

DENTALHYGIENE JOURNAL



I Spezial

Ablauf und Durchführung der Kinderindividualprophylaxe I
Die erwachsenen Patienten von morgen

I Fachbeitrag

Parodontalprothetische Behandlungsstrategie –
Lebenslanger Erhalt von Zähnen?

I Anwenderbericht

Ein Traum wird wahr

I Psychologie

Praktische Übungen zum Überwinden psychologischer Hürden
in der Zahnarztpraxis

I Hygienemanagement

Teil 3 – Der Hygieneplan



Kinderzahnheilkunde
und Prophylaxe

Die Zukunft der Zahncreme

- Einzigartig: Biorepair repariert die Zahnschmelzoberfläche mit künstlichem Zahnschmelz
- Die Wirkung ist wissenschaftlich belegt
- Die hohe Patienten-Nachfrage gibt ihr recht



Sind Sie dabei?

- ▶ Treffen Sie die Biorepair-Experten auf den deutschen Fachmessen:
 - Fachdental Leipzig
 - id Nord Hamburg
 - Fachdental Südwest Stuttgart
 - id Süd München
 - id Mitte/Dt. Zahnärztetag Frankfurt
 - Brandenburgischer Zahnärztetag Cottbus
 - Berliner Prophylaxetag

**Biorepair® mit
20% künstlichem Zahnschmelz**

EDITORIAL



Präventionslücke Kleinkind

Die Zahnmedizin hat vor mehr als 25 Jahren – mit der Neuausrichtung hin zu einer präventionsorientierten Zahnheilkunde – sehr eindrucksvoll die Effektivität der eingesetzten Präventionsstrategien dokumentiert. Deutschland findet sich heute beim Rückgang der Kariesmorbidity bei Kindern und Jugendlichen im Spitzenfeld der internationalen Kariesliga wieder. Es gibt aber nicht nur Erfolge, sondern auch zunehmende Herausforderungen. Neben der Polarisierung des Kariesrisikos zeichnet sich ein weiteres Versorgungsproblem ab, das die Kleinkinder bis zum dritten Lebensjahr betrifft: Die Early Childhood Caries (ECC) – die frühkindliche Karies an den Milchzähnen, die im Unterschied zur Karies der bleibenden Zähne in den letzten Jahren an Häufigkeit zugenommen hat. So muss konstatiert werden, dass die präventive Betreuung allein durch den Kinderarzt in den ersten drei Lebensjahren zur Senkung des Erkrankungsrisikos offensichtlich nicht ausreicht.

Die frühkindliche Karies ist aufgrund der Anzahl der betroffenen Zähne, dem Schweregrad der Zerstörung, dem geringen Alter der Kinder und der daraus resultierenden geringen Kooperationsfähigkeit das größte kinderzahnheilkundliche Problem. Pionierarbeit bei der Ausweitung gruppenprophylaktischer Aktivitäten auf Kindertagesstätten wird derzeit durch die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (DAJ) geleistet. Gleichzeitig müssen die Kleinkinder aber auch systematisch im Rahmen der zahnmedizinischen Versorgung betreut werden. Kerninhalt eines in Arbeit von Selbstverwaltung und Berufsverbänden befindlichen Konzeptes ist es, verbindliche zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen ab dem 6. Lebensmonat einzuführen. Um eine maximale Anzahl von Kindern zu erreichen, sollen die zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen mit einem entsprechend verbindlichen Verweis zum Zahnarzt in das ärztliche Kinderuntersuchungsheft aufgenommen werden. Darüber hinaus ist es erforderlich, die bereits auf freiwilliger Basis in verschiedenen Bundesländern eingeführten zahnärztlichen Kinderpässe durch Kooperationen mit den Berufsverbänden der Hebammen, Gynäkologen und Kinderärzten in ihrer Nutzung auszubauen. Nicht zuletzt möchte ich auf den vom Deutschen Hebammenverband und der Bundeszahnärztekammer jüngst herausgegebenen textfreien Comic zur Zahnpflege und Mundgesundheit bei Kleinkindern verweisen (Download auf www.bzaek.de oder QR-Code scannen). Prophylaxelücken darf es in Deutschland nicht geben.



Infos zum Autor

Ihr Prof. Dr. Dietmar Oesterreich
Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer



INHALT



Titelbild mit Unterstützung
von Procter & Gamble GmbH

Editorial

- 3 **Präventionslücke Kleinkind**
Prof. Dr. Dietmar Oesterreich

Spezial

- 6 **Ablauf und Durchführung der
Kinderindividualprophylaxe**
Sabrina Liebler
- 10 **Die erwachsenen Patienten
von morgen**
Bianca Beck

Fachbeitrag

- 14 **Parodontalprothetische
Behandlungsstrategie – Lebens-
langer Erhalt von Zähnen?**
Dr. Christian Graetz,
Dr. Claudia Springer, Antje Geiken,
Prof. Dr. Christof Dörfer

Anwenderbericht

- 19 **Ein Traum wird wahr**
Meral Schnatterer
- 22 **Fluoridprodukt von Anfang an**
Carola Engelberts
- 24 **Die richtige Prophylaxe
von 0 bis 99**
Marius Urmann

Psychologie

- 26 **Praktische Übungen zum
Überwinden psychologischer
Hürden in der Zahnarztpraxis**
Dr. Lea Höfel

Interview

- 34 **Der Wellness-Untersuchungs-
handschuh**
Carla Senf

Events

- 36 **Die junge Generation
zukünftiger Parodontologen**

Hygienemanagement

- 37 **Teil 3 – Der Hygieneplan**
Christoph Jäger

Dental Pearls Club

- 46 **„Das Auswahlverfahren dient
der Qualitätssicherung“**
- 48 **Aus der Praxis – für die Praxis:
Kinderprophylaxe**

30 Herstellerinformationen

41 Tipp

43 News

50 Kongresse, Impressum

GUM® PAROEX® – FÜR GESUNDES ZAHNFLEISCH



GUM® PAROEX® 0,06% – tägliche Pflege mit dem zweifach aktiven Antiplaque-System

Chlorhexidin 0,06% (CHX)

hemmt Wachstum und Vermehrung der Bakterien

Cetylpridiniumchlorid 0,05% (CPC)

verstärkt die antibakterielle und antifungale Aktivität von Chlorhexidin

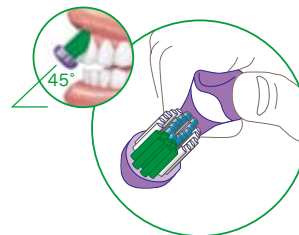


GUM® PAROEX® Mundspülung und Zahnpasta 0,06% CHX + 0,05% CPC

- ✓ zum täglichen Schutz des Zahnfleisches und zur Reduktion von Plaque-Ansammlungen
- ✓ unterstützt den Erhalt der Zahnfleischgesundheit
- ✓ zur Reinigung und Pflege bei ersten Anzeichen von sensiblem Zahnfleisch und Gingivitis
- ✓ unterstützt die parodontale Gesundheit von Patienten mit Zahnspangen, Implantaten oder Zahnersatz
- ✓ Zahnpasta mit 1450 ppm Fluorid aus Natriumfluorid um den Zahnschmelz zu remineralisieren und gesund zu erhalten

Als optimale Zahnbürste empfehlen wir

GUM® Technique®+



Patentierter Spezialgriff
Quad-Grip®

SUNSTAR

Sunstar Deutschland GmbH
Aiterfeld 1 · 79677 Schönau
Tel. 07673 88510855
Fax 07673 88510844
service@de.sunstar.com



Ablauf und Durchführung der Kinderindividualprophylaxe

Versuchen Sie einmal, die zahnärztliche Praxis mit den Augen eines Kindes zu sehen: Ein Bohrer ist zum Beispiel eine Maschine, die Löcher in die Wand bohrt und dabei viel Lärm und Schmutz verursacht. Verständlich, dass ein Kind vor so einem Bohrer in seinem Mund Angst hat. Kinder brauchen eigene Ansätze für die Behandlung – und diese sollte kindgerecht, einfühlsam und spielerisch sein. Die Autorin gibt hier eine konkrete Hilfestellung bei der Durchführung eines Vorsorgetermins mit Kindern.

Sabrina Liebler

■ Insbesondere bei der Behandlung von Kindern sollte man gut auf den jeweiligen Behandlungsablauf sowie das Alter des Kindes eingestellt sein. Im Folgenden werden einige Punkte vorgestellt, die Sie bei der Vorbereitung und Durchführung beachten sollten.

Vorbereiten des Arbeitsplatzes

Bei jeglicher Behandlung in der Zahnarztpraxis ist das Vorbereiten des jeweiligen Arbeitsplatzes, sowohl aus hygienischer als auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht, sehr wichtig. So lassen sich später, in der Prophylaxe-sitzung, längere Greifwege und zusätzlich nötig werdende Arbeitsschritte vermeiden. Hierbei helfen uns im QM vorhandene Flussdiagramme oder Checklisten (bestenfalls mit dazugehöriger Fotodokumentation).

1. Bestücken der Behandlungseinheit (Zwei Luft- und Wasserdüsen, grünes Winkelstück, Airflow (Pulver in diversen Geschmacksvariationen, maschinelle Instrumente)
2. Absaugkanüle (klein, Farbe nach Alter/Geschlecht wählbar)
3. Mundspülbecher, Papiertaschentuch, Patientenumhang (bunt oder mit Muster)
4. Arbeitstray (zwei Mundspiegel klein, eine zahnärztliche Sonde, eine zahnärztliche Pinzette, eine anatomische Pinzette, Sichel-Scaler z.B. 204S)
5. Wattepellets/Q-Tip, Plaquefärbelösung im Dappenglas, Watterolle mit Vaseline
6. Handspiegel (evtl. mit Vergrößerungseffekt)
7. Mundhygienehilfsmittel (Demomodell, Zahnbürsten [elektrisch/manuell], Zahnpaste, Zahnseide/Zahnseidesticks), evtl. Motivationshilfsmittel (z.B. Handpuppe)
8. Polierkörper (Polierkelch (fein, diverse Farben), Prophylaxebürstchen (grob, fein)
9. Politurpaste (fein, in diversen Geschmacksrichtungen)
10. Anmischblock oder Glasplatte
11. Becher im Haltersystem zum Entsorgen der benutzten Materialien
12. Fluoridgelee/Lack, CHX-Lack
13. Merkblätter/Aufklärungsbögen, Dokumentationsunterlagen, Give-aways

Gezielt auf die kleinen Patienten eingehen

Ist der Arbeitsplatz vorbereitet, liest man sich zuvor kurz in die vorhandene Patientenakte ein. Hier sind häufig Faktoren zur allgemeinen Anamnese, Persönlichkeit oder Motivation des Kindes und der dazugehörigen Erziehungsberechtigten aufgeführt, z.B.:

- Allgemeine Anamnese: Allergien, Herzerkrankungen/Syndrome ...
- Spezielle Anamnese: Wackelzahn ...
- Motivation: Gut motivierbar, arbeitet mit, redet frei ...
- Familiensituation: Geschwister, Pflegekind, Eltern getrennt ...
- Rückfragen der Eltern: Ernährungsgewohnheiten, häusliche Fluoridierung ...

Bezüglich der Kinderprophylaxe ist es nötig, derartige Besonderheiten ausführlich und sensibel in das Befundblatt zu dokumentieren. Teilweise bieten einige digitale Systeme die Möglichkeit, Informationen aufzunehmen, ohne diese für alle Beteiligten sichtbar auf dem Arbeitsbildschirm darzustellen.

Erst jetzt wird das Kind aus dem Wartezimmer „abgeholt“. Die jüngeren Gäste in der Zahnarztpraxis werden stets mit dem Vornamen angesprochen und aufgefordert, mit in die Behandlungsbereiche zu kommen. Bei kleinen Kindern sollte man sich kurz auf die entsprechende Größe begeben, etwa knien, oder den Kontakt über Streicheln sowie an der Hand führen direkt suchen. Das Kind betritt die Prophylaxeräumlichkeit zuerst, schließlich gilt die Aufmerksamkeit ganz allein dem kleinen Patienten. Ein gezielt eingesetztes altersentsprechendes Kindervokabular wirkt in der Kommunikation wahre Wunder – wichtig ist eine einheitliche Ausdrucksweise des gesamten Behandlungsteams. Negativwertungen sollten immer vermieden werden. Nicht verwenden sollten Sie dabei:

- „Das tut nicht weh.“
- „Das ist nicht schlimm.“
- „Du brauchst keine Angst haben.“

Besser geeignet sind Formulierungen, wie:

- „Das ist einfach.“
- „War das leicht.“
- „Ist das toll.“

Leistung & Vielseitigkeit

Mit seinem breiten Leistungsspektrum und der leichtgängigen Leistungsanpassung sowie einem deutlich erweiterten Sortiment an Aufsätzen deckt der Air-Scaler S970 eine Vielzahl von Anwendungen ab, die von der konventionellen Zahnsteinentfernung und Parodontologie über minimalinvasive Behandlungsformen bis hin zur Wurzelkanalspülung reichen.

Dieser breite Anwendungsbereich, sein komfortables Griffgefühl und seine einfache Handhabung machen den S970 gleichermaßen zum Instrument der Wahl für Zahnärzte wie auch für Prophylaxeassistentinnen.

Der angenehme Titankörper und das fugenlose Design vermitteln ein komfortables Griffgefühl auch bei längeren Behandlungen, während die schlanke Form jederzeit einen idealen Blick auf das Arbeitsfeld zulässt.

- inklusive 3 Aufsätzen (S1, S2, S3), Drehmomentschlüssel und Spitzenschutz L
- breites Spektrum an verfügbaren Spitzen
- großes Leistungsspektrum (3 Stufen) durch NSK Power Control Ring
- komfortables, angenehmes Griffgefühl
- Massiv-Titankörper mit fugenlosem Design
- freier Blick auf das Behandlungsfeld
- DURACOAT® Beschichtung
- einfache Handhabung & hohe Lebensdauer
- sofort einsatzbereit durch einfaches Aufsetzen auf Turbinenkupplungen von NSK, KaVo® und Sirona®

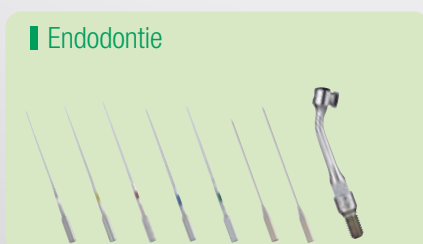
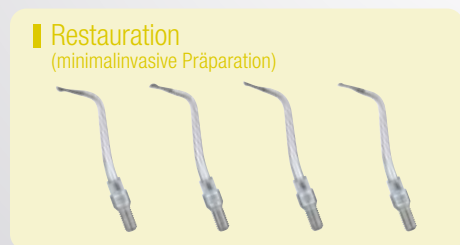
Zum Anschluss an NSK PTL Turbinenkupplung:
Mit Licht MODELL: **S970L** REF: **T1005 € 899,-***

Zum Anschluss an KaVo® MULTiflex LUX® Kupplung:
Mit Licht MODELL: **S970KL** REF: **T1013 € 995,-***

Zum Anschluss an Sirona® Schnellkupplung:
Mit Licht MODELL: **S970SL** REF: **T1015 € 995,-***



Ein Aufsatzsortiment für alle Bedürfnisse



*Alle Preise zzgl. ges. MwSt. Änderungen vorbehalten.

Bei der Anrede verwenden Sie anstatt „Geht's dir gut?“ lieber „Wie geht's dir?“.

Beispiele für alternatives Kindervokabular:

- Behandlungseinheit = Karussell, Schaukelstuhl, Thron
- Luft-/Wasserspraydüse = Pustewind, Dusche
- Absaugkanüle = Schlürfi, Sauger
- OP-Leuchte = Sonne, Speziallampe, Taschenlampe
- Zahnärztliche Sonde = Fingerchen zum Tasten, Taststäbchen
- Maschinelle Zahnreinigungsinstrumente = Dusche
- Winkelstück zur Politur = elektrische Zahnbürste, Reinigungsbürstchen
- Plauefärbelösung = Zahnfarbe, Malfarben
- Prophylaxe = Zahnputztraining
- Watterolle = Handtuch, Kissen

Der Kreativität bei der Auswahl der Umschreibungen sind keine Grenzen gesetzt.

Die Individualprophylaxe

Das Kind darf auf dem Behandlungsstuhl Platz nehmen. Je nach Größe kann mit Sitz erhöhungen und Spezialkissen/Kopfstütze gearbeitet werden. Sitzmöglichkeiten für Begleitpersonen oder „Zuschauer“ sollten in genügender Anzahl vorhanden sein. Bevor die eigentliche Behandlung beginnt, findet eine kindgerechte Aufklärung bezüglich der später eingesetzten Instrumente statt. Hierbei kann auch die persönliche Schutzkleidung wie Schutzbrille, Mund-/Nasenschutz sowie Einmalhandschuhe kurz erklärt werden. Nach ausführlicher Inspektion der Mundhöhle werden die Zähne mit einer Plauefärbelösung eingetuschert, das Kind darf danach ausspülen und der Zahnbelag ist farblich gekennzeichnet. Anschließend wird der Plauestatus dokumentiert. Möchte man in der Kinderbehandlung einen Blutungstest durchführen, sollte dieser vor dem Plaue-test erhoben werden, da nach dem Anfärben der Zähne die Sichtverhältnisse erschwert sind. Bei der Aufschlüsselung des Färbetests darf das Kind mittels Handspiegel aktiv mitwirken. Es ist darauf zu achten, immer mit den positiven Zahnflächen zu beginnen, zum Beispiel: „Die Zähne im Oberkiefer hast du blitzblank geputzt ... deine Seitenzähne ganz hinten hat die Zahnbürste noch nicht so einfach erwischen können ... das trainieren wir gleich gemeinsam.“ Zumeist ist das Kind dann positiv auf das anschließende Zahnputztraining gestimmt. Die häuslich zum Einsatz kommende Zahnbürste und auch Zahnpasta sollten eingesetzt werden, sofern sie zum Termin mitgebracht wurden, um dem Kind das Gefühl der Sicherheit zu übermitteln. Erst sollte der kleine Patient am Spiegel vorputzen, danach darf man eingreifen und mithelfen. Wichtig ist es, weniger auf Putzdauer, aber vermehrt auf Putzsystematik und Putzübung einzugehen. Wird die Systematik, z. B. KAI-Technik (Kauflächen, Außenflächen, Innenflächen) mit der dazugehörigen Putzbewegung durchgeführt, z. B. Schrubbertechnik, Rotationstechnik, Roll-Auswischtechnik, unter dem Einsatz zusätzlicher Hilfsmittel, z. B. Zahnseide/Sticks, bis alle

Zähne sauber geputzt sind, überschreitet man im Regelfall eine Putzzeit von zwei Minuten. Natürlich kann aus motivationstechnischen Gründen zusätzlich ein Timer oder eine Sanduhr eingesetzt werden. Während der Zahnputzübung widmen wir uns ausschließlich dem Kind, später können Fragen der Eltern/Begleitpersonen beantwortet werden.

Häufig bespricht man mit dem Erziehungsberechtigten folgende Basispunkte: Zahnpasta (Bestandteile und Fluoridgehalt), Zahnbürste (Beschaffenheit und Handhabung), Anwendung der Zahnseide, Zahnpflegegewohnheiten des Kindes, Zucker und Ernährungslenkung, Säuren und deren Einwirkung auf die Zahnhartsubstanz, häusliche Fluoridierungsmaßnahmen usw. Nach dem Putztraining und der dazugehörigen Motivation/Instruktion erfolgt die professionelle Reinigung/Politur aller Zähne. Hierbei ist es wichtig, nicht einfach wortlos zu beginnen. Alle Reinigungsmechanismen sollten kurz beschrieben werden, bevor sie zum Einsatz kommen. Dazugehörige Geräusche, Wasserzufuhr und Geschmacksrichtungen sollten eventuell vorher außerhalb des Mundes demonstriert werden. Politurkörper in bunten Farben, z. B. zum selber aussuchen, können verwendet werden. Möglichst Politurpasten, die gut schmecken (Apfel-/Orangenaroma) und nicht zu scharf oder grob sind, einsetzen. Nach den Politurmaßnahmen darf das Kind ausspülen.

Es erfolgt eine abschließende Lokalfluoridierung/CHX-Lack-Applikation, je nach individueller Mundhygienesituation. Diese Maßnahme sollte zuvor mit dem Erziehungsberechtigten besprochen werden, er muss mit der Durchführung einverstanden sein (Dokumentation!). Danach bespricht man Verhaltensregeln, z. B. 60 Min. nach Lokalfluoridierung nichts Essen und Trinken. Die kommende Individualprophylaxe in vier oder sechs Monaten (Recallintervall) sollte geplant und terminiert werden.

Belohnung zum Abschluss

In unserer Zahnarztpraxis wartet nach dem Zahnpflegetraining im Rezeptionsbereich die Schatzkiste – das Highlight nach jeder Kinderzahnbehandlung. Jedes Kind, das auf dem Behandlungstuhl mitgearbeitet hat, darf sich selbst ein kleines Geschenk aussuchen. Der Zahnarztbesuch endet somit genauso positiv, wie er begonnen hat. Meine persönliche Schlussfolgerung ist stets: Es gibt keine schwierigen Kinder, nur interessante und sehr interessante. ■

■ KONTAKT

Sabrina Liebler

Dentalhygienikerin
Praxis für Zahnheilkunde Mauer
Sinsheimer Str. 1, 69256 Mauer
Tel.: 06226 1200
sabrinaliebler82@web.de





We care for healthy smiles

Stark für Implantate

Professionelle Implantatpflege leicht gemacht



TePe Bridge
& Implant Floss

NEU

TePe. Das Original.

www.tepe.com

Die erwachsenen Patienten von morgen

Kinder sind unsere Zukunft. Dem wird wohl kaum einer widersprechen. Dies gilt für alle Lebensbereiche. Seien es die Rentenkassen, welche gefüllt werden möchten, oder der Arbeitsmarkt, welcher gut ausgebildeten Nachwuchs für die Besetzung von offenen Stellen braucht. So sollten Kinder und Jugendliche auch eine zentrale Rolle in der Zahnheilkunde spielen. Denn immerhin sind sie die erwachsenen Patienten von morgen.

Bianca Beck

■ Die zahnmedizinische „Karriere“ eines jeden Kindes beginnt mit seinem Milchgebiss. Dieses besteht aus den Milchzähnen. Deren Erscheinen ist schmerzhaft und ihre Konsistenz weicher, und es handelt sich dabei um eine gewisse „Übergangslösung“ der Natur, bis das bleibende Gebiss entsteht. Milchzähne sind des Weiteren wesentlich anfälliger für Karies. „Alles nicht so schlimm. Die bleiben ja nicht lange“, sagt sich da so manche Mutter. Die Zahnarztpraxen wissen zwar, dass auch die Milchzähne kariesfrei bleiben sollten, unternehmen abgesehen von der Kassenleistung IP aber nichts in diese Richtung. Ein fataler Irrtum, denn im Schnitt verlieren wir unseren letzten Milchzahn erst im 12. Lebensjahr. Es lohnt daher durchaus, auch diesen eine erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken. Dies passiert leider viel zu selten. Daraus folgt auch eine mangelnde Aufklärung des Nachwuchses von klein an. Natürlich unbewusst, aber wie würden Sie sich um Ihre Zähne sorgen, wenn Ihnen klargemacht würde, dass diese ohnehin bald ausfallen und dann neue kämen? Eher nachlässig wahrscheinlich, und es ist anzunehmen, dass sich jene nachlässige Pflege dann auch auf das bleibende Gebiss überträgt. Besonders besorgniserregend ist auch der Vormarsch von frühkindlicher Karies. Das ist natürlich nicht das

Anliegen der Eltern und auch nicht der Zahnarztpraxen – die Handlungen fördern diesen Tatbestand jedoch. So wird sich in den Praxen oft an der reinen Kassenmedizin orientiert. Das heißt, der sechste Zahn versiegelt, der fünfte Milchmolar aber nicht. Auf die Frage, warum dies nicht geschieht, denn der fünfte bleibt auch im Schnitt noch ca. sechs Jahre lang, herrscht erst betretenes Schweigen und dann kommt in der Regel die Antwort: „Weil die Kasse es nicht zahlt ...“

In manchen Praxen ist die Versiegelung auch umstritten, dennoch sollte den Eltern des Kindes die Wahl überlassen werden, welcher Zahn bei ihrem Kind welchen Stellenwert hat. Sie sollten selber entscheiden, und viele würden sich wohl für eine Versiegelung entscheiden, wenn sie darüber aufgeklärt werden, wann der letzte Zahn des Milchgebisses erst den Mund verlässt und wie wichtig dieser ist. Hier und an vielen anderen Stellen wird bares Geld verschenkt. Im Folgenden soll dargestellt werden, welche Fehler Zahnarztpraxen beim Besuch ihrer kleinen Patienten aus Sicht der Patienten sowie aus Sicht der Praxis machen und wie der korrekte Umgang aussehen könnte.

Lisas Zahnarztbesuch bei Dr. Müller

Lisa K. ist fünf Jahre alt und geht bald zur Schule. Sie hat heute einen Termin in der Zahnarztpraxis von Dr. Müller. Es ist zwar nicht ihr erster Besuch beim Zahnarzt, aber Dr. Müller kennt sie noch nicht, da er die Praxis von seinem Vorgänger übernommen hat. Daher ist sie sehr aufgeregt und hat auch ein wenig Angst. Denn Lisa mag Süßigkeiten, am liebsten Schokolade. Noch dazu putzt sie sich gar nicht gerne die Zähne, und immer wenn sie sich abends im Bad sträubt, droht ihr die Mutter mit Dr. Müller: „Der wird dir beim nächsten Termin schon zeigen was passiert, wenn man sich die Zähne nicht gründlich putzt.“

Als Lisa und ihre Mutter bei Dr. Müller in der Praxis ankommen, stellen sie sich zunächst am Empfang vor, wo die Mitarbeiterin sie ins Wartezimmer bittet. Lisas Mutter bekommt einen Anmeldebogen für Lisa, mit der Bitte, diesen für sie auszufüllen. Mutter und Tochter nehmen zugleich im Wartezimmer Platz, und Lisas Mutter beginnt mit dem Ausfüllen des Bogens. Besonders gut kommt sie dabei allerdings nicht voran,



da Lisa schnell anfängt unruhig zu werden, und nörgelt. Die Spielecke besteht aus einem abgenutzten Stofftier, Bilderbüchern, einer alten Kinderküche, ein paar abgegriffenen Bauklötzen und bietet so keine gute Ablenkung für Lisa, die ohnehin schon mit einem unguuten Gefühl in die Praxis kam. Somit stört sie ihre Mutter, welche ihre Mühe hat ihre Tochter zu beruhigen, in regelmäßigen Abständen beim Ausfüllen des Bogens. Lisa erntet schon entnervte Blicke eines älteren Herrn, den offenbar der Lärmpegel im Wartezimmer stört. Dadurch stört die Mutter sich auch nicht daran, dass in dem Anamnesebogen für ein Kind recht unpassende Fragen wie „Sind Sie schwanger?“ und „Haben Sie Bluthochdruck?“ stehen. Nachdem der Bogen ausgefüllt ist, gibt sie diesen am Empfang ab. Dennoch müssen sie noch gute 20 Minuten warten, bis sie aufgerufen werden.

Dann ist Lisa dran. Eine Mitarbeiterin geht zusammen mit der Mutter und Lisa in den Behandlungsraum. Dort angekommen wird es Lisa ganz unheimlich – so viele Geräte, die sie noch nie gesehen hat, denn an ihren letzten Termin kann sie sich nicht mehr erinnern. Als Dr. Müller in das Zimmer kommt, zieht er sich Mundschutz und Handschuhe an und sagt zu Lisa: „Nicht erschrecken Lisa, der Stuhl fährt jetzt zurück.“ Mit dieser Aussage wollte er sie eigentlich beruhigen. Noch dazu blendet sie das Licht, aber sie traut es sich nicht zu sagen. Dennoch ist sie folgsam und öffnet brav ihren Mund. Ordnungsgemäß schaut sich Dr. Müller alles an. „Alle Zähne sind da und auch der 6-Jahres-Molar bricht gerade durch, den kann man versiegeln, das zahlt auch die Krankenkasse. In einem halben Jahr sollte sie wieder zur Kontrolle kommen“, sagt er zu Lisas Mutter. Er verabschiedet sich höflich mit dem Hinweis, dass die Mitarbeiterin gleich noch zeigen wird, wie sich Lisa die Zähne richtig putzen soll. Die Mitarbeiterin beginnt mit dem Färben der Zähne. Lisa findet das lustig, so viel Lila; und Lila ist schließlich ihre Lieblingsfarbe. Die Helferin zeigt, wie man richtig putzen soll, entfernt die Farbe wieder und trägt zum Abschluss eine – für Lisa eklig schmeckende – Flüssigkeit auf ihre Zähne auf, die ihr den ganzen Mund zusammenzieht. Am Ende des Termins erwähnt sie auch nochmal, dass Lisas Mutter in einem halben Jahr einen Kontrolltermin vereinbaren soll. Hierbei fällt Lisas Mutter der Hinweis vom Zahnarzt zur Versiegelung wieder ein. Auf Nachfrage sagt die Mitarbeiterin, dass dafür noch ein Termin vereinbart werden müsste. Lisas Mutter ist verwirrt, da sie nicht weiß, was bei der Versiegelung gemacht wird und warum dafür noch ein Termin notwendig ist.

Majas Zahnarztbesuch bei Dr. Meier

Am nächsten Morgen bringt Lisas Mutter sie in die Vorschule. Dort trifft sie Frau Schneider, die Mutter von Lisas Freundin Maja. Auch sie waren in der vergangenen Woche beim Zahnarzt, nachdem Majas Mutter beschlossen hat diesen zu wechseln, weil sie unzufrieden mit ihrer bisherigen Praxis war. Frau Schneider ist von ihrem neuen Zahnarzt Dr. Meier begeistert: Ein Anmeldebogen für Kinder, der ihnen vorher zugeschickt wurde, gemeinsam mit Ver-

haltensregeln für die Eltern vor dem Zahnarztbesuch sowie ein Beiblatt für spezielle Vorlieben des Kindes. Was das Kind mag und was es nicht mag. Ein toller Spielbereich mit zwei bunten Sitzsäcken für Kinder und pädagogisch sehr geschickten Mitarbeiterinnen. Majas Milchzähne wurden versiegelt und sie wurde über die professionelle Zahnreinigung für Kinder informiert, die das Kariesrisiko senkt und gerade für den gesunden Durchbruch der bleibenden Zähne wichtig ist. Da wird Lisas Mutter stutzig, fängt an zu vergleichen und fragt sich, ob Dr. Müller wirklich der richtige Zahnarzt für ihre Tochter ist?

Kindergerechte Zahnarztpraxis

Lisas Mutter fragt sich zu Recht, ob es sinnvoll wäre, den Zahnarzt zu wechseln. Als Kind hat sie selber schlechte Erfahrungen beim Zahnarzt gemacht – das weiß sie heute noch. Nun ist sie sehr verunsichert. Denn in der Tat gibt es in der Praxis von Dr. Müller einige Defizite im Bereich der Behandlung von Kindern. Die Erfahrung hat auch gezeigt, dass viele Eltern die Praxis wechseln, wenn sie hören, wie andere Zahnarztpraxen arbeiten. Doch was machen Dr. Müller und sein Team falsch?

Step 1 – der Anmeldebogen

Es beginnt am Empfang. Wie Frau Schneider geschildert hat, besitzt ihre neue Praxis einen speziellen Anamnesebogen für Kinder, mit kindgerechten Fragen, wie zum Beispiel: Was trinkt Ihr Kind zum Durst löschen. Denn es ist in der Tat wenig passend, bei einer Fünfjährigen nach Schwangerschaft oder Bluthochdruck zu fragen. Doch das ist in deutschen Praxen leider überwiegend der Fall. Es bietet sich an, mit Anmeldebögen zu arbeiten, die altersgerecht sind. Mit Verhaltensregeln für die Eltern für den ersten Zahnarztbesuch sowie einem Beiblatt, auf dem notiert wird: Was mag unser Kind – was mag es nicht. Das schafft Vertrauen und gibt Eltern und Kind ein gutes Gefühl. Optimalerweise werden die Unterlagen den Patienten im Vorfeld vor dem Termin zugeschickt. Hierdurch haben die Eltern genügend Zeit, mit dem Kind gemeinsam den Bogen auszufüllen und sich mit den Verhaltensregeln vertraut zu machen.

Step 2 – die Wartezeit

Dadurch, dass die genannten Unterlagen schon zuvor zugeschickt wurden, ist nun mehr Zeit in der Praxis selber. Hierbei ist ebenfalls wichtig, dass für Kinder, die zum ersten Mal in die Praxis kommen, wie bei den Erwachsenen ebenfalls, mehr Zeit eingeplant wird. Demnach ist genügend Freiraum, um die Vertrauensbasis zu dem Kind aufzubauen und mit den Eltern im Nachhinein alles zu besprechen. Wartezeiten sollten bei Kindern generell vermieden werden. Durch zu lange Wartezeiten werden sie unruhig, nervöser und andere Patienten fühlen sich eventuell durch nörgelnde Kinder gestört.

Step 3 – die Behandlung

Sofern vorhanden, sollten das Kind und die Mutter zum Vorgespräch in einem Beratungsraum Platz nehmen, somit besteht die Möglichkeit, den Arzt vorab erst einmal kennenzulernen. Um das Vertrauensverhältnis zum Kind aufzubauen, hilft hierbei der ausgefüllte Bogen: Was mag das Kind – was mag es nicht. Im Behandlungsraum sollte das Kind noch nicht auf den Behandlungsstuhl gesetzt werden. Hier ist es ebenfalls wichtig, erst einmal ein Vertrauensverhältnis zu schaffen, indem man dem Kind im Vorfeld alles erklärt. Das Kind darf hier auch ruhig an der Einheit mal selber einen Knopf betätigen, um die Furcht zu verlieren. Die Behandlung sollte spielerisch gestaltet werden, und auf die Bedürfnisse des Kindes, wie das Blenden des Lichtes, durch Lösungen, wie zum Beispiel eine Sonnenbrille, eingegangen werden.

Step 4 – die richtige Wortwahl

Bei den Kleinsten ist es unabdingbar, bereits von Beginn an auf die richtigen Worte zu achten. Nicht wie oben in dem Beispiel: „Nicht erschrecken Lisa, der Stuhl fährt jetzt zurück.“ Durch das Wort „nicht erschrecken“ geht direkt jedes Kind davon aus, dass gleich was passieren wird. Besser ist: „Lisa, der Stuhl fährt jetzt zurück, das ist wie beim Karussell fahren.“ In vielen Praxen ist es bereits üblich, dass Instrumente gegenüber den Kindern anders bezeichnet werden. Vermeiden Sie alle Worte, die negative Assoziationen bei dem Kind auslösen können.

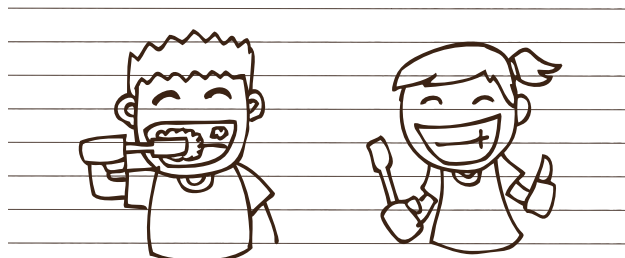
Step 5 – die Untersuchung

Während der Untersuchung sollte dem Kind immer alles verständlich erklärt werden, was und warum man es macht. Hierbei kann man es auch mittels eines Spiegels mit schauen lassen. Des Weiteren empfiehlt es sich, das Kind mit in das Gespräch einzubinden. Nach der Untersuchung wird der Arzt die Mutter über den Istzustand des Kindes informieren. Auch allgemeine Informationen: Wie lange hat das Kind die Milchzähne noch? Was ist zu beachten? Was kann man tun, um diese möglichst lange zu erhalten? Die Versiegelung der Milchzähne oder auch die professionelle Zahnreinigung (keine IP), die bereits ab dem 4. Lebensjahr Standard in manchen Praxen ist, werden der Mutter gezielt angeraten. Detaillierte Informationen erhält die Mutter im Anschluss an das Gespräch von der Mitarbeiterin.

Step 6 – die Verabschiedung

Zum Schluss des Termins darf sich das Kind dann noch eine nette Kleinigkeit aus einer Schatzkiste aussuchen, bevor es von der Mitarbeiterin in den Wartebereich zum Spielen gebracht wird. Bitte achten Sie darauf: Was mögen Kinder und womit macht man ihnen eine Freude? Oftmals befinden sich in solchen Schatzkisten unnütze

Spielsachen, die schon Jahre ihr Dasein fristen. Gummibälle, Seifenblasen oder für die kleinen Prinzessinnen ein toller Ring sind Aufmerksamkeiten, die nach wie vor bei den Kindern gut ankommen. Immerhin sollte das Kind die Praxis gut in Erinnerung behalten. Währenddessen bekommt die Mutter am Empfang noch weitere Instruktionen und weiß dadurch genau, was als nächstes zu tun ist und welche Termine auf sie und ihr Kind zukommen. Das gibt ihr Sicherheit.



© IkaZNaris

Fazit: Früh übt sich

Vorgehend wurde nur in Kürze beschrieben, wie ein Termin in einer kindergerechten Zahnarztpraxis optimalerweise aussehen sollte. Natürlich bietet dieser Bereich noch einiges mehr. Zusätzliche Informationen hierzu sowie zu den genannten Bögen und Verhaltensregeln bekommen Sie bei der Autorin des Beitrages.

Sehr gute Erfahrungen wurden mit sogenannten Kindernachmittagen gemacht. An diesen kommen nur Kinder im Alter von 1–12 Jahren in die Praxis. Die Mitarbeiterinnen tragen bunte Kleidung und auch der Wartebereich wird fröhlicher gestaltet. In einer Gruppenprophylaxe wird der Zahnarztbesuch für die Kinder zu einem ganz neuen Erlebnis. Ein weiterer Effekt ist, dass andere Patienten nicht durch den Lautstärkepegel der Kinder gestört werden.

Besonders die Eltern sollten mit zusätzlichen Informationen bezüglich der Zahngesundheit ihrer Kinder unterrichtet werden. Denn diese besitzen in der Regel eine viel zu geringe Kenntnis über die Kinderzähne und was das Beste für diese ist. Siehe das Beispiel mit den Milchzähnen, welche meist nicht versiegelt werden oder die professionelle Zahnreinigung, die in den meisten Praxen mit der Individualprophylaxe verwechselt wird.

Gestalten Sie den Zahnarztbesuch für die erwachsenen Patienten von morgen frei nach dem Motto: Früh übt sich. Nicht nur für die Kinder, sondern auch für die Praxis. ■

■ KONTAKT

Bianca Beck
beck+co.
Untergasse 48, 55590 Meisenheim
Tel.: 06753 124800
kontakt@beckundco.info
www.beckundco.info





ProKonzept®
QM
Beratung

Schulungen
Dokumentation



Entspannt in die Zukunft: ProKonzept® und das Qualitätsmanagement für Zahnärzte

ProKonzept® und das Qualitätsmanagement für Zahnärzte – exklusiv von dental bauer – ist die optimale Hilfe für Ihre Praxis. Es hilft Ihnen bei der Umsetzung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und bei der Einführung eines Qualitätsmanagements nach DIN ISO 9001:2008. Mit ProKonzept® und dem Qualitätsmanagement für Zahnärzte bieten wir Ihnen eine professionelle Dienstleistung mit praxisnahen und schnell umsetzbaren Lösungen.

- Beratung bei der Umsetzung von Gesetzen, Verordnungen und Vorschriften der Berufsgenossenschaft
- Regelmäßige Schulungen und Unterweisungen des Personals in der Praxis
- Entwicklung von individuellen Konzepten; z.B. in den Bereichen Hygiene, Entsorgung, Dokumentation
- Terminüberprüfung, Recall und Durchführung von Geräteprüfungen
- Vorgefertigte Prozessbeschreibungen
- Schritt für Schritt zum QM-Handbuch
- Alles aus einer Hand

dental bauer GmbH & Co. KG
Ernst-Simon-Straße 12
D-72072 Tübingen
e-mail tuebingen@dentalbauer.de

[www.
dentalbauer.de](http://www.dentalbauer.de)

Parodontalprothetische Behandlungsstrategie – Lebenslanger Erhalt von Zähnen?

Das primäre Ziel der zahnärztlichen Prophylaxe sollte ein lebenslanger Erhalt der natürlichen Zähne in einem gesunden, funktionell und ästhetisch akzeptablen schmerzfreien Zustand sein (Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft, 2000). Dass dieses bei entsprechender parodontaler Entzündungsfreiheit über mehr als ein halbes Jahrhundert möglich ist, konnte von Schätzle et al. (2009) und Lang et al. (2009) gezeigt werden. Trotz allem bleibt die Schlüsselfrage: „Wie lange funktionieren parodontal geschädigte Zähne?“ (Eickholz 2009).

Dr. Christian Graetz, Dr. Claudia Springer, Antje Geiken, Prof. Dr. Christof Dörfer

■ Mittels einer adäquaten aktiven Parodontal- (APT) und anschließender regelmäßiger, risikoorientierter unterstützender Parodontitistherapie (UPT) sind Überlebensraten von Zähnen im parodontal behandelten Gebiss um die 90% über ein Jahrzehnt möglich (Pretzl et al. 2008, Matulienė et al. 2008, Chambrone et al. 2010). Selbst bei Behandlung kritischer Zähne mit fragwürdiger Prognose aufgrund eines Attachmentverlusts von mehr als 60% wurden Überlebensraten von 88 bis 93% in der UPT erreicht (Checchi et al. 2002, Eickholz et al. 2008, Graetz et al. 2011). Deshalb sollte grundsätzlich die Planung und Durchführung einer definitiven prothetischen Rekonstruktion erst nach Abschluss der APT mit Reevaluation der parodontalen Verhältnisse während der risikoorientierten UPT (Lang und Tonetti 2003) erfolgen. Es sei aber angemerkt, dass auch bereits initial prothetischer Behandlungsbedarf bestehen kann, wenn zum Beispiel nicht erhaltungsfähige Frontzähne extrahiert werden müssen (Rühling et al. 2004, Zitzmann et al. 2012). Zumeist erscheint es aber sinnvoll, sich erst mit der Zahnerhaltung, vor allem aber dem Erhalt der geschlossenen Zahnreihe oder einer suffizienten fest-sitzenden Versorgung, ggf. Ersatz eines einzelnen Zahnes zu beschäftigen, um sich die Therapieoption einer umfassenden prothetischen Neuversorgung für einen späteren Zeitpunkt offenzuhalten.

Langzeitdokumentierter Fallbericht: Anamnese und Befund (1985)

Der 59-jährige Patient suchte 1985 zur parodontalen Vorbehandlung vor prothetischer Neuversorgung die Abteilung für Parodontologie des Universitätsklinikums in Kiel auf. Der Patient war zeitlebens Nichtraucher und die Allgemeinanamnese war unauffällig. Intraoral zeigte sich ein prothetisch insuffizient versorgtes Gebiss (ZE ca. 15 Jahre in situ) mit weichen und harten Belägen (PI: 77%). Die Gingiva war lokal livide gerötet und ödematös geschwollen, mit lokalisierten Rezessionen und Retraktionen der interdentalen Papillen (Abb. 1a). Ferner fanden sich sowohl zervikale kariöse Läsionen an 17, 14, 27, 37 und 47 (Abb. 1b) bzw. Sekundärkaries an den überstehenden Kronenrändern 13, 21, 23 als auch okklu-



Abb. 1a: Intraorale Ansicht bei Neuaufnahme 1985. – Abb. 1b: Intraorale Ansicht bukkal Zahn 27.

sale kariöse Läsionen an den Zähnen 24, 38 und 48. Die generalisierten Sondierungstiefen (ST) lagen zwischen 4 und 6 mm (Abb. 2). Alle Zähne, mit Ausnahme von 17, 15, 14, 37, 47 (Grad I) sowie 27 (Grad II) zeigten keine erhöhte Beweglichkeit (Lindhe und Nyman 1977). Die horizontale Sondierung der Furkationen ergab Grad I an 17, 14, 37, 47 und Grad II an 27 (Hamp et al. 1975). Die Panoramaschichtaufnahme (Abb. 3) zeigte einen generalisierten horizontalen Knochenabbau von circa einem Viertel, im Bereich der Unterkieferfront bis zur Hälfte der Wurzellänge. Weiterhin waren röntgenologische Aufhellungen in der Furkation 27, Verschattungen

	K	B	K	K	K	K	K	K	K	FA	K	B	K		
	+		WF	+	+	+	+	+	+	WF	+	+	WF		
	6.4.4 (1) 3.3.3		4.4.4 1 4.3.4	4.3.4 1 4.3.3	4.4.5 1 3.3.3	4.3.3 1 4.3.3	4.3.3 1 4.3.3	4.3.4 1 3.3.3	4.3.4 1 3.3.3	5.4.4 1 4.4.4	4.4.4 1 4.4.4		5.3.5 (1) 5.4.5		
	4.4.4 (1) 4.4.4	6.3.4 (1) 6.3.4	4.3.4 1 4.3.4	3.3.4 1 3.3.4	3.3.3 1 3.3.3	4.3.4 1 4.3.4	4.3.3 1 4.3.3	4.3.4 1 4.3.4	4.3.3 1 4.3.3	5.4.4 1 5.4.4	4.4.4 1 4.4.4		5.3.5 (1) 5.3.5		
	WF		+	+	+	+	+	+	+	+			+		
c	K	B	FK	FK							K	B	B	K	c

Abb. 2: Klinischer Befund bei Erstvorstellung mit Sondierungstiefen, Furkationsbefund, Beweglichkeitsgraden, Sensibilität und dentalem Befund vom 25.2.1985.



Abb. 3: Panoramaschichtaufnahme vom 15.2.1985.



Abb. 4a: Panoramaschichtaufnahme 1989 (drei Jahre nach APT). – **Abb. 4b:** Panoramaschichtaufnahme 2005 (19 Jahre nach APT). – **Abb. 4c:** Panoramaschichtaufnahme 2012 (26 Jahre nach APT).

im Sinne überstehender Kronenränder an 17, 24, 37 und 47 sowie Verschattungen im Sinne von Wurzelfüllungen an 15, 23, 27 und 47 jeweils ohne periapikale Aufhellungen zu erkennen.

Diagnose und Therapieplanung (1985)

Es lagen eine generalisierte chronische Parodontitis (Armitage 1999) sowie multiple kariöse Läsionen und überstehende Kronenränder vor. Es wurde ein Erhaltungsversuch aller Zähne mit Ausnahme des Zahnes 27 aufgrund der fortgeschrittenen Sekundärkaries und der Furkationsbeteiligung vorgeschlagen. Dem Patienten wurde eine verkürzte Zahnreihe im Oberkiefer links bei einer späteren primären Verblockung der Unterkieferseitenzähne empfohlen. Da der Patient Nichtraucher war und eine gute Mitarbeit erkennen ließ, wurde die Prognose der übrigen Zähne insgesamt als gut bezeichnet, wobei weiterführende Therapiemaßnahmen erst während der Reevaluation nach der APT entschieden werden sollten.

Aktive parodontale Therapie (1985)

Nach Unterweisung bezüglich einer effektiveren Zahnpfutztechnik und dem Gebrauch von individuell angepassten Interdentalraumbürsten erfolgte eine geschlossene Wurzeloberflächenbearbeitung aller Zähne sowie eine Zugangslappenoperation zur Instrumentierung der Wurzeloberflächen unter Sicht an 37, 38 und 25 einschließlich der Extraktion des Zahnes 27. Bei einer Reevaluation nach sechs Monaten wurden generalisiert Sondierungstiefen von 2–3 mm gemessen (Jahr 1986).

Unterstützende Parodontitistherapie (1986–2013)

Die UPT umfasst bisher 27 Jahre und erfolgte regelmäßig in sechsmonatigem Intervall. Bei persistierenden $ST \geq 4$ mm und Bluten auf Sondieren (BOP) sowie bei $ST \geq 5$ mm erfolgte eine subgingivale Reinstrumentierung in der jeweiligen Sitzung. Bei einer Reevaluation 1990 wurde der Erhalt des Zahnes 38 als nicht sinnvoll eingestuft und er wurde entfernt. Bis zu diesem Zeit-

punkt war röntgenologisch kein progressiver Knochenabbau erkennbar (Abb. 4a–c). Die Wurzel des Zahnes 12 wurde 1994 infolge einer erfolglosen endodontischen Behandlung unter der verblockten Rekonstruktion der Oberkieferfront entfernt (Abb. 5b, intraorale Ansicht 2005, elf Jahre nach Entfernung der Wurzel 12). Im Jahr 2010 wurde der Zahn 21 nach einer fehlgeschlagenen endodontischen Behandlung (alio loco) und einer Perforation der Wurzel im mittleren Wurzeldrittel ebenfalls unter der bestehenden verblockten Krone entfernt. Ebenso musste die Wurzel des Zahnes 22 im Jahr 2012 aufgrund einer Längsfraktur unter Erhalt der bestehenden prothetischen Versorgung entfernt werden (Abb. 5c, intraorale Ansicht 2012, nach Entfernung der Wurzeln 21, 22 und 12). Bei einer Reevaluation 2012

ANZEIGE

HCH Tiefenfluorid® junior Zwei Schritte zum Erfolg

- sichere Kariesprophylaxe durch Depot-Effekt
- Langzeit-Remineralisation auch an schwer erreichbaren Stellen
- White Spots verschwinden*
- zur mineralischen Fissurenversiegelung**
- fruchtig-süß ohne Zucker, für alle Altersklassen

Neu!
Mit fruchtigem Geschmack



*ZMK 9/1995; **ZMK 1-2/1999

20%
Messnachlass

*auf alle HCH Tiefenfluorid®- und HCH Tiefenfluorid® junior-Packungen bei Bestellung bis 15.11.2013

Besuchen Sie uns auch auf den Dentalfachmessen.

HCH HUMANCHEMIE
Kompetenz in Forschung und Praxis

Humanchemie GmbH
Hinter dem Krüge 5 • DE-31061 Alfeld/Leine
Telefon +49 (0) 51 81 - 2 46 33
Telefax +49 (0) 51 81 - 8 12 26
www.humanchemie.de
E-Mail info@humanchemie.de



Abb. 5a: Einzelzahnfilm 1989 und intraorale Ansicht nach transdentaler Fixation 11 und neuer Einzelzahnkrone. – **Abb. 5b:** Intraorale Ansicht 2005. – **Abb. 5c:** Intraorale Ansicht 2012.

zeigte die Panoramaschichtaufnahme gegenüber dem Ausgangsbefund keinen klinisch relevanten weiteren Knochenabbau.

Prothetische Behandlung (1986 und 1993)

Die Zähne 34 bis 37 wurden durch eine Metallkeramikbrücke 1986 nach APT neu versorgt. Die Oberkieferfrontzähne 13 bis 22 erhielten Einzelzahnkronen. Der Zahn 26 wurde mittels eines Freindbrückengliedes in Prämolarenbreite an den verblockten Zähnen 23, 24 und 25 ersetzt, ebenso wie der fehlende Zahn 46 an Zahn 47. Die Lücke des Zahnes 16 wurde durch eine Metallkeramikbrücke an den Zähnen 14, 15 und 17 geschlossen. Im Jahr 1989 wurde der Zahn 11 mithilfe einer transdentalen Schraube alio loco nach Retentionsverlust der Krone fixiert und mit einer neuen Einzelzahnkrone versorgt (Abb. 5a). Im Jahr 1992 musste dieser Zahn aufgrund einer Wurzelfraktur entfernt werden, und es erfolgte 1993 eine erneute prothetische Versorgung der Oberkieferfront mittels einer Brücke von 22 und 21 auf 12 und 13. Der Zahn 22 wurde noch während der prothetischen Behandlungsphase wegen pulpitischer Beschwerden endodontisch behandelt. Die 1993 bzw. 1986 eingesetzten festsitzenden prothetischen Rekonstruktionen blieben bis zum bisher letzten Nachsorgetermin im März 2013 erhalten (Abb. 6b und c). Nach Entfernung des Zahnes 22 im Jahr 2012 wurde der Brückenanker 23 mit dem nun vorhandenen Brückenglied 22 mittels einer Slotpräparation und Einlage eines glasfaserverstärkten Bandes (Ribbond®, Seattle, US) von palatinal adhäsiv verblockt (Abb. 5c).

Diskussion: Zeitpunkt der prognostischen Entscheidung?

Unbestritten ist, dass eine intensive und im Rahmen einer UPT nachhaltige Parodontitistherapie einen Zahnerhalt auch bei bereits fortgeschrittenem Knochenab-

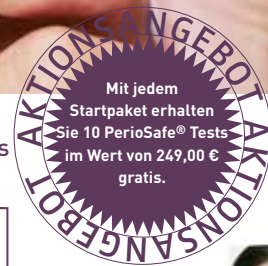
bau ermöglicht, wobei ein lebenslanger Erhalt eine frühzeitige Behandlung der Parodontitis oder noch besser eine frühzeitige präventive Betreuung erfordert (Lang et al. 2009). Bei Erstvorstellung des beschriebenen Patienten lag jedoch bereits ein fortgeschrittener Attachmentverlust vor, sodass einzelne Zähne in ihrer Prognose bereits initial als fraglich bezeichnet werden konnten (McGuire 1991, McGuire et al. 1996, Checchi et al. 2002, Machtei and Hirsch 2007). Grundsätzlich wird diese initiale Untersuchung einer adäquaten prognostischen Einschätzung aber nicht gerecht (Zitzmann et al. 2010). Badersten et al. (1984) zeigten, dass eine Reevaluation erst nach Abschluss der APT erfolgen sollte. Dies sollte insbesondere dann beachtet werden, wenn prothetische Rekonstruktionen erforderlich und prognostisch fragliche Zähne als potenzielle Pfeilerzähne einbezogen werden müssen. Trotzdem werden bereits vorher ebensolche Zähne extrahiert, da die Therapieentscheidung mit einer prognostischen Einschätzung des Zahnes einhergeht, die primär unter dem Aspekt der Gewährleistung für den nachfolgend geplanten Zahnersatz zu sehen ist und nicht den Erhaltungsmöglichkeiten des noch vorhandenen Zahnes entspricht (Rühling et al. 2010, Schlagenhauf 2013). Mit Ausnahme weniger Zähne, die bereits initial als nicht erhaltungswürdig einzuschätzen sind (Kombination aus fortgeschrittenen kariösen, parodontalen und/oder endodontischen Läsionen, Wurzelfrakturen), sollte die prognostische Bewertung grundsätzlich erst im Rahmen der Reevaluation circa drei bis sechs Monate nach erfolgter APT vorgenommen werden. Je nach Schwere der Erkrankung können auch längere Beobachtungszeiträume angezeigt sein. Im vorliegenden Patientenfall wurden auch einzelne strategisch wichtige Zähne mit fortgeschrittenem Knochenabbau sowie Molaren mit Furkationsbeteiligung mit in die Therapieplanung einbezogen. Eine frühzeitige Extraktion dieser Zähne hätte eine Vielzahl erforderlicher therapeutischer Maßnahmen nach sich gezogen, wobei auch weitere initial als kritisch eingestufte Zähne gegebenenfalls nicht als prothetische Pfeiler infrage gekommen wären. Durch die beschriebene Behandlungsstrategie konnte im vorliegenden Fall eine präprothetisch stabile Situation für die festsitzende Versorgung erreicht werden, welche bis zum heutigen Zeitpunkt Bestand hat. Abbildung 6 zeigt die schematisierte Übersicht des Patientenfalls.

Zahnerhalt durch Pfeilerzahngestützte Rekonstruktion?

Zähne werden aus sehr unterschiedlichen Gründen extrahiert, wie zum Beispiel kariöse Zerstörung, fortgeschrittene und fortschreitende Parodontitis, endodontische Komplikationen oder Frakturen. Neben der patienteneigenen Wertschätzung der Zähne beeinflusst auch der Zahnarzt die Therapieplanung maßgeblich (Lundgren et al. 2008, Rühling et al. 2010). Die parodontologisch-prothetische Behandlung im vorliegenden Fallbeispiel führte zu sechs Zahnverlusten im Beobachtungs-

Prävention mit PerioSafe® „I'm keeping my teeth forever!“

„Mit dem PerioSafe® System sind mein Zahnarzt und ich ein starkes Team. Die aMMP-8 Kontrolle und die rechtzeitige Therapie können jetzt meine Zähne ein Leben lang erhalten.“



Limitiertes Angebot solange der Vorrat reicht.

Werden Sie PerioSafe® Partner-Praxis!

dentogistics

Bestellung per Telefon: 01805-33686-1*, Bestellung per Fax: 01805-33686-2* oder bestellung@dento.de

*0,14 EUR/min. aus dem dt. Festnetz | max. 0,42 EUR/min. aus dem Mobilfunknetz

Ja – ich möchte mich gerne aktiv im Bereich Prävention und interdisziplinäre Zusammenarbeit positionieren und von der PerioSafe® Patientenkommunikation profitieren. Bitte registrieren Sie mich als kooperierende Partner -Praxis auf ihrer Webseite als Experten. (kostenfrei)

Ja – hiermit bestelle ich Ihre Kennenlern-Offerte mit einer 5'er Bestückung der Produkte zum Aktionspreis von 149,90 € netto statt regulär 167,40 € und erhalte 10 kostenfreie Promotion-Tests „PerioSafe® PRO“ zur Etablierung eines PZR-Plus-Konzeptes mit PerioSafe® im Wert von 249,00 € brutto mit begrenzter Haltbarkeit (11/2013).

Stempel:

PerioSafe® Früherkennungstests für die Parodontologie Praxis

Anzahl	Beschreibung	Artikelnummer	Inhalt Packung	VE	Einzelpreis netto.
	PerioSafe® Display Kranke Zähne – Kranker Körper bestehend aus:				149,90
	<i>Wahlweise</i>				
	<i>entweder</i> PerioSafe® HOME aMMP-8 Schnelltest zur Heimanwendung z.B. zur Mitgabe an Patienten zur Partnertestung	840-00022	1 Test	5	
	<i>oder</i> PerioSafe® PRO aMMP-8 Schnelltest zur Anwendung im Rahmen der PZR	880-00015	1 Test	5	
	PerioSafe® Mund Gesundheits Zahncreme Zahncreme 75 ml mit MicroSilver BG™	700-00001	1 Stück	5	
	PerioSafe® Mund Gesundheits Spülung Mundspülung 300 ml mit MicroSilver BG™	700-00024	1 Stück	5	



PerioSafe®

Gesunder Mund. Gesunder Körper.

zeitraum von 28 Jahren ohne relevanten weiteren Knochenabbau (Abb. 5a–c). Retrospektive Untersuchungen (König et al. 2002, Lundgren et al. 2008, Graetz et al. 2013) mit Beobachtungszeiträumen von bis zu 30 Jahren dokumentieren, dass parodontal behandelte Zähne mit fortgeschrittenem Attachmentverlust auch als Brückenpfeiler Überlebensraten von bis zu 90% aufweisen, zumindest wenn eine regelmäßige Erhaltungstherapie durchgeführt wurde (Nyman und Lindhe 1979, Laurell et al. 1991, Yi et al. 1995, Tan et al. 2004). Fardal und Linden (2010) haben zeigen können, dass es auch bei langspannigen Brücken zu wenigen technischen Komplikationen und zu einer niedrigeren Zahnverlustrate kommt. Einschränkung muss hier aber erwähnt werden, dass vor allem endodontische Komplikationen begrenzend auf das Überleben nicht nur der prothetischen Rekonstruktion, sondern auch der Pfeilerzähne wirkt. Circa 10% der initial vitalen Pfeilerzähne zeigen einen Sensibilitätsverlust innerhalb von zehn Jahren nach Präparation (Karlsson S. 1986, Schwartz und Whitsett 1970). Es werden aber deutlich mehr endodontische Komplikationen bei langspannigen Brücken und reduziertem Attachment der Pfeilerzähne beschrieben. Erklärt wird dies durch ein erhöhtes Traumatisierungsrisiko aufgrund einer invasiveren Präparation bei einer langen klinischen Krone und dem Versuch des Divergenzausgleichs gekippter Pfeilerzähne (Bergenholtz und Nyman 1984, Randow et al. 1986b, Rühling 2004). Eine weitere Folge endodontischer Komplikationen wird trotz erfolgreicher Wurzelbehandlung in der erhöhten Frakturgefahr des Pfeilerzahnes gesehen, wie dies im vorliegenden Fallbeispiel zweimal aufgetreten ist. Nach Hämmerle et al. (2000) kann eine Wurzelfraktur zum Verlust der gesamten Rekonstruktion führen. Nyman und Lindhe (1976) geben ca. 3% Pfeilerzahnfrakturen bei reduziertem Attachment an – wohingegen aber bis zu 35% nach Wurzelkanalbehandlung diskutiert werden (Landolt und Lang 1988, Randow und Glantz 1986a, Rühling 2004). Eine Lösung zur Vitalerhaltung des Pfeilers besteht hier nur durch eine sehr substanzschonende Präparation der Pfeilerzähne (Glantz und Nyman 1982, Mezzomo et al. 2003, Zhi-Yue und Xu-Xing 2003, Rühling 2004). Zusätzlich steigert die Insertion eines Stiftkerns die Frakturgefahr der verbliebenen Zahnhartsubstanz nochmals stark (Strub et al. 2011). Ist wie im vorliegenden Fall der Zahnhartsubstanzverlust der Krone so groß, dass die Verwendung eines Stiftes notwendig wird, ist das Stiftsystemdesign von Bedeutung. Auch sollte ausreichend Dentinwandstärke verbleiben und das Umfassen der Restzahnkrone mit ca. 1,5 mm erfolgen (Libman und Nicholls 1995, Strub et al. 2011, Fokkinga et al. 2007). Als obsolet erscheinen heute Stiftbohrungen bis in das apikale Wurzeldrittel – wie im vorliegenden Fall – da diese die Gefahr der Perforation gegenüber aktuellen Stiftsystemen (max. 1/2 der Wurzellänge) wesentlich erhöhen. Auch geschraubte Stiftsysteme, die Spannungen und Mikrorisse verursachen (Schmitter et al. 2007), sind nicht mehr indiziert. Abgesehen dieser vielfältigen technischen Komplikationen zeigt eine aktuelle Untersuchung über rund 15 Jahre UPT hohe Pfeilerzahnüberlebensraten, wobei sich eindeutig

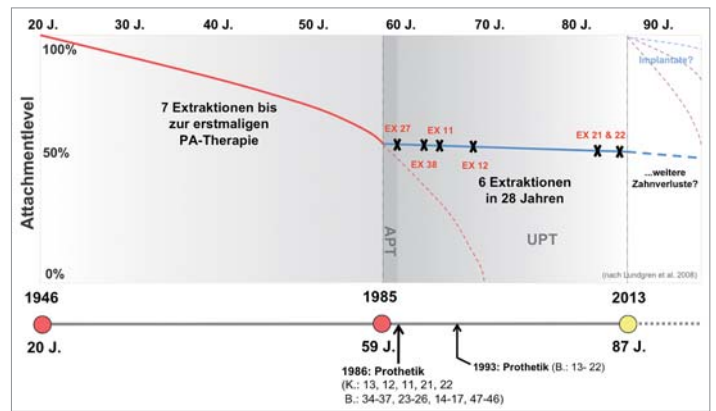


Abb. 6: Im vorliegenden Fallbeispiel wurde eine Überlebenszeit der Pfeilerzähne und der festsitzenden prothetischen Rekonstruktion bis zu einem Alter von 87 Jahren erreicht.

Hinweise auf die zwingende Notwendigkeit einer parodontalen Therapie vor prothetischer Versorgung (100% Überleben der Rekonstruktion nach APT vs. 49% vor APT) finden und es dann sogar möglich war, bis zu 96% der Pfeilerzähne mit weit fortgeschrittenem Knochenabbau zu erhalten (Graetz et al. 2013). Spekulativ kann nur diskutiert werden, ob beim vorgestellten Patientenfall die enossale Implantation zu Behandlungsbeginn im Jahr 1985 vergleichbar gute Langzeitergebnisse erzielt hätte. Heute weist vieles darauf hin, dass Patienten, die wegen einer Parodontitis behandelt wurden, ein höheres Risiko für periimplantäre Entzündungen tragen (Karoussis et al. 2003, Roos-Jansåker et al. 2006, Schou et al. 2006) und dass selbst nach erfolgreicher Implantation aufgrund biologischer oder technischer Komplikationen deutlich höhere Kosten in der langfristigen Erhaltungstherapie zu erwarten sind (Fardal und Grytten 2013).

Zusammenfassend kann man feststellen, dass der Erfolg oder Misserfolg der prothetischen Rekonstruktion weniger von der biologischen Kapazität des Restparodonts, sondern vielmehr von technischen und biomechanischen Faktoren beeinflusst wird (Nyman und Ericsson 1982). Dieses Wissen um potenzielle Komplikationen muss schon frühzeitig in der prothetischen Planungsphase bei Patienten mit reduziertem Attachment Berücksichtigung finden, wobei nicht nur die aktive parodontale Behandlung zum Ausschluss möglicher Risiken bereits abgeschlossen und reevaluiert sein sollte, sondern auch eine konsequente und qualitativ hochwertige UPT folgen muss. ■



■ KONTAKT

Dr. Christian Graetz

Klinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
 Arnold-Heller-Str. 3 (Haus 26), 24105 Kiel
 graetz@konspar.uni-kiel.de



Ein Traum wird wahr

Der Traum jedes Zahnmediziners und auch jeder Dentalhygienikerin: Eine Tinktur oder Paste, die wir einfach auf den initial geschädigten Zahn auftragen und dieser würde sich dann, wie von Zauberhand, selbstständig regenerieren. Der folgende Erfahrungsbericht zeigt, wie sich durch die Stimulation der natürlichen Regenerationsprozesse neue Zahnhartsubstanz bildet. Denn unsere Klientel erwartet eine moderne, noninvasive sowie schmerzfreie, substanz-erhaltende, schnelle und preiswerte Behandlung.

Meral Schnatterer

■ Jeder kennt das Szenario: Eine Patientin kommt regelmäßig in die Praxis zur Prophylaxesitzung. Die Patientin ist motiviert, sie tut ihr Bestes, und dennoch hat sie immer wieder – vor allem im Zahnhalsbereich – Whitespot-Läsionen. Was können wir tun? Verliert die Patientin den Glauben an die Prophylaxe, wenn wir nicht helfen können? Denn sie hat noch keinen kariösen Defekt. Seit Jahrzehnten schon ist die Zahnmedizin auf der Suche nach Regenerationsmöglichkeiten. Ich habe vor einigen Monaten etwas gefunden, das möglicherweise der Durchbruch sein könnte. Und als es im März auf der IDS der Öffentlichkeit präsentiert wurde, war mir klar, jetzt ist der Augenblick gekommen, ein neues Behandlungsfeld in mein bestehendes Prophylaxekonzept zu implementieren. Mein Ziel war es, ein Produkt zu finden, das in der Lage ist, beginnende Kariesläsionen tiefenwirksam zu regenerieren und Whitespots zu remineralisieren, und zwar auf dauerhafte und nachhaltige Art und Weise.

Was bedeutet Prophylaxe?

Die zahnmedizinische Prophylaxe beschäftigt sich mit vorbeugenden Maßnahmen, die die Entstehung von Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates

verhindern sollen. Und, womit werden wir in der Prophylaxe konfrontiert? In den meisten Fällen haben wir es mit Parodontitis und Karies zu tun. Diese zu vermeiden, ist unsere Profession. Manchmal gelingt uns das nicht, und die Ursachen dafür sind vielfältiger Natur. Was begegnet uns dann? Whitespots, Initiailläsionen und Sekundärkaries. Die betroffene Patientenklientel umfasst dabei die gesamte Bandbreite der Bevölkerung: Erwachsene und Kinder sind gleichermaßen betroffen. Die Zahl der in Deutschland an Karies erkrankten Kinder liegt bei etwa 30% und bei Erwachsenen bei etwa 50%. Dieser Personenkreis hat bereits ein- oder mehrmalige Karieserfahrung gemacht. Die Pathogenese der Karies ist klar und muss nicht mehr infrage gestellt werden. Dass es Bereiche in der Pathogenese gibt, die für uns, beziehungsweise für den Patienten, sehr gut beeinflussbar sind, ist ebenfalls unumstritten. Ich denke da an die Primär-Primär-Prophylaxe (Verhinderung der Kolonisation der Streptococcus mutans im Säuglingsalter) oder die Reduktion der Bakterien durch das Ernährungsverhalten selbst. Die natürliche Reparaturfähigkeit unseres Speichels funktioniert außerordentlich gut. Noch besser wird sie durch die Zugabe von Fluoriden in einem in Balance stehenden Ökosystem.

Eine stabile und neutrale Ausgangsbasis des pH-Wertes wäre bei circa 7,0. Bereits unter dem kritischen Wert von

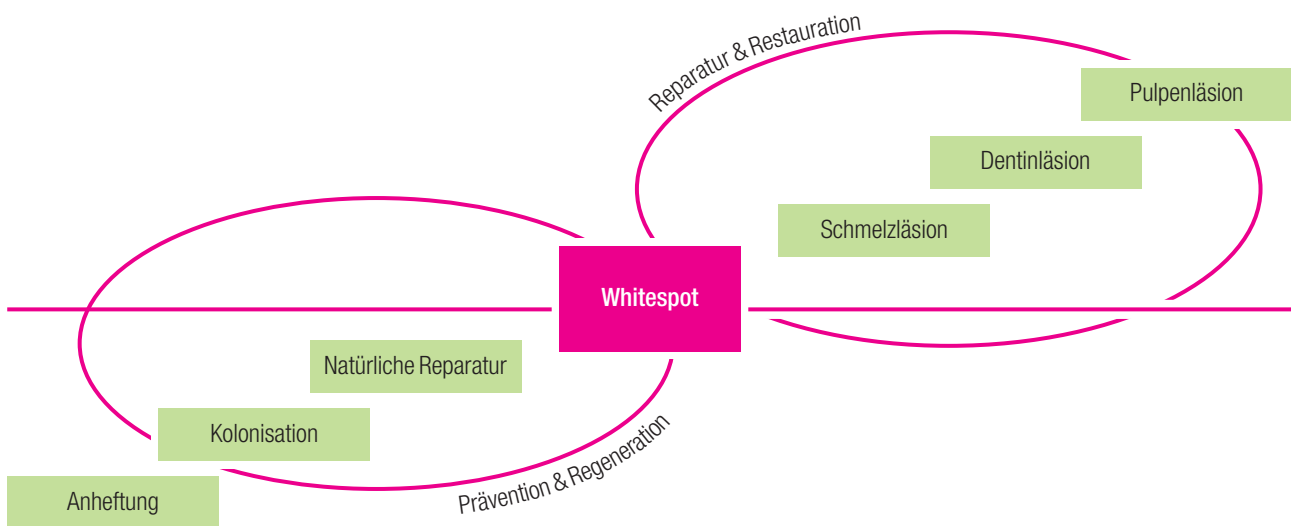


Abb. 1: Ablauf der Kariesentstehung.

5,5–5,7 geht Schmelz in Lösung, bei einem pH-Wert von 6,0–6,8 in Dentin. Eine annähernd neutrale pH-Situation ist allerdings zur Erreichung des optimalen De- und Remineralisationsverhaltens von großer Bedeutung – dieses ist im Alltag jedoch nur vereinzelt und/oder schwer realisierbar. Wenn also die Remineralisation versagt, etablieren sich die Kariesbakterien weiter und ein Whitespot entsteht (Abb. 1).

Der Whitespot

Der Umgang mit der Whitespot-Läsion, respektive der Compliance des Patienten, entscheidet, ob der Zahn in naher Zukunft ein Loch entwickelt oder nicht. Der Whitespot ist anfangs eine kreideweiße, entkalkte Stelle am Zahn. Durch die Einlagerung von Farbpigmenten wird dieser zunehmend bräunlich verfärbt. Wird jetzt die obere intakte Schmelzschicht zerstört, kann die Karies unaufhaltsam und relativ rasch fortschreiten. In der täglichen Praxis würde ich sagen, dass sich circa acht von zehn Whitespots zu einer profunden Kariesläsion entwickeln. Wird diese Schicht im Rahmen der Prophylaxesitzung oder einer Routineuntersuchung mit „scharfen“ oder „spitzen“ Instrumenten bearbeitet und/oder abgetastet, erhöht sich das Risiko des Kariesausbruchs sehr. Verschiedenes wurde in der Vergangenheit ausprobiert, um Whitespots auszuheilen. Zu unserer Verfügung, ausgehend von delegierbaren Möglichkeiten, standen hochkonzentrierte Fluoridlacke und andere die Remineralisation fördernde Produkte. In den meisten Fällen ist die Karies dennoch eingebrochen und der Zahn musste durch eine Füllungstherapie versorgt werden.

Die Zielgruppe?	Die Indikation?
Grundsätzlich kommen alle Patienten infrage:	<ul style="list-style-type: none"> • Initiale Approximalkaries • Initiale Okklusalkaries • Aktive Whitespot-Läsionen, z.B. nach KFO • Zervikale Subsurface-Läsionen, gegebenenfalls mit Hypersensibilität
<ul style="list-style-type: none"> • Kinder • Jugendliche • Erwachsene • Senioren 	

Innovatives Kariesmanagement während der Prophylaxesitzung

Nach langem Ausprobieren (Was ist wirksam? Was ist umsetzbar? Was ist dauerhaft? Was ist in die Prophylaxe integrierbar?) bin ich auf ein Produkt gestoßen, welches nicht nur in der Lage ist, auf natürliche Art Zahnschmelz und Dentin zu regenerieren, sondern in vielen Fällen Dentin-Überempfindlichkeiten sofort

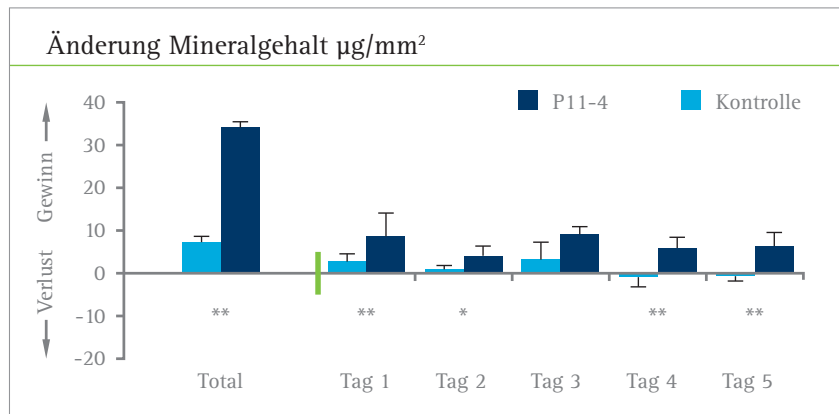
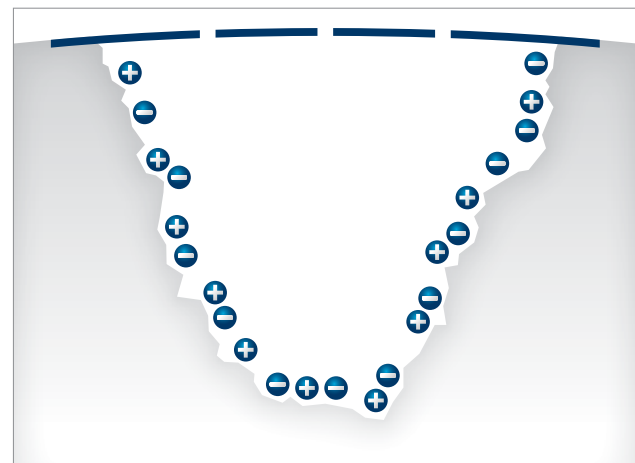
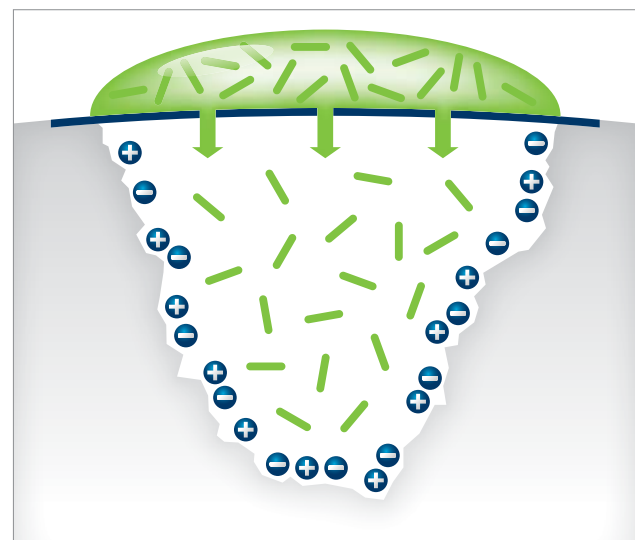


Abb. 2: Effekt von CURODONT™ Repair auf die Re- und Demineralisation von Kariesdefekten in humanem Zahnschmelz im in vitro pH-Cycling-Experiment (Grafik nach Kirkham et al. [Journal of Dental Research 2007]).

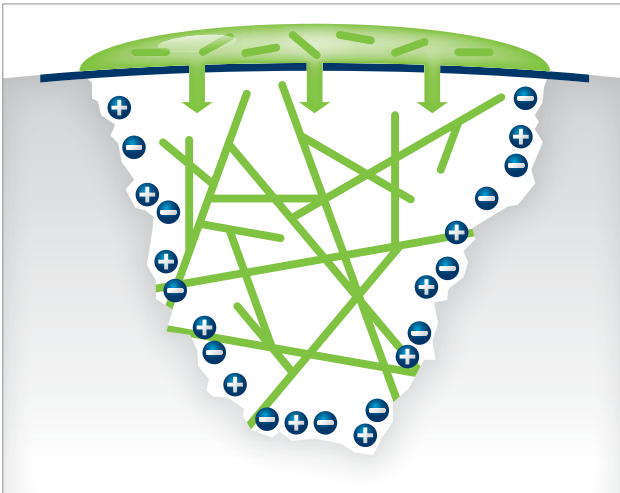
und nachhaltig zu reduzieren. Die dahinterstehende Technologie heißt CUROLOX™ und basiert auf einer patentierten Erfindung der Universität Leeds, UK. CURODONT™ Repair ist ein Präparat zur schmerzfreien und tiefenwirksamen Regeneration von früher Karies.



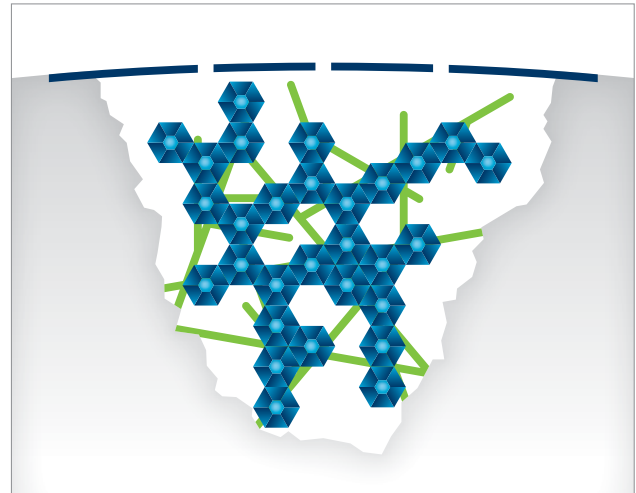
Stufe 1: Beginnende frühe Karies (bis Klasse D1) ist in der Regel durch eine pseudointakte, hypermineralisierte Deckschicht gekennzeichnet. Durch den Einsatz von Phosphorsäure wird diese durchlässig gemacht.



Stufe 2: CUROLOX™-Eiweißmoleküle diffundieren an der von früher Karies beschädigten Stelle in den Zahnschmelz hinein.



Stufe 3: Dort bilden die Eiweißmoleküle ein biologisches Gerüst („Biomatrix“).



Stufe 4: Die Neubildung von Zahnschmelzkristallen erfolgt mithilfe von Kalzium- und Phosphationen aus dem Speichel.

Der Hauptbestandteil sind spezielle Eiweißmoleküle (CUROLOX™ Technologie), die in der Lage sind, die organische Schmelzmatrix durch ein biologisches Gerüst („Biomatrix“) zu simulieren. An dieser Biomatrix werden mithilfe von körpereigenem Kalziumphosphat aus dem Speichel neue Schmelzkristalle gebildet. Dadurch verschiebt sich das natürliche Demin-Remin-Gleichgewicht in Richtung Remineralisation (Abb. 2) und die Selbstheilung wird stimuliert.

Bereits seit etwa 15 Jahren wird an dieser Technologie gearbeitet und geforscht. In zahlreichen Studien wurde die Wirkung belegt. Die vereinfachte Zusammenfassung lautet: Die speziellen Eiweißmoleküle, die sich in wässriger Lösung befinden, diffundieren durch die gereinigte Zahnoberfläche in die Läsion hinein. Dort baut sich selbstständig und automatisch ein biologisches Gerüst auf. Durch die Einlagerung der im Speichel natürlicherweise befindlichen Kalzium- und Phosphationen entstehen neue Hydroxylapatitkristalle.

Bei diesem Vorgang handelt es sich um eine tiefenwirksame Regeneration im Sinne einer echten Biomineralisation und nicht nur um eine Präzipitatabildung.

Die Anwendung ist sehr einfach und der Zeitaufwand gering. Dadurch wird die Umsetzung des „Innovativen Kariesmanagements“ leicht gemacht und ist wirtschaftlich interessant in die Prophylaxesitzung integrierbar.

- Zahnreinigung durch DH oder ZA
- Auflösung des Pellikels und Öffnung der Mikroporen
- Gründlich mit Wasser spülen, dann trocknen
- CURODONT™ Repair anmischen und auftragen
- fünf Minuten einwirken lassen
- **Extra-Tipp:** Zur Förderung des Behandlungsergebnisses und zur nachhaltigen Stabilisierung: Abschlussbehandlung und häusliche Nachbehandlung durch CURODONT™ Protect
- Visuelle Kontrolle nach drei Monaten/
Röntgenkontrolle nach sechs Monaten

Bereits nach drei Monaten Einwirkzeit ist durch eine visuelle Kontrolle der betroffenen Stelle die positive Veränderung der Oberfläche sichtbar. Für präventionsorientierte Zahnarztpraxen ist der Weg zur noninvasiven Kariestherapie nun geebnet – getreu dem Motto „Zeit nutzen und regenerieren, statt später reparieren“.

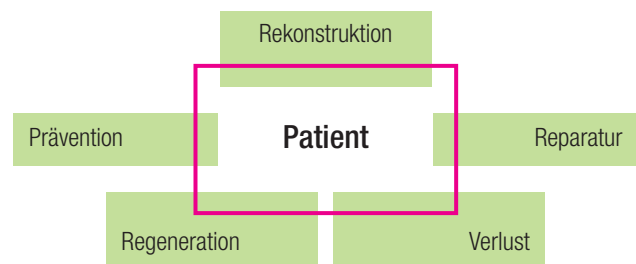


Abb. 3: Die Compliance des Patienten entscheidet.

Die regenerative Behandlung lässt sich nach einer gründlichen Einweisung der entsprechenden Mitarbeiterin delegieren. Selbstverständlich hat die Diagnose und Indikationsstellung durch einen Zahnarzt zu erfolgen.

Von nicht unerheblicher Bedeutung für den nachhaltigen Erfolg der natürlichen Regeneration ist die Compliance des Patienten (Abb. 3). Der Patient trifft nach Aufklärung durch den ZA oder die DH die Entscheidung, welchen Weg er gehen möchte. ■

KONTAKT

Meral Schnatterer

VitaDenti – Fachberatung für Zahnärzte
Theodor-Veiel-Straße 86
70374 Stuttgart
Tel.: 0711 3658493
meral.schnatterer@vitadenti.de
www.vitadenti.de



Fluoridprodukt von Anfang an

In unserer Praxis bieten wir neben den allgemeinen zahnärztlichen und zahnärztlich-chirurgischen Leistungen auch verschiedene Prophylaxekonzepte an. Wir sind davon überzeugt, dass ein gutes Prophylaxekonzept sehr wichtig für die Zahnerhaltung ist. Deshalb haben wir unsere Behandlungen den Bedürfnissen von Erwachsenen und Kindern unterschiedlichen Alters angepasst und über die normalen, den Kassenrichtlinien entsprechenden Leistungen zu professionellen Zahnreinigungen hinaus erweitert.

Carola Engelberts

■ Mit einer guten Mundhygiene und deren Erlernen kann man nie früh genug anfangen, deshalb sollten die Eltern ihr Kind ab dem ersten Milchzahn für ein Beratungsgespräch und eine kindgerechte Untersuchung in der Zahnarztpraxis anmelden. Die Eltern erhalten darüber hinaus wichtige Tipps zu Ernährungs- und Trinkgewohnheiten, wie z. B.:

- Geben Sie Ihrem Kind keine Plastikflasche zur Selbstbedienung mit ins Bett oder in den Kinderwagen.
- Gewöhnen Sie Ihr Kind von klein auf daran, Wasser zu trinken.
- Spätestens ab dem 9. Lebensmonat lassen Sie Ihr Kind aus einer Tasse oder einem Becher trinken und verwenden Sie grundsätzlich keine Saugerflaschen oder Schnabeltassen.

Die richtige Zahnpflege ab dem ersten Milchzahn wird den Eltern mit einer Lernzahnbürste gezeigt, und ab dem 3. Geburtstag lernen Kinder die Zähne mit einer Kinderzahnbürste zu putzen. Darüber hinaus bieten wir bereits für unsere ganz kleinen Patienten ab drei Jahren im Rahmen unseres Prophylaxekonzeptes eine Kinderzahnputzschule an. Den Kleinen und Eltern wird in ca. 20–30 Minuten spielerisch gezeigt, wie man das Milchzahngebiss „richtig“ putzt. Putzschwachstellen werden durch Anfärben der Zähne gezeigt und (mit) den Eltern erklärt, warum es überhaupt so wichtig ist, die Zähne ihres Kindes zu putzen und zum Zahnarzt zu gehen. Abschließend werden die Zähne von einer Prophylaxemitarbeiterin gründlich gereinigt und noch einmal den Eltern gegenüber die Bedeutung deren Mitarbeit betont sowie die Anwendung von Zungenreiniger und Zahnseide erklärt. Saubere und belagfreie Zähne können im Kindesalter nur durch die Eltern erreicht werden.

Fluoridlack

Liegen Frühstadien der Karies in Form von weißlichen (White Spots) oder bräunlichen Verfärbungen (Brown Spots) im Milchgebiss vor, sollte es in der Praxis mit einem höher konzentrierten Fluoridlack (z. B. Duraphat® Fluoridlack) fluoridiert werden. Zu höher konzentrierten Fluoridlacken gibt es zahlreiche klinische Studien, sogar bei Kleinkindern mit erhöhtem Kariesrisiko. Das Auftragen von Fluoridlack auf die Zähne führt zu einer Verzögerung der Kariesentstehung auch im Milchzahn-

gebiss. Da wir in unserer Praxis bei der Kinderbehandlung viel mit Trancetechniken arbeiten, suggerieren wir den Kindern vorher den Geschmack von Banane, wegen der gelben Farbe, den 90 Prozent der Kinder dann auch meinen wahrzunehmen. Ich denke, dieser kleine Trick ist uns erlaubt.

Kinderzahnputzschule

Bei der Kinderzahnputzschule ist es uns wichtig, dass das Kind nebenbei die verschiedenen Gerüche, Geräusche und Geräte beim Zahnarzt kennenlernt sowie das Praxisteam als Freunde ansieht. Das Zähneputzen und der Gang zum Zahnarzt sollen für die Kleinen ganz normal und selbstverständlich sein und sich zu einer natürlichen Routine entwickeln. Unabhängig von der Mitarbeit des Kindes und der Eltern legen wir auf die Fluoridierung das Hauptaugenmerk.



Eine Empfehlung für die häusliche Zahnpflege ist die elmex Kinder-Zahnpasta. Durch ihre geringe Süße werden die Kinder nicht zum Naschen der Zahnpasta



verleitet. Über die Gefahren von Schädigungen durch Süßigkeiten sowie süße Getränke und Saftchorlen informiert das Praxisteam die Eltern. Denn: Eltern gewöhnen ihre Kinder durch den süßen Geschmack der Zahnpasta an Süßigkeiten.

Fluorid ab dem ersten Zahn

Milchzähne sind aufgrund ihrer Schmelzstruktur anfälliger für Karies. Die Kleinen möchten ihre Zähne gern selbst putzen, haben jedoch die motorischen Fähigkeiten noch nicht vollständig entwickelt, deswegen benötigen sie zum Putzen altersgerechte Zahnbürsten. Zudem bleiben die Milchmolaren bis zum 10./11. Lebensjahr in der Mundhöhle. Daher raten wir den Eltern, neben der regelmäßigen Zahnreinigung, die Versiegelung der Milchmolaren und die wöchentliche Anwendung von höher konzentrierten Fluoridgelen ab dem ersten bleibenden Zahn. Die Zähne werden dann zu Hause einmal wöchentlich mit einem Fluoridgel (z. B. elmex® gelée) für etwa ein bis zwei Minuten gebürstet, danach wird ausgespült.

Ab dem 6. Lebensjahr bieten wir zusätzlich zu den IP-Leistungen eine professionelle Kinderzahnreinigung an. Diese dauert im Vergleich zur Kinderzahnputzschule ca. 60 Minuten. Hierbei werden die Zähne eingefärbt, Schwachstellen beim Putzen aufgezeigt, Zahnstein entfernt und intensiv gereinigt und poliert sowie das Benutzen von Zahnseide erklärt und geübt. Darüber hinaus wird der kleine Patient zur Mundhygiene motiviert, der Nutzen und die Notwendigkeit von Zahnarztbesuchen und Zähneputzen erklärt und abschließend die blitzblanken Zähnchen mit Fluoridlack für etwa 1–2 Minuten touchiert (kein Trockenlegen notwendig, danach ausspülen).

Wirkung ist wichtiger als Geschmack

Geschmack ist sehr individuell. Direkte Umfragen dazu sind meist subjektiv und schwer zu beurteilen. Außerdem können sie keine Aussage zur Wirksamkeit des Arzneimittels treffen. Meine langjährige Erfahrung aus der Anwendung in der Individualprophylaxe zeigen jedoch eine hohe Akzeptanz des Arzneimittels elmex® fluid. Denn bereits Kindern im Schulalter ist bewusst, dass die Wirkung wichtiger ist als der Geschmack. Sie kann man zudem mit Argumenten vom Nutzen von Dentallösungen überzeugen.

Ab dem ersten bleibenden Zahn empfehlen wir den Eltern elmex® Junior Zahnpasta für die Kleinen zu Hause und zusätzlich die Verwendung von elmex® gelée. Es gibt eine Vielzahl klinischer Studien mit dem Arzneimittel elmex® gelée, die eine markante Kariesreduktion bei kariesgefährdeten Patienten belegen.

Nach einer Fissurenversiegelung oder auch nach Füllungen werden die Zähne ebenfalls mit elmex® fluid touchiert. Die fluoridhaltige Dentallösung wird mit einem Wattepellet für etwa 1–2 Minuten auf die versiegelten/gefüllten Zähne appliziert. Für ein komplettes bleibendes Gebiss genügen sechs Tropfen, für ein Wechselgebiss vier Tropfen, danach wird ausgespült.

Prophylaxe bei erwachsenen Patienten

Die professionelle Zahnreinigung bei Erwachsenen unterscheidet sich nicht wesentlich von der Kinder-PZR, außer, dass die Erklärungen logischer und „erwachsener“ werden. Bei Erwachsenen ist es wichtig, auf den Einzelnen einzugehen, seine Putzdefizite oder parodontalen Probleme explizit aufzuzeigen und zu erklären. Bei Erwachsenen geben wir für die häusliche Zahnpflege individuelle Tipps: Empfehlungen für elektrische oder manuelle Zahnbürsten, fluoridhaltige Mundspüllösungen, fluoridhaltige Zahnpasten und die wöchentliche Anwendung von höher konzentrierten Fluoridgelen. Berücksichtigt werden Putztyp, Mundhygienezustand sowie Krankheitsbild des Patienten. Auch bei der Erwachsenenbehandlung verwenden wir abschließend das Fluoridgel. Wir touchieren das Gebiss des Patienten mit sechs Tropfen elmex® fluid für etwa 1–2 Minuten und lassen ihn danach ausspülen. Bei korrekter Anwendung der Dentallösung treten kaum Beschwerden auf. Eine andere Möglichkeit ist das Touchieren des Gebisses nach der PZR mit Duraphat® Fluoridlack. ■

■ KONTAKT

ZÄ Carola Engelberts

Richmodstraße 31

50667 Köln

Tel.: 0221 2725070

www.richmodent.net



Infos zum Autor

Die richtige Prophylaxe von 0 bis 99

Wie kaum ein anderes Thema begleitet die Mundpflege das Leben eines jeden Menschen: Schon vor der Geburt spielt die Mundhygiene der Mutter für das ungeborene Kind eine entscheidende Rolle, später wird zunächst die Pflege des Milchgebisses dann die der bleibenden Zähne zum Thema, bevor im Alter unter Umständen die Erhaltung des Zahnersatzes zur Aufgabe wird. In jedem Lebensalter ist dabei neben regelmäßigen Zahnarztbesuchen vor allem eine effektive häusliche Prophylaxe entscheidend. Daher empfiehlt es sich, Patienten über die verschiedenen Möglichkeiten einer lebensbegleitenden Mundpflege aufzuklären.

Marius Urmann

■ Bereits bevor ein Kind auf die Welt kommt, hat die Mundgesundheit seiner Mutter eine enorm wichtige Bedeutung. Denn eine unbehandelte Parodontitis etwa kann das Risiko einer Frühgeburt erhöhen. Aus diesem Grund ist es schon aus allgemeingesundheitlicher Sicht wichtig, dass die werdende Mutter ein konsequentes Biofilmmangement betreibt und somit die Zahl pathogener Keime möglichst gering hält. Doch auch vom zahnmedizinischen Standpunkt betrachtet erscheint eine effektive Mundhygiene der Eltern zum Wohle des Kindes sinnvoll. Schließlich werden Bakterien aus der Mundhöhle der Mutter, aber auch des Vaters, häufig an das Kind weitergegeben. So kann sich etwa eine Karies- oder Parodontitiserkrankung auf das Kind übertragen. Um dies zu verhindern, sollten gerade werdende Eltern auf eine gründliche und zugleich schonende Reinigung ihrer Zähne achten. Studien haben gezeigt, dass sich elektrische Zahnbürsten mit oszillierend-rotierendem Putzsystem (z.B. die neue Oral-B Triumph 7000 Black Edition) dazu besonders gut eignen. Nicht nur ist diese Reinigungstechnologie Hand- und Schallzahnbürsten in puncto Plaqueentfernung und Gingivitisreduktion überlegen,^{1,2} sie bietet darüber hinaus für Schwangere einen attraktiven Zusatznutzen: Denn gerade wenn Übelkeit schwangerschaftsbedingt ohnehin schon ein Thema ist, können die oszillierend-rotierenden Elektrozahnbürsten mit ihren kleinen runden Bürstenköpfen dabei helfen, ein beschwerdefreies Zähneputzen zu ermöglichen.

Früh übt sich ...

Ist das Kind dann auf der Welt, empfiehlt es sich, es bereits frühzeitig an das Thema Mundhygiene heranzuführen. Zwar übernehmen auch hier zu Beginn noch die Eltern den aktiven Part, entscheidend ist jedoch, dass sich der Nachwuchs an das tägliche Zähneputzen und auch den regelmäßigen Besuch beim Zahnarzt gewöhnt. Auf diese Weise lässt sich der Grundstein für eine positiv besetzte

und somit letztlich effektivere Mundpflege legen. Ab einem Alter von drei Jahren können Kinder auch von den Vorteilen der elektrischen Mundpflege profitieren. Dazu eignen sich elektrische Zahnbürsten mit extra-sanften Borsten und kleinem runden Bürstenkopf (z.B. Oral-B Stages Power). Sie sind speziell an die Bedürfnisse der kleinen „Zahnputz-Einsteiger“ angepasst und ermöglichen eine schonende und gründliche Reinigung. Dennoch sollten Eltern gerade in der Anfangszeit die Putzergebnisse ihrer Sprösslinge kontrollieren und verbliebene Beläge durch Nachputzen entfernen. Wer diese Ratschläge beherzigt, stellt zugleich die Weichen für die Zukunft. Denn die Pflege des Milchgebisses ist nicht nur Selbstzweck, sie hat darüber hinaus Einfluss auf die Entwicklung der bleibenden Zähne. Gesunde Milchzähne fungieren als Platzhalter für ihre Nachfolger und begünstigen somit ein einwandfreies Wachstum des Gebisses und des Kiefers. Des Weiteren spielt ein intaktes Milchgebiss auch bei der Sprachentwicklung eine entscheidende Rolle. Diese Aspekte sollten im Beratungsgespräch mit den Eltern vorgebracht werden, um die Wichtigkeit der frühkindlichen Prophylaxe zu verdeutlichen.

Ab dem siebten bis achten Lebensjahr kann über die Verwendung einer elektrischen Zahnbürste für Erwachsene nachgedacht werden. Dabei gibt es auf dem Gebiet der oszillierend-rotierenden Zahnbürsten ein breites Angebotsspektrum, das eine individuelle Empfehlung je nach Einzelfall ermöglicht. Gerade bei Kindern sorgen Modelle mit SmartGuide und Zusatzfunktionen wie Andruckkontrolle oder Quadrantentimer (z.B. Oral-B Triumph 5500) für einen zusätzlichen Motivations Schub und die Entwicklung eines systematischen Putzverhaltens von Anfang an.

Effektive Prophylaxe ein Leben lang

Wird die elektrische Mundpflege auf diese Weise im Alltag etabliert, bietet sich dank der breiten Produktpalette von Oral-B für jede Lebenslage das richtige Prophylaxe-



Gemeinsames Zähneputzen lässt Kinder das tägliche Ritual mit einem positiven Gefühl verbinden. Zudem können Eltern so die Putzergebnisse ihrer Kinder kontrollieren.

Hilfsmittel. Zusätzlich zu den unterschiedlichen Modellen elektrischer Zahnbürsten gibt insbesondere die Vielfalt der einsetzbaren Aufsteckbürsten dem Praxisteam die Chance, bei der Beratung auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten einzugehen. Sind Patienten etwa während ihrer Kindheit oder Jugend auf kieferorthopädische Apparaturen angewiesen, können diese mit dem Bürstenkopf Oral-B Ortho besonders wirksam gereinigt werden.³ Für all jene, die unter überempfindlichen Zähnen oder unter Zahnfleischentzündungen leiden, lassen sich die Sensitive Aufsteckbürsten empfehlen. Und sollte dennoch irgendwann Zahnersatz ein Thema werden, etwa im höheren Alter, ermöglichen die Oral-B Power Tip Bürstenköpfe mit Interspace Borsten die Pflege von Brücken, Kronen oder Implantaten. Sie gelangen selbst in schwer zugängliche Bereiche und ermöglichen eine intensive Reinigung der prothetischen Versorgungen.

Fazit für die Praxis

Die Vorteile elektrischer Zahnbürsten mit oszillierend-rotierendem Putzsystem gegenüber Hand- und Schallzahnbürsten sind wissenschaftlich hinlänglich belegt.^{1,2} Damit eine möglichst große Zahl von Patienten davon profitieren kann, bietet Oral-B eine Vielzahl von Produkten für unterschiedlichste Altersklassen und Indikationen. Wer seine Patienten über die damit verbundenen

Möglichkeiten aufklärt und ihnen gezielte Empfehlungen zur ihrer jeweiligen Lebenssituation geben kann, trägt maßgeblich zur Verbesserung ihrer häuslichen Prophylaxe bei. Durch die so erzielten guten Putzergebnisse und den daraus resultierenden Zugewinn an Lebensqualität stärkt das Praxisteam zudem seine Beratungskompetenz, was in der Folge zu einer erhöhten Patientenbindung führt.

Als besonders hilfreich haben sich in diesem Zusammenhang praktische Übersichtstafeln erwiesen. Mit ihnen lassen sich die verschiedenen Modelle und Bürstenköpfe schnell überblicken und verständlich erklären, ein effektives Hilfsmittel für das Patientengespräch. Pro Praxis können drei dieser Tafeln kostenfrei bestellt werden – eine E-Mail an Oralbprofessional@kaschnypr.de unter Angabe der Praxisadresse und des Stichwortes „Oral-B Beratungstafel“ genügt. ■



KONTAKT

Procter & Gamble GmbH
Sulzbacher Straße 40–50
65824 Schwalbach am Taunus
Tel.: 06196 8901
www.dentalcare.com



ANZEIGE

Dentistar Der zahnfreundliche Schnuller



Die Dental-Stufe im Saugteil schlängelt sich zwischen den Zähnen hindurch. So kann das Risiko von Zahnfehlstellungen entscheidend reduziert werden.

Mehr erfahren unter www.dentistar.eu

Erhältlich unter
anderem bei:



ROSSMANN ToysRUs



Praktische Übungen zum Überwinden psychologischer Hürden in der Zahnarztpraxis

Verhaltensänderungen



© Deklorak

Kennen Sie Patienten, die ständig Termine verschieben oder ausfallen lassen? Patienten, die dauernd ausspülen, wegzucken oder pausenlos reden? Jede Form von offensichtlichem Verhalten, das die Zahnbehandlung behindert, kann sich sehr störend auf ein entspanntes Miteinander auswirken. In der Folge ist vielleicht das Team gereizt, die Arbeitsabläufe kommen ins Stocken, der Patient ist unzufrieden und der Zahnarzt ist kurz davor, sich berufsunfähig zu melden. Soweit muss es jedoch nicht kommen, sobald Sie das ursächlich störende Verhalten erkennen und den Patienten dazu anleiten, sich eigenverantwortlich kooperativ zu verhalten.

Dr. Lea Höfel

■ Besonders beim Zahnarzt zeigen viele Patienten dasselbe Verhalten: Sie verschieben Termine, kommen zu spät, kommen gar nicht und haben dabei oft die fantasievollsten Erklärungsmodelle. Die wahren Ursachen werden selten genannt und können vielfältig sein. Manche Patienten haben Angst vor dem Zahnarztbesuch, andere sind unorganisiert und für eine weitere Gruppe steht der Zahnarztbesuch einfach nicht auf der Prioritätenliste. Oft kennen die Patienten diese wahren Gründe gar nicht oder wollen sie nicht wahrhaben. Wie bekommen wir es nun hin, dass wir diese Personen zu zuverlässigen Patienten machen?

Im ersten Schritt sollte es dem Patienten nicht zu leicht gemacht werden. Ich erlebe häufig, dass die Helferin auch noch beim fünften Anruf freundlich ins Telefon lächelt und dem Patienten versichert, dass es natürlich „gar kein Problem“ sei, einen neuen Termin zu finden. Wenn er im Nachhinein anruft und erklärt, warum er angeblich zum dritten Mal nicht kommen konnte, hat die Helferin großes Verständnis – alles ist in Ordnung. Ge-

nauer betrachtet ist es jedoch nicht in Ordnung. Das Ziel einer professionellen Zahnbehandlung kann so nicht erreicht werden. Der Patient erwartet von der Zahnarztpraxis Zuverlässigkeit, Kompetenz und zwischenmenschliches Know-how. Er darf an dieser Stelle (und vielleicht für sein Leben) lernen, dass sein eigenes Verhalten keinen dieser Aspekte widerspiegelt.

Hier gibt es eine einfache Regel, die schon in der Kindererziehung die beste Wirkung erzielt. Zweimal ist okay – wir geben dem Patienten die Chance, einsichtig zu sein. Ein drittes Mal ist jedoch nicht mehr in Ordnung. Auf den ersten Blick erscheint dies vielleicht hartherzig und wenig patientenfreundlich. Doch schauen wir uns noch einmal an, was der Patient von einer guten Praxis erwartet: Zuverlässigkeit, Kompetenz und zwischenmenschliches Know-how.

Eine Zahnarztpraxis, die wie ein Fähnchen im Wind ihre Meinung ändert, ist nicht zuverlässig. Eine Zahnarztpraxis, die Behandlungsvorschläge macht, die dann genauso gut terminlich ständig aufgeschoben werden

Name	Datum
Ziel	Gesunde Zähne
Wie erreiche ich das Ziel?	Regelmäßige Termine xx.xx.2013 / xx.xx.2013 / xx.xx.2013
Was nehme ich mir als ersten Schritt vor?	Hingehen Termin im Kalender eintragen Maßnahmen gegen Angst absprechen

Tab.1

können, vermittelt wenig Kompetenz. Eine Zahnarztpraxis, die ihren Patienten dabei unterstützt, störendes Verhalten zu kultivieren, besitzt wenig zwischenmenschliches Know-how. Was im Gehirn des Patienten ankommt, sind die folgenden Botschaften: Mein merkwürdiges Verhalten ist in Ordnung! Und: Die Zahnarztpraxis macht keinen guten Eindruck, die wissen selbst nicht, was sie möchten. Unterbrechen Sie diesen Kreislauf freundlich, aber bestimmend.

Vorgehen

Klären Sie mit dem Patienten ab, was er möchte. Meist sind es gesunde Zähne, schmerzfreie Zähne oder schöne



Zähne. Und nun stellen Sie ihm einfach die Frage, mit welchem Verhalten er dieses Ziel erreichen kann: Mit regelmäßigen Zahnarztbesuchen oder ohne regelmäßige Zahnarztbesuche? Lassen Sie ihn bitte selbst antworten. Vermutlich bekommen Sie die Antwort, dass es regelmäßige Zahnbehandlungen sind. Hier reicht oft schon, den Patienten einfach nur anzuschauen – er kommt von selbst darauf, dass er sich dementsprechend unzuverlässig verhält.

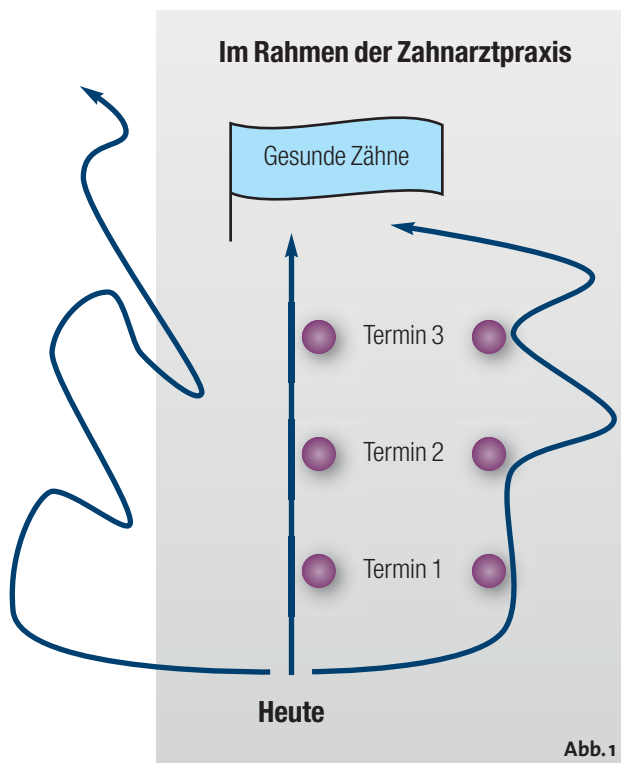
Nun wird er vermutlich anfangen, seine Terminverschieberitis erklären zu wollen, weil das bisher so gut funktio-

ANZEIGE

Werden Sie Autor für unsere Journale.



Bitte kontaktieren Sie Georg Isbaner
✉ g.isbaner@oemus-media.de

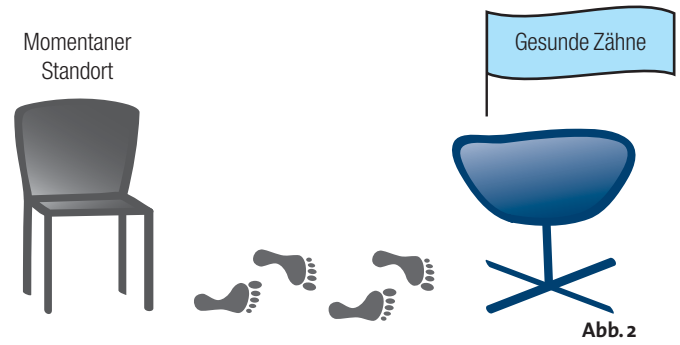


niert hat. Stoppen Sie ihn hier! Sie möchten keine weiteren Erklärungen, warum es nicht geht. Sie möchten herausfinden, wie es geht. Gehen Sie also zurück zum Ziel: regelmäßige Termine = gesunde Zähne. Entscheidend ist der erste Schritt, den der Patient ändert. Bei manchen Personen ist es einfach: sie müssen sich den Termin nur im Kalender eintragen. Andere haben Angst und möchten klären, was gegen die Angst unternommen werden kann. Wiederum andere müssen sich nur einmal fest vornehmen, hinzugehen. Das war bisher noch nicht in ihrem Denkmuster vorhanden. Sie haben sich so sehr damit beschäftigt, was sie alles tun können, außer zum Zahnarzt zu gehen, dass ihnen dieser triviale Gedanke noch nicht gekommen ist.

Setzen Sie sich mit dem Patienten hin oder klären Sie das am Telefon. Schreiben Sie es auf (Tab. 1). Was ist das Ziel? Wie erreiche ich das Ziel? Was ist der erste Schritt?

Mit diesem einfachen Vorgehen haben Sie schon die meisten Patienten auf Ihrer Seite, weil das automatisierte Verhaltensmuster unterbrochen wird. Sobald der Beginn anders abläuft als bisher, werden neue Verhaltensweisen folgen.

Wichtig ist jedoch auch, dem Patienten zu zeigen, welches Verhalten von der Praxis bevorzugt oder noch geduldet wird und welches nicht. Hier helfen meist visualisierte Zeichnungen (Abb. 1). Sie haben einen „Rahmen des Möglichen“, innerhalb dessen das Verhalten geduldet wird. Sie haben ein gemeinsames Ziel und Termine. Diese sollten wahrgenommen werden – entweder auf geradem Weg oder mit ein paar Umwegen. Kommt der Patient jedoch wiederholt nicht zu den Terminen, entfernt er (!) sich von seinem (!) Ziel. Das ist wichtig, geben Sie die Verantwortung in die Hände des Patienten. Er hat ein Ziel, das er erreichen möchte – mit Ihrer Unterstützung. Und wenn er sich nicht daran hält, können Sie ihn



dabei nicht weiter unterstützen. Ein Bild sagt häufig mehr als tausend Worte.

Für Personen, die ihr Ziel eher körperlich aktiv fühlen möchten, können Sie einen Stuhl in der Ecke hinstellen, welcher das Ziel symbolisiert (Abb. 2). Fragen Sie nun einfach Ihren Patienten, wie er dort hinkommt. Viele sagen, sie brauchen nur aufzustehen und hinzugehen. Lassen Sie ihn an dieser Stelle wirklich die Schritte gehen! Das Ziel zu sehen und hinzudeuten, ist schon gut. Eigene Schritte gehen ist noch besser! Was auf psychologischer Ebene abläuft ist die Tatsache, dass der Patient unbewusst verankert, dass es in seiner Verantwortung liegt, auf einfachem Weg gesunde Zähne zu bekommen.

Verhalten ist veränderbar

Jedes Verhalten hat einen Zweck. Wir erkennen ihn nicht immer und doch ist er vorhanden. Die Patienten, die ständig ausspülen, wegzucken oder pausenlos reden, haben auch ein Ziel. Sie möchten der Behandlung entgehen. Vielleicht aus Angst, möglicherweise aus Verweiltaktik, weil der Zahnarzt so schön ist. Hier gilt dasselbe wie bei der Terminverschieberitis. Klären Sie das Ziel, vereinbaren Sie, was dafür zu tun ist und starten Sie mit dem ersten Schritt. Hier sind kleine Veränderungen schon große Erfolge. Ein Patient, der alle 30 Sekunden ausspült, ist erfolgreich, wenn er es anfangs 40 Sekunden aushält. Er lernt dadurch, dass er sein Verhalten unter Kontrolle hat. Was er 10 Sekunden verlängern kann, geht noch länger. Einmal weniger wegzucken ist ein Erfolg. Ein Patient, der ständig redet, darf erkennen, dass er sein Ziel von gesunden Zähnen nicht herbeireden kann. Nehmen Sie die Dinge mit Humor und weniger ernst. Redet der Patient trotz Absprache wieder ungezügelt los, reicht oft eine amüsiert hochgezogene Augenbraue, um ihn lächelnd zum Schweigen zu bringen. Spielen Sie mit dem Verhalten. Mit klaren Zielvorgaben, Absprachen und Humor behalten Sie den Spaß an Ihrer Arbeit und Ihr Patient lernt möglicherweise noch etwas fürs Leben. ■

■ KONTAKT

Dr. Lea Höfel

Tel.: 08821 9069021

hoefel@psychologie-zahnheilkunde.de

www.weiterbildung-zahnheilkunde.de



» DENTALHYGIENE START UP

KARIES- UND PARODONTITISPROPHYLAXE MIT KONZEPT

4./5. OKTOBER 2013 // HOTEL PALACE BERLIN //////////////////////////////////////



PROGRAMM
DENTALHYGIENE
START UP 2013

» PROGRAMM

Wissenschaftliche Vorträge zu den Themen:
Karies: Ätiologie und Pathogenese – Einfluss auf Diagnose und Therapie // Diagnose des Kariesrisikos: Was mache ich wann in der Praxis? // Mundschleimhautveränderungen // Parodontologie // Update Prophylaxe // Qualitäts- und Hygienemanagement

Seminare:

GOZ und Dokumentation // Hygiene // Ausbildung zur zertifizierten QM-Beauftragten

» WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG

Prof. Dr. Stefan Zimmer/Witten

» VERANSTALTER/ ORGANISATION

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308
Fax: 0341 48474-390
event@oemus-media.de
www.oemus.com



PROGRAMM JETZT ANFORDERN!

FAXANTWORT

0341 48474-390

Bitte senden Sie mir das Programm zum

DENTALHYGIENE START UP 2013

am 4./5. Oktober 2013 in Berlin zu.

E-Mail-Adresse

Praxisstempel

DHJ 3/13



Dent-o-care

Zähne pflegen auf neue Art

Dent-o-care ist einer der führenden Spezialisten für Prophylaxe- und Mundhygieneprodukte. Die innovativen Mundhygieneprodukte der Marke „megasmile“ wurden in ihr Portfolio aufgenommen.

Unter dem Slogan „Zahnpflege, die Spaß macht“ beinhaltet die Serie einen neuartigen, antibakteriellen „Zahnschnee“ mit hochaktiven und remineralisierenden pflegenden Wirkstoffen. Dieser Wirkstoff ist auch für Spangenträger geeignet. Die drei ökologisch nachhaltigen Handzahnbürsten („Whitening“



mit Mikrokohlepartikeln, „Ortho“ für Brackets und „Soft“), eine Einbüschelbürste mit Kohleborsten und Wachsperlen sind für den Schutz und zur Schmerzlinderung da.

Dent-o-care Dentalvertriebs GmbH
Tel.: 08102 7772888
www.dentocare.de



lege artis

Gel und Liquid gegen Parodontitis



Parodontitis ist heute die am stärksten verbreitete chronische und am meisten unterschätzte Erkrankung der Welt. Die VI. Mundgesundheitsstudie der DMS lieferte alarmierende Zahlen, denn bei den Erwachsenen leiden 73,2% unter einer schweren Parodontitis und bei den Senioren sind es sogar 87,8%. Eine Parodontitis verläuft meist schmerzfrei und wird oft viel zu spät diagnostiziert. Da hilft nur ein umfassendes, unterstützend zur parodontalen Therapie, individuelles Mundhygieneprogramm.

Das „parodur-Team“ steht zur Anwendung gegen Parodontitis als Gel und als Liquid in zwei Geschmacksrichtungen zur Verfügung – Minze und Limette. Die Kombination aus Kräutern, Chlorhexidindigluconat und Chlorhexidindiacetat erzielt zusammen mit der wirkvollen Haftung einen Langzeitschutz. Die Anwendung des Gels erfolgt je nach Bedarf einmal wöchentlich bis einmal täglich. Der zweite „parodur-Teampartner“ ist eine gebrauchsfertige alkoholfreie Mundspüllösung. Es wird ein- bis zweimal täglich für 30 Sek. angewandt. In einer Testphase von 14 Tagen hatten 19 Patienten die Möglichkeit, das „parodur-Team“ zu testen und ihre Wertung abzugeben. Die Patienten waren zwischen 34 und 71 Jahre alt. Sie hatten leichte bis schwere parodontale Probleme, lokalisiert bis generell. Das parodur-Liquid wurde von allen zweimal täglich angewandt. Das parodur-Gel wurde abends mit dem Finger oder einem Wattestäbchen aufgetragen. Wie hat sich die Mundgesundheit verändert: Bei 54 % hat sich das Mundbefinden nach der Anwendung verbessert, bei 46 % hat sich das Mundbefinden nicht verändert und bei keinem hat es sich verschlechtert.

lege artis Pharma GmbH
Tel.: 07157 5645-0
www.legeartis.de

ULTRADENT

Moderne Kinderbehandlung mit Komfort

Fridolin, die kompakte und komplett ausgestattete Behandlungseinheit für die Kinderzahnheilkunde, bietet alle Voraussetzungen für einen kindgerechten und stressfreien Zahnarztbesuch. Ohne Angst auszulösen sorgt Fridolin für entspannte Patienten und Spaß.

Gleichzeitig bietet dieser Arbeitsplatz Ergonomie und Funktionalität für die Behandler. Auch die Nähe von Zahnarzt und Helferin zu den kleinen Patienten ist durch einen großen unterfahrbaren Bereich gewährleistet.

Die Behandlungseinheit kann in vielen verschiedenen Farbvarianten für Polster und Stahlunterkonstruktion geliefert werden. Mit seinem stabilen und hygienischen Materialkonzept kann Fridolin auch mit modernen drehmomentstarken Mikromotoren ausgestattet werden und



bietet so Voraussetzungen für alle modernen Therapien der Kinderzahnheilkunde. Die Instrumente sind diskret vor den Blicken der kleinen Patienten verborgen und werden erst bei Bedarf mit einem dreh- und höhenverstellbaren Schwenkarm in die richtige Behandlungsposition gebracht. Diese Liege erfüllt die RKI-Vorgaben, wird nach MPG-Richtlinien hergestellt, besitzt CE-Kennzeichnung und ist sehr stabil – es besteht keine Gefahr des Aufquellens wie bei Holz. Außerdem lässt sich Stahl mit einer hochwertigen und widerstandsfähigen Lackierung in allen Farben versehen und kann mit farblich abgestimmten Hinterkopfzeilen ergänzt werden, in die sich z. B. die Absaugung oder eine Lachgaseinheit einbauen lässt. Die hier verbaut und bewährte Technik stammt aus der ULTRADENT-Kompaktklasse und bietet so hohe Zuverlässigkeit und Bedienungsfreundlichkeit.

ULTRADENT Dental-Medizinische Geräte GmbH
Tel.: 089 420992-70
www.ultradent.de



mectron

Neuer Maßstab bei Ultraschallscalern

Als besonders benutzerfreundlicher Ultraschallscaler ist das multipiezo touch von mectron der optimale Prophylaxe-Helfer für jeden Zahnarzt oder jede Dentalhygienikerin. Neben klassischem Scaling kann es sowohl für die subgingivale Konkremententfernung als auch für die Implantat-Reinigung verwendet werden. Sein ergonomisch gestaltetes Touch-Panel ermöglicht alle Funktionen schnell und intuitiv anzusteuern. Gleichzeitig lässt sich das Gerät dank seiner glatten Touch-Oberfläche deutlich leichter reinigen und desinfizieren. Die intelligente mectron PIEZO-Technologie sorgt für noch mehr Komfort. Während der Behandlung gleicht sie externe Einflüsse selbstständig aus und regelt die Leistungsentfaltung wie bei einem Tempomat bedarfsgerecht nach. Der Soft Mode erlaubt ein schonendes – und dabei trotzdem effizientes – Entfernen von supra- und subgingivalem Zahnstein, wovon besonders schmerzempfindliche Patienten profitieren. Die Integration eines drehbaren LED-Lichts in das Handstück vereinfacht die Behandlung. Die Lichtquelle kann auf das Behandlungsfeld ausgerichtet werden – ein im Bereich der Ultraschallgeräte einzigartiges Feature. Der 500ml große Flüssigkeitsbehälter wird beleuchtet und kann schnell ausgetauscht werden. Mit 18 verschiedenen Instrumenten für das supra- und subgingivale Scaling bis hin zur Implantatreinigung bietet mectron eine extrem große Auswahl an Ultraschallinstrumenten für die Prophylaxe.

Infos zum Unternehmen



mectron Deutschland Vertriebs GmbH
Tel.: 0221 492015-0
www.mectron.de

NSK

Kraftvolle konstante Leistung

Airscalers decken ein breites Anwendungsspektrum ab und zeichnen sich dank ihrer einfachen Verwendung auf der Turbinenkupplung durch besondere Flexibilität und schnelle Einsatzbereitschaft aus. Mit dem

Leistungsstufen ein verlässliches Oszillationslevel abgerufen werden kann, ohne die sonst bei Airscalern übliche Leistungsabnahme in Relation zu einem zunehmenden Anpressdruck wahrzunehmen. Die NSK



neuen Airscaler Ti-Max S970, erhältlich für den Anschluss an Turbinenkupplungen der Typen NSK PTL, KaVo® MULTIflex® LUX und Sirona® Schnellkupplung, gelingt es NSK, konstante, kraftvolle Leistung an den Zahn zu bringen und somit auch bei starkem Anpressdruck effiziente Arbeitsergebnisse zu erzielen. Gleichzeitig wurde die maximale Leistung des S970 im Vergleich zum Vorgängermodell um circa zehn Prozent gesteigert. So ist gewährleistet, dass in jeder der drei per Power-Control-Ring regulierbaren

Volltitan-Hülse mit DURACOAT-Beschichtung steht für leichtes Gewicht und lange Lebensdauer und der neue Glasstab-Lichtleiter für perfekte Ausleuchtung des Behandlungsfelds. Selbstverständlich ist der S970 sterilisierbar und thermodesinfizierbar. Im Lieferumfang des NSK Airscalers S970 enthalten sind drei Scaling-Aufsätze (S1, S2, S3), ein Drehmomentschlüssel für sicheres Anbringen der Aufsätze sowie ein Aufsatzschutz.

Infos zum Unternehmen



NSK Europe GmbH
Tel.: 06196 77606-0
www.nsk-europe.de

Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

**Werden
Sie zum
Prophylaxe-
Superhelden.**

- Ihr Partner für die Profi-Prophylaxe mit**
- über 2.000 Prophylaxe-Artikeln zu fairen Preisen
 - attraktiven Superangeboten
 - 24-Stunden-Bestellservice
 - einem Blitz-Lieferservice

**Gleich den aktuellen
Katalog bestellen unter
08102-7772888
oder info@dentocare.de**



**Auch im Online-Shop:
www.dentocare.de**

Dent-o-care Dentalvertriebs GmbH
Rosenheimer Straße 4a
85635 Höhenkirchen
Telefon: 08102 - 777 28 88

Philips

Die DGDH e.V. testet und empfiehlt

Die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Dentalhygieniker/-innen e.V. (DGDH) sind Zahnpflegeexperten, wichtige Meinungsbildner und Empfehler. Noch vor der Markteinführung bekam jedes fünfte DGDH-Mitglied die Möglichkeit, die neue Philips Sonicare FlexCare Platinum Schallzahnbürste unter Alltagsbedingungen zu testen und ein Urteil zu fällen. Ergebnis: „Über 90 Prozent unserer Tester würden die Philips Sonicare FlexCare Platinum ihren Kollegen/-innen empfehlen“, so Sylvia Fresmann, Vorsitzende der DGDH.



Besonders gut kam das intensive Reinigungsenerlebnis an. Als angenehm kraftvoll und effektiv beschrieben über 70 Prozent das Putzen. Die neuen InterCare Bürstköpfe der FlexCare Platinum haben unterschiedliche Filamente (früher als Borsten bezeichnet): extra lange für den Bereich zwischen den Zähnen, dunkelgrüne für das Plaque-Biofilm-Management am Zahnfleischrand und weiße zur Politur. Sehr hoch war die Erwartung an die neuartige Andruckkontrolle. Bauartbedingt können Schallzahnbürsten bei zu hohem Druck zwar nicht mehr frei schwingen und verlieren Reinigungswirkung, dafür aber Zähne und Zahnfleisch auch nicht verletzen. Das kam bei 69 Prozent der Tester gut an. Zuletzt hatte auch die Uni Zürich die Schallzahnbürste insbesondere für Erosionspatienten empfohlen.

Philips GmbH
Tel.: 040 2899-1509
www.philips.de/sonicare



Humanchemie

Süß, fruchtig und trotzdem wirksam

Tiefenfluorid junior wurde erstmals auf der IDS 2013 vorgestellt. Messebesucher, die es testeten, waren vom fruchtig-süßen Geschmack durchweg überzeugt. Auch Tiefenfluorid junior überzeugt durch eine besonders starke und lang anhaltende Remineralisation. Die Anwendung erfolgt durch eine einfache Doppeltouchierung und führt zu einer dauerhaften Remineralisation.

Direkt im Anschluss wird ausgespült, Essen und Trinken sind sofort wieder möglich. Der Erfolg der Depophorese mit Cupral basiert auf der Sterilität im gesamten Wurzelkanalsystem. Diese wird erreicht durch die wirkende Substanz – das Cupral, das durch ein schwaches elektrisches Feld durch alle

Kanäle bis zu den Foramina transportiert wird. Mit der neuesten Gerätegeneration MAGIS wurde ein „All-in-One-Gerät“ entwickelt. Das Basisgerät enthält bereits neben der Depophorese-Funktion einen Apexlocator. Motor und Winkelstück sowie Fußschalter für die mechanische Aufbereitung können optional ergänzt werden. Die Messe-Highlights werden auch Schwerpunktthemen der Fortbildungsveranstaltung mit einzeln buchbaren Bausteinen sein, die Humanchemie am 25./26. Oktober in Hamburg durchführt.

Humanchemie GmbH
Tel.: 05181 24633
www.humanchemie.de

NOVATEX

Zahnfreundlicher Schnuller vermeidet Fehlstellungen

Schnuller ja oder nein? Guten Gewissens einen Schnuller zu empfehlen, ist für einen Kieferorthopäden nicht leicht, da Risiken und Nebenwirkungen für Kiefer und Zähne nie ganz ausgeschlossen werden können. Ein genereller Verzicht ist für Eltern oft unvermeidbar, da der Schnuller in Stresssituationen Trost spendet und beruhigt.

Ziel einer kürzlich veröffentlichten Langzeitstudie war es, eine Antwort auf die Frage zu finden, ob trotz Schnullergebrauchs das bekannte Problem „Kiefernverschiebung“ vermieden werden kann. Prof. Zimmer, Leiter der Abteilung für Zahnerhaltung und Präventive Zahnmedizin an der Universität Witten, untersuchte in der Vergleichsstudie einen gewöhnlichen Sauger und den neuartigen „Dentistar“, der ein speziell geformtes Saugteil besitzt und so Zahnfehlstellungen vermeiden soll. Hierzu wurden 129 Neugeborene in drei Gruppen eingeteilt. Eine Gruppe bekam einen konventionellen Sauger, eine Gruppe den Dentistar und eine Kontrollgruppe blieb „schnullerfrei“. Nach 27 Monaten kommt Zimmer zu einem beeindruckenden Ergebnis: „Die Quote der schnullerbedingten Zahnfehlstellungen liegt beim konventionellen Schnuller bei über 50 Prozent, beim Dentistar hingegen bei nur 6,7 Prozent. Aus wissenschaftlicher Sicht ist der Dentistar daher für Kinder bis zum Alter von 27 Monaten empfehlenswert.“ Ein gutes Ergebnis aus der Wissenschaft für eine gesunde Zahnentwicklung.



NOVATEX GmbH
Tel.: 05101 91950
www.novatex.de

TePe

Schönstes Urlaubsbild gesucht

Beim Prophylaxewettbewerb „TePe macht Urlaub“ prämiert eine Jury des schwedischen Mundhygienespezialisten jetzt die schönsten TePe-Urlaubsbilder. Bereits zum sechsten Mal ruft TePe zum Fotowettbewerb auf – dieses Jahr mit dem Thema „TePe macht Urlaub“. Ein Bild von einer TePe Supreme auf der Strandliege oder eine TePe Interdentalbürste, die den schiefen Turm von Pisa stützt, sind tolle Ideen, mit denen man an diesem Wettbewerb teilnehmen kann.

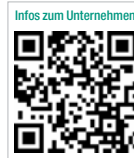


Mitmachen lohnt sich, denn für das schönste Bild gibt es einen Weiterbildungsplatz zur Prophylaxeassistentin (ZMP)* bei praxisDienste im Wert von 3.450 Euro zu gewinnen. Der oder die Zweitplatzierte darf sich über einen Gutschein für einen Anwender-

kurs der eigenen Wahl im Wert von 298 Euro freuen, für den dritten Platz gibt es einen Gutschein für einen Anwenderkurs nach Wahl im Wert von 198 Euro, beides beim Fortbildungsanbieter praxisDienste. Alle Gewinner erhalten zusätzlich einen Gutschein für eine Übernachtung, je nach Gewinn, für ein oder zwei Personen in einem Motel One** ihrer Wahl und das Buch „Prophylaxe – Der sanfte Weg zu gesunden Zähnen“ von Dr. med. dent. Steffen G. Tschackert. Ausgewählte Schnappschüsse veröffentlicht TePe auf www.tepe.com und auf der Facebook-Seite. Wenn Sie teilnehmen möchten, schicken Sie Ihr Bild bis zum 15. September 2013 per E-Mail an wettbewerb2013@tepe.com oder per Post an TePe Mundhygieneprodukte Vertriebs-GmbH, zu Hd. Marie Olsen, Flughafenstraße 52, 22335 Hamburg (mit Angabe des Namens und der Postanschrift).

* Zulassungsvoraussetzung für die Teilnahme an einer ZMP-Fortbildung: Die bestandene Abschlussprüfung als Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r • Teilnahme an einem Kurs „Maßnahmen im Notfall“ (Herz-Lungen-Wiederbelebung mit mind. 16 Unterrichtsstunden) • Kenntnis über gem. § 23 Ziff. 4 RöV bzw. § 24, Abs. 2, Ziff. 4 und § 45, Ziff. 9 Verordnung zur Änderung der RöV. • Der Rechtsweg ist ausgeschlossen. Eine Barauszahlung der Gewinne ist nicht möglich.
** Der Gutschein gilt ab Ausstellungsdatum für drei Jahre und ist in allen Motel One Hotels einlösbar.

TePe Mundhygieneprodukte
Vertriebs-GmbH
Tel.: 040 570123-0
www.tepe.com



BonaDent

Jetzt noch schneller wirkendes Schutz-Gel

Die Wirkung des langhaftenden fluoridhaltigen Schutzgels (Triple Fluorophat) beruht darauf, dass es sich hierbei um eine Ionenaustauschreaktion am Apatit der Zahnhartsubstanz handelt. Durch das Vorhandensein



von Fluoridionen werden Hydroxidionen des Apatits ausgetauscht, wobei das Hydroxylapatit in Fluorapatit übergeht. Fluorapatit ist deutlich säureunlöslicher als Hydroxylapatit. Die antikariogene Wirkung entsteht, weil Xylitol die Plaquebildung reduziert. Und zusätzlich sorgt das Kalziumfluorid für eine langfristige Fluoridabgabe. Das Gel haftet über mehrere Stunden auch an leicht feuchten Zähnen und schmeckt angenehm; es ist optimal einsetzbar zum Schutz und zur Fluoridierung von Zahnoberflächen und bei hypersensiblen Zähnen. Durch den gleichen Apatit-Wirkmechanismus ist das Produkt auch als Folgeapplikation für den Versiegelungslack Protecto CaF2 Nano geeignet.

BonaDent GmbH
Tel.: 069 58607390
www.bonadent.de

Johnson & Johnson

Die gesunde Art der Mundhygiene

Zahnärztliche Frühpräventionskonzepte haben sich für eine nachhaltige Mundhygiene als effizient erwiesen. Entscheidende Weichen für die Mundgesundheit werden bereits während der Schwangerschaft und im Kleinkindalter gestellt. Wichtigste Grundlage ist die tägliche Dreifach-Prophylaxe, eine Kombination aus Zähneputzen, Zahnzwischenraumpflege und antibakterieller Mundspülung.

Für Schwangere empfiehlt sich eine alkoholfreie Mundspülung: Listerine Zero bringt die vier in Listerine enthaltenen ätherischen Öle erstmals ohne den Lösungsvermittler Alkohol in eine stabile Form. Die Bioverfügbarkeit und das breit gefächerte Wirkspektrum der ätherischen Öle bleiben dabei erhalten.

Listerine Smart Kidz zeigt Kindern ab sechs Jahren anschaulich die Wirksamkeit einer Mundspülung. Der antibakterielle Wirkstoff Cetylpyridiniumchlorid (CPC) wirkt wie ein Magnet, indem er Speisereste koaguliert und Bakterien bindet, die die Zahnbürste nicht erreicht hat. Ein spezieller Farbstoff färbt diese Partikel ein und die Kinder sehen den Effekt beim Ausspülen im Waschbecken. Das motiviert kleine Patienten zu einer gründlichen, täglichen Mundhygiene. Listerine Smart Kidz enthält zudem Fluorid, das den Zahnschmelz stärkt und so für 40 Prozent weniger Karies sorgt als Zähneputzen alleine.

Johnson & Johnson GmbH
Tel.: 02137 936-0
www.listerine.de



Die Beiträge in dieser Rubrik stammen von den Herstellern bzw. Vertreibern und spiegeln nicht die Meinung der Redaktion wider.

Der Wellness-Untersuchungshandschuh

Carla Senf

Mit einer neuartigen Entwicklung bei Nitril-Einmaluntersuchungshandschuhen ist die Firma Jovident aus Duisburg seit diesem Jahr auf dem deutschen Markt vertreten. Das Unternehmen, das sich auf die Entwicklung und den Vertrieb von Alltagsprodukten für die Dentalbranche spezialisiert hat, bietet mit den AloeVate Handschuhen ein Produkt, das viele Mitarbeiter von Zahnarztpraxen interessieren dürfte: Hautpflegende Behandlungshandschuhe mit Aloe Vera. Wir sprachen mit Meino Huisman, einem der beiden Geschäftsführer der Jovident GmbH.

Worin unterscheiden sich AloeVate-Handschuhe von anderen Einweghandschuhen?

Die AloeVate Nitril-Einweghandschuhe sind eine neue Generation von Nitril-Handschuhen, die nahezu so flexibel, wie Latex-Einweghandschuhe sind. Sie sind robust, reißfest, pudernfrei und mit den pflegenden Substanzen der Aloe Vera beschichtet. Durch die Aloe Vera-Innenbeschichtung werden die Hände schon während des Arbeitens gepflegt. Sie sind nicht mehr rissig, trocknen nicht aus und das Schwitzen an den Händen wird verhindert. Wir nennen ihn auch gern den Wellness-Untersuchungshandschuh: Schutz, Pflege und Wohlbefinden, das alles bekommt man durch unseren AloeVate-Handschuh und das ständige Eincremen fällt weg. Dieser Handschuh wurde in den USA entwickelt und hat sich auf dem dortigen Markt bereits etabliert.

Wie kam es zu der Zusammenarbeit zwischen dem Hersteller der Handschuhe und der Jovident GmbH?

Jovident ist ein innovatives Unternehmen, das sich seit 30 Jahren als Entwickler, Hersteller und Lieferant von Spezialprodukten in der Dentalbranche etabliert hat. Das in den Niederlanden gegründete Unternehmen hat seinen Sitz mittlerweile in Duisburg. Der Hersteller, das Unternehmen Shen Wei, wollte sich auf dem europäischen Markt aufstellen und suchte einen zuverlässigen „alten Hasen“ in der Dentalbranche. Wir kennen uns in der Dentalwelt bestens aus und wissen durch jahrelange Erfahrung, was den Kunden besonders wichtig ist. Durch die hohe Qualität der Handschuhe freuen wir uns, wieder ein erstklassiges Produkt in unserem Programm aufgenommen zu haben. Uns war klar, dass die AloeVate-Handschuhe auch auf dem europäischen Markt eine Lücke füllen würden.

Aloe Vera gilt als Allround-Heilmittel – haben Sie Angst, dass der Wirkstoff „Aloe Vera“ mittlerweile überstrapaziert ist?

Wie Sie wissen, handelt es sich bei Aloe Vera um ein rein natürliches Produkt, und es sind kaum Allergien bekannt. Es ist die älteste Heilpflanze der Welt, sie reichert in ihren Blättern einen mineralstoffreichen Saft an und bevorratet wertvolle Vitamine, Enzyme und Aminosäuren. Die Wirkstoffe der Aloe Vera wirken beruhigend auf die Haut, das ist mehrfach durch klinische Tests belegt worden.

Schon seit Jahrtausenden benutzen Menschen auf der ganzen Welt diese „Wüstenlilie“, und es ist ein Naturprodukt, auf welches man nicht mehr verzichten kann. Deshalb gibt es heutzutage sogar Aloe Vera-Plantagen, in denen diese „Heilpflanze“ angebaut wird.



Meino Huisman, Geschäftsführer der Jovident GmbH, im Gespräch über AloeVate.

Diese befinden sich überwiegend in der Karibik, in Südamerika, Afrika und im Süden der USA. Aloe Vera ist für mich also keine Modeerscheinung. Wenn etwas hilft und fast gar keine Nebenwirkungen belegt sind, dann wird so ein Wirkstoff niemals überstrapaziert werden.

Warum gerade jetzt ein Nitril-Einweghandschuh mit Aloe Vera-Beschichtung?

Seit Jahren sind unsere Latex-AloeCare-Handschuhe mit Aloe Vera-Beschichtung in der Praxis. Im Laufe der Jahre hat sich die Anzahl der Personen, die gegen Latex allergisch reagieren, fast verdoppelt. Deshalb haben wir einen Handschuh gefunden, der sich diesen Problemen anpasst. Sowohl beim Patienten als auch beim Behandelnden gibt es keine unerwarteten Überraschungen mehr, wenn man eine Latexallergie nicht ausschließen kann. Und der Behandelnde muss nicht auf die Aloe Vera-Beschichtung verzichten.

Es gibt aber noch einen anderen Grund: Da es sich bei Latex um ein reines Naturprodukt handelt, werden die Rohstoffe dafür immer knapper. Ein Kautschukbaum ist erst nach ca. fünf bis sechs Jahren für die erste Ernte von Latex bereit. Im Alter von 25 Jahren stellt der Baum seine Produktion ein. Deshalb werden Latexhandschuhe im Vergleich zu Nitril-Handschuhen immer teurer werden.

Welche Produkte hat Ihr Unternehmen dem Zahnarzt und seinem Team noch zu bieten?

Jovident ist der Spezialist, wenn es sich um Hygiene- und Bedarfsprodukte handelt. Unsere Applikatoren und Latex-AloeCare-Aloe Vera-Handschuhe sind den meisten Zahnarztpraxen ein Begriff und fester Bestandteil der Praxisausstattung. Ferner bekommen die Kunden bei uns Bedarfs- und Hygieneartikel zu einem guten Preis-Leistungs-Verhältnis. Auch im Bereich der Polymerisationslampen, bieten wir dem Kunden starke Lampen zu einem freundlichen Preis. Und falls es mal zu Anfragen kommen sollte, die wir nicht in unserem Standardprogramm aufgeführt haben, bemühen wir uns, dem Kunden einen orientierten Lösungsvorschlag zu bieten.

Vielen Dank für das Gespräch!

KURSE

inklusive umfassendem Kursskript

für das gesamte Praxisteam

- | A | Hygienebeauftragte
- | B | QM-Beauftragte
- | C | GOZ, Dokumentation und PRG



Bilder
Kurse für das
zahnärztliche
Personal

inkl. neuer RKI-Richtlinien

SEMINAR A

SEMINAR ZUR HYGIENEBEAUFTRAGTEN

Seit einigen Jahren müssen sich auch Zahnarztpraxen mit neuen Verordnungen und zunehmenden Vorschriften auseinandersetzen. Die Empfehlungen über die neuen Regelungen der KRINKO, RKI und BfArM im täglichen Gebrauch enthalten klare Vorgaben für die Durchführung und Dokumentation der Hygienemaßnahmen und sind somit unentbehrlich für jede Praxis. Aufgrund der Aktualität der Problematik bietet die OEMUS MEDIA AG im Rahmen verschiedener Kongresse „Seminare zur Hygienebeauftragten“ mit Frau Iris Wälter-Bergob an – bekannt als renommierte Referentin auf diesem Gebiet. Die Teilnehmer werden ausführlich über die rechtlichen Rahmenbedingungen und Anforderungen an das Hygienemanagement und die Aufbereitung von Medizinprodukten informiert. Das Seminar wird nach den Anforderungen an die hygienische Aufbereitung von Medizinprodukten im Sinne der KRINKO, RKI und BfArM Empfehlungen durchgeführt. Den Teilnehmern wird eine äußerst informative Veranstaltung geboten.
Lernerfolgskontrolle durch Multiple-Choice-Test

AUSBILDUNG ZUR ZERTIFIZIERTEN QUALITÄTSMANAGEMENTBEAUFTRAGTEN QMB

SEMINAR B

Qualitätsmanagement kann so einfach sein! Viele Praxen haben bereits ein internes System eingeführt, einige stehen noch vor dieser schwierigen Aufgabe. Diese Power-Ausbildung schreibt seine Erfolgsstory und ist für Mitarbeiterinnen entwickelt worden, die mit der Pflege oder mit dem seit Langem ausstehenden Aufbau beauftragt wurden. Damit ein funktionierender Aufbau bzw. eine wirkungsvolle Weiterentwicklung beginnen kann, wird eine fachlich ausgebildete Qualitätsmanagement-Beauftragte benötigt. In zahlreichen interessanten Workshops erlernen die Teilnehmer die Grundelemente eines einfachen aber absolut wirkungsvollen QM-Systems. Verabschieden Sie sich von teuren QM-Systemen und investieren Sie in die fachliche Ausbildung derer, die Sie damit beauftragt haben. Aufgrund der steigenden Nachfrage bietet die OEMUS MEDIA AG auch in 2013 im Rahmen verschiedener Kongresse Seminare zur „Ausbildung einer zertifizierten Qualitätsmanagement-Beauftragten“ mit Herrn Christoph Jäger an – bekannt als langjähriger renommierter QM-Trainer. Die Teilnehmerinnen erfahren, dass wenig Papier ausreichend ist, um die gesetzlichen Anforderungen zu erfüllen. In nur 15 Minuten werden die Teilnehmerinnen eine vollständig neue Struktur für ihr QM-Handbuch entwickeln, deren Einfachheit verblüffend ist.
Lernerfolgskontrolle durch Multiple-Choice-Test

SEMINAR GOZ, DOKUMENTATION und PRG

SEMINAR C

Die wichtigsten Änderungen des Paragrafen-Teils | der richtige Umgang mit den neuen Formularen | die verordnungskonforme Berechnung aller geänderten Leistungen | die richtige Dokumentation | die richtige Umsetzung der Faktorerhöhung mit den richtigen Begründungen | Materialkosten sind berechnungsfähig | was/wann darf noch aus der GOÄ berechnet werden | erste Reaktionen der PKVen | die wichtigsten Punkte für die Praxis aus dem PRG (Patientenrechtgesetz)

TERMINE 2013

Seminarzeit: 09.00–18.00 Uhr

	SEMINAR A SEMINAR B
14. September 2013	Leipzig pentahotel
20. September 2013	München (nur Seminar A) Hotel Sofitel München Bayerpost
21. September 2013	München (nur Seminar B) Hotel Sofitel München Bayerpost
28. September 2013	Konstanz Quartierszentrum
05. Oktober 2013	Berlin Hotel Palace
19. Oktober 2013	München Hilton München City
16. November 2013	Berlin Maritim Hotel
30. November 2013	Essen ATLANTIC Congress Hotel Essen
07. Dezember 2013	Baden-Baden Kongresshaus

Seminarzeit: 12.00–18.00 Uhr*

	SEMINAR C
13. September 2013	Leipzig pentahotel
27. September 2013	Konstanz Quartierszentrum
04. Oktober 2013	Berlin Hotel Palace
18. Oktober 2013	München Hilton München City
15. November 2013	Berlin Maritim Hotel
29. November 2013	Essen ATLANTIC Congress Hotel Essen
06. Dezember 2013	Baden-Baden Kongresshaus

*Änderungen vorbehalten!

ORGANISATORISCHES KURSgebÜHREN | ANMELDUNG

SEMINAR A | SEMINAR B | SEMINAR C

Kursgebühr (pro Kurs) 99,00 € zzgl. MwSt.
Tagungspauschale (pro Kurs) 49,00 € zzgl. MwSt.
(beinhaltet Kaffeepausen, Tagungsgetränke, Imbissversorgung)

ORGANISATION | ANMELDUNG

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-308, Fax: 0341 48474-390
event@oemus-media.de, www.oemus.com



Nähere Informationen zu den Kursinhalten und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen erhalten Sie unter www.oemus.com

Anmeldeformular per Fax an
0341 48474-390
oder per Post an

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstr. 29
04229 Leipzig

Für das Seminar zur Hygienebeauftragten (Seminar A) oder die Ausbildung zur QM-Beauftragten (Seminar B) oder GOZ, Dokumentation und PRG (Seminar C) melde ich folgende Personen verbindlich an. Bitte beachten Sie, dass Sie pro Termin nur an einem Seminar teilnehmen können:

	A			B			C						
Leipzig	14.09.2013	<input type="checkbox"/>	14.09.2013	<input type="checkbox"/>	13.09.2013	<input type="checkbox"/>	München	19.10.2013	<input type="checkbox"/>	19.10.2013	<input type="checkbox"/>	18.10.2013	<input type="checkbox"/>
München	20.09.2013	<input type="checkbox"/>	21.09.2013	<input type="checkbox"/>			Berlin	16.11.2013	<input type="checkbox"/>	16.11.2013	<input type="checkbox"/>	15.11.2013	<input type="checkbox"/>
Konstanz	28.09.2013	<input type="checkbox"/>	28.09.2013	<input type="checkbox"/>	27.09.2013	<input type="checkbox"/>	Essen	30.11.2013	<input type="checkbox"/>	30.11.2013	<input type="checkbox"/>	29.11.2013	<input type="checkbox"/>
Berlin	05.10.2013	<input type="checkbox"/>	05.10.2013	<input type="checkbox"/>	04.10.2013	<input type="checkbox"/>	Baden-Baden	07.12.2013	<input type="checkbox"/>	07.12.2013	<input type="checkbox"/>	06.12.2013	<input type="checkbox"/>

Name | Vorname

Name | Vorname

Praxisstempel

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der OEMUS MEDIA AG erkenne ich an.

Datum | Unterschrift

E-Mail

Die junge Generation zukünftiger Parodontologen



Schon weit im Voraus war den Organisatoren und dem Bonner Team um Prof. Dr. Jepsen klar, dass dieses Treffen eine Standortbestimmung sein würde. Und so kam es auch – denn es konnte ein prägnanter Impuls im Hinblick auf die zukünftige Bedeutung der Rolle der Parodontologen in Deutschland gesetzt werden. Die Auswertung der „Feedback“-Bögen ergab dabei eine durchweg positive Resonanz. Alle Teilnehmer waren beeindruckt von den qualitativ exzellenten Fallvorstellungen der vier postgraduierten Kollegen aus Bonn und Koblenz. Auch die anderen Themen des einrahmenden Programms waren gut gewählt: Aus der Bonner Abteilung für Parodontologie referierten Prof. Dr. Søren Jepsen und Priv.-Doz. Dr. Moritz Kepschul über die genetischen Aspekte der Parodontitis. Sie betrachteten die molekularen Unterschiede zur Erklärung klinischer Phänotypen der Erkrankung. Es war ganz offensichtlich zu erkennen, dass dies ein fundamentales Thema ist, das die Zukunft der Forschung prägen und nachfolgend die Tätigkeiten im Alltag mitbestimmen wird. Zurzeit steht noch kein für die Praxis relevanter genetischer Test zur Verfügung. Die klinische Bedeutung IL-1-Polymorphismus sahen die Kliniker als überbewertet an und als nicht sinnvoll für die Praxis. Interessante Schwerpunkte der Forschung fokussieren sich auf die Cyclooxygenase-2 und das humane Beta-Defensin DEFBI* und körpereigene Peptidantibiotika.

Erfahrung ist durch nichts zu ersetzen

Der Mehrheit der jungen Besucher des Symposiums war die Tätigkeit des in der Praxis niedergelassenen Parodontologen bislang wenig bekannt. Es wurde angeregt, hier in der Zukunft mehr zu erfahren (Fachzahnarzt für Parodontologie, Parodontologe der EFP, DGParo-Spezialist).

In den Niederlanden und auch im Rest der Welt sei die Bezeichnung „Parodontologe“ etabliert, so Dr. Eric Meijer, der in seinem Vortrag die Unterschiede zwischen den Niederlanden und Deutschland beleuchtete. Der Kollege (ehemaliger Präsident der Niederländischen Gesellschaft für Parodontologie), beschrieb, dass diesseits der deutschen Grenzen die Hürden der fachzahnärztlichen Qualifikation höher liegen. Dort ist die dreijährige Vollzeitausbildung nur an klini-

schen Einrichtungen möglich, die von der European Federation of Periodontology akkreditiert sind.

Dass Erfahrung durch nichts zu ersetzen ist, machte Dr. Westermann aus Emsdetten dem Nachwuchs klar, denn die modernste Forschung nutzt nichts, wenn man diese nicht konsequent einsetzt. Es gilt den Patienten mit auf die Reise durch die kausale Parodontitis-therapie hin zur unterstützenden Parodontaltherapie, UPT, mitzunehmen. Er schaffte es, auf unterhaltsame Weise aufzuzeigen, wie man als Praktiker die immer weiter werdende Kluft zwischen einer grandiosen klinischen Forschung und dem Alltag mit all seinen Gegebenheiten und Zwängen überbrückt. Dass Zahnerhalt möglich ist, wussten alle Teilnehmer, da sie in der Literatur bewandert sind. Dass es nachweislich geht, demonstrierte Dr. Westermann eindrucksvoll mit zahlreichen Fallvorstellungen. Diese waren auch deshalb bemerkenswert, weil immer eine der parodontalen Situation angepasste festsitzende und zementierte Prothetik zum Einsatz kam. Das Resümee der Tagung: Die erfolgreiche Behandlung parodontal schwer erkrankter Patienten in der freien Praxis ist auf hohem fachzahnärztlichem Niveau möglich und bereitet auch Freude.

Neuer Vorstand

Auf der Jahreshauptversammlung des Berufsverbandes der Parodontologen, BFSP e.V., wurde für die nächsten drei Jahre der Vorstand neu gewählt. Dr. Klaus Höcker aus Essen wurde als Vorsitzender und Dr. Eric von Bethenfalvy aus Stuttgart wurde im Amt des Schatzmeisters bestätigt. Stellvertretender Vorsitzender wurde der Koblenzer Parodontologe Dr. Gregor Gutsche und als Beisitzerin fiel die Wahl auf Dr. Ulrika Montén aus Hamburg. Das Amt des Schriftführers übernimmt der Mainzer Privatdozent Dr. Adrain Kasaj.

Quelle: Berufsverband der Parodontologen, BFSP, www.fachzahnaerzte-parodontologie.de

**Dommisch et al.: Differential gene expression of human b-defensins (hBD-1, -2, -3) in inflammatory gingival diseases. Oral Microbiology and Immunology Vol. 20; June 2005: 186–190.*

3 Der Hygieneplan

Christoph Jäger

Das Wichtigste in einem funktionierenden und gelebten Hygienemanagement sind die Mitarbeiterinnen einer Praxis. Ohne das persönliche Engagement jeder Einzelnen können die notwendigen und aufgestellten Regeln nicht funktionieren. Im vorherigen Teil unserer Fachartikelserie haben wir uns über die wichtigen Aufgaben der Hygienebeauftragten verständigt. Die Hygienebeauftragte der Praxis koordiniert alle Hygieneaufgaben, und ohne die Unterstützung aller Mitarbeiterinnen steht sie auf verlorenem Posten. In diesem Teil geht es um die schriftliche Festlegung, wer in der Praxisorganisation befugt ist, aufbereitete Instrumente zur erneuten Anwendung freizugeben. Wir werden uns mit dem ersten Hygieneplan für „kontaminierte Wäsche“ beschäftigen und uns mit den wichtigen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen für alle Mitarbeiterinnen einer Praxis auseinandersetzen.

Wer ist berechtigt?

Ein einfaches Formblatt bringt hier z.B. Klarheit in die Sache. In einer Tabelle werden alle Mitarbeiterinnen aufgelistet, die durch die Praxisleitung eine Berechtigung erhalten haben, aufbereitete Instrumente nach einer Desinfektion z.B. aus dem Thermodesinfektor oder aber aus einer Sterilisation freizugeben. In einer Tabellenspalte müssen die Mitarbeiterinnen eine Unterschrift zur persönlichen Identifikation leisten. In der letzten Spalte der Tabelle hinterlassen die Mitarbeiterinnen ihren Namenskürzel (wenn das in der Praxis so vorgesehen ist). Dieses Formblatt unterliegt in dem Hygienemanagement dem Änderungsdienst des eingeführten Quali-

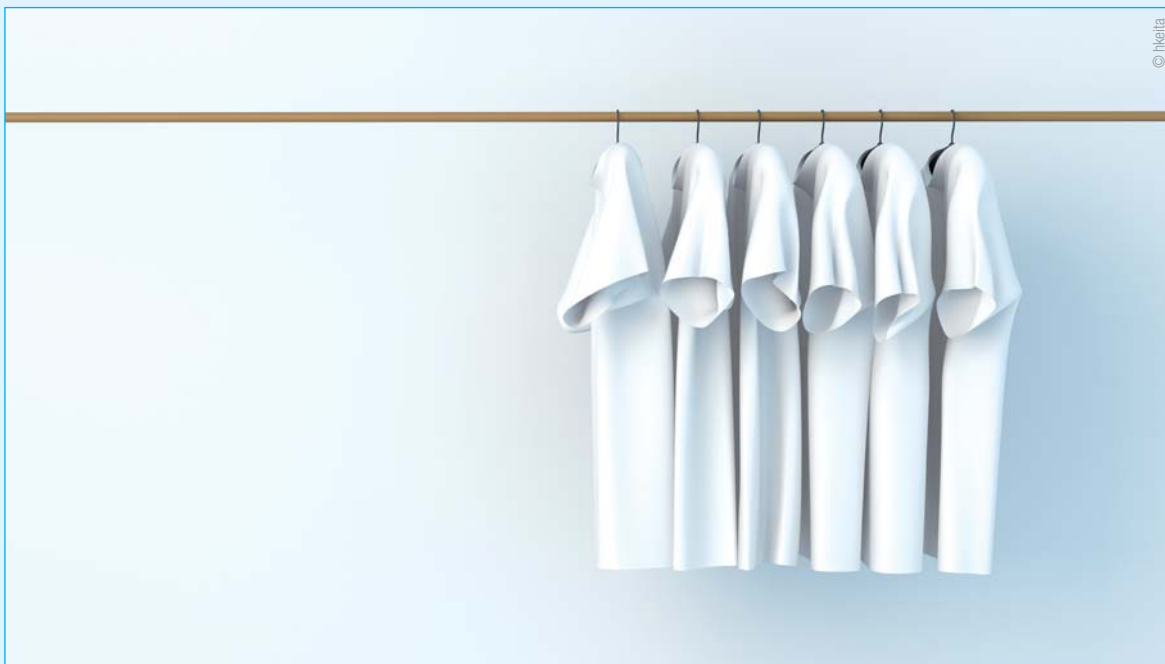
tätsmanagementsystems. Das bedeutet, dass jegliche Änderung mit einem neuen Änderungsstand abgesichert werden muss. Die „alte“ Unterlage muss dann archiviert werden. Hier unterliegt die Praxis einer lückenlosen Nachweispflicht. Das vollständig ausgefüllte Formblatt gehört in den Aushang im Steri.

TIPP: Viele Autoklaven vergeben für die Mitarbeiterinnen eine interne Nummer. Diese kann in einer weiteren Spalte dem Formblatt zugeordnet werden, sodass sich die nachfolgende Aufteilung ergibt: „Name der Mitarbeiterin, Unterschrift, Namenskürzel und Nummer der Autoklaven.“ Verlässt eine chargenberechtigte Mitarbeiterin die Praxisorganisation, so sollte die frei werdende Nummer nicht erneut vergeben werden.

Berechtigte Mitarbeiter zur Chargenfreigabe in unserer Praxis				
Nr.	Verantwortliche(r)		Unterschrift	Freigabekürzel
	Vorname	Nachname		
1				
2				
3				
4				

Auszug aus einer einfachen Freigabetabelle.





Aufgaben in einem Hygienemanagement

Die sich in einer Praxis im Einsatz befindliche textile Praxiskleidung und sonstige sich in der Anwendung befindlichen Textilien müssen durch geeignete Verfahren aufbereitet werden. Die Sammlung und hygienische Aufbereitung muss in einem Hygieneplan für die Praxis individuell festgelegt werden. Im Nachfolgenden werden stichpunktartig die wichtigsten Aspekte eines Hygieneplans dargelegt.

Wir müssen wissen, dass die in einer Praxis eingesetzte Kleidung, insbesondere Kittel, Hosen und T-Shirts, berufsspezifische Kleidung mit einer eingeschränkten Schutzfunktion darstellt. Darüber hinaus werden in einer Praxisorganisation weitere Textilien wie Handtücher, Abdecktücher und Umhänge eingesetzt. Im Laufe eines Behandlungstages kann die o.g. Praxiswäsche kontaminiert und verschmutzt werden durch:

- Aerosole und Spritzer während der Behandlung,
- direkten Kontakt mit Patienten sowie mit kontaminierten Materialien, Gegenständen und Flächen,
- Reinigungs- und Wartungsarbeiten und
- unsachgemäßer Aufbewahrung der Praxiswäsche selbst.

Um auch hier das vorhandene Infektionsrisiko in der Praxis zu minimieren, wird Nachfolgendes beachtet:

Wäschewechsel in der Praxis

- Mindestens zweimal pro Woche muss der Wechsel der textilen Praxiskleidung für alle Mitarbeiterinnen möglich sein.
- Bei sichtbarer Verschmutzung (z.B. Blut) muss die Praxiskleidung nach Beendigung der Behandlung des Patienten gewechselt werden.
- Nach Beendigung einer Behandlung mit einem Patienten mit bekanntem Infektionsrisiko, insbesondere HBV, HCV oder HIV positiv, ist die Praxiswäsche unbedingt zu wechseln.
- Sonstige Textilien wie Handtücher und Abdecktücher müssen nach jedem Patienten gewechselt werden.
- Nach dem Umgang mit kontaminierter Praxiskleidung wird grundsätzlich eine hygienische Händedesinfektion durchgeführt.

Aufbereitung textiler Praxiskleidung und sonstiger Textilien

Bei der mit der Wäscheaufbereitung beauftragten Mitarbeiterin wird besonders auf den persönlichen Schutz geachtet.

Benutzte Wäsche wird in widerstandsfähigen und dichten Behältern oder Säcken – getrennt nach Art des vorgesehenen Waschverfahrens (thermisch oder chemothermisch) – gesammelt. Dieses Verfahren erfolgt auch beim Transport der Wäsche z.B. in eine Wäscherei.

Es besteht auch die Möglichkeit, dass die Berufskleidung von jeder Mitarbeiterin selbst gewaschen wird. Die Aufbereitung der Wäsche erfolgt

dann in herkömmlichen Haushaltswaschmaschinen im sogenannten Kochwaschgang (thermisches Waschverfahren). Waschprogramme bei einer Temperatur unter 90 Grad werden mit einem VAH-zertifizierten Waschmittel (chemothermisches Einbadverfahren) durchgeführt. Erfolgt eine externe Aufbereitung der Praxiswäsche z.B. in einer Wäscherei, muss diese zuvor darüber informiert werden, dass es sich um kontaminierte Praxiswäsche handelt.

Wäsche, die von der Behandlung eines unserer Patienten stammt, von dem wir wissen, dass ein erhöhtes Infektionsrisiko besteht, wird getrennt erfasst und entweder dem thermischen oder chemothermischen Waschverfahren zugeführt. Der anschließende Transport der aufbereiteten Praxiswäsche muss zur Verhinderung einer Rekontamination hygienisch erfolgen.

Wäsche, die in einer Praxis steril zum Einsatz kommen muss, wird nach vorangegangenen Waschgang in unserem Dampfsterilisator in einer sachgerechten Verpackung aufbereitet. Auch hier besteht die Möglichkeit, auf Einmalartikel zurückzugreifen.



Aufbewahrung der Praxiswäsche

- In der Praxis wird die aufbereitete Praxiswäsche in geschlossenen Schränken (Schubladen oder Behältern) staubgeschützt und trocken gelagert.
- Eine Lagerzeit von sechs Monaten ist möglich.
- Benutzte Praxiswäsche, die weiterverwendet werden soll, wird getrennt von der privaten Kleidung der beschäftigten Mitarbeiterinnen und der Frischwäsche gehalten.

Neuanschaffung von Praxiswäsche

Es muss darauf geachtet werden, dass bei einer Neuanschaffung von Praxiswäsche, die Textilien für die vorgesehenen Aufbereitungsverfahren geeignet sind.

Darüber hinaus muss beachtet werden, dass das Gewebe eine hohe Keimdichtigkeit besitzt.

Im Allgemeinen setzen Praxen kurzärmelige Praxiskleidung ein. Hier muss darauf geachtet werden, dass die hygienische Händedesinfektion auch die Unterarme beinhaltet.

Müssen Patienten behandelt werden, von denen ein erhöhtes Infektionsrisiko ausgeht oder wenn im Behandlungsteam eine Verletzung am Unterarm vorliegt, sollte langärmelige Kleidung mit einem ausreichenden Armabschluss bevorzugt werden.

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen

Um gezielte Immunisierungsmaßnahmen in einem internen Hygienemanagement durchführen zu können, zählen die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen zum wesentlichen Bestandteil einer Infektionsprophylaxe. Hiermit erfüllt eine Praxis unter anderem die Anforderungen aus der Biostoffverordnung (BioStoffV) sowie der Berufsgenossenschaftlichen Vorschrift nach BGV A4.

In jeder Zahnarztpraxis gibt es den Bereich der „nicht gezielten Tätigkeiten“ im Wortlaut der Biostoffverordnung. Hierzu zählen insbesondere:

- Untersuchung und Behandlung von Patienten,
- Desinfektions- und Reinigungsarbeiten,
- Entsorgungs- und Wartungsarbeiten.

Die verpflichtende arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung ergibt sich aus der BioStoffV und zielt auf die Infektionsgefahren aller Beschäftigten durch Hepatitis-B-Viren (HBV) und Hepatitis-C-Viren (HCV). Es ist die Aufgabe jeder Praxisleitung, dafür zu sorgen, dass die Untersuchungen durch einen Betriebsarzt (nach der BioStoffV ermächtigter Arzt) durchgeführt werden.



Auf der Homepage des Autors befinden sich im kostenlosen Downloadbereich alle Unterlagen für die Vorsorgeuntersuchungen einer Zahnarztpraxis. Hier handelt es sich um die nachfolgenden Aufzeichnungen:

- Belehrung und Angebot G 24 Hautbelastung
- Belehrung und Angebot G 37 Bildschirmarbeitsplatz
- Aufforderung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge G 42
- Belehrung und Angebot zur Impfprophylaxe – Tetanus
- Belehrung und Angebot zur Impfprophylaxe – Diphtherie
- Belehrung und Angebot zur Impfprophylaxe – Influenza

Die Kosten für diese Untersuchungen müssen von der Praxis übernommen werden.

In vielen Praxen bestehen nur gelegentlich Gefährdungen durch Mikroorganismen von geringer Kontagiosität und Infektiosität (potenziell pathogene Erreger). Daher ist es in der arbeitsmedizinischen Vorsorge einer Praxis vertretbar, wenn die im Behandlungsbereich tätigen Mitarbeiterinnen dahingehend beraten und zur Prävention von Infektionskrankheiten, z.B. zu weiteren empfohlenen Schutzimpfungen und zur Verwendung der in dieser Praxis zur Verfügung stehenden Schutzausrüstung, angehalten werden. Nur im Fall des Auftretens von Infektionskrankheiten im Arbeitsbereich oder wenn individuell begründete Bedingungen vorliegen, müssen weitere spezielle Untersuchungen von der Praxisleitung veranlasst werden.

Im Bereich des Mutter- und Jugendschutzes kann es für schutzbedürftige Mitarbeiterinnen, die ihre Tätigkeit im infektionsgefährdeten Bereich einer Praxis ausüben, gegebenenfalls weitere Beschäftigungsbeschränkungen geben.

Im Einzelnen beachten wir in einem funktionierenden Hygienemanagement:

- Vor Aufnahme der Tätigkeit einer neuen Mitarbeiterin wird geklärt, ob es gesundheitliche Bedenken gibt, die gegen die geplante Beschäftigung sprechen. Hierzu zählen unter anderem die G 42-Vorsorgeuntersuchungen.
- Die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen werden in regelmäßigen Zeitabständen gemäß der BGV A4 wiederholt.
- Am Ende eines Beschäftigungsverhältnisses sollten die entsprechende Mitarbeiterin eine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung durchführen lassen. Hier erfolgt auch eine Beratung über das mögliche Auftreten späterer Krankheiten.

Weitere Untersuchungen können von der Praxisleitung veranlasst werden, wenn eine Erkrankung bzw. ein Infektionsverdacht oder aber auch gesundheitliche Bedenken gegen die Weiterbeschäftigung der betroffenen Mitarbeiterin beste-

hen. In einer Praxis müssen Immunisierungsmaßnahmen bei entsprechender Indikation den Mitarbeiterinnen angeboten werden. Der Erfolg einer Grundimmunisierung bei Hepatitis B wird serologisch anhand der jeweiligen Titerbestimmung überwacht. Eventuelle Auffrischimpfungen werden dann festgelegt und durchgeführt bzw. angeboten.

Über die oben beschriebenen Immunisierungsmaßnahmen hinaus sollten weitere Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Influenza, Masern, Mumps, Röteln, Pertussis, Hepatitis A und Varizellen den Mitarbeiterinnen angeboten werden. Im Fall eines Arbeitsunfalls, z.B. Nadelstichverletzung bei der Behandlung eines Patienten mit einer bekannten spezifischen Erkrankung, werden unverzüglich – nach Rücksprache mit dem zuständigen Arzt – weitere arbeitsmedizinische Maßnahmen eingeleitet. In geeigneten Unterlagen müssen für alle Vorsorgeuntersuchungen Belehrungen durchgeführt werden.

In der nächsten Ausgabe werden wir die hygienischen Anforderungen der Verwaltung näher beleuchten. Hier geht es unter anderem um Herstelleranfragen für fehlende Aufbereitungsunterlagen, ein Bestandsverzeichnis und wichtige Gerätebücher. Wir werden uns auch mit der Beseitigung von Praxisabfällen in einem weiteren Hygieneplan auseinandersetzen.

**Qualitäts-Management-Beratung
Christoph Jäger
Enzer Straße 7, 31655 Stadthagen**



CHRISTOPH JÄGER

beschäftigt sich seit mehr als 26 Jahren mit dem Themenkomplex „Qualitätsmanagement“, davon seit 13 Jahren ausschließlich im Gesundheitswesen. Er ist Autor zahlreicher QM-Handbücher und Fachartikel sowie Mitautor des Fachbuches „Gelebtes Qualitätsmanagement – Wie Sie Management und Alltag in einer Zahnarztpraxis optimieren“. Er ist Entwickler zahlreicher softwarebasierender Qualitätsmanagementsysteme und ist hierfür mit einem der bedeutendsten Innovationspreise in Deutschland im Jahre 2004 geehrt worden. Christoph Jäger hält darüber hinaus zahlreiche Vorträge und unterstützt Zahnarztpraxen bei der Einführung ihres QM-Systems.

Auch harte Beläge haben weich angefangen ...

Gabi Schäfer

Bis auf die Zahnsteinentfernung, die bei Kassenpatienten einmal pro Kalenderjahr mit circa 14 EUR honoriert wird, ist die Prophylaxe eine reine Privatleistung für alle Patienten und damit eine wichtige Einnahmequelle für jede Zahnarztpraxis.

Bei meinen zahlreichen Praxisberatungen erlebe ich immer wieder, dass Praxen die professionelle Prophylaxe – falls überhaupt – ähnlich wie die „Nagelmodellage“ im Nagelstudio, zu Preisen zwischen 40 und 60 EUR für eine Stunde Arbeit anbieten und abrechnen. Allein die Tatsache, dass statt zehn Fingernägeln 28 Zähne behandelt werden, zeigt schon, dass hier etwas nicht stimmen kann.



So schreibt die Stiftung Warentest unter www.test.de/Special-Zaehne-Vorbeugen-pflegen-behandeln-1237297-1245099/ wörtlich: „Zweimal im Jahr sollte jeder sich eine sogenannte Prophylaxebehandlung in der Zahnarztpraxis leisten. [...] Die Kosten liegen zwischen 80 und 180 Euro.“

Da haben wir's! Für 50 EUR kann man nicht eine Stunde lang einen teuren hoch technisierten Zahnarztstuhl blockieren, ohne harte Belege von der Bank anzusammeln. Und selbst die viel geschmähte neue GOZ 2012 sieht einen Betrag von 101,36 Euro für die „professionelle Zahnreinigung“ bei 28 Zähnen zum 2,3-fach-Satz vor. Also warum können viele Praxen diese wirtschaftlichen Fakten nicht einsehen und vermitteln? Die Standardantwort, die ich immer wieder höre, ist: „Der Patient kann es nicht bezahlen.“ Aber der Patient zahlt für das Nagelstudio, den Friseur und seine „Freunde“ Nikotin und Alkohol. Ist der eigene Zahn nur deswegen ohne Wert, weil er umsonst war und die Extraktion „auf Kasse“ geht? Ist es wirklich erstrebenswert, ihn irgendwann durch eine Titanschraube zu ersetzen, wie aus der Werbung herablächelnde, auf Wolken des Glücks schwebende Patienten suggerieren? Tatsache ist, dass man für die Kosten einer einzigen Implantatkrone zehn Jahre lang Prophylaxe bezahlen kann.

„Aber wir bieten doch Prophylaxe an!“, tönt es mir bei der Praxisberatung dann entgegen. Frage ich dann nach der durchschnittlichen Anzahl von Prophylaxeterminen pro Woche, so erhalte ich häufig eine einstellige Zahl genannt. Dabei muss man doch bereits mehr als 30 Termine pro Woche vereinbaren, wenn 700 Patienten zweimal jährlich wie von der Stiftung Warentest empfohlen zur Prophylaxebehandlung erscheinen. Gebe ich der Prophylaxe keinen „Raum“ im wörtlichen Sinne, kann ich sie auch nicht durchführen – denn 30 Termine pro Woche bedeuten eine Vollzeitkraft und ein durchgängig belegtes Zimmer.

In meinem Herbstseminar „GOZ ganz einfach!“ habe ich ein präzises Kalkulationsschema für Prophylaxe vorgestellt und vermittelt. Diejenigen Seminarteilnehmer, die umdenken können, die lernen, auch mit einem „Nein“ des Patienten umzugehen und ein Praxiskonzept durchsetzen können, werden vielfältig belohnt: Nicht nur, dass sie dann Patienten betreuen, die den Behandler und seine Arbeit mehr schätzen – es wird **IMMER** Geld verdient, auch dann, wenn der Inhaber auf Fortbildung oder anderweitig am Behandeln gehindert ist. Damit wird der Praxisinhaber von wirtschaftlichem Druck entlastet und gewinnt mehr Lebensfreude.

Wer mehr über Praxisberatungen erfahren möchte, findet im Internet unter www.synadoc.ch weitere Informationen. Dort „wohnt“ auch das Bestellformular für eine kostenlose Probe-CD des Synadoc-Planungsprogramms, das blitzschnell nach Eingabe oder Übernahme des Befundes für eine geplante Therapie (Prothetik, SDA-Restaurationen, Wurzelkanalbehandlungen, FAL/FTL, Implantologie) automatisch alle Abrechnungspositionen auswirft und auf den richtigen Formularen ausdruckt.



Gabi Schäfer

Als Seminarleiterin schulte sie während der letzten 20 Jahre in mehr als 2.400 Seminaren 60.000 Teilnehmer in allen Bereichen der zahnärztlichen und zahntechnischen Abrechnung. Ihre praxisnahe Kompetenz erhält sie sich durch bislang mehr als 950 Vor-Ort-Termine in Zahnarztpraxen, wo sie Dokumentations- und Abrechnungsdefizite aufdeckt und beseitigt und Zahnärzten in Wirtschaftlichkeitsprüfungen beisteht.

Zuckerersatz Xylit: Naschen für die Zähne?

Fast alle Menschen – vor allem Kinder – lieben Süßes. Das ist sicher eine der Ursachen, warum der Zuckerverbrauch in den vergangenen Jahren stetig gestiegen ist: Waren es in den 1950er-Jahren noch rund 25 Kilogramm pro Kopf und Jahr, ist Deutschland inzwischen mit mindestens 33 Kilogramm weltweit süßer Spitzenreiter – noch vor den USA. Dabei gibt es längst eine auch aus dentalhygienischer Sicht überzeugende Alternative: den Zuckeraustauschstoff Xylit, vielen Zahnärzten bekannt aus Zahnpflegekaugummis oder Zahnpasten für Kinder.

Zucker fördert Karies – Xylit fördert die Zahngesundheit

Regelmäßig angewendet, unterstützt Xylit gleich mehrfach die Zahngesundheit: Xylit verstärkt den Speichelfluss, der unter anderem aufgrund seines Mineraliengehalts eine elementare Rolle in der Zahngesundheit spielt. Gleichzeitig blockiert Xylit die Vergärung von Zucker durch Milchsäure bildende Bakterien (*Streptococcus mutans*). Dadurch wird die Säure- und Plaquebildung effektiv reduziert. Außerdem unterstützt der Zuckerersatz die Glättung und natürliche Remineralisierung der Zähne. Bei regelmäßiger Anwendung verändert sich die gesamte Mundflora, denn Xylit begünstigt eine Streptokokkenpopulation mit erheblich verminderter kariogener Potenz.

Steigende Nachfrage

Xylit wird in einem aufwendigen Verfahren aus Pflanzenfasern (meistens Holz) hergestellt. Es sieht aus wie weißer Haushaltszucker, schmeckt angenehm und ohne Nachgeschmack, süßt so gut wie Zucker, hat aber rund 40 Prozent weniger Kalorien. Mit diesen Eigenschaften findet Xylit immer mehr Anhänger. So werden in Deutschland schon seit Jahren mehr Kaugummis mit Xylit verkauft als ohne, viele Verbraucher verwenden es als praktischen Zuckerersatz beim Kochen oder Backen.

Neben der Suche nach einer zahnschonenden Zuckeralternative trägt auch das gestiegene Gesundheitsbewusstsein zum Xylit-Boom bei. Denn immer mehr industriell hergestellte Nahrungsmittel und Getränke enthalten Zucker – teilweise über 20 Prozent. Auf

das ständige Überangebot reagiert der Körper mit Insulinausschüttung, der Fettabbau kommt zum Erliegen. Häufige Folgen sind Übergewicht, zu hoher Blutzuckerspiegel und – als Konsequenz – zu hoher Insulinspiegel. Bei Menschen mit entsprechender Veranlagung kann dies die Bildung von Diabetes Typ 2 fördern.

Xylit ist eine Möglichkeit, der Zuckerfalle zu entkommen. Nach dem Genuss steigen Blutzucker- und Insulinspiegel kaum an, die Bauchspeicheldrüse wird nicht belastet; somit sind die Produkte für Diabetiker besonders geeignet.

Praktischer Helfer bei der täglichen Zahnpflege

Zahnärzte empfehlen, Xylit nach jeder Mahlzeit anzuwenden. Für eine sichere Kariesprophylaxe sind neun bis zwölf Gramm täglich sinnvoll, am besten drei bis vier Gramm nach jeder Mahlzeit. Erwachsene sollten täglich drei bis fünf Mal etwa einen halben Teelöffel reines Xylit im Mund zergehen lassen und für rund eine Minute damit spülen.

Kinder und Jugendliche können zur Kariesprophylaxe unmittelbar nach jedem Essen für fünf bis zehn Minuten einen xylithaltigen Kaugummi kauen. Dabei profitieren sie zusätzlich von einem Dauereffekt, denn die kariesvorbeugende Wirkung hält offenbar auch über den Zeitraum der Einnahme hinaus an, insbesondere bei Gebrauch während des Durchbruchs der bleibenden Backenzähne, die in den ersten Jahren besonders kariesgefährdet sind. Praktisch für unterwegs oder für die Anwendung bei kleineren Kindern sind die inzwischen in großer Vielfalt erhältlichen xylithaltigen Süßwaren wie Bonbons oder Lutscher. Wenden Schwangere Xylit regelmäßig an, ist die Karieshäufigkeit ihrer Kinder noch Jahre nach der Geburt verringert, selbst wenn es dann nicht mehr eingenommen wird.

Fazit

Zahnpflege mit Xylit oder xylithaltigen Produkten wie Kaugummis sind kein Ersatz für regelmäßige und gründliche Zahnpflege, aber eine praktische und alltagstaugliche Möglichkeit, das Kariesrisiko deutlich zu reduzieren. Dies gilt insbesondere in Situationen, die andere Mundhygienemaßnahmen wie Zähneputzen nicht zulassen.



Library

Neues eBook „Kinderzahnheilkunde“

Das Ernährungsverhalten und die Pflege der Milchzähne nehmen bei der Entwicklung von Kindern eine zentrale Rolle ein. Um das Problem frühkindlicher Karies und deren Folgen rechtzeitig an der Wurzel zu packen, ist neben rechtzeitiger Prävention und der Aufklärung der Eltern auch das gesamte Praxisteam gefragt. Hilfestellung soll hier das neueste Mitglied in der Library, das eBook „Kinderzahnheilkunde“, auf ZWP online geben. Experten erläutern in der neuen Artikelsammlung hinreichend die zahnmedizinischen Aspekte der Kinderzahnheilkunde – aber auch die zentrale Funktion des Praxismanagements steht im Fokus des aktuellen eBooks. Neu ist zudem die Rubrik „News“.



Hier finden Interessierte aktuelle Nachrichten zum Thema Kids & Co. Die Newsseiten werden regelmäßig von einem Redaktionsteam aktualisiert. Wie gewohnt, kann das eBook mit einem Klick überall auf der Welt und zu jeder Zeit gelesen werden. Das Original-Layout der renommierten ZWP Zahnarzt Wirtschaft Praxis sowie eine realistische Blätterfunktion sorgen dabei für ein natürliches Leseverhalten. Benötigt werden lediglich ein Internetanschluss und ein aktueller Browser. Das eBook ist selbstverständlich auch in gedruckter Form als Print on Demand zum Preis von 22 EUR zzgl. MwSt. und versandkostenfrei in unserem Online-Shop unter www.oemus-shop.de erhältlich.

OEMUS MEDIA AG
Tel.: 0341 48474-0
www.oemus.com

Neue Studie

Durch Fluorid verlieren Kariesbakterien den Halt

Dass Fluorid für gesunde Zähne wichtig ist, lernt man heute schon im Kindergarten. Doch wie wirkt Fluorid genau? Prof. Dr. Stefan Zimmer, Sprecher der Informationsstelle für Kariesprophylaxe und Lehrstuhlinhaber für Zahnerhaltung und Präventive Zahnmedizin an der Universität Witten/Herdecke erklärt: „Um Karies vorzubeugen ist es wichtig, ausreichend Fluoride zuzuführen. So werden die Zähne in ihrer Widerstandsfähigkeit gestärkt. Fluorid ist ein wichtiger Baustein des Zahnschmelzes. Es hemmt die Bildung von Karies und repariert beginnende kariöse Stellen. Fluoride helfen Mineralstoffen, wie Kalzium und Phosphat, in die Zähne zu gelangen. Gleichzeitig verhindern sie, dass sich die Mineralstoffe aus dem Zahnschmelz herauslösen. So wirken sie einer Demineralisierung entgegen und machen den Zahnschmelz widerstandsfähig gegen Säuren. Eine neue Studie¹ der Universität des Saarlandes konnte zeigen, dass Fluorid darüber hinaus auch die Kraft beeinflusst, mit der sich Bakterien an Oberflächen anheften. Es zeigte sich, dass die untersuchten Mikroorganismen an den Oberflächen, die mit Fluorid behandelt wurden, nur halb so stark haften blieben wie an den unbehandelten Oberflächen. Fluoride kommen zwar in den meisten



Lebensmitteln vor, aber nur in geringen Mengen. Deshalb sollten den Zähnen zusätzlich Fluoride zugeführt werden. Neben der Anwendung von fluoridhaltiger Zahnpasta spielt auch das Kochen mit fluoridiertem Speisesalz eine wichtige Rolle für die Fluoridversorgung der Zähne. Es wirkt vor dem Verschlucken lokal durch den direkten Kontakt mit der Zahnoberfläche. Es erhöht die Fluoridkonzentration im Speichel und schützt so schon beim Essen vor Karies.“

Literatur:

1. Loskill et al.: *Reduced Adhesion of Oral Bacteria on Hydroxyapatite by Fluoride Treatment* Langmuir, 2013, 29 (18), pp 5528–5533 DOI: 10.1021/la4008558

Quelle: Informationsstelle für Kariesprophylaxe

Neuer Masterstudiengang

„Kinderzahnheilkunde“ an der Universität Greifswald studieren

Die Universität Greifswald eröffnete in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGK) einen Masterstudiengang „Kinderzahnheilkunde“. Der Studiengang soll Zahnärzte künftig dazu befähigen, Kinderstrukturierter und wissenschaftsbezogener zu behandeln, denn nur die Hälfte der kariösen Milchzähne in Deutschland ist gefüllt und damit gut versorgt.

Der Masterstudiengang wird berufsbegleitend studiert. Über einen Zeitraum von zwei Jahren finden fast monatlich Wochenendseminare zu allen Fragen der Kinderzahnheilkunde statt. Themen wie Wachstum und Entwicklung, allgemeinmedizinische Erkrankungen, Kindesvernachlässigung, Verhaltensführung, Prävention

und Therapie werden ausführlich behandelt. Die Studenten müssen dazu jeweils „Hausarbeitspakete“ vorbereiten. „Es ist uns gelungen, mit über 25 deutschen und internationalen Referenten an 13 Standorten in ganz Deutschland ein ausgesprochen attraktives und modernes Programm zusammenzustellen“, so Prof. Dr. Ulrich Schiffner, Fortbildungsreferent der DGK. Abgeschlossen wird mit einer Masterarbeit. Der jährlich angebotene Studiengang erfreut sich großer Nachfrage, da schon jetzt ausreichend Bewerbungen für 2014 vorliegen.

Quelle: Universität Greifswald, Abteilung für Präventive Zahnmedizin & Kinderzahnheilkunde

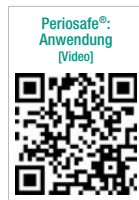
Parodontitis rechtzeitig erkennen

„Krankmacher Mund“



„Krankmacher Mund – Entzündungen können sogar zu einem Herzinfarkt führen“, titelte die Bild Zeitung am 2. August in der Gesundheitsrubrik. Der halbseitige Ratgeberbericht informierte mehr als zehn Millionen Leser über die Gefahren unerkannter Entzündungen im Mund und der häufig unterschätzten Parodontitis. Damit greift die Bild Zeitung die Bedeutung der oralen Früherkennung auf und vermittelt den Zusammenhang zwischen Parodontitis und chronischen Erkrankungen. Auch andere Medien wie die Gala und Zeitschriften für Apothekenkunden widmeten sich bereits dem Thema. Dabei stellten sie jeweils den neuen Selbsttest PerioSafe® vor. Er ist der erste aMMP-8 Enzymtest, mit dem sich nicht nur Patienten selber testen, sondern auch Zahnärzte und das Praxisteam die professionelle Zahnreinigung

sinnvoll ergänzen können. Zahnärzte kennen von Chairside-Schnelltests die frühe Signalwirkung des aktiven Enzyms Matrix-Metalloproteinase-8, kurz aMMP-8. Damit lässt sich gegenüber herkömmlichen Diagnostika wie Röntgen, Parodontalsonden oder Bakterientests frühzeitig der Kollagenabbau am Zahnhalteapparat anzeigen, bevor sichtbare Schäden auftreten. In der Profi-Variante als quantitativer Labortest erlaubt PerioSafe® auch die Auswertung nach der Behandlung als Erfolgskontrolle und ist als Monitoring für Parodontitispatienten geeignet. Der Selbsttest ähnelt in der Anwendung dem bekannten Chairside-Schnelltest, ist ebenfalls völlig schmerzfrei, und das Ergebnis liegt in nur zehn Minuten vor.



Mit PerioSafe® können Risikopatienten oder bereits wegen einer Parodontitis behandelte Patienten sowie deren Lebenspartner ergänzend zur ärztlichen Diagnostik erhöhte Werte des Schlüsselenzyms erstmals auch zu Hause, das heißt außerhalb der regelmäßigen Kontroll- und Recalluntersuchungen, feststellen. Dadurch werden die rechtzeitige Vorbeugung einer Parodontitis sowie im Bedarfsfall die regelmäßige Kontrolle sowie schnelle Behandlung durch den Zahnarzt oder Parodontologen unterstützt. Denn ein positives Ergebnis veranlasst Betroffene, sich direkt an den behandelnden Spezialisten zu wenden. Darüber hinaus erkennen die Patienten selbst den Behandlungsbedarf und treffen leichter die Entscheidung für Prävention oder Regenerationsmaßnahmen, die der behandelnde Zahnarzt aufzeigt und durchführt. Damit erkennen Praxen in der delegierbaren Leistung interdisziplinäre Patienten mit PA- oder Laserbehandlungsbedarf und positionieren sich in den Bereichen Prävention, Prophylaxe sowie Regeneration. Zahnärzte können folglich die Bereiche Laserzahnheilkunde und Implantologie intensivieren. Parodontologen oder parodontologisch tätige Zahnärzte, die den Test ihren Kunden anbieten, können sich als PerioSafe®-Partnerpraxis auf der Website www.periosafe.de oder telefonisch unter der Hotline 0203 9851773-0 registrieren lassen. Unter dieser Nummer können interessierte Praxen auch das neue PatienteninfoDisplay kostenpflichtig abrufen.

dentognostics GmbH
Tatzendpromenade 2
07745 Jena
Tel.: 03641 31058-0
info@dentognostics.de
www.mundgesundhheitstest.de



Kieferorthopädische Behandlungen

Nicht zu früh mit Zahnspangen beginnen

Wann der beste Zeitpunkt für den Beginn einer Korrektur von Zahn- und Kieferfehlstellungen bei Kindern ist, wurde im Rahmen der 42. Internationalen Kieferorthopädischen Tagung Anfang März diskutiert. Prof. Dr. Sabine Ruf,

Direktorin der Poliklinik für Kieferorthopädie an der Justus-Liebig-Universität in Gießen, erörterte eine in Österreich besonders häufige Fehlstellung: die Rücklage des Unterkiefers, von Laien meist als Vorbiss bezeichnet. „Umfassende wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass die Behandlung nicht zu früh begonnen werden sollte“, erklärte Ruf. In der Mehrzahl der Fälle liege der richtige Zeitpunkt für den Behandlungsstart kurz vor der Pubertät. Ruf: „Entscheidend ist nicht, ob noch Milchzähne oder schon alle bleibenden Zähne vorhanden sind. Der

wesentliche Faktor ist das Wachstumsstadium der Kinder bzw. Jugendlichen.“ Bei einem zu frühen Beginn würde die Behandlung nur länger dauern, die Ergebnisse seien aber nicht besser. „Kürzere Behandlungsdauer und niedrigere Kosten sind ein Hauptargument, auf den pubertären Wachstumsschub zu warten.“ Die international anerkannte Expertin präsentierte weiterhin wissenschaftliche Untersuchungen, die zeigen, dass ältere Kinder besser mitarbeiten als jüngere. Diese Feststellungen sind durch zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen untermauert.

Quelle: Verband Österreichischer Kieferorthopäden



Besondere Fürsorge für Babyzähne

Zahnfreundliche Kindertees mit Isomaltulose

Tee ist beliebt und nach Wasser das am häufigsten verwendete Getränk für Babys und Kleinkinder. Gerade Instant-Tees stehen bei vielen Eltern besonders hoch im Kurs: Sie sind schnell und einfach zubereitet. Grund genug für den Babynahrungs-Spezialisten HiPP, sein Instant-Tee-Sortiment zu überarbeiten und statt des üblichen Haushalts- oder Traubenzuckers zahnfremdliche Isomaltulose – ein natürliches Kohlenhydrat, das aus Zuckerrüben gewonnen wird – für Instant-Babytees einzusetzen. Nach international anerkannten wissenschaftlichen Testverfahren geprüft, wurde von unabhängigen zahnärztlichen Universitätsinstituten bestätigt, dass sie weder Karies noch Erosionsschäden an den Zähnen verursachen. Diese Eigenschaften garantiert das ZAHNMÄNNCHEN-Siegel, das von Toothfriendly International, der Dachorganisation der deutschen Aktion zahnfremdlich, verliehen wird. Im Gegensatz zum Haushalts- oder Traubenzucker, der üblicherweise für Instant-Tee eingesetzt wird, kann Isomaltulose von den Mundbakterien kaum zu zahnschädigenden Säuren abgebaut werden.

Wie die (Kinder-)Zahnärzte beobachtet auch Prof. Zimmer mit großer Sorge, dass bei manchen Kleinkindern die Kariesschäden zugenommen haben. „Nuckelflaschen, die mit zuckerhaltigen Getränken gefüllt sind und häufig zur Beruhigung von Kleinkindern eingesetzt werden, führen sehr schnell zu verheerenden Zahnschäden, die oft eine Behandlung in Vollnarkose erfordern.“

Quelle: Aktion zahnfremdlich e. V.



© Fotoksa

IDZ-Studie zur zahnärztlichen Behandlung von Kleinkindern

Prävention ist von Geburt an wichtig

Die Zunahme frühkindlicher Karies (ECC – Early Childhood Caries) ist ein zentrales Problem, obwohl die deutschen Zahnärzte in der Präventionsarbeit mit Kleinkindern gut aufgestellt



© Aidar

sind. Dies zeigt eine bundesweite Befragungsstudie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ). Neben der Fluoridierung setzen Zahnmediziner in erster Linie auf eine intensive Elternarbeit. Jedoch werden die Eltern nicht immer erreicht oder setzen zu oft wichtige Hinweise nicht richtig um. Die Zahnärzteschaft fordert daher den Gesetzgeber auf, die notwendigen Rahmen-

bedingungen für eine systematische Prävention frühkindlicher Karies bei 0- bis 3-jährigen Kindern zu schaffen. Die veröffentlichte IDZ-Studie „Erfahrungen, Probleme und Einschätzungen niedergelassener Zahnärzte bei der Behandlung jüngerer Kinder“ zeigt, dass 98,9 Prozent der befragten Zahnärzte Eltern über eine zahngesunde Ernährung aufklären. Zudem dokumentierten 85 Prozent die Ernährungsgewohnheiten von Kindern unter sechs Jahren. Dies ist eine wichtige Präventionsmaßnahme, denn eine ständige Kohlenhydratzufuhr gilt als ein Hauptrisikofaktor für frühkindliche Karies. Gleichzeitig geben mehr als 90 Prozent der Zahnärzte an, dass es Eltern oftmals schwerfällt, diese Hinweise zu Hause umzusetzen. Zudem möchten viele Eltern nicht auf die zahnschädigende Nuckelflasche für ihr Kind verzichten.

Die Zahnärzteschaft erarbeitet derzeit gemeinsam mit dem Deutschen Hebammenverband ein umfassendes Konzept, um die Versorgungslücke für die Jüngsten endlich zu schließen.

Quelle: Bundeszahnärztekammer



Wrigley Prophylaxe Preis 2014

Erstmals mit „Sonderpreis Praxis“

Die Gesundheitsinitiative Wrigley Oral Healthcare Program (WOHP) stiftet auch für 2014 wieder den mit 10.000 Euro dotierten Wrigley Prophylaxe Preis. Wissenschaftler und Praktiker, die sich mit der Prävention oraler Erkrankungen oder den Zusammenhängen zwischen Mund- und Allgemeingesundheit befassen, sind zur Bewerbung aufgerufen. Erstmals wird zusätzlich ein mit 2.000 Euro dotierter Sonderpreis „Niedergelassene Praxis und gesellschaftliches Engagement“ ausgelobt.

Der Wrigley Prophylaxe Preis ist eine in zahnmedizinischen Kreisen hoch angesehene Auszeichnung und steht traditionell unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ). Teilnahmeberechtigt sind angehende und approbierte Ärzte, Wissenschaftler und Akademiker aller Fachrichtungen – unabhängig davon, ob sie in der universitären Forschung, in der Praxis oder im öffentlichen Gesundheitswesen tätig sind. Verliehen wird die Auszeichnung für neue Erkenntnisse im Bereich der Forschung und der Umsetzung der zahnmedizinischen Prävention. Das Auswahlverfahren wird von einer unabhängigen Expertenjury geleitet, die sich aus Professoren der Zahnerhaltungskunde, dem Präsidenten der DGZ sowie einem Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen zusammensetzt.

Informationsflyer und Bewerbungsformulare mit Teilnahmebedingungen – auch zum „Sonderpreis Praxis“ – sind im Web unter www.wrigley-dental.de abrufbar oder bei kommed Dr. Bethcke, Fax: 089 33036403, info@kommed-bethcke.de erhältlich. Bewerbungen sind bis zum 1. März 2014 willkommen.

„Das Auswahlverfahren dient der Qualitätssicherung“

Der Countdown läuft – nur noch wenige Wochen, bis die *praxis*Hochschule für Gesundheit und Soziales in Köln im Oktober mit ihren neuen Studiengängen im Gesundheits- und Sozialwesen startet. Im Juni wurde bei 38 Grad schon schwer geschwitzt – die Bewerberinnen des Studiengangs Dentalhygiene und Präventionsmanagement mussten zum Auswahlverfahren antreten und nicht nur ihr Wissen, sondern auch ihr manuelles Geschick unter Beweis stellen.

Das Dentalhygiene Journal sprach mit Dr. Werner Birglechner, geschäftsführender Gesellschafter an der praxisHochschule, über den Ablauf des Auswahlverfahrens zum Studiengang „Dentalhygiene & Präventionsmanagement“.



Herr Dr. Birglechner, an der *praxis*Hochschule haben in Köln im Juni die ersten Auswahlverfahren für den Studiengang Dentalhygiene & Präventionsmanagement (B.Sc.) stattgefunden. Was ist das für ein Gefühl, zu sehen, wie eine Hochschule mehr und mehr zum Leben erwacht?

Die überwältigende Resonanz auf den Studiengang Dentalhygiene und Präventionsmanagement hat uns doch sehr überrascht. Dass nun das Projekt immer konkretere Formen annimmt, ist natürlich ein schönes Gefühl. Die Auswahlgespräche waren ja schon so etwas wie der offizielle Startschuss. Es ist der erste echte Kontakt mit den potenziellen Studenten.

Wie muss ich mir das Auswahlverfahren für einen Studiengang der Dentalhygiene vorstellen?

Das Auswahlverfahren besteht aus zwei Säulen und drei Teilen. Eine wesentliche Säule ist das ausführliche, individuelle Auswahlgespräch. Hier möchten wir die zukünftigen Studenten mit ihrer Motivation und grundsätzlichen Einstellung zum Lernen kennenlernen. Es geht im Gespräch nicht um eine mündliche Fachprüfung, sondern um die Persönlichkeit und die allgemeine Studierfähigkeit.

Die zweite Säule sind die Anrechnungsprüfungen. Dabei geht es um das fachliche Basiswissen einer ZFA. Diese Anrechnungsprüfung besteht aus einem schriftlichen und praktischen Teil und prüft gezielt wichtiges Basiswissen einer ZFA. Diese beiden Prüfungen sollen sicherstellen, dass wir auf einer fundierten fachlichen Basis mit dem Studienmodell in 24 Monaten starten können. Es dient vor allem der Qualitätssicherung.

Warum ist das persönliche Gespräch für Sie so wichtig?

Dentalhygiene ist ein anspruchsvoller Beruf, der neben manuellen Fähigkeiten vor allem auch eine gestandene Persönlichkeit und eine hohe Sozialkompetenz abverlangt. Im Studium fundamentale arbeiten wir gezielt an diesen Kompetenzen, die später im Umgang mit Patienten und Kollegen besonders gefordert sind. Diese sogenannten Schlüsselkompetenzen kann man erlernen, aber wir wollen im Auswahlgespräch auch die grundsätzliche Bereitschaft erkennen, diese Fähigkeiten erlernen zu wollen.

Das Studium Dentalhygiene & Präventionsmanagement kann berufsbegleitend und ausbildungsintegrierend studiert werden. Gibt es hierfür unterschiedliche Eignungstests?

Ja und Nein. Das Auswahlgespräch unterscheidet sich nicht zwischen den beiden Studiengängen. Alles, was wir dort versuchen, herauszufinden, möchten wir unabhängig vom Studienmodell bewerten. Die schriftliche und mündliche Prüfung unterscheidet sich aber ganz elementar. Für den berufsbegleitenden Studiengang möchten die Bewerber in der Mehrheit die auf 24 Monate verkürzte Variante studieren. Deshalb wird beim berufsbegleitenden Studiengang, für den sich vor allem ZFAs mit Berufserfahrung bewerben, auch ZFA-Basiswissen abgeprüft.

Für die ausbildungsintegrierende Variante haben wir Abiturienten/-innen als Bewerber, die ohne ZFA-Ausbildung an den Start gehen; vereinzelt auch ZFAs, die den Studiengang in der Regelstudienzeit von 36 Monaten absolvieren wollen. Hier können wir nur allgemeine Fragen stellen und durch geeignete Tests die manuelle Geschicklichkeit abprüfen. Durch die Kooperation mit der Careum Stiftung Zürich haben wir hier die Möglichkeit, von der Expertise der Dentalhygieneschule Zürich bei der Durchführung solcher Tests zu profitieren.

Angenommen beim schriftlichen und/oder praktischen Test zeigen sich Defizite auf. Gibt es dann dennoch Möglichkeiten, das Studium zu beginnen?

Die schriftliche und praktische Prüfung ist anspruchsvoll. Deshalb identifizieren wir recht schnell Defizite bei den manuellen oder theoretischen Grundlagen. Diese Defizite müssen vor Studienbeginn aufgearbeitet werden, sonst wird es im Studium schwierig, Schritt zu halten. Aber auch das ist machbar. Wir haben individuelle Vorbereitungskurse in Entwicklung, die potenziellen Studenten helfen, vorhandenen Defizite kompakt vor Studienbeginn aufzuarbeiten. Alternativ gibt es die Möglichkeit, auf das verkürzte Studienmodell zu verzichten und das Studium in der Regelstudienzeit von 36 Monaten zu absolvieren. Wir hatten aber auch Fälle, die sich dann für die bewährte Fortbildungsvariante entschieden haben – für diese Variante in den Räumlichkeiten der Universität Witten-Herdecke steht die Tür – auch im Oktober 2013 – immer offen.

Ein Erfahrungsbericht von Nina Welz

Endlich war es so weit – die heiß ersehnte Einladung zum Auswahlverfahren für den Bachelor-Studiengang „Dentalhygiene und Präventionsmanagement“ war in meinem Briefkasten. Vom 17. bis zum 21. Juni 2013 sollte in den Räumen der Hochschule die Eignungsprüfungswoche stattfinden. Von über 100 Teilnehmern durfte ich am Dienstag, dem 18. Juni 2013, antreten. Bei Ankunft in der Neusser Straße schlug mir das Herz schon bis zum Halse – doch trotz meiner Nervosität sollte ein guter und erfahrungsreicher Tag vor mir liegen. „Herzlich willkommen, liebe Frau Welz – und einen erfolgreichen Tag heute bei uns!“ Der zuvorkommende Empfang durch die Praxismanagerin an der Rezeption führte sofort dazu, dass ich mich ein wenig entspannte. In der modernen Lounge der Hochschule saßen schon die anderen Prüflinge und nippten trotz 38 Grad an ihrem Kaffee. Die Gespräche mit den anderen halfen, die letzte Nervosität zu lindern – und dann ging es los. Nach einer kurzen Vorstellungsrunde seitens des Praxis- und Hochschulteams hieß es: „Hoch die Stifte!“ für den schriftlichen Teil. 60 Multiple-Choice-Fragen mit manch tückischen Fragen mussten wir beantworten. Nach 60 Minuten war auch schon wieder alles vorbei. Auf die theoretische Prüfung folgte noch ein praktischer Teil. Die berufserfahrenen Anwärterinnen mussten in einer begrenzten Zeit mit Scalern und Küretten ihre manuellen Fähigkeiten an einem Modell am Phantom nachweisen. Die Abiturientinnen, die sich für das ausbildungsintegrierende Studium beworben hatten, mussten in einer begrenzten Zeit ein Objekt aus Knete modellieren. Der dritte und letzte Teil der Eignungsprüfung bestand aus einem persönlichen Gespräch: „Frau Welz, was hat Sie denn motiviert, sich bei uns zu bewerben?“, „Was glauben Sie, was Sie in den nächsten Jahren bei uns an der *praxis*Hochschule erwartet?“ Diese und viele andere Fragen waren eine tolle Möglichkeit, das Hochschulteam schon näher kennenzulernen.

Jetzt heißt es abwarten und Daumen drücken, und ich hoffe, dass ich spätestens im Oktober die *praxis*Hochschule als frischgebackenes Erstsemester betreten darf.

Aus der Praxis – für die Praxis: Kinderprophylaxe

Karen Friedt, Dipl. DH HF, und Kristina Schmidt, MPH, RDH, BSc, beide Dentalhygienikerinnen am zahnärztlichen *prophylaxe*Zentrum der *praxis*Hochschule für Gesundheit und Soziales in Köln, diskutieren die Bedeutung von Prophylaxemaßnahmen für Kinder.

Für eine lebenslange Mundgesundheit ist es zwingend notwendig, schon im frühkindlichen Alter mit Prophylaxemaßnahmen zu beginnen. Eine regelmäßige zahnärztliche Kontrolle ist ein wichtiger Bestandteil der allgemeinen Gesundheit. Die wiederkehrende prophylaktische Instruktion und Motivation sowie dentale und parodontale Früherkennungsmaßnahmen sind hierfür wichtige Voraussetzungen.

Laut der Vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV) 2006 ist ein deutlicher Rückgang der Karies zu verzeichnen. 70,1 Prozent der Kinder haben ein vollständiges Gebiss, welches frei von kariösen Läsionen und Füllungen ist. In der Dritten DMS 1997 wurden bei 12-jährigen Kindern durchschnittlich 1,7 Zähne als kariös befundet, während die DMS IV nur noch 0,7 Zähne mit Karieserfahrung dokumentiert. Die Ursachen für diesen Erfolg lassen sich auf die häufige Verwendung fluoridhaltiger Zahnpasten, regelmäßige zahnärztliche Untersuchungen, Fissurenversiegelungen und die Gruppenprophylaxe zurückführen (Institut der Deutschen Zahnärzte, 2006).

Findet keine Prävention statt, besteht die Gefahr, dass bereits vorhandene Läsionen zu spät oder nicht erkannt werden. Die Folgen unbehandelter Karies sind vielfältig und haben einen entscheidenden Einfluss auf den gesamten Gesundheitszustand und die Lebensqualität. Für Kinder kann dies erhebliche soziale und entwicklungsbedingte Nachteile mit sich bringen, darunter die Entwicklung der Sprache, das Kieferwachstum, Fehlstellungen im bleibenden Gebiss und natürlich die Ästhetik. Längerfristig entstehen den Eltern durch die verpasste Prävention hohe Kosten für Füllungen, Extraktionen, kieferorthopädische Therapien oder Logopädie. Die zeitaufwendigen Behandlungen führen zudem zu unnötigen Versäumnissen in der Schule und am Arbeitsplatz (Colak et al., 2013).

Kariesrisikofaktoren

Die Aufklärung der Eltern und der Kinder über sämtliche Risikofaktoren, welche zur Entstehung von Karies und anderen Erkrankungen in der Mundhöhle führen, müssen ein fester Bestandteil der Vorsorgeuntersuchungen sein (Ramos-Gomez & Ng, 2011).

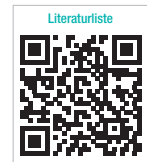
Das Risiko, neue kariöse Läsionen zu entwickeln, kann durch die individuellen mikrobiologischen Gegebenheiten, die Ernährung, individuelle Mundhygiene- und Fluoridierungsmaßnahmen, den sozioökonomischen Status und das individuelle Verhalten beeinflusst werden (Colak et al., 2013; American Academy of Pediatric Dentistry, 2013).

Kurz nach der Geburt wird die zunächst keimfreie Mundhöhle mit Bakterien besiedelt. Es ist möglich, dass die Mutter beispielsweise durch Küssen, über den Schnuller oder auch durch das Ablecken des Breilöffels Karies verursachende Bakterien überträgt. So ist es tatsächlich die Mutter, die am häufigsten genau diese Bakterien an ihr Kind weitergibt (Marsh, 2006; Ramos-Gomez & Ng, 2011).

Kariesbakterien, *Streptococcus mutans* und *Lactobacillus* sind in der Lage, aus fermentierbaren Kohlehydraten Säure zu produzieren. Diese Säure führt zur Demineralisierung der Zahnhartsubstanz bzw. zu Karies (Colak et al., 2013; Marsh, 2006). Bakterien haben die Eigenschaft, sich über Rezeptoren am Zahn anzuheften und sich in einem Biofilm zu strukturieren. Durch die Organisation der Bakterien im Biofilm und das Freisetzen ihrer Stoffwechselprodukte werden auch die entzündlichen Mechanismen der Gingivitis ausgelöst (Marsh, 2006).

Süßgetränke spielen bei der Entwicklung der Karies eine wesentliche Rolle. Kleinkinder, die häufig und lange an Flaschen mit zuckerhaltigen Getränken nuckeln, haben ein hohes Risiko, ein „nursing bottle syndrome“ zu

entwickeln. Dieses Verhalten ist nachts noch riskanter, da während der Ruhephase der Speichelfluss und somit die natürliche Reinigung und Pufferfunktionen reduziert sind. Die Demineralisationsvorgänge können nun noch schneller voranschreiten. Personen, die häufiger über den Tag verteilt Zucker zu sich nehmen, können auch mehr kariöse Läsionen entwickeln als Personen mit niedrigem Zuckerkonsum (Colak et al., 2013; Marsh, 2006).



Eine zu niedrige Fluorideinnahme durch lokale und systemische Quellen kann die Zahnhartsubstanz schwächen. Fluorid kann nur zur Remineralisation von bereits vorhandenen initialen Läsionen beitragen (American Academy of Pediatric Dentistry, 2013).

Eine Assoziation mit frühkindlicher Karies findet man bei Kindern mit niedrigem sozioökonomischem Status, eingeschlossen Kinder aus ethnischen Minderheiten, die in Armut leben und von alleinerziehenden Müttern erzogen werden, ebenso wie aus Familien mit niedrigem Bildungsniveau oder Analphabeten. Häufig wird den Kindern ein kariesförderndes Ernährungsverhalten vorgelebt (Colak et al., 2013) oder die Wichtigkeit der Mundgesundheit und der regelmäßigen Besuche in einer Zahnarztpraxis wird nicht erkannt (Ramos-Gomez & Ng, 2011).

Eine Risikobewertung dentaler und parodontaler Erkrankungen hilft bei der Prävention und vermeidet unnötige größere Behandlungen. Die Behandlungsplanungen und die Frequenz der präventiven und restaurativen Maßnahmen können somit individueller gestaltet werden (American Academy of Pediatric Dentistry, 2013).

Die genannten Erkenntnisse betonen, wie wichtig es ist, die Bevölkerung über Kariesrisiken, Selbstmaßnahmen und präventive Angebote aus der Zahnarztpraxis zu informieren. Somit erhält jeder Patient die Möglichkeit vorzubeugen.

Professionelle und individuelle Maßnahmen

Bei der eingehenden zahnärztlichen Untersuchung und Befunderhebung werden die Kariesrisikofaktoren festgestellt, der Pflegezustand geprüft und kariöse Läsionen und andere Erkrankungen der Mundhöhle diagnostiziert (Ramos-Gomez & Ng, 2011).

Ein Plaqueindex kann ein eindrückliches Motivationsmittel für Kind und Eltern sein. Problemstellen in der Mundhygiene können gezielt besprochen werden, um den Biofilm effektiv zu entfernen. Dabei werden die indizierten Putztechniken instruiert, die richtigen Interdentalhilfsmittel angepasst und geeignete Fluoridprogramme erstellt. Es ist besonders wichtig, den Kindern zu vermitteln, dass sie Teil der Behandlung sind und selbst Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen müssen, um Karies und Gingivitis zu vermeiden.

Kleinkinder können noch nicht selbst entscheiden, welches Ernährungsverhalten zahngesund ist. Daher sollten die Eltern über kariogene Nahrungsmittel und Getränke sowie versteckte Zucker informiert werden. Es muss deutlich gemacht werden, dass bei häufigem Zuckerkonsum auch häufig saure pH-Werte in der Mundhöhle bestehen, welche die Demineralisation der Zähne fördern.

Ein nützliches zusätzliches Diagnosemittel, welches zu Beginn der Behandlung durchgeführt werden sollte, ist der Speicheltest. Er ermittelt das Vorhandensein von Karies verursachenden Bakterien und die Pufferkapazität des Speichels. Dies erlaubt Rückschlüsse auf das Kariesrisiko. Nach der Befunderhebung und der Mundhygieneinstruktion erfolgt eine professionelle Reinigung und Politur, um Plaque und Zahnstein vollständig von den Zähnen zu entfernen. Abschließend findet eine Fluoridierung und eventuell eine Fissurenversiegelung statt. Je nach Risiko wird der individuelle Recallintervall festgelegt (Ramos-Gomez & Ng, 2011).

Wenn die oben erwähnten präventiven Maßnahmen für Kinder Teil des Behandlungskonzeptes in der zahnärztlichen Praxis sind, kann die lebenslange allgemeine Gesundheit und Lebensqualität gefördert werden.

KONTAKT

*prophylaxe*Zentrum
der *praxis*Hochschule
für Gesundheit und Soziales



Neusser Str. 99
50670 Köln
Tel.: 0221 5000330-0
E-Mail: info@prophylaxezentrum.de
www.prophylaxezentrum.de



Die vollständige Literaturliste kann beim Autor angefordert werden.

Kongresse, Kurse und Symposien

Datum	Ort	Veranstaltung	Info/Anmeldung
14. 09. 2013 20. 09. 2013	Leipzig München	Ausbildung zur QM-Beauftragten	Tel.: 0341 48474-308 Fax: 0341 48474-390 www.zwp-online.info/events
14. 09. 2013 20. 09. 2013	Leipzig München	Seminar zur Hygienebeauftragten	Tel.: 0341 48474-308 Fax: 0341 48474-390 www.zwp-online.info/events
13./14. 09. 2013	Leipzig	10. Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin	Tel.: 0341 48474-308 Fax: 0341 48474-390 www.zwp-online.info/events
04./05. 10. 2013	Berlin	DENTALHYGIENE START UP 2013	Tel.: 0341 48474-308 Fax: 0341 48474-390 www.zwp-online.info/events
24.–26. 10. 2013	München	54. Bayerischer Zahnärztetag	Tel.: 0341 48474-308 Fax: 0341 48474-390 www.zwp-online.info/events
08./09. 11. 2013	Frankfurt am Main	id mitte – infotage dental-fachhandel Frankfurt	CCC Creative Communications Concepts Tel.: 0221 931813-0 Fax: 0221 931813-80

Dentalhygiene Journal

Zeitschrift für Parodontologie und präventive Zahnheilkunde

Impressum

Verleger: Torsten R. Oemus

Verlag:

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig
Tel. 0341 48474-0
Fax 0341 48474-290
kontakt@oemus-media.de
www.oemus.com

Deutsche Bank AG Leipzig
BLZ 860 700 00 · Kto. 150 150 100

Verlagsleitung:

Ingolf Döbbbecke · Tel. 0341 48474-0
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner (V.i.S.d.P.) · Tel. 0341 48474-0
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller · Tel. 0341 48474-0

Chefredaktion:

Prof. Dr. Dr. h.c. Andrej M. Kielbassa
Zentrum für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie
University of Dental Medicine and Oral Health
Danube Private University (DPU)
Steiner Landstraße 124
3500 Krems, Österreich
Tel. +43 2732 70478, Fax +43 2732 70478-7060
andrej.kielbassa@dp-uni.ac.at

Redaktion:

Georg Isbaner · Tel. 0341 48474-123
Carla Senf · Tel. 0341 48474-335

Herstellung:

Sandra Ehnert · Tel. 0341 48474-119

Korrektorat:

Ingrid Motschmann, Frank Sperling · Tel. 0341 48474-125

Druck:

Silber Druck oHG, Am Waldstrauch 1, 34266 Niestetal

Erscheinungsweise:

Das Dentalhygiene Journal – Zeitschrift für Parodontologie und präventive Zahnheilkunde – erscheint 2013 mit 4 Ausgaben. Es gelten die AGB.

Verlags- und Urheberrecht:

Die Zeitschrift und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlegers und Herausgebers unzulässig und strafbar. Dies gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlages. Bei Einsendungen an die Redaktion wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Mit Einsendung des Manuskriptes gehen das Recht zur Veröffentlichung als auch die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten in deutscher oder fremder Sprache, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken und Fotokopien an den Verlag über. Die Redaktion behält sich vor, eingesandte Beiträge auf Formfehler und fachliche Maßgeblichkeiten zu sichten und gegebenenfalls zu berichtigen. Für unverlangt eingesandte Bücher und Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden. Mit anderen als den redaktionseigenen Signa oder mit Verfassernamen gekennzeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wieder, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Verfasser dieses Beitrages trägt die Verantwortung. Gekennzeichnete Sonderteile und Anzeigen befinden sich außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Für Verbands-, Unternehmens- und Marktinformationen kann keine Gewähr übernommen werden. Eine Haftung für Folgen aus unrichtigen oder fehlerhaften Darstellungen wird in jedem Falle ausgeschlossen. Gerichtsstand ist Leipzig.

Grafik/Layout: Copyright OEMUS MEDIA AG





|| Frischer Wind für Praxis und Labor

OEMUS MEDIA AG – Die Informationsplattform der Dentalbranche.

Vielseitig, kompetent, unverzichtbar.

Bestellung auch online möglich unter:
www.oemus.com/abo



|| Bestellformular

ABO-SERVICE | Per Post oder per Fax versenden!

Andreas Grasse | Tel.: 0341 48474-200

Fax: 0341 48474-290

OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29
04229 Leipzig

Ja, ich möchte die Informationsvorteile nutzen und sichere mir folgende Journale bequem im preisgünstigen Abonnement:

Zeitschrift	jährliche Erscheinung	Preis
<input type="checkbox"/> Implantologie Journal	8-mal	88,00 €* 44,00 €* 44,00 €* 44,00 €* 44,00 €*
<input type="checkbox"/> Dentalhygiene Journal	4-mal	
<input type="checkbox"/> Oralchirurgie Journal	4-mal	
<input type="checkbox"/> Laser Journal	4-mal	
<input type="checkbox"/> Endodontie Journal	4-mal	

* Alle Preise verstehen sich inkl. MwSt. und Versandkosten (Preise für Ausland auf Anfrage).

Name, Vorname

Straße/PLZ/Ort

Telefon/E-Mail

Unterschrift

Ich bezahle per Rechnung.

Ich bezahle per Bankeinzug.
(bei Bankeinzug 2 % Skonto)

Widerrufsbelehrung: Den Auftrag kann ich ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen ab Bestellung bei der OEMUS MEDIA AG, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Absendung genügt. Das Abonnement verlängert sich automatisch um 1 Jahr, wenn es nicht fristgemäß spätestens 6 Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird.

Datum/Unterschrift

LISTERINE® ZERO™

Entschärft im Geschmack.
Stark in der Wirkung.



LISTERINE® ZERO™

- Weniger intensiv im Geschmack
- Ohne Alkohol
- Mit hohem Fluoridgehalt 220 ppm (0,05 % NaF)
- Listerine® Zero™ vereint die antibakterielle Effektivität der ätherischen Öle in neuer Formulierung.

