

Die Schallfavoriten der DH-Profis

Ein Beitrag von Dorothee Holsten

[INTERVIEW]

Profi-Dentalhygienikerinnen wie Sonja Steinert und Katja Piecuch praktizieren und lehren eine strukturierte Herangehensweise, um die Mukositis und Peri-implantitis frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Dabei helfen Schall-Qualitätsinstrumente. Welche dabei die Favoriten der beiden DHs sind und warum, verraten sie im Interview.

Frau Steinert, Frau Piecuch, warum arbeiten Sie gerne mit Schallschallspitzen?

Steinert: Weil mir Schall mit seinen ellipitischen Bewegungen einen 360°-Aktionsradius erlaubt.

Piecuch: Ja, der Einsatz erfolgt in der Regel mit den Seiten des vorderen Drittels der Spitze, aber alle Bereiche sind aktiv. Daraus ergibt sich für mich insgesamt eine größere Flexibilität bei der Prophylaxe. Ich muss das Instrument seltener umsetzen.

Steinert: Ultraschallinstrumente hingegen produzieren lineare Bewegungen quasi wie ein Presslufthammer ...

Piecuch: ... und werden leider oft falsch angewendet. Ein Ultraschallgerät muss oft umgesetzt werden! Außerdem haben feine Ultraschallspitzen einen weitaus geringeren Abtrag



© S. Steinert

Abb. 1: Der Einweg-Implantat-Pin SF1982 wird einfach und sicher auf den Spitzenhalter 1981 aufgedreht. Er hinterlässt glatte Oberflächen auf sämtlichen Implantatmaterialien.

als Schallschallspitzen. Wenn wirklich diese Konkremete entfernt werden müssen, kommen sie sehr schnell an ihre Grenzen. Vom Abtrag vergleichbare Ultraschallspitzen sind mir viel zu dick. Außerdem darf Ultraschall nicht bei Patienten mit Herzschrittmacher eingesetzt werden, Schall hingegen schon.

Steinert: Unsere Patienten lieben die feinfühlige, individuelle Behandlung mit Schall. Mein Schall-Favorit ist der Implantat-Polymer-Pin SF1982.

Piecuch: Meine Lieblings-Schallschallspitze ist die SF4 Paro.

Was schätzen Sie an der SF4 Paro-Schallschallspitze?

Piecuch: Grundsätzlich ist für mich als DH der Übergang zwischen supragingivalem und subgingivalem Debridement fließend – da mache ich keinen Unterschied. Deshalb ist die SF4 für mich die perfekte Allrounder-Spitze: die gerade SF4 im Frontzahnbereich und die gebogene SF4R bzw. SF4L für perfekte Adaption im Molarenbereich und für verschachtelte Situationen. Sie erlaubt mir eine effektive und gründliche Entfernung von Zahnstein und hartnäckigen Konkrementen bis in 9 mm tiefe Zahnfleischtaschen.

Was ist bei der Adaption der SF4 zu beachten?

Piecuch: Der Einsatz erfolgt seitlich und mit Rückenfläche. Schall erfordert nur einen sehr geringen Anpressdruck und einen Anstellwinkel von 0 bis 15° zur Zahnoberfläche. Wichtig ist die vorherige Sondierung, damit eine Übertherapie durch unnötigen Abtrag ausgeschlossen ist. Der Schallschall wird nur dort aktiviert, wo Zahnstein oder Konkremete zu ertasten sind. Ausreichend Kühlung ist immer gefordert, was mit einer Durchflussmenge von 50 ml/min sichergestellt werden kann.





Sonja Steinert



Katja Piecuch

Welche Reaktion auf den Schall-Einsatz erleben Sie beim Patienten?

Piecuch: Grundsätzlich entscheidet nicht eine Technologie über Schmerz oder Schmerzarmut, sondern wer den Scaler in der Hand hält. Wenn ein Schallscaler korrekt und vor allem ohne viel Druck angewendet wird, ist es eine sehr schonende Methode. Die Kunst liegt in der Fertigkeit, den Scaler federleicht zu führen, immer in Bewegung zu halten und nur dort einzusetzen, wo sich mineralisierter Biofilm befindet.

Welche Arbeitsschritte erfolgen vor und nach dem Einsatz der SF4?

Piecuch: Vorab appliziere ich grundsätzlich einen Plaquerelevator, um den Biofilm sichtbar zu machen. Wenn ich diesen mit einem nichtabrasiven Pulver im PWS (Glycin oder Erithritol) entfernt habe, folgt das selektive Entfernen von Zahnstein und/oder Konkrementen mit der SF4. Anschließend arbeite ich mit grazilen Handinstrumenten nach – entweder mit zierlichen Universalinstrumenten oder mit MiniFive Gracey Küretten. Abschließend poliere ich mit einer sehr feinen Polierpaste (RDA max. 7) und einem weichen Polierkelch (94016F) nach oder nutze erneut das nicht-abrasive Pulver. Das entscheide ich immer individuell, denn wer die Allgemeingesundheit der Patienten im Blick hat (z. B. Asthmatiker), darf nicht nach Schema F vorgehen.

Wo liegt die aktuelle Prävalenz für Periimplantitis?

Steinert: Laut DGI liegt die gewichtete durchschnittliche Prävalenz für die periimplantäre Mukositis bei 43 Prozent, für die Periimplantitis bei 22 Prozent. Soweit die Zahlen. Von praktischer Seite gehen wir gegen diese Volkskrankheiten sehr komplex vor: Ich sehe den Implantatpatienten immer als Risikopatienten, d. h. er wird von uns vor der Implantation „auf links gedreht“. Ist nur die Mundhygiene defizitär, kann dies mittels individueller Mundhygiene-Aufklärung behoben werden. Kompliziert wird es, wenn wir das fehlende Dominosteinchen finden müssen, warum die Zähne entfernt werden mussten oder warum diese verloren gingen. Dann kommen Blut, Stuhl-Analysen etc. zum Einsatz. Vorerkrankungen und Medikamente werden genau unter die Lupe genommen. Auch Ernährung, Bewegung, Rauchen etc. spielen bei der Auswertung eine große Rolle. Wenn man alle diese Analysen, Auswertungen und die dazugehörige Patientenaufklärung, Therapie und individuelle Reinigung zusammenfasst, haben es die Keime sehr schwer, sich zu etablieren.

ANZEIGE

Liebold / Raff / Wissing B E M A + G O Z



DER Kommentar



Abrechnung? Ich will's wissen!

Liebold/Raff/Wissing: DER Kommentar

Jetzt 10 Tage kostenlos testen:
www.bema-go.de

Warum bedarf das Implantat in der Prophylaxe immer einer Sonderbehandlung?

Steinert: Ein Implantat ist nicht Teil unseres Körpers, besitzt kein Desmodont, hat eine andere Oberfläche und Verankerung als der natürliche Zahn und damit auch eine schwächere Abwehrkompetenz. Das Implantat und die umgebende Mukosa sind deshalb viel anfälliger als ein natürlicher Zahn. Eine periimplantäre Mukositis benötigt zum Abheilen viel länger als eine Gingivitis. Deshalb ist es so wichtig, effektiv und gleichzeitig verletzungsfrei zu instrumentieren.

Was schätzen Sie am Einweg-Polymer-Pin SF1982 besonders?

Steinert: Ich setze in der Implantatprophylaxe ausschließlich die SF1982 ein. Das ist eine superschmale Schallspitze, die ich prima in jeden Sulkus einführen kann, ohne die Gingiva zu verletzen. Dann arbeite ich mich schnell und effektiv voran und kann mir sicher sein, dass ich nichts zerkratze oder Mikrorisse produziere – das klappt schon rein werkstofftechnisch gar nicht. Denn einmal Kratzer – immer Kratzer! Ich raue damit also den Implantathals nicht auf und erhalte wunderbar glatte Oberflächen. Das sind die besten Voraussetzungen, ein Entzündungsgeschehen am Implantat zu vermeiden und den Langzeiterfolg der Arbeit zu sichern. Ich liebe diesen Polymer-Pin!



© Parowerk

Abb. 2a: Die SF4 reduziert die subgingivale Mikroflora maßgeblich ...

Wie gehen Sie am Implantathals vor?

Steinert: Ich arbeite mich in streifenden Bewegungen mit der flachen Instrumentenseite von distal nach mesial vor. Die spitze Form des Instruments legt sich dabei schön ergonomisch an den Implantathals an.

Liefert der Pin das glatte Ergebnis auf allen Implantatoberflächen?

Steinert: Ich habe ihn inzwischen auf sämtlichen Materialien getestet. Egal, ob Metall, Titan oder die neuesten Keramiken ... das Ergebnis ist immer ohne Kratzstreifen. Deshalb kommt jetzt auch mein Geheimtipp: Ich setze die SF1982 auch wahnsinnig gerne bei der Prophylaxe von Keramikronen bzw. -veneers ein.

Kommen wir zum Schluss zur Standzeit: Wie bewerten Sie die Abnutzung der SF4?

Pieuch: Bei richtiger Anwendung und unter Beachtung des korrekten Anpressdrucks halten die Komet Spitzen sehr, sehr lang. Voraussetzung ist eine immerwährende Kontrolle, die während der Aufbereitung stattfindet. Dafür sind die Prüfkarten von Komet sehr praktisch.

*Hinweis: Alle im Text genannten Produkte entstammen dem Sortiment von **Komet Dental**.*



Abb. 2b: ... bis in 9mm tiefe Zahnfleischtaschen.

© Parowerk

BEI UNS DÜRFEN SIE MEHR ERWARTEN!



Factoring- und Abrechnungsqualität vom Marktführer in der zahnärztlichen Privatliquidation und zusätzlich alles für Ihre ideale Abrechnung!

Moderne Tools, professionelles Coaching und die DZR Akademie.
Mehr Informationen unter **0711 99373-4993** oder mail@dzt.de

DZR Deutsches Zahnärztliches Rechenzentrum GmbH



www.dzt.de

DZR