit dieser Methode die immer häufiger auftretende Periimplantitis bei Implantatpatienten effektiv behandeln.

EMS Electro Medical Systems GmbH
 Tel.: 0 89/42 71 61-0
www.ems-dent.com

Mundspülung mit verringerter CHX-Konzentration

Immer wieder gibt es Fälle, in denen Patienten eine erhöhte antibakterielle Mundpflege benötigen, um das erreichte Mundgesundheits-Level zu erhalten. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn zunächst mit einer 0,1 bis 0,2%igen Chlorhexidin(CHX)-Mundspülungen (z. B. PERIO-AID 0,12 %) intensiv gespült wurde, und danach die Mundverhältnisse nicht so stabil sind, wie es wünschenswert wäre. Ein anderer Anwendungsbereich ist die Mundpflege bei Personen, die Schwierigkeiten haben, die Zähne mit mechanischen Mitteln zu pflegen. CHX-Mundspülungen in Standardkonzentrationen sind für derartige Fälle aufgrund der Nebenwirkungen (z. B. Verfärbungen) nicht geeignet und auch nicht notwendig. Hingegen wurde PERIO-AID maintenance speziell für eine längere Anwendung entwickelt. PERIO-AID maintenance enthält Chlorhexidindigluconat in einer verringerten Konzentration (0,05 %), sodass Verfärbungen der Zähne nahezu ausgeschlossen sind. Zudem enthält PERIO-AID maintenance 0,05 % Cetylpyridiniumchlorid (CPC), was die Wirkung von CHX verstärkt, sowie Xylit, das in der Zahnmedizin für seine Karies vorbeugende Eigenschaft anerkannt ist. Selbstverständlich ist PERIO-AID maintenance alkoholfrei, hat einen frischen Geschmack und eine leicht blaue Farbe, was von den Patienten sehr gut akzeptiert wird.

Besonders wichtig und leider nicht selbstverständlich: Verschiedene Studien unterschiedlicher Universitäten belegen die antibakterielle Wirkung von PERIO-AID maintenance! Die Studien können bei DENTAID angefordert werden. PERIO-AID maintenance bekommt der Patient in Apotheken oder in Prophylaxeshops. Zahnarztpraxen können die Produkte bei DENTAID oder über ausgewählte Dental-Depots erhalten. Selbstverständlich stellt der DENTAID Außendienst die Produkte auch persönlich vor.

DENTAID GmbH
 Tel.: 06 21/84 25 97 28
www.dentaid.de



Schallzahnbürste reinigt hocheffizient

Dent-o-care, führender Spezialist für Prophylaxe- und Mundhygieneprodukte, hat ab sofort eine innovative Schallzahnbürste im Programm. Dr. Barman's Duopower ist eine Batterie-Schallzahnbürste mit 20.000 Schwingungen pro Minute. Hier wurde der einzigartige Bürstenkopf der bekannten und bewährten Dr. Barman's

Superbrush mit modernster Schalltechnologie und zeitgemäßem Design zu einer revolutionären Zahnbürste kombiniert. Durch den patentierten Doppel-Bürstenkopf wird der ganze Zahn auf einmal gereinigt, der Winkel der Borsten ermöglicht zudem eine effektive Reinigung der Zahnfleischlinie.

Durch die extrem einfache Anwendung ist Dr. Barman's Duopower für alle Patienten

geeignet, besonders jedoch für Personen mit eingeschränkten Bewegungsmöglichkeiten, die mit herkömmlichen Handzahnbürsten kein zufriedenstellendes Reinigungsergebnis erzielen können.

Dr. Barman's Duopower ist dabei absolut umweltfreundlich – sowohl der Bürstenkopf als auch die Batterie können ausgetauscht werden.



Dent-o-care Dentalvertriebs GmbH

Tel.: 0 81 02/7 77 28 88

www.dentocare.de

Umfangreiches Prophylaxesortiment

Zum miradent-Prophylaxesortiment gehört seit 2007 die gebrauchsfertige Mundspüllösung mirafleur® chx liquid. Der in der Zahnmedizin bewährte Wirkstoff Chlorhexidindigluconat (CHX) wurde um eine leichte Fluoridierung (250 ppm) sowie den körpereigenen Zuckeraustauschstoff Xylitol ergänzt. Darüber hinaus enthält die Spüllösung Hamamelis, eine aus der indianischen Medizin Nordamerikas bekannte Heilpflanze. Um beim Patienten eine hohe Akzeptanz erreichen zu können, wurde bei der Formulierung der Lösung auf Alkohol verzichtet.

Die Kombination der genannten Inhaltsstoffe in einer Lösung wirkt effektiv in der gesamten Mundhöhle. Chlorhexidindigluconat (0,06%) hat eine antibakterielle Wirkung, hemmt die Anheftung von Plaquebakterien, zerstört sie bereits im Wachstum und verhindert deren Vermehrung. Gleichzeitig unterstützt das enthaltene Fluorid die Remineralisierung des Zahnschmelzes. Das hinzugefügte Xylitol schützt ebenfalls davor, dass sich Plaquebakterien an den Zahnoberflächen anlagern, und verleiht der Spüllösung einen angenehmen Frischgeschmack. Hamamelis wirkt entzündungshemmend, leicht lokal betäubend, adstringierend sowie blutungsstillend und eignet sich deshalb zur Anwendung bei leicht gereiztem Zahnfleisch, das zeitweise zu Blutungen neigt.

mirafleur® chx liquid ist in zwei Größen (500 ml und 100 ml) erhältlich. Beide sind mit einer praktischen Dosierkappe ausgestattet.



Hager & Werken GmbH & Co. KG

Tel.: 02 03/9 92 69-0

www.miradent.de

Garantiert sicher sterilisieren

Neue Standards gesetzt! Mit der Entwicklung der zweiten Generation des „Klasse-B“-Sterilisators Lisa erfüllt der Dentalspezialist aus Bürmoos eine der wichtigsten Grundanforderungen an die Sterilisation jeglichen dentalmedizinischen Ladeguts souverän. Mit „Klasse-B“-Zyklen bewegt sich der Klein-Sterilisator auf höchstem hygienischen Niveau. Dank der patentierten ECO-B-Funktion dauert ein Sterilisationszyklus Klasse B bei Lisa nur 20 Minuten – inklusive Trocknung. Die Startzeit ist außerdem programmierbar. Bei Durchführung der täglichen Testzyklen zum Beispiel vor Praxisbeginn bringt dies einen erheblichen Zeitgewinn im Praxisalltag.

Das neuartige Air Detection System gewährleistet echte Klasse-B-Zyklen: Selbst hohle Instrumente werden ausreichend mit gesättigtem Wasserdampf behandelt. Chemische Indikatoren wie der Helix-Test beweisen es. Ein patentiertes Wassertrennsystem verhindert das Eindringen von Wasserdampf und Schmutzpartikeln in die Vakuumpumpe. Dies sorgt für konstant optimale Leistung und – ganz nebenbei – für angenehm leisen Betrieb.

Weitere Vorteile: Mit dem im Gerät eingebauten LisaLog Datenlogger ist die umfassende Dokumentation von bis zu 12.000 Sterilisationszyklen möglich. In Verbindung mit dem LisaSafe Etikettendrucker hat W&H zudem ein PC-unabhängiges, völlig automatisches und sicheres Dokumentationskonzept entwickelt, mit dem sterilisationsrelevante Informationen abgerufen und direkt auf Etiketten gedruckt werden können. Features wie automatische Türverriegelung, komfortable Bedienung mittels interaktivem Touch-Screen, Wasserqualitätssensor, eine lange Lebensdauer und hochwertige Materialien erleichtern die täglichen Sterilisationsprozesse erheblich und halten die Wartungskosten minimal.



W&H Deutschland GmbH

Tel.: 0 86 82/89 67-0

wh.com

Sanftes Reinigungspulver gegen Zahnbelag und Zahnstein

Das neue Reinigungspulver FLASH pearl für den Pulverstrahler Prophy-Mate ist ein Granulat, das mit seinen Reinigungskugeln sanft über die Zahnoberfläche rollt und unzugängliche Ecken des Gebisses schnell reinigt. Die kugelförmigen Teilchen verringern das Risiko von Beschädigungen der Zähne und des Zahnfleisches und entfernen dabei Flecken, Zahnbelag und Zahnstein schnell, sanft



und sicher. Damit wird auch eine sanftere Oberflächenpolierung im Vergleich zu den scharfkantigeren Teilchen des Natrium-Bicarbonats gewährleistet. FLASH pearl sprudeln auf den Zähnen, ohne den Zahnschmelz anzugreifen. FLASH pearl sind auf der Grundlage von natürlich schmeckendem Kalzium hergestellt, welches die Düse des Prophy-Mate nicht durch Klumpenbildung verstopft und biologisch abbaubar ist. Dadurch reduziert sich der

Wartungsaufwand Ihres NSK Pulverstrahlers deutlich. Das Pulver verringert außerdem die Speichelaktivität und verhindert die Entwicklung von Bakterien bei gleichzeitiger Herabsetzung der Bildung von Zahnbelag. Das Produkt ist daher ideal für die Reinigung der Zähne von Patienten, die Natrium-Bicarbonat nicht vertragen oder unter Bluthochdruck leiden. FLASH pearl ist für alle Pulverstrahlssysteme anderer Hersteller geeignet.

NSK Europe GmbH
Tel.: 0 61 96/7 76 06-0
www.nsk-europe.de

Mundspül-Lösung bietet optimalen Schutz

Der weithin bekannte und anerkannte Anbieter von Desinfektionsmittel und -verfahren, schülke, bietet seit einigen Monaten die innovative Mundspül-Lösung octenidol an, die Zahnärztinnen und Zahnärzten bei der Behandlung von Parodontitis, Periimplantitis und Gingivitis wirkungsvoll unterstützt. schülke – seit einigen Monaten mit einem neuen, prägnanten Markenauftritt – hat mit dem schon



im octenisept-Antiseptikum enthaltenen und bewährten Wirkstoff Octenidin eine Mundspül-Lösung entwickelt, die die folgenden Vorzüge aufweist; sie – bewirkt normalerweise keine Verfärbung der Zähne wie bei anderen Präparaten – ist alkoholfrei – hat einen angenehmen Geruch und Geschmack – ist bei beeinträchtigter Mundhygienefähigkeit ein Mittel der Wahl – wirkt gegen parodontalpathogene Bakterien Bei eingeschränkter Mundhygienefähigkeit, aber auch vor und nach chirurgischen

Maßnahmen ist es empfehlenswert, die Anwendung zwei- bis dreimal täglich mit ca. 15 ml Mundspül-Lösung für rund 30 Sekunden durchzuführen. Insbesondere für Patienten zur Vorbeugung einer Periimplantitis ist der hohe Effektivitätsgrad dieses schülke-Präparates von außerordentlicher Bedeutung. Für die zahnärztliche Praxis gibt es die 250-ml-Flasche unter der Artikelnummer 113408. Ein Karton enthält 10 Flaschen.

Schülke & Mayr GmbH
Tel.: 0 40/5 21 00-0
www.schuelke-mayr.com

Die Beiträge in dieser Rubrik basieren auf den Angaben der Hersteller und spiegeln nicht immer die Meinung der Redaktion wider.

IMPRESSUM

Verlagsanschrift

OEMUS MEDIA AG, Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig, Tel.: 03 41/4 84 74-0, Fax: 03 41/4 84 74-1 90, kontakt@oemus-media.de

Ein Supplement von



Redaktionsleitung	Dipl.-Kff. Antje Isbaner (V.i.S.d.P.)	Tel.: 03 41/4 84 74-1 20	a.isbaner@oemus-media.de
Redaktion	Claudia Schreiter	Tel.: 03 41/4 84 74-1 30	c.schreiter@oemus-media.de
	Carla Schmidt	Tel.: 03 41/4 84 74-1 21	c.schmidt@oemus-media.de
Anzeigenleitung	Stefan Thieme	Tel.: 03 41/4 84 74-2 24	s.thieme@oemus-media.de
Grafik/Satz	Susann Ziprian	Tel.: 03 41/4 84 74-1 17	s.ziprian@oemus-media.de



