

DENTALHYGIENE JOURNAL



I Spezial

Prophylaxe der Periimplantitis –
ein systematischer Überblick – Teil 1

I Fachbeitrag

Best Ager in der Praxis | Hygiene in Zahnarztpraxen

I Anwenderbericht

Fluoridlacke für die Kariesprävention

I Praxismanagement

Service und Chancen in der Prophylaxe

I Psychologie

Praktische Übungen zum Überwinden psychologischer Hürden
in der Zahnarztpraxis

I Events

Parodontitistherapie im Alter – „Notwendig vs. machbar“

Diagnostik in der Karies- und Parodontitisprophylaxe



EMS⁺

**ORIGINAL AIR-FLOW[®] PULVER
SUB- UND SUPRAGINGIVAL
→ DAS PLUS IN PROPHYLAXE**



EMS-SWISSQUALITY.COM

AIR-FLOW[®] ist eine Marke von EMS Electro Medical Systems SA, Schweiz

EDITORIAL

Diagnostik in der Karies- und Parodontitisprophylaxe

Der heutige Lifestyle stellt hohe Anforderungen an unsere Zähne und unser Lächeln. Nicht nur gesund sollen sie sein, sondern auch weiß, gerade und schön anzusehen. Schaut man in die Regenbogenpresse, so scheinen wir nur von Menschen mit schönen und gesunden Zähnen umgeben zu sein, und man befürchtet, dass dentale Erkrankungen langsam „aussterben“. Aber ein Blick in deutsche Zahnarztpraxen und Zahnkliniken sowie auf die Deutsche Mundgesundheitsstudie (2005) zeigen uns: Während Karies immer seltener wird und einen hohen Sanierungsgrad aufweist, sind parodontale Erkrankungen auf dem Vormarsch. Es besteht also ein enorm großer Handlungsbedarf bezüglich Prophylaxe, Diagnose und Therapie von Parodontalerkrankungen.

Eine umfassende zahnärztliche Diagnostik ist die Grundlage für eine langfristige Gesunderhaltung des Patienten. Hierbei sind sowohl die karies- als auch parodontal-relevanten Risikofaktoren sowie Befunde des Patienten sorgfältig zu erfassen und zu bewerten.

Immer wieder bekomme ich zu hören: „Dieser Schreibkram ist doch unnötig und nimmt mir die Zeit für ‚echte Behandlung‘ an meinem Patienten.“ Hier möchte ich wichtige Argumente entgegenstellen:

1. Entzündliche parodontale Erkrankungen werden vom Patienten in ihrem Ausmaß lange Zeit nicht erkannt. Erst Zahnlockerungen oder Abszesse werden wahrgenommen – dann, wenn schon wichtige Strukturen des Zahnhalteapparats verloren sind und – wenn überhaupt – nur mit großem Aufwand zurückgewonnen werden können. Hier ist es eminent wichtig, dass das Praxisteam (also Zahnarzt/Zahnärztin in Zusammenarbeit mit der Prophylaxeskraft) bei regelmäßigen Untersuchungen gezielt nach ersten Anzeichen parodontaler Erkrankungen sucht. Objektive und reproduzierbare Parameter helfen hier, auch Prozesse über mehrere Untersuchungen zu verfolgen.
2. In den letzten Jahren wurden mehr und mehr Wechselwirkungen und potenzielle negative Auswirkungen eines chronisch entzündeten Parodonts auf den allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten sowie umgekehrt Wirkungen von Systemerkrankungen auf die Mundhöhle nachgewiesen. Der langfristige Erhalt parodontaler Gesundheit bedeutet damit auch Erhaltung der allgemeinen Gesundheit. Hierzu muss die Anamnese des Patienten immer wieder überprüft und ggf. Kontakt mit dem behandelnden Internisten aufgenommen werden.
3. Das zahnärztliche Team hat gegenüber Ärzten die wohl einmalige Chance, regelmäßig dem Patienten in die Mundhöhle zu schauen und damit nicht nur dentale Probleme, sondern Manifestationen von allgemeinen Erkrankungen (wie z. B. Lichenoide Veränderungen) oder auch orale Tumoren zu sehen. Diese Chance sollte genutzt werden.

Auch in Zukunft sind sowohl Wissenschaftler als auch Praktiker gefordert, sorgfältige Diagnostik zu betreiben und zu dokumentieren, um frühzeitig intervenieren zu können. Die Zeit, die hier investiert wird, macht sich in der nachfolgenden Therapie und Nachsorge immer bezahlt – denn sie ist die Grundlage für eine langfristige Mundgesundheit.



Infos zum Autor

In diesem Sinne grüße ich alle Leser,

Ihre Nicole Arweiler

Prof. Dr. N. Arweiler, Abt. Parodontologie, UKGM, Philipps-Uni Marburg

INHALT



Editorial

- 3 **Diagnostik in der Karies- und Parodontitisprophylaxe**
Prof. Dr. Nicole Arweiler

Spezial

- 6 **Prophylaxe der Periimplantitis – ein systematischer Überblick – Teil 1**
Dr. Klaus-Dieter Bastendorf,
Axel Bartsch

Fachbeitrag

- 16 **Best Ager in der Praxis**
Christa Maurer
- 20 **Hygiene in Zahnarztpraxen**
Dr. Hendrik Schlegel

Anwenderbericht

- 26 **Fluoridlacke für die Kariesprävention**
Dr. Gabriele David
- 28 **Schmerzempfindliche Zähne nach PAR-Erkrankung**
Dr. Martin Fuchs

Praxismanagement

- 30 **Service und Chancen in der Prophylaxe**
Nadja Alin Jung, Michaela Maier

Psychologie

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

Interview

- 40 **„Ich habe nach Alternativen gesucht – und Aloe vera gefunden“**

Events

- 42 **Parodontitistherapie im Alter – „Notwendig vs. machbar“**

Herstellerinformationen

Tipp

News

Kongresse, Impressum



We care for healthy smiles

Stark für Implantate

Professionelle Implantatpflege leicht gemacht



TePe Bridge
& Implant Floss

NEU

TePe. Das Original.

www.tepe.com

Prophylaxe der Periimplantitis – ein systematischer Überblick – Teil 1

Die Versorgung mit Zahnimplantaten ist bei Standardindikationen inzwischen durch eine hohe klinische Verlässlichkeit und Vorhersagbarkeit gekennzeichnet. Vor allem dann, wenn Risikofaktoren, die die Entstehung einer Periimplantitis begünstigen, bereits vor der Insertion berücksichtigt oder ausgeschlossen werden. Folgender Beitrag gibt einen systematischen Überblick zur Periimplantitisprophylaxe.

Dr. Klaus-Dieter Bastendorf, Axel Bartsch

■ Obwohl Standardindikationen und Risikoabschätzungen immer besser definiert wurden, sind dennoch in den letzten Jahren immer mehr wissenschaftliche Arbeiten zum Thema periimplantäre Mukositis und Periimplantitis veröffentlicht worden. So ist es nicht verwunderlich, dass die Europerio 7 in Wien 2012 das Thema der Therapie der periimplantären Mukositis und Periimplantitis in den Fokus des größten Kongresses für Parodontologie und Implantologie gestellt hat.

Die Autoren Roos-Jansaker, Lindahl, Renvert und Renvert (2006) zeigten, dass nach 9–14 Jahren bei 48 % der Implantate eine periimplantäre Mukositis und bei 6,6 % der Implantate bzw. 16 % der Patienten eine Periimplantitis festgestellt werden konnte.

Biologische oder technische Komplikationen während der funktionellen Belastungsphase lassen sich aufgrund der großen Komplexität der Implantatinsertion und der prothetischen Versorgungen häufig nicht vermeiden. Anatomische Strukturen, bakterielle Infektionen, funktionelle Überbelastung, das Fehlen keratinisierter Gingiva und weiterer Risikofaktoren, wie Allgemeinerkrankungen und Rauchen, werden diskutiert.

Die plaqueassoziierte bakterielle Infektion gilt heute als größte biologische Risikoquelle für primär osseointegrierte Implantate und kann durch eine Entzündung der Weichgewebe einen Knochenverlust auslösen (Esposito et al. 1999, Leonhardt et al. 1999, Tonetti 1999, Rutar et al. 2001, Berglundh et al. 2002, Hultin et al. 2002).

Die rasante Zunahme an inserierten Implantaten lässt erwarten, dass die absoluten Zahlen biofilmassoziiertes Entzündungszustände des periimplantären Gewebes künftig weiter zunehmen.

Die Vorträge der Europerio 7 in Wien 2012 zum Thema periimplantäre Mukositis und Periimplantitis waren dominiert vom Thema Ursachen und Therapien der periimplantären Mukositis und Periimplantitis. Es wurde deutlich sichtbar, dass es an Basiswissen über eine systematische Implantatprophylaxe fehlt, die bereits vor der Insertion der Implantate einsetzt und als lebenslange begleitende Therapie nach der Insertion und der prothetischen Versorgung fortgesetzt wird.

Ziel der vorliegenden Übersichtsarbeit ist es, den verfügbaren aktuellen Wissensstand zu den Voraussetzungen und Möglichkeiten einer Periimplantitisprophylaxe zusammenzustellen. Dabei finden primär-, sekundär- und tertiärpräventive Aspekte Berücksichtigung. Zu den pri-

märpräventiven Maßnahmen, welche bereits vor dem Entstehen einer periimplantären Entzündung einsetzen, zählen die Sicherstellung einer allgemein guten Mundgesundheit sowie die akkurate Planung der Implantation. Sekundäre Vorsorgemaßnahmen erfolgen im Frühstadium einer Periimplantitis und zielen darauf ab, pathologische Veränderungen des periimplantären Gewebes bereits im Entstehen zu erkennen, um sie möglichst effektiv bekämpfen zu können. Dazu muss der Patient eine adäquate Mundhygieneinstruktion erhalten, die sich an der individuellen Situation orientiert und morphologische Aspekte ebenso berücksichtigt wie die manuelle Geschicklichkeit des Patienten. Durch ein institutionalisiertes strukturiertes Recallsystem wird eine risikoorientierte, regelmäßige, systematische, professionelle Implantatreinigung gewährleistet. Hat sich eine periimplantäre Erkrankung bereits manifestiert, dient diese als tertiärpräventive Maßnahme vor allem der Verhinderung von Rezidiven und Neuinfektionen. Antiinflammatorische und chirurgische Therapieverfahren können an dieser Stelle außer Acht bleiben, da hierzu bereits gute einschlägige Überblicksarbeiten existieren.

Implantat und Periimplantitis – die Definition und Epidemiologie

Pathologische Veränderungen, die das implantatumgebende Gewebe betreffen, werden als periimplantäre Erkrankungen bezeichnet. Es wird zwischen der periimplantären Mukositis und der Periimplantitis unterschieden.

Unter funktioneller Belastung auftretende bakterielle Infektionen mit Infiltration der Weichgewebe können in einem ersten Schritt zu einer begrenzten Entzündungsreaktion der periimplantären Weichgewebe, einer periimplantären Mukositis führen. Sie zeichnet sich klinisch durch das Vorhandensein von Plaque und Bluten auf Sondieren aus, jedoch besteht kein Knochenverlust (Albrektsson und Isidor 1994). Eine Mukositis ist grundsätzlich stets reversibel, da sich durch entsprechende Entfernung der am Implantat anhaftenden Beläge im Idealfall eine vollständige Ausheilung erreichen lässt (Koeck und Wagner 2004). Schreitet die entzündliche Erkrankung jedoch fort, entsteht das Krankheitsbild der Periimplantitis. Sie ist definiert als ein entzündlicher Prozess, der das periimplantäre Gewebe von osseointegrierten und in

Prophy-Mate neo

PULVERSTRAHL-INSTRUMENT



Prophy-Mate neo vereint elegante Form und höchste Funktionalität für spielend leichte Anwendung. Durch seine hervorragende Gewichtsbalance und die leichte, kompakte Pulverkammer lässt sich Prophy-Mate neo bequem halten und dank ausgeklügelter Technologie selbst bei hohem Luftdruck um 360° drehen.

Die mühelose, unkomplizierte Inbetriebnahme durch einfaches Aufsetzen auf die Turbinenkupplung verkürzt den Zeitaufwand für die Entfernung von Plaque und Verfärbungen. Düsen mit einer Abwinklung von 60° und 80° sind im Paket enthalten.



Anwendungen

- Entfernen von Plaque und Verfärbungen
- Reinigung
- Vorbereiten von Schmelz, Dentin und Keramik vor dem Bonding
- Vorbereiten von Fissurenversiegelungen

Vorteile

- Ergonomische Handhabung
- Effiziente Zahnreinigung
- Robust und zuverlässig
- Einfacher Betrieb
- Einfache Wartung
- Schnelle Verbindung mit den gängigen Turbinenkupplungen
- Freie Wahl zwischen Düsen mit 60° und 80° Abwinklung

SPARPAKET

Prophy-Mate neo
+ 2. Handstück
+ FLASH pearl
(4 x 300-g-Flaschen)

849€*

Sparen Sie
359€

Funktion stehenden Implantaten betrifft und in einer zusätzlichen progredienten, meist kraterförmigen Destruktion des Alveolarknochens sowie Taschentiefen von mehr als 4 mm resultiert (Albrektsson und Isidor 1994). Wie systematische Übersichtsarbeiten belegen, variieren die vorliegenden Daten zur Prävalenz periimplantärer Entzündungen erheblich (Lindhe et al. 2008, Zitzmann et al. 2008, Bories et al. 2011). So zeigen neuere, umfangreiche Studien, dass nach Implantatliegezeiten von fünf Jahren oder mehr periimplantäre Mukositis bei 38–80 % und Periimplantitiden bei 17–56 % der untersuchten Patienten auftreten (Roos-Jansaker et al. 2006a, Renvert et al. 2007, Zitzmann und Berglundh 2008, Koldslund et al. 2010, Marrone et al. 2012, Pjetursson et al. 2012). Die großen Unterschiede der Angaben sind wesentlich auch dadurch bedingt, dass eine verbindliche Klassifikation der Schweregrade periimplantärer Entzündungen bislang fehlt (Froum und Rosen 2012). Mit der erheblichen Zunahme der inserierten Implantate kann erwartet werden, dass auch die Prävalenz periimplantärer Entzündungen zunehmen wird.

Die Strukturbiologie und Anatomie

Die Besiedlung durch Mikroorganismen der Mundhöhle vollzieht sich an Implantatoberflächen nach dem gleichen Muster wie an natürlichen Zähnen, nämlich durch eine Translokation bakterieller Keime aus den ökologischen Nischen der Mundhöhle und dem supra- und subgingivalen Milieu der vorhandenen Dentition (Heasman et al. 2002, Klinge et al. 2002). Pathogene Spezies, die dem parodontitistypischen Spektrum entsprechen, binden an das Pellikel aus Komponenten des Speichels und der Sulkusflüssigkeit. Insgesamt zeigt das Keimpektrum bei Implantatmisserfolgen und periimplantären Entzündungen eine ähnliche Zusammensetzung, wie sie von Formen der fortgeschrittenen parodontalen Destruktion bekannt ist. Dabei zeigen subgingivale Plaqueproben aus Taschen mit Periimplantitis eine differenziertere Keimansammlung als im gesunden periimplantären Sulkus (Mombelli und Lang 1998).

Die Wirts- und Umweltbedingungen beim Implantat weisen deutliche Unterschiede zum natürlichen Zahn auf. Sie betreffen den Aufbau des Zahnhalteapparates und des periimplantären Lagergewebes (Meyer et al. 2012). Das Parodont stellt ein funktionelles Verankerungssystem dar, bei dem Wurzelzement und Alveolarknochen durch desmodontale Fasern innerhalb des Parodontalspaltes verbunden sind. Andererseits bildet die Weichgewebsmanschette aus epithelialen und bindegewebigen Anteilen eine mechanische Barriere zur bakteriell besiedelten Mundhöhle und schützt den knöchernen Komplex. Im Gegensatz zur elastischen, desmodontalen Verbindung zwischen Zahn und Knochen besteht beim osseointegrierten Implantat eine direkte, ankylotische Verbindung zur Knochensubstanz. Während der Wundheilung nach einer Implantatinsertion erfolgt eine Interaktion zwischen dem Titandioxid der Implantat- oder Abutmentoberfläche und der Epithel-

Bindegewebsgrenzschicht (Berglundh et al. 1991, 2007, Listgarten et al. 1991, 1992). Periimplantär entsteht eine Schleimhautmanschette, die einem narbigen, kollagenreichen Bindegewebe entspricht und im Gegensatz zum Parodont keine Blutzufuhr aus dem Desmodont erhält. Infolge ihrer lokal verminderten immunologischen Kompetenz ist die Weichteilbarriere weniger bakteriendicht (Berglundh et al. 1991, 1994). Da die Abwehrreaktionen des Knochens langsamer als beim gingivalen Weichgewebe ablaufen, können entzündliche Prozesse schneller und weiterapikalwärts vordringen (Berglundh et al. 1991, 1994).

Die ätiologischen Faktoren und Bedingungen

Die Pathogenese der Periimplantitis wird heute als multifaktoriell betrachtet. Wie bei Parodontopathien gelten mikrobielle Ursachen auch für die Entstehung und das Fortschreiten der Periimplantitis als primär verantwortlich. Bereits beim Inserieren des Implantates werden die Innenräume mit Keimen der Mundhöhle kontaminiert. Das Keimwachstum beginnt sofort nach Eindrehen der Verschlusschraube.

Implantatfaktoren

Eine Reihe von Studien legt nahe, dass Implantatfaktoren, also Besonderheiten des jeweiligen Implantattyps wie die Implantat-Abutment-Verbindung oder die Oberflächenrauigkeit und -chemie die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Periimplantitis beeinflussen (Quirynen et al. 1993, Berglundh et al. 2002, Subramani et al. 2009). Quirynen und van Steenberghe (1993) führen die Präsenz der Bakterien in den Innenräumen der verschiedenen Komponenten des Brånemark-Systems auf folgende Mechanismen zurück:

- a) Kontamination während Insertion des Implantates oder Abutment-Installation,
- b) Kontamination beim Abschrauben des Abutments,
- c) Bakterien-Translokation durch Mikroleakage.

Der Implantataufbau

Die Materialeigenschaften, Bearbeitungsmethoden und der Aufbau von Zahnimplantaten ermöglichen in der Regel keine absolute Dichtigkeit zwischen den einzelnen Komponenten (Gross et al. 1999, Ibrahim et al. 2003, Jansen et al. 1997). Je nach Konstruktionsprinzip des Implantatsystems gibt es mehrere mögliche Durchtrittswege für Flüssigkeiten und Mikroorganismen zu den inneren Hohlräumen (Persson et al. 1996, Quirynen et al. 1994). Derartige, meist submarginal gelegene Mikrospalten sind einer Reinigung durch den Patienten nicht zugänglich, weisen eine reduzierte Selbstreinigung auf und bilden mit den Hohlräumen ein intrainplantäres Keimreservoir (Persson et al. 1996, Quirynen et al. 1994, Keller et al. 1998). Im Inneren des Implantats herrschen hinsichtlich Temperatur, Feuchtigkeit und Nährboden optimale

Bedingungen für das Bakterienwachstum. Während bei einteiligen Implantaten ein möglicher Eindringweg nur am Übergang zwischen Implantat und Suprakonstruktion besteht und dieser durch Befestigungszement ausgefüllt ist, enthalten die wegen ihrer größeren klinischen Flexibilität überwiegend eingesetzten, zusammengesetzten Implantate verschiedene fertigungsbedingte Hohlräume, Gewindegänge und Spalten. Insbesondere der konstruktionsbedingte Hohlraum zwischen Implantatbasis und Abutment gilt als mögliches Keimreservoir für die bakterielle Besiedlung des periimplantären Spaltes und somit als Risikofaktor für eine Periimplantitis (Quirynen und van Steenberghe 1993, Steinebrunner et al. 2005, Zipprich et al. 2007). Ein weiterer Hohlraum entsteht bei verschraubten Suprakonstruktionen im Bereich zwischen Abutment und Suprakonstruktion bzw. der Stegkappe bei abnehmbaren Versorgungen.

Studien konnten bestätigen, dass der Mikrospace zwischen Implantat und schraubenbefestigtem Abutment Bakterien beherbergt und als Plaqueservoir dient. Proff et al. (2006) demonstrierten in vitro die Fähigkeit des Periimplantitis-Leitkeims *Porphyromonas gingivalis*, innerhalb von 24 Stunden durch die Spalte zwischen Titanimplantat und Abutment ins Innere kieferorthopädischer Straumann®-Implantate zu gelangen und dort vital zu bleiben. Dies erfolgte allein durch die Mikroleakage ohne zusätzlichen Pumpeneffekt durch eine okklusale Implantatbelastung.

Obwohl viele pathogene Keime nicht beweglich sind, kommt es durch Kapillarkräfte zur Translokation von Speichelbakterien in die Hohlräume. Zusätzlich tritt durch Mikrobewegungen zwischen Abutment und Implantat und damit eine Veränderung der Spaltbreite in Abhängigkeit von vertikal oder transversal einwirkenden okklusalen Belastungen ein Pumpeneffekt auf, wodurch weitere periimplantäre Flüssigkeiten einströmen können (Rangert et al. 1991).

Welche Bedeutung die Passage pathogener Mikroorganismen ins Implantatinnere für den Langzeiterfolg eines osseointegrierten Implantats besitzt, ist noch nicht abschließend geklärt. Die klinisch häufig zu beobachtenden Rezidive nach Periimplantitistherapie aufgrund einer Reinfektion durch das Implantat sprechen für die Gültigkeit der skizzierten Annahmen. Dagegen gelangte eine Literaturübersicht zu dem Schluss, dass Implantattyp und Implantatoberfläche bedeutsamer für das Auftreten einer Periimplantitis seien (Quirynen et al. 2002). Jüngste In-vitro-Studien legen nahe, dass zementierte sowie konische innere Verbindungen zwischen Implantat und Abutment gegenüber geschraubten Verbindungen besonders wirksam sind, um eine Penetration von Bakterien zu verhindern (Assenza et al. 2012, Koutouzis et al. 2012). Karoussis et al. (2004a,b) verglichen den parodontalen und periimplantären Status bei 89 teilbezahnten Patienten im Alter zwischen 28 und 88 Jahren. Nach acht bis zwölf Jahren existierten signifikante Unterschiede bei den meisten klinischen und radiologischen Parametern zwischen den ITI-Implantaten und den natürlichen Zähnen. Bei Hohlschraubenimplantaten fielen die Überlebensrate signifikant höher (95,4 %) und die Inzidenz

von Periimplantitiden signifikant niedriger (10 %) aus als bei Hohlzylinderimplantaten (85,7 % bzw. 29 %).

Auf die Bedeutung der Hygienefähigkeit des Implantats verweist eine neuere Studie von Serino und Ström (2009). Sie untersuchten 23 Patienten, die wegen einer Periimplantitis zur Behandlung vorgestellt wurden und noch über natürliche Zähne verfügten. Bei fast zwei Dritteln der Implantate mit schlechter Zugänglichkeit für Hygienemaßnahmen lag eine Periimplantitis vor, während dies bei 82 % der hygienefähigen Implantate nicht der Fall war.

Oberflächenbeschaffenheit

Im Rahmen eines Cochrane-Reviews wurde festgestellt, dass maschinierete gegenüber rauen Implantatoberflächen ein um 20 % reduziertes Risiko aufwies, innerhalb von drei Jahren eine Periimplantitis zu entwickeln (Esposito et al. 2007). Insbesondere bei sehr rauer Oberfläche wie etwa bei TPS-(titanium plasma sprayed) oder HA (Hydroxylapatit) beschichteten Implantaten wurde eine hohe Inzidenz von Periimplantitiden verzeichnet (Astrand et al. 2004, Karoussis et al. 2004b, Quirynen et al. 2007). Auch die bereits erwähnte Studie von Marrone et al. (2012) unterstreicht den Zusammenhang zwischen rauer Implantatoberfläche, verstärkter Biofilmbildung und Periimplantitis.

Patientenfaktoren: Parodontitis, Rauchen und Mundhygiene

Die letztgenannte Studie zur Bedeutung der Hygienefähigkeit verweist bereits auf einen weiteren Faktorenkomplex bei der Entstehung periimplantärer Entzündungen. Zu den Patientenfaktoren zählen neben der Anfälligkeit für Parodontitis insbesondere Verhaltensmerkmale wie das Rauchen und die persönliche Mundhygiene (Heitz-Mayfield 2008, Lindhe et al. 2008).

Implantatpatienten mit der Vorgeschichte einer Parodontitis, die mit Prävalenzen von 40–60 % in der Erwachsenenpopulation weitverbreitet ist (Papapanou und Lindhe 2008, Hugoson et al. 2008, Micheelis und Schiffner 2006), wird ein erhöhtes Risiko zugeschrieben, eine Periimplantitis zu entwickeln. Karoussis et al. (2003) berichteten aus ihrer 10-Jahres-Nachuntersuchung an 53 Patienten mit Hohlschraubenimplantaten eine Inzidenz der Periimplantitis von 5,8 % der Patienten ohne und 28,6 % der Patienten mit chronischer Parodontitis in der Anamnese. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten danach auch weitere Untersucher (Roos-Jansaker et al. 2006b, Gatti et al. 2008, Carcuac und Jansson 2010, Simonis et al. 2010, Koldslund et al. 2011). Mehrere systematische Reviews quantifizierten das erhöhte Entzündungsrisiko auf etwa das Drei- bis Fünffache (Schou et al. 2006, Schou 2008, Karoussis et al. 2007, Ong et al. 2008, Heitz-Mayfield 2008, Heitz-Mayfield und Huynh-Ba 2009, Renvert und Persson 2009, Stanford 2010).

Einige Untersuchungen relativieren allerdings den Einfluss einer vorausgegangenen Parodontitis (Jansson et al. 2005, Barlum und Ellegaard 2004). In einer Studie an

Patienten mit Parodontitisanamnese war der Implantaterfolg mit Langzeitüberlebensraten zwischen 94 % und 97 % nicht geringer als bei Patienten ohne Parodontitis-Vorgeschichte (Barlum und Ellegaard 2004). Wie die Ergebnisse rezenter Langzeitstudien zeigen, sind Patienten mit anamnestischer Parodontitis signifikant häufiger auf eine zusätzliche unterstützende Behandlung angewiesen (Rocuzzo et al. 2012). Vermehrte Symptome einer Periimplantitis sind aber nur dann zu erwarten, wenn keine Kontrolle residueller Zahnfleischtaschen im Rahmen einer Erhaltungstherapie erfolgt (Cho-Yan Lee et al. 2012). Dies belegen auch Ergebnisse einer Studie von Leonhardt et al. (2012). Sie beobachteten bei Patienten, die zehn Jahre vor Versorgung mit Brånemark-Implantaten parodontologisch behandelt wurden und sich einer Erhaltungstherapie unterzogen hatten, eine 10-Jahres-Überlebensrate von 94,7%. Rauchen zählt bekanntlich zu den stärksten Prädiktoren einer Parodontitis (Bergström 2006, Heasman et al. 2006) und wurde auch als Risikofaktor für Entzündungen der periimplantären Gewebe identifiziert (Lindhe et al. 2008), indem Inhaltsstoffe des Tabakrauchs die Immunabwehr beeinträchtigen (Haas et al. 1996, Grucia et al. 2004, Roos-Jansåker et al. 2006b, Carcuac und Jansson 2010). Neuen systematischen Reviews über den Einfluss des Rauchens auf den Implantaterfolg zufolge steigt das relative Risiko einer Periimplantitis gegenüber Nichtrauchern auf das Zwei- bis Fünffache (Strietzel et al. 2007, Heitz-May-

field und Huynh-Ba 2009). Allerdings liegen auch Untersuchungsergebnisse vor, die das Rauchen nicht als unabhängigen Risikofaktor bestätigen konnten. So waren in der bereits erwähnten Fallkontrollstudie von Serino und Ström (2009) nur wenige der von einer Periimplantitis betroffenen Patienten Raucher. Auch weitere, elaborierte Untersuchungen, die zusammen weit mehr als 2.000 Patienten umfassten, konnten das Rauchen nicht als bedeutsamen Risikofaktor für Implantatversagen bestätigen (Jansson et al. 2005, Alsqaadi et al. 2008, Anita et al. 2008, Fransson et al. 2008, Koldsland et al. 2011). Die Studie von Jansson et al. (2005) legt allerdings nahe, dass Rauchen bei Vorliegen einer genetischen Risikodisposition (IL-1 positiver Genotyp) synergistisch zu einem erhöhten Implantatverlust beitragen könnte. Andererseits scheint für Raucher mit einer guten Mundhygiene kein erhöhtes Risiko von Implantatkomplikationen zu bestehen als für Nichtraucher mit einer weniger effizienten Mundhygiene (Gomes et al. 2007, Ostman et al. 2012). Ein Zusammenhang zwischen ungenügender Mundhygiene und periimplantärem Knochenabbau wurde in mehreren Studien beschrieben (Lindquist et al. 1997, Ferreira et al. 2006, Serino und Ström 2009, Charyeva et al. 2012). In einer Querschnittstudie war das Risiko, eine Periimplantitis zu erleiden, bei Patienten mit schlechter bzw. sehr schlechter Mundhygiene mit einer Odds ratio von 3,8 bzw. 14,3 deutlich und dosisabhängig erhöht (Ferreira et al. 2006). Die Ergebnisse von Serino und Ström (2009)

ANZEIGE



>> learn orange.

>> Einladung

Damit Sie keine Zeit am Patienten verlieren, kommen wir in der Frühstückspause, zum Lunch oder zum Nachmittagskaffee zu Ihnen in die Praxis.
Was Leckerer zum Essen und unsere Gedanken für effiziente Prophylaxe bringen wir mit.
learn orange: Innovationen mundgerecht.

Jetzt Termin slotten:
Tel. 07351 / 474990
>> begrenzte Verfügbarkeit

Worauf warten Sie noch ?



 **Produktvideos: bestpractice.orangedental.de**

- best practice.
diagnostik - therapie - prophylaxe



hinsichtlich der Implantathygiene wurden bereits oben berichtet. Auch Charyeva et al. (2012) berichten über eine höhere Inzidenz von Periimplantitiden bei schlechter Mundhygiene. Dagegen konnten andere Untersucher keinen Zusammenhang zwischen der Mundhygiene und der Häufigkeit von Periimplantitiden nachweisen (Roos-Jansåker et al. 2006b, Chung et al. 2007, Kim et al. 2008).

Prophylaxe

Die Zahnmedizin ist seit dem Ende des letzten Jahrhunderts durch einen zunehmenden Paradigmenwechsel von der restaurativen hin zu einer präventiven Orientierung gekennzeichnet. Wie die Erfolge der parodontologischen Erhaltungstherapie im Sinne einer Rezidivprophylaxe der Parodontitis sowie der professionellen Prophylaxe zur Prävention kariöser und parodontaler Erkrankungen überzeugend demonstrieren, lässt sich die Mundgesundheit dadurch nachhaltig sichern (Bastendorf und Laurisch 2009). Die Bedeutung von Prävention und Langzeitbetreuung wird zunehmend auch in der Implantologie erkannt (Marrone et al. 2012, Nguyen-Hieu et al. 2012). Da methodisch suffiziente Studien weitgehend fehlen, gilt die Evidenzlage im Hinblick auf die Therapie der Periimplantitis als unzureichend (Graziani et al. 2012, Schwarz et al. 2012). Aus systematischen Reviews geht hervor, dass eine mechanische (nichtchirurgische) Mukosistherapie

effektiv sein kann (Renvert et al. 2008). Allerdings existieren bislang keine allgemein anerkannten Therapierichtlinien zur Reinigung von Implantatoberflächen. Daher sind die empfohlenen Therapien – sowohl was die häusliche Mundhygiene wie auch die professionelle Betreuung betrifft – weitgehend der Parodontitisbehandlung entlehnt. Es liegt nahe, die im natürlichen Gebiss bewährten Verfahren auf die implantologische Prophylaxe zu übertragen. Der Langzeiterfolg eines Implantates hängt neben Faktoren wie der Osseointegration und einer geeigneten Suprakonstruktion zur Vermeidung von funktioneller Überlastung ganz wesentlich von der Kontrolle pathogener Mikroorganismen und mithin der Mund- bzw. Implantathygiene ab. Hierzu zählen in Analogie zur parodontalen Prophylaxe Maßnahmen seitens des Patienten (Mundpflegeverhalten) und des Zahnarztes (professionelle Zahn- und Implantatreinigung) sowie zusätzlich die Gewährleistung der Hygienefähigkeit des Implantats selbst (Selbstreinigung der Implantate, hygienische Spalträume). Im Hinblick auf die implantologische Prophylaxe lassen sich prä- und perioperative sowie postoperative Maßnahmen unterscheiden.

Prä- und perioperative Prophylaxe

Zur Prävention periimplantärer Infektionen wird die parodontale und bakteriologische Sanierung des Restge-

ANZEIGE

>> PROPHYLaktisch. PAROdiesisch. Gut.

Vollständig integriert
in Ihre Abrechnungs-
software. !



pa-on™

- Parodontalstatus:
schneller, standardisiert
und vollständig SW-integriert

Das erste Parometer zur
automatischen Befundung
des Parodontalstatus.

0735 1.474990
info@orangedental.de
www.orangedental.de



>> mehr Produktinformationen: paon.orangedental.de

orangedental premium innovations

bisses vor der Implantation empfohlen, um sämtliche kariogenen und parodontopathogenen Bedingungen einer frühen Rekolonisation zu verhindern (Ibrahim et al. 2003, Donos et al. 2012). Daher ist unmittelbar vor der Implantation eine professionelle Zahnreinigung (PZR) durchzuführen. Der Einsatz eines oralen Chemotherapeutikums z.B. Chlorhexidin im Sinne einer „Full Mouth Disinfection“ ist zu empfehlen.

Als mögliche Präventivmaßnahmen bieten sich eine verbesserte Abdichtung der Implantat-Abutment-Verbindung sowie eine Modifikation der Implantatoberflächen an. Zur Versiegelung von Hohl- und Spalträumen und damit zur Verhinderung einer Mikroleckage wurden verschiedene Materialien und Vorgehensweisen beschrieben. Das Spektrum reicht von Lacken (Besimo et al. 1999), Gelen (Kleisner et al. 1996) und Dichtringen für spezielle Implantatsysteme (Jansen et al. 1997, Quiryne und van Steenberghe 1993) über temporäre Zemente (McCarthy und Guckes 1993) und Silikone (Patyk et al. 1997) bis zu Wachsen und Guttapercha (Proff et al. 2006).

Ibrahim et al. (2003) nennen die Kriterien zur Auswahl des Versiegelungsmaterials:

- es sollte sich für intraorale Anwendung eignen und dafür zugelassen sein,
- es sollte unlöslich und biokompatibel sein,
- es sollte eine dauerhafte Abdichtung ohne jede Beschädigung der Implantatkomponenten oder des Zahnersatzes gewährleisten,
- es sollte eine Revision der Versiegelung erlauben,
- es sollte elastisch sein, um geringe Verformungen unter Kaudruck zu erlauben, ohne dass die Versiegelung Undichtigkeiten aufweist,
- es sollte röntgensichtbar sein.

Mit ihrer In-vitro-Studie konnten die Autoren belegen, dass sich das auf Polydimethylsiloxan basierende Wurzelfüllmaterial RSA (Roeko, Langenau) als Werkstoff für die Versiegelung der Implantatkomponenten eignet (Ibrahim et al. 2003). Die Versiegelung der Spalten zwischen Implantatbasis, Abutment und Suprakonstruktion führt zur Reduzierung der Keimkonzentration in den Innenräumen der Implantatkomponenten (Ibrahim et al. 2003).

Mit GapSeal® kam 2007 ein von Fritzemeier entwickeltes Material zur Versiegelung implantärer Spalt- und Hohlräume auf den Markt. Hierbei ist das Bakterizid Thymol in einer hoch viskosen Silikonmatrix suspendiert. Fritzemeier (2008) berichtete aufgrund zehnjähriger klinischer Anwendungserfahrung und einer Split-Mouth-Studie über eine gute Wirksamkeit des Materials. Der Autor empfiehlt, die Beschickung der Implantatinnenräume mit GapSeal® direkt nach dem Inserieren oder nachträglich nach gründlicher Reinigung mit H₂O₂ und Alkohol vorzunehmen.

Ein weiterer Ansatz wird mit einer integrierten Systemlösung verfolgt, die das Trias®-Implantatsystem mit Golddichtung (m&k GmbH) bietet. Neben den Möglichkeiten für einen Plattform-Switch und einem besonders tiefen Tube-in-Tube-System wird bei diesem System die Abdichtung des Verbindungsspalt zwischen Implan-

tat und Abutment erreicht, indem eine abdichtende, weiche Goldscheibe beim Verschrauben in die Oberflächenstrukturen der Implantat- und Abutmentflächen gepresst wird (Schermer 2007).

Schließlich wurden Versuche unternommen, die körpereigene, permuköse Versiegelung zu unterstützen. Pecora et al. (2009) konnten zeigen, dass Techniken zur Laserstrukturierung der Titanoberfläche (LaserLok™, BioLok Intl., Deerfield Beach, FL), die Knochen- oder Bindegewebsanlagerung mit spezifischen mikrotexturierten Rillenmustern zu fördern vermögen (Pecora et al. 2009). Die Herstellung einer stabilen permukösen Versiegelung dürfte den einfachsten Langzeitschutz vor periimplantären Infektionen und krestalen Knochenverlust darstellen. Weitere implantatbezogene Präventionsansätze zielen auf eine werkstoffkundliche Modifikation der Implantatoberflächen (Norowski und Bumgardner 2009). Materialien verfügen über unterschiedliche Mechanismen, der Kolonisierung der Implantatoberfläche durch pathogene Bakterien entgegenzuwirken, sei es durch eine Modifikation der Oberflächenenergie, durch bakterizide oder fotokatalytische Moleküle oder, am weitesten verbreitet, durch die Freisetzung von Metallionen oder Antibiotika. Es ließ sich zeigen, dass die Bioadhäsion in gewissem Maße durch eine Veränderung der Oberflächenhydrophilie oder -phobie reguliert werden kann (Verran und Whitehead 2005, Liu et al. 2007). Stark hydrophile Oberflächen mit hoher Energie bilden spontan einen Monolayer mobiler Wassermoleküle, die nicht durch Proteine und Zellen verdrängt werden. Die Proteinbindung erfolgt durch Wasserstoffbindungen, aber nicht durch Interaktion mit der Oberfläche. Dadurch wird die Bioadhäsion von Zellen und Bakterien unterbunden.

Bislang existiert allerdings noch keine spezielle werkstoffkundliche Methode, die eine klare Überlegenheit bei der Prävention periimplantärer Infektionen zeigt (Norowski und Bumgardner 2009).

Postoperative Prophylaxe

In Anbetracht des opportunistischen Charakters periimplantärer Infektionen und der verminderten Immunabwehr ist eine engmaschige Kontrolle und Überwachung der periimplantären Strukturen im Rahmen einer regelmäßigen Nachsorge unabdingbar (Ibrahim et al. 2003, Donos et al. 2012). Die zur Sicherung des implantologischen Erfolges nötige, langfristige Betreuungsstrategie umfasst nicht nur die Kontrolle der Implantate, sondern auch aktive Prophylaxemaßnahmen in der zahnärztlichen Praxis sowie eine Unterstützung des Patienten im Hinblick auf seine häusliche Mundhygiene. Entsprechend hat einem Positionspapier der American Academy of Periodontology (AAP) zufolge die parodontale Nachsorge auch die Überwachung von Zahnimplantaten zu umfassen (Cohen 2003). Die von der AAP empfohlenen Verfahren lehnen sich eng an die parodontale Unterstützungsbehandlung an und schließen die diagnostische Betrachtung der periimplantären Gewebe ein (BOP, PPD, röntgenologischer Knochenverlust, Pus).

PATENTIERTE METALLFREIE INTERDENTAL-REINIGUNG – GUM® SOFT-PICKS®



AR GUM ENTE

HEALTHY GUMS. HEALTHY LIFE.®

- ✓ weiche **latexfreie** Gummiborsten gleiten **flexibel** durch den Zahnzwischenraum und entfernen Plaque und Essensreste gründlich
- ✓ die **metallfreie** Technologie schont das Zahnfleisch und massiert es **sanft**
- ✓ **reduziert Gingivitis** und **entfernt Plaque** zwischen den Zähnen genau so effektiv wie Zahnseide¹
- ✓ **mit Fluorid**
- ✓ gut geeignet zur **Implantat- und KFO-Pflege**
- ✓ für unterwegs und zwischendurch

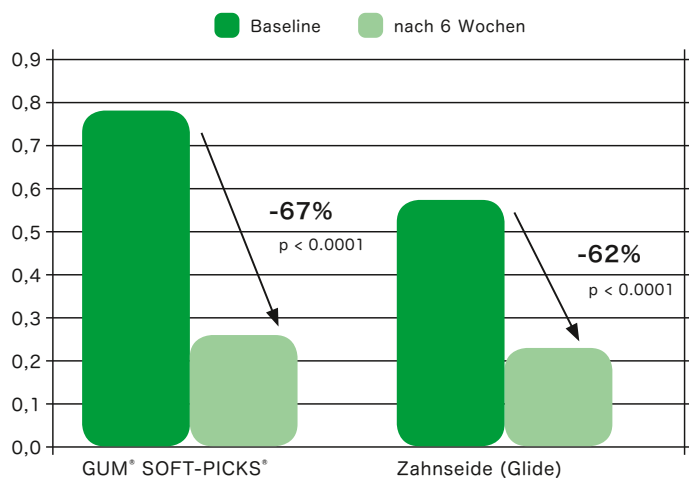


Abb. 1: Reduktion von Gingivitis nach 6 Wochen¹

Klinische Akzeptanz:
entfernt interdentalen Biofilm genauso gut wie Zahnseide

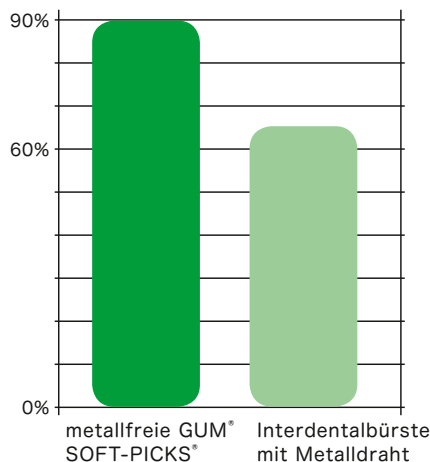


Abb. 2: Patientenakzeptanz²

Praktische Akzeptanz²
Vergleich metallfreie – metallhaltige Interdentalbürsten



Sunstar Deutschland GmbH · Aiterfeld 1 · 79677 Schönau
Tel. 07673 885 10855 · Fax 07673 885 10844 · service@de.sunstar.com



www.sunstarGUM.de

¹) Yost KG et al. (2006): Interproximal gingivitis and plaque reduction by four interdental products. In: J Clin Dent 2006, Vol. 17; 3: 79-83
²) Data on file

Außerdem wird die Überwachung der periimplantären Gewebe in regelmäßigen Intervallen sowie die Infektionskontrolle durch mechanische Entfernung bakterieller Biofilme empfohlen (Jacono 2000, Cohen 2003, Esposito et al. 2004).

Nach Eingliederung der Suprakonstruktion ist somit regelmäßig eine gründliche Untersuchung des Implantats und der umgebenden Gingiva vorzunehmen. Diese umfasst die Sichtprüfung der Gingiva, das Sondieren des Implantatsulcus und bei Vertiefung der Taschen eine Röntgenkontrolle. Darauf folgen die routinemäßigen Prophylaxemaßnahmen, welche eine gründliche professionelle Zahnreinigung, Débridement und die Dekontamination des Implantats sowie die Plaquekontrolle durch Reinstruktion und -motivation des Patienten zur persönlichen häuslichen Mundhygiene umfassen.

Ein systematischer Ansatz zur Prävention und Therapie periimplantärer Erkrankungen auf Basis der Prinzipien der Parodontitisprävention und -therapie wurde bislang nur von Lang vorgeschlagen (Lang et al. 1997; Lang et al. 2000a; Lang et al. 2004). Dieses Protokoll der „cumulative interceptive supportive therapy“ (CIST) umfasst vier Behandlungsmodalitäten (A: mechanisches Débridement; B: antiseptische Behandlung; C: antibiotische Behandlung und D: resective bzw. regenerative Chirurgie), die je nach Diagnose zum jeweiligen Recalltermin sequenziell und kumulativ eingesetzt werden sollten (Abb. 1). Entsprechend dem CIST-Protokoll (Lang et al. 2004) erfordern periimplantäre Läsionen mit bis zu 3 mm Taschentiefe, Sondierungsblutungen und Plaqueakkumulation eine Initialtherapie in Form mechanischer Kürettage und Politur. Bei größeren Taschentiefen, aber fehlendem Knochenverlust, ist eine zusätzliche antiseptische Reinigung mit Chlorhexidin indiziert. Taschentiefen über 5 mm mit einem Knochenverlust bis 2 mm erfordern eine adjunktive antibiotische Therapie. Bei Knochenverlusten über 2 mm werden regenerativ-chirurgische Maßnahmen empfohlen. Die Explantation ist nur dann eine klinische Option, wenn das betroffene Gewebe nicht auf die Therapie reagiert oder sich zeigt, dass die Infektion negative Auswirkungen auf den Gesamtorganismus hat.

Die einzelnen Verfahren unterscheiden sich nach ihrer Zielsetzung, ihrer Methode und ihrem Einsatzbereich (von Giese Brookshire et al. 1997). Verfahren mit prophylaktischer Zielsetzung werden wiederholt auf den glatten Oberflächen am Implantatbund eingesetzt. Sie sollen möglichst wenig Substanz abtragen und die Implantatstruktur nicht vergrößern, um eine Plaqueakkumulation zu vermeiden (Schwarz et al. 2007). Dagegen zielt die Periimplantitistherapie zusätzlich auf die gezielte Dekontaminierung und Glättung der mikrostrukturierten Oberflächen (Augthun et al. 1998, Schwarz et al. 2008) (Abb. 1).

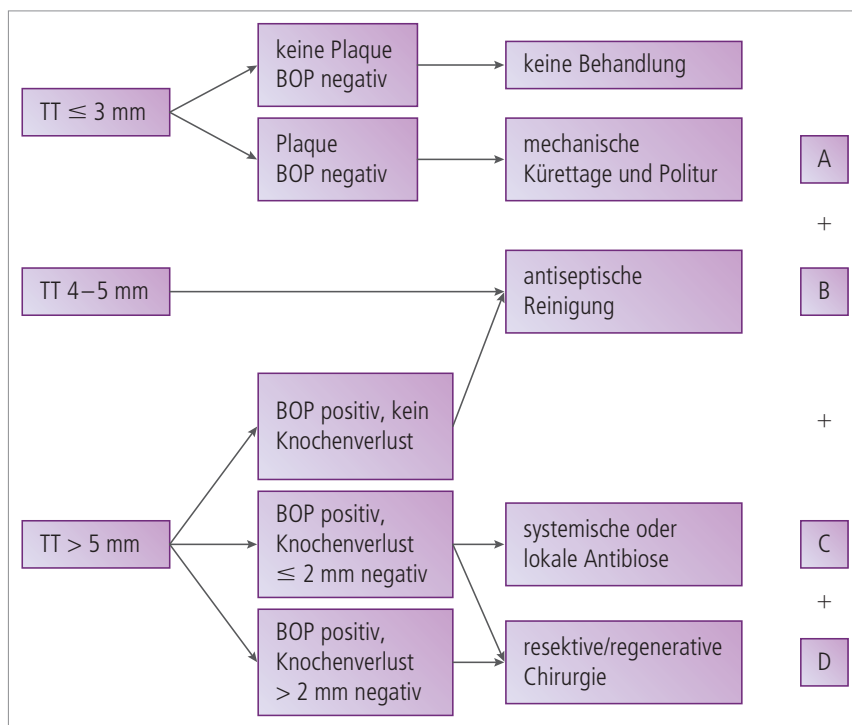


Abb. 1: Schema des CIST-Protokolls (nach Lang et al. 2004) BOP: Sondierungsblutung, TT: Taschentiefe.

Eine Implantatprophylaxe lässt sich mit Aussicht auf Erfolg nur im Rahmen eines systematischen, stringenten Recallprogramms realisieren, um der nach einer aktiven Behandlungsphase wie der Implantatinserterion regelmäßig nachlassenden Patientencompliance entgegenzuwirken (Bastendorf 2000, 2012a, 2012c, Ibrahim et al. 2003, Rogge und Kielbassa 2004, Bartsch 2006, Donos et al. 2012).

Der regelmäßige Recall mit professioneller Zahnreinigung und Reinstruktion des Patienten gewährleistet nicht nur einen hohen Standard an oraler Hygiene im Sinne einer rationalen Praxisbindung, sondern stellt durch den häufigen persönlichen Kontakt zwischen Behandler und Patient (emotionale Praxisbindung) auch einen wichtigen Remotivationsfaktor dar. Frühere Kontroversen über eine universell gültige optimale Länge der Recallintervalle sind heute überholt. Aufgabe ist es vielmehr, eine spezifische Selektion nach dem individuellen Risiko des einzelnen Patienten zu treffen und das Recallintervall individuell anzupassen. Grundsätzlich sollten Kontrolle und Betreuung umso engermaschiger sein, je höher das individuelle Risiko bzw. je geringer die Fähigkeit und Motivation zu eigenverantwortlichem Mundgesundheitsverhalten ausgeprägt ist. Die wissenschaftlich bestätigten Prinzipien der allgemeinzahnärztlichen Prophylaxe bzw. der unterstützenden Parodontalbehandlung wurden bereits mehrfach beschrieben (z.B. Lang und Nyman 1994, Michel 2002, Bastendorf 2000, 2012c) und gelten auch für implantatversorgte Patienten.

Ebenso wie die Entfernung supra- und subgingivaler Zahnbeläge und die Minimierung parodontopathogener Bakterien im subgingivalen Milieu primäres Ziel jeder Parodontaltherapie ist, besteht die Hauptaufgabe bei der Prophylaxe periimplantärer Infektionen in der vollständigen Dekontamination der zur Mundhöhle hin exponierten Implantatoberflächen, da eine knö-

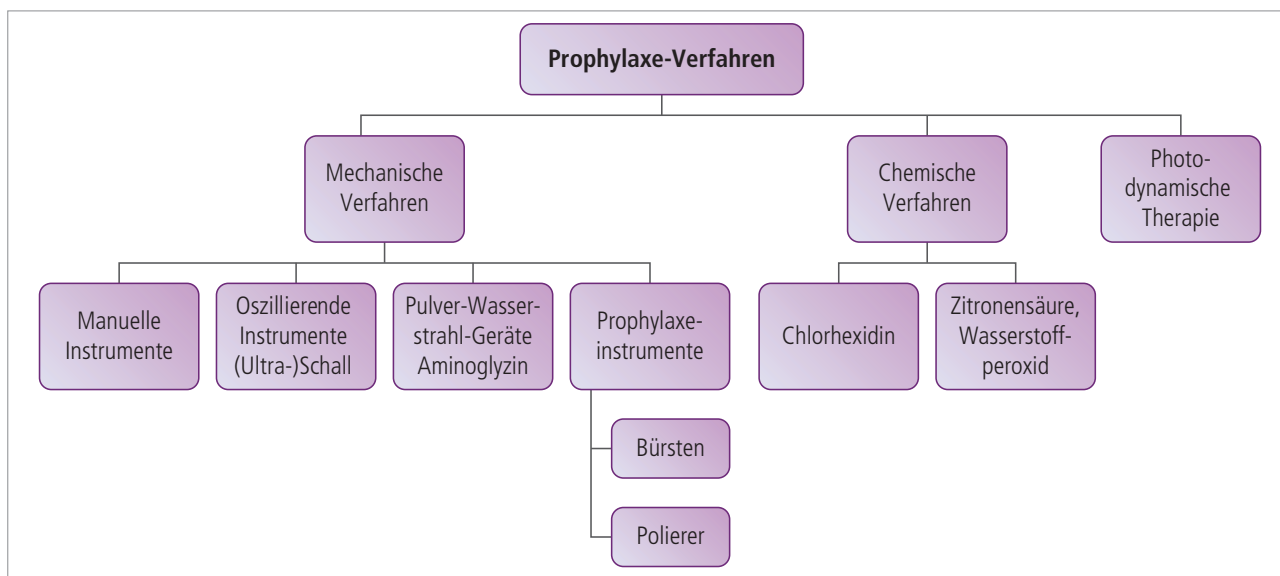


Abb. 2: Einteilung der Verfahren zur Implantatprophylaxe.

cherne Reapposition nur an keimfreien Oberflächen zu erwarten ist. Daher nimmt die Implantatreinigung den Hauptteil der Recall Sitzung ein und besteht entsprechend dem CIST-Protokoll (Lang et al. 2004) in mechanischer Kürettage und Politur (Modul A) sowie – bei größeren Taschentiefen – einer zusätzlichen antiseptischen Behandlung mit Chlorhexidin (Modul B).

Den Hauptteil der Recallstunde nimmt die professionelle Implantatreinigung ein. Die hier eingesetzten Verfahren lassen sich wie folgt einteilen (Abb. 2).

Prophylaxe-Verfahren

Die Implantatreinigung umfasst die Kürettage der Implantatoberflächen mithilfe spezieller Handinstrumente, in den letzten Jahren vermehrt auch mit Geräten auf Ultraschallbasis. Außerdem stehen Pulver-Wasserstrahl-Geräte zur Verfügung, die sich bisher als am geeignetsten zur Entfernung von Endotoxinen erwiesen haben (Zablotsky et al. 1992). Als weiterer Bestandteil der Initialbehandlung kommen Wasserstoffperoxid, Zitronensäure und insbesondere die Applikation von Chlorhexidin zum Einsatz. Chlorhexidin als Goldstandard der Plaquebekämpfung in der Gingivitis- und Parodontitistherapie reduziert auch bei der Periimplantitistherapie die Bakterienlast (Mombelli und Lang 1992, 1998; Hanes 2003).

Wissenschaftliche Untersuchungsergebnisse haben bestätigt, dass sich für das Débridement an den glattpolierten Flächen der Implantatschulter karbonverstärkte, kunststoff- bzw. teflonbeschichtete und Titanküretten sowie entsprechend modifizierte Arbeitsenden für Ultraschallsysteme, weiterhin auch Polierbürsten und Gummipolierer eignen (Fox et al. 1990, Augthun et al. 1998, Mombelli und Lang 1998). Mombelli und Lang (1992) erbrachten den Nachweis, dass ein mechanischer Abtrag bzw. die Reinigung von Implantatoberflächen mit Kunststoffküretten klinisch zu erheblichen Verbesserungen führte. Andere Autoren wiesen jedoch darauf hin, dass diese Maßnahme ineffizient und nur von kurz-

zeitigem Erfolg sei (Homiak et al. 1992, Buchmann et al. 1997, Karring et al. 2005).

Reinigung und Politur mit Prophylaxeinstrumenten

Ebenso wie bei der professionellen Zahnreinigung kommen auch bei der Implantatreinigung Prophylaxeinstrumente zum Einsatz. Für die supramuköse Anwendung werden spezielle Prophylaxebürstchen und -gummis angeboten, mit deren Hilfe sich weicher Biofilm von glatten Implantatoberflächen entfernen lässt. In tieferen Taschen können Kelche und Bürsten die submukös gelegenen Oberflächen hingegen nicht erreichen. In-vitro-Untersuchungen konnten eine vergleichbare Reinigungseffizienz zwischen Gummipolierer und Pulver-Wasserstrahl-Gerät feststellen (Homiak et al. 1992, Mengel et al. 2004). Ein wichtiges Kriterium bei der Auswahl aus der Vielzahl der kommerziell angebotenen Polierkelchen und Bürstchen ist die Flexibilität und gute Adaptionsmöglichkeit an der Implantatoberfläche. Außerdem sollte der Polierkörper möglichst weich sein, um eine Traumatisierung der Mukosa zu vermeiden. Bei den Polierpasten sind Produkte mit geringer Abrasivität das Mittel der Wahl (Bories et al. 2011). ■



Den zweiten Teil dieses Beitrags können Sie in der nächsten Ausgabe des Dentalhygiene Journals lesen.

KONTAKT

Dr. Klaus-Dieter Bastendorf

Vorsitzender der Association for Dental Infection Control (ADIC)
Chateau Beaumont,
1275 Cheserex, Schweiz



Best Ager in der Praxis

Warum ist Praxismarketing für einen andauernden Erfolg einer Zahnarztpraxis so wichtig? Gründe dafür zeigen sich im demografischen Wandel Deutschlands, der Entwicklung der Zahnarztzahlen sowie dem Patientenverhalten. Auch sollte sich ein Zahnarzt ganz genau über seine Ziele im Klaren sein und wen er zu seinen Patienten zählen will. – Eine dafür besonders interessante Zielgruppe stellen die zahlenmäßig überlegenen Best Ager dar. Im Folgenden erfahren Sie mehr darüber, was diese Patientengruppe ausmacht, ihre Kennzeichen und was es im Umgang mit ihnen zu beachten gilt.

Christa Maurer

■ Um als Zahnarztpraxis in der aktuellen Wettbewerbssituation erfolgreich zu sein und vor allem zu bleiben, ist es unumgänglich, sich mit Praxismarketing zu beschäftigen. Drei Gründe verdeutlichen die Situation:

1. Die demografische Entwicklung in Deutschland – Geburtenrückgang und Zunahme an Menschen in reiferem Alter. Laut der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes wird im Jahr 2050 jeder Dritte in Deutschland bereits älter als 60 Jahre sein.
2. Die Entwicklung der Zahnarztzahlen – Schon heute haben die Patienten eine reichhaltige Auswahl an Zahnarztpraxen, was sich auch in Zukunft nicht ändern wird (s. Abb.).
3. Das Patientenverhalten – Patienten fühlen sich nicht mehr zur Treue verpflichtet, vor allem wenn sie sich schlecht behandelt fühlen, und fordern beste Qualität und Service.

Betrachtet man die Abbildung, dreht sich das Patientenkarussell deutlich schneller, der Wettbewerb um Patienten nimmt zu.

Ziele und Zielgruppen

Bevor Sie sich mit irgendwelchen Praxismarketing-Maßnahmen beschäftigen, sollten Sie sich unbedingt über zwei Dinge im Klaren sein:

1. Ziele – Was wollen Sie mit Ihrer Praxis erreichen, wohin wollen Sie sich entwickeln, wie wollen Sie von den Patienten wahrgenommen werden?
2. Zielgruppen – Welche Patienten möchten Sie primär in Ihrer Praxis haben?

Mit beiden Aspekten sollten Sie sich ausgiebig befassen, denn nur wer seine Ziele kennt, weiß die entsprechenden Maßnahmen zur Zielerreichung zu ergreifen, und nur wer sich Gedanken zu seiner Zielgruppe gemacht hat, kann gezielt handeln, um diese anzusprechen, zu erreichen und sich auf deren Wünsche und Bedürfnisse einstellen. Wer Erfolg haben will, muss besser sein als die anderen und vor allem muss man sich von anderen Praxen unterscheiden, um wahrgenommen zu werden. Die Zielgruppe muss zum Praxisprofil und Leistungsangebot passen.

Verhältnis Zahnärzte und Patienten – IDZ 2009

	ANZAHL ZAHNÄRZTE	EINWOHNER/ ZAHNARZT
2010	57.900	1.214
2020	60.100	1.143
2030	60.400	1.095



© Deklofenak

Best Ager

Als mögliche und sogar äußerst interessante Zielgruppe zählen die sogenannten Best Ager, also Menschen über 50 Jahre. Die sogenannte Alterspyramide, in der sich die Bevölkerungsstruktur eines Landes widerspiegelt, steht in Deutschland beinahe auf dem Kopf, das heißt der Anteil an älteren Menschen nimmt zu. Der Grund ist in der besseren Ernährung und Hygiene zu finden, was die Lebenserwartung deutlich steigen lässt.

Diese Zielgruppe ist dabei nicht nur zahlenmäßig im Plus. Das Gleiche gilt auch für ihre Kaufkraft, die bei circa 90 Milliarden Euro liegt. Betrachtet man die Haushalte der 50- bis 59-Jährigen, ergibt sich eine Summe von rund 2.100 Euro pro Monat – meist mehr, als jungen Familien zur Verfügung steht. Langsam aber sicher stellt sich auch die Werbeindustrie darauf ein. Ebenso setzen Unternehmen immer häufiger auf den Rat ihrer erfahrenen, inzwischen im Ruhestand befindlichen Mitarbeiter oder binden sie in diverse Projekte mit ein.

Was kennzeichnet diese Zielgruppe?

Zunächst muss man zwischen älteren und alten Menschen unterscheiden. Die heutige ältere Generation möchte nicht mehr den gängigen Vorstellungen von „alt“ entsprechen. Sie möchte mit voller geistiger und körperlicher Fitness alt werden und dabei ihre Attraktivität erhalten. Dieser Patientengruppe ist bewusst, dass sie dafür Geld ausgeben muss, und sie sind bereit und vor allem in der Lage dazu. Sparen für die Nachkommen war früher – heute gönnt man sich selbst etwas. Diese Generation hat größtes Konsumpotenzial.

Alte Menschen hingegen hören nicht mehr so gut, sehen schlecht und sind nicht mehr so ohne Weiteres in der Lage, aus eigenen Stücken eine Praxis aufzusuchen.

Wer sich verstärkt mit dieser Zielgruppe beschäftigen möchte, muss sich auch über eventuelle Hausbesuche Gedanken machen, um diese Patienten zu erreichen.

Alterszahnheilkunde ist auf dem Vormarsch. Es gibt immer mehr Fortbildungsangebote, Gesellschaften, die gegründet wurden, und Zeitschriften, die sich speziell mit dieser Thematik, vor allem in fachlicher Hinsicht, befassen. Die Prophylaxe, die man den Patienten über Jahre hinweg hat zukommen lassen, zeigt Erfolge – die älteren Menschen behalten ihre eigenen Zähne immer länger. Allerdings muss man sich nun verstärkt mit der Behandlung parodontaler Erkrankungen beschäftigen.

Was ist im Umgang mit den Best Ager zu beachten?

Wie für alle anderen Zielgruppen auch benötigt man ein gewisses Fingerspitzengefühl und Aufmerksamkeit für den richtigen Umgang. Setzen Sie besonders auf Maßnahmen, die auf die Beziehungsebene abzielen:

- Komfort, Bequemlichkeit, Service, Qualität und vor allem Umgangsformen stehen hoch im Kurs. Namentliche Begrüßung, Hilfe beim Aus- und Anziehen von Jacken und Mänteln und dem Ausfüllen von Formularen, das Reichen von Taschen und anderen Gegenständen, persönliche Abholung vom Wartezimmer und anspruchsvoller Lesestoff sind nur einige Beispiele. Werden die Best Ager in diesen Punkten zufriedengestellt, steht einer langjährigen Patientenbindung und Empfehlung im Freundeskreis nichts mehr im Wege.
- Ältere Menschen schätzen es und fühlen sich oft wohler, wenn sie nicht nur von ganz jungen Mitarbeitern umsorgt werden. Mitarbeiter, die eine gewisse Reife ausstrahlen, sind gern gesehen, vermutet man von diesen gleichzeitig mehr Erfahrung und Einfühlungsvermögen in die eigene Situation.

ANZEIGE

parodur Gel & parodur Liquid

Parodontitisprophylaxe für die Praxis und zu Hause



NEU

- Achten Sie auf persönliche Wertschätzung, die auch durch regelmäßige Post, z.B. zu Geburtstagen und an Weihnachten, unterstützt wird.
- Planen Sie für Beratungsgespräche ausreichend Zeit ein. Erläutern Sie Befund und Behandlungsvorschläge in patientenverständlicher Sprache, ohne den Eindruck zu erwecken, dem Patienten zu irgendetwas überreden zu wollen. Best Ager entscheiden unter Umständen nicht sofort, sondern benötigen Bedenkzeit, um sich die Vorschläge zu Hause nochmals durch den Kopf gehen zu lassen oder mit Angehörigen zu besprechen. Ideal ist es, wenn Sie für diese Fälle Informationsmaterialien erstellt haben, die Sie zum Nachlesen mitgeben können.
- Außerdem ist auch für diese Zielgruppe eine regelmäßige professionelle Zahnreinigung ein Muss. Kombinieren Sie diese Empfehlung mit dem Hinweis auf entsprechende Hilfsmittel für die häusliche Zahnpflege. Die Patienten kaufen gerne Materialien, die man in der Praxis verwendet oder die man von dort empfohlen bekommt. Manche Praxen haben für solche Fälle eine Kooperation mit einer in Praxisnähe befindlichen Apotheke oder haben ihren eigenen Praxisshop, um den Kauf von sinnvollen, qualitativ hochwertigen Produkten zu unterstützen.

Was ist bei der Praxisausstattung zu beachten?

- Nicht allen älteren Menschen ist es vergönnt, bis ins hohe Alter mobil und vital zu bleiben. Um auch darauf gut vorbereitet zu sein, sollten Sie Folgendes beachten:
- Liegt die Praxis nicht im Erdgeschoss, ist ein Aufzug, den man auch mit Rollstuhl oder Rollator benutzen kann, unabdingbar. Auch sollte die Praxis selbst barrierefrei gestaltet sein.
 - Die Türen sollten eine entsprechende Breite haben, um bequem auch mit einem Rollstuhl hindurchzukommen.
 - Behindertengerechte Toiletten, abgesenkte Waschbecken und Spiegel sollten bedacht werden.
 - Gleiches gilt auch für die Rezeption: Patienten, die im Rollstuhl sitzen, können nicht über hohe Rezeptionsmöbel sehen und möchten ebenso würdevoll begrüßt werden wie alle anderen Patienten.
 - Wichtig sind ebenfalls Arretierungsmöglichkeiten für Gehhilfen, damit diese nicht umfallen, wenn man sie aus der Hand geben muss.
 - Im Wartezimmer gilt es darauf zu achten, dass die Sitzgelegenheiten nicht zu niedrig und vor allen Dingen bequem sind, dass eventuell Lesehilfen zur Verfügung stehen und das TV im Wartezimmer, wenn vorhanden, ohne Ton läuft.

Des Weiteren sollten Sie berücksichtigen:

- Größere Schrift bei Ihren Anschreiben, Broschüren und Praxiszeitungen.
- Einfach zu navigierende Homepage, bei der sich die Schrift vergrößern lässt.
- Gute Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel.



© kurhan

- Eventueller Taxiservice, der Ihre Patienten abholt und nach Hause bringt.
- Für Hausbesuche: geeignete Ausrüstung, Assistenz und Zeitplanung.
- Gute Zeitplanung: Jeder Patient hat das Recht, freundlich, respektvoll und würdevoll behandelt zu werden.
- Regelmäßige Fortbildung des ganzen Teams im Hinblick auf Ihre Zielgruppe; sowohl Fachwissen als auch Soft Skills wie Umgangsformen und Praxiservice betreffend.

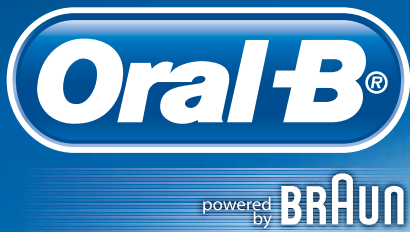
Fazit

Wie bereits erwähnt, stellen Best Ager eine durchaus interessante Zielgruppe für Praxen dar. Wenn Sie sich mit dem ganzen Team darauf einstellen und Ihr Praxis- und Behandlungsangebot sowie den Praxiservice entsprechend gestalten, sollte einer treuen Praxis-Patienten-Beziehung nichts im Wege stehen. ■

KONTAKT

Christa Maurer
Kommunikation und Management
Schneehalde 38
88131 Lindau
kontakt@christamaurer.de
www.christamaurer.de





5. Oral-B Symposium

Jahrhunderthalle Frankfurt/Main
21. März 2014
www.oralbsymposium.de

ÜBERLEGENE REINIGUNG:^{*} ORAL-B IST DIE NR.

ZAHNBÜRSTEN-MARKE,
DIE ZAHNÄRZTE SELBST VERWENDEN.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen:
Auch in Deutschland sind wir Ihre Nummer 1 –
in Verwendung und Empfehlung.



Die perfekte Fortsetzung Ihrer Prophylaxe



* Gegenüber einer Handzahnbürste.

Hygiene in Zahnarztpraxen

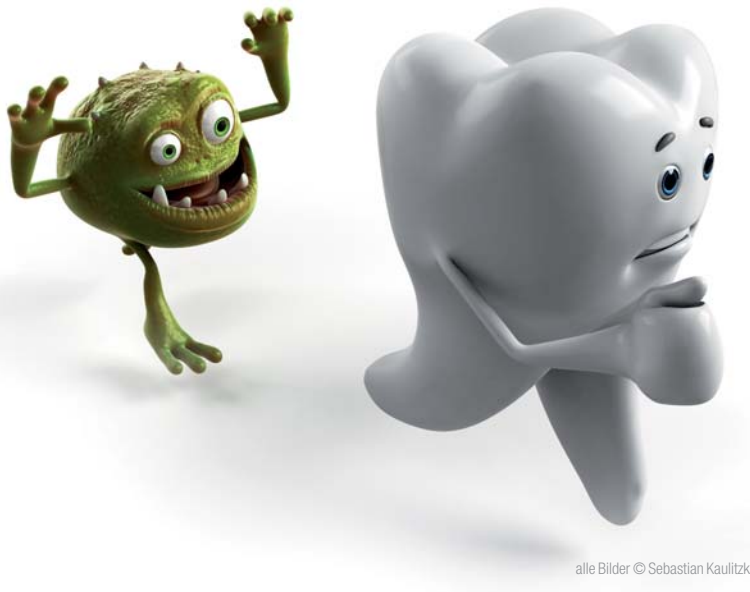
Hygiene in Krankenhäusern, aber auch in Arzt- und Zahnarztpraxen steht im Focus von Politik und Öffentlichkeit. Im Zusammenhang mit der zunehmenden Problematik nosokomialer Infektionen hat der Bundesgesetzgeber bereits in 2011 das Infektionsschutzgesetz (IfSG) geändert. Die Länder haben in 2012 auf der Grundlage des IfSG „Hygieneverordnungen“ erlassen. Für Zahnarztpraxen hat sich dadurch nicht allzuviel geändert. Sie unterliegen nach wie vor nur einer „Kann-Überwachung“ (der allgemeinen Hygiene) durch die untere Gesundheitsbehörde, wobei die bekannte RKI-Empfehlung 4/2006 „Infektionsprävention in der Zahnheilkunde“ die Grundlage bildet.

Dr. Hendrik Schlegel

■ Um in der aktuellen Diskussion fachlich auf dem Laufenden zu sein, ist es sinnvoll, sich mit den nachfolgenden Themen und zugehörigen Begriffen in Kurzform zu befassen:

- Hygiene / Mikrobiologie / Epidemiologie
- Arten von Infektionen
- Erreger-Wirtskonstellationen
- Bakterien und Resistenz
- das „Ökosystem“ Mundhöhle
- Systematische Infektionen, die von der Mundhöhle ausgehen
- Antibiotika, Antibiotika-Einsatz, Resistenzen und den
- Beitrag der Zahnheilkunde zur Vermeidung von Resistenzen

Wiederholen Sie den bekannten Stoff und bringen Sie sich dabei auf den aktuellen Stand!



Hygiene/Mikrobiologie/Epidemiologie

Hygiene

Hierunter werden alle Maßnahmen zusammengefasst, die vorbeugend gegen das Entstehen oder Verbreiten von (Infektions-)Krankheiten durchgeführt werden.

Mikrobiologie

Wissenschaftszweig, der sich mit den Lebensbedingungen von Mikroorganismen beschäftigt und deren pathologischen (krank machenden) Einfluss auf andere Lebewesen sowie mögliche Therapien untersucht.



Epidemiologie

Die Epidemiologie beschreibt Vorkommen, Verlauf und Verteilung von Krankheiten in der Bevölkerung oder in anderen Kollektiven, wobei auch nicht infektiöse Erkrankungen eingeschlossen sind.

Die zahnärztliche Infektionsepidemiologie konzentriert sich auf zahnärztliche Patienten und die Beschäftigung in ambulanten und stationären Einrichtungen der Zahnheilkunde und MKG-Chirurgie einschließlich der zahntechnischen Laboratorien.

Epidemiologische Begriffe:

- Endemie: Dauernder, nicht erlöschender Durchseuchungsgrad innerhalb einer Bevölkerung (z.B. Herpes)
- Epidemie: Zeitlich gehäuftes und räumlich begrenztes Auftreten einer bestimmten Infektionskrankheit (z.B. Grippe, Masern)
- Pandemie: Große, über ganze Kontinente sich ausdehnende Epidemie (z.B. Aids; früher auch die Pest oder Pocken)

Grampositiv/Gramnegativ

Mithilfe der sogenannten Gram-Färbung lassen sich Bakterien einfärben und einteilen.

Grampositiv sind Bakterien, die sich violett oder blau einfärben.

Bakterienbeispiele: Staphylokokken, Streptokokken, Listerien, Clostridien usw.

Als *gramnegativ* hingegen werden Bakterien bezeichnet, die sich rot einfärben lassen.

Inzidenz

Unter der Inzidenz versteht man die Neuerkrankungsrates, bezogen auf eine bestimmte Diagnose, einen bestimmten Zeitraum und auf die gesamte Bevölkerung oder auf den Anteil der Bevölkerung, der von einem Risiko betroffen ist.

Mortalität

Die Mortalität oder Sterblichkeit gibt, unabhängig von der Todesursache, die Anzahl der Verstorbenen (Sterberate) bezogen auf die betrachtete Gesamtpopulation in einem bestimmten Zeitraum an.

Letalität

Die Letalität (Sterblichkeit) gibt den Anteil der an einer bestimmten Krankheit Erkrankten an, die in einem festgelegten Zeitraum daran gestorben sind.

Infektion

Eine Infektion ist durch Kontakt zwischen Wirt und Erreger mit nachfolgender Haftung des Erregers und dessen Eindringen in den Wirtsorganismus mit nachfolgender Vermehrung gekennzeichnet.

Arten von Infektionen

Endogene und exogene Infektionen

Trotz aller hygienischen Bemühungen sind Infektionen niemals völlig vermeidbar. Infektionen, die im Rahmen einer zahnärztlichen oder ärztlichen Behandlung auftreten (sogenannte *iatrogene Infektionen*), lassen sich gemäß ihrer Ätiologie grob in zwei Formen unterteilen:

- Bei endogenen Infektionen, die einen großen Teil der Infektionen stellen, stammen der oder die Erreger aus der patienteneigenen Flora (Autoinfektion).
- Bei exogenen Infektionen gelangen die Keime im Rahmen ärztlicher Maßnahmen in den Körper des Patienten.

Merke: Exogene Infektionen sind häufig vermeidbar, insbesondere wenn als Infektionsquelle der Zahnarzt, ein Mitarbeiter oder apparative Einrichtungen infrage kommen.

Nosokomiale Infektionen

Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) bezeichnet man eine Infektion mit lokalen oder systemischen Infektionszeichen als Reaktion auf das Vorhandensein von Erregern oder ihrer Toxine, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer stationären oder einer ambulanten medizinischen Maßnahme steht, als nosokomial, soweit die Infektion nicht bereits vorher bestand (§ 2 IfSG).

Im weiteren Sinne umfasst diese Definition damit alle Infektionen, die in Einrichtungen des Gesundheitswesens, also auch in der zahnärztlichen Praxis, erworben werden. Von nosokomialen Infektionen sind überwiegend Patienten betroffen. Allerdings fallen auch Infektionen von Arzt und Zahnarzt, Assistenzpersonal, Technikern oder Besuchern unter den Begriff der nosokomialen Infektion, wenn sie mit der Tätigkeit oder dem Aufenthalt in einer Gesundheitseinrichtung in kausaler Beziehung stehen.

Merke: Die iatrogenen Infektionen, die unmittelbar vom Arzt (oder seinem Mitarbeiter) verursacht werden, bilden

eine Untergruppe der nosokomialen Infektionen, dürfen aber nicht mit diesen gleichgesetzt werden.

Erreger-Wirt-Konstellationen

Infektionskrankheit

Kommt es im Verlauf einer Infektion zu klinischen Erscheinungen, so spricht man von einer manifesten Infektion oder Infektionskrankheit. Subklinische oder inapparente Infektionen verlaufen ohne klinische Symptomatik, allerdings kommt es durch Interaktionen zwischen Erreger und Wirt zu einer immunologischen Reaktion, die sich meist durch serologische Untersuchungen nachweisen lässt.

Kolonisation

Bei der Kolonisation (Besiedlung) vermehren sich die Krankheitserreger zwar auf oder im Wirtsorganismus, jedoch ohne erkennbare Wirtsreaktion. Bei der Kolonisation handelt es sich um einen Gleichgewichtszustand zwischen Erreger und Wirt, der in eine Infektion übergehen oder auch durch Elimination des Erregers beendet werden kann.

Kontamination

Als Kontamination bezeichnet man die vorübergehende Anwesenheit von Erregern auf der Körperoberfläche ohne Gewebsinvasion und ohne Reaktion des Organismus. Dieser Begriff wird auch verwendet, um die Anwesenheit von Mikroorganismen auf oder in unbelebten Objekten zu beschreiben.

Infektionskette

Die Beziehung Erreger – Übertragung – Wirt bezeichnet man als Infektionskette. Die Kenntnis der Infektionsketten und der sie beeinflussenden Faktoren ist eine wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Bekämpfung bzw. Prophylaxe von Infektionskrankheiten, gleich ob es sich um Seuchen oder um nosokomiale Infektionen handelt.

Fakultative Pathogenität

Erreger, die in der Regel nur im Zusammenwirken mit Risikofaktoren Infektionen verursachen, bezeichnet man als fakultativ pathogene Erreger oder Opportunisten (z.B. *Staphylococcus epidermidis* in Zusammenhang mit Kunststoffimplantaten).

Merke: Die Mehrzahl der Erreger nosokomialer Infektionen ist zu dieser Gruppe (fakultativ pathogen) zu rechnen.

Generationszeit

Die Generationszeit ist die Zeitdauer, in der sich die Zahl der Individuen einer Population von Lebewesen verdoppelt. Bei Bakterien kann die Generationszeit je nach Wachstumsbedingungen und je nach Bakterienstamm sehr verschieden sein.

Die Generationszeit ist während der exponentiellen Phase des Bakterienwachstums am kürzesten. Die nach-

folgende Tabelle zeigt Beispiele für Generationszeiten bei einigen Bakterien unter optimalen Bedingungen.

Bakterium	Generationszeit
Escherichia coli (u.a. im menschlichen Darm zu finden)	20 Minuten
Treponema pallidum (Syphilis)	4 bis 18 Stunden
Mycobacterium tuberculosis (Tuberkulose)	18 Stunden

Aerob/anaerob

Als Aerobier bzw. als aerob bezeichnet man Lebewesen, die zum Leben elementaren Sauerstoff (O₂) benötigen. Der Sauerstoff wird ganz überwiegend für oxidative Stoffumsetzungen im Energiestoffwechsel benötigt, wie zum Beispiel bei der Atmung der höheren Lebewesen. Lebewesen, die für ihren Stoffwechsel keinen Sauerstoff verwenden oder sogar durch ihn gehemmt oder abgetötet werden, werden als Anaerobier bzw. *anaerob* bezeichnet.

Bakterien und Resistenz

Bakterien können von Natur aus resistent gegen bestimmte Antiinfektiva sein. Dafür gibt es viele verschiedene Gründe: So kann z.B. die Zielstruktur für das Antibiotikum dem Bakterium fehlen oder mit geringer Affinität zum Antibiotikum vorliegen: Das Antibiotikum wird nicht in die Zelle aufgenommen oder schnell wieder hinausgepumpt.

Zusätzlich wird leider oft beobachtet, dass Bakterien die Fähigkeit erwerben, gegen antimikrobielle Wirkstoffe resistent zu werden. Aufgrund von spontanen Mutationen in den chromosomalen Genen für die Zielstruktur können Varianten entstehen, die den Wirkstoff weniger stark binden und deshalb weniger gehemmt werden. Diese Mutationen führen in kleinen Schritten zu höheren Konzentrationen des Wirkstoffs, die zur vollständigen Wachstumshemmung notwendig sind (sog. minimale Hemmkonzentration, MIC).

Die meisten Resistenzen gegen antibakterielle Medikamente beruhen aber auf dem Erwerb eines Resistenzgens durch horizontalen Gentransfer. Dadurch wird die minimale Hemmkonzentration in einem Schritt um einen Faktor 10 bis über 100 erhöht. Solche Resistenzgene können von einer Bakterienpopulation auf eine andere übertragen werden. Viele Resistenzplasmide können mehrfache Antibiotikaresistenz vermitteln. Ursprünglich stammen die meisten dieser Gene aus den Antibiotikaproduzenten, die sich ja gegen die von ihnen gebildeten Wirkstoffe schützen müssen, oder aus apathogenen, bodenbewohnten Bakterien, die mit den Produzentenorganismen das Habitat teilen.

Ein weiterer Grund ist der massive Einsatz von Antiinfektiva in den letzten 50 Jahren. Er hat durch die Ausübung von Selektionsdruck die rasche Ausbreitung dieser Resistenzgene auf humanpathogene Bakterien begünstigt.

Das „Ökosystem“ Mundhöhle

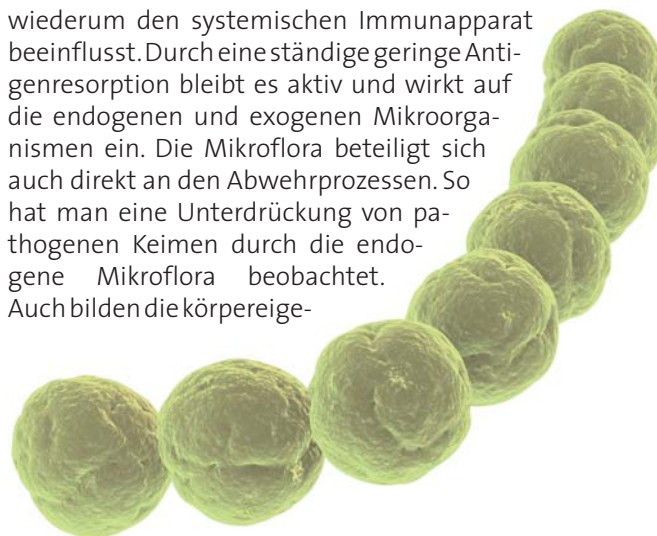
Die Mundhöhle ist der am stärksten mit exogenen Faktoren in Berührung kommende Schleimhautbezirk des menschlichen Körpers. Durch Luft- und Nahrungsaufnahme besteht eine ständige Konfrontation mit Mikroorganismen der Umwelt. Durch die anatomischen Gegebenheiten existieren zahlreiche Mikrostandorte, die ihre ökologischen Besonderheiten haben, aber auch vom Gesamtbiotop beeinflusst werden. Das gesamte Milieu der Mundhöhle bietet günstige Lebensbedingungen für Mikroorganismen. In ihr ist gleichsam ein biphasisches Nährmedium vorhanden. Die feste Phase stellen die Zähne, Schleimhaut und Speisereste dar, die flüssige Phase stellt vor allem der Speichel dar. Die Mikroorganismen besiedeln den Grenzbereich beider Phasen, wobei sie von der festen Oberfläche häufig durch eine organische Zwischenschicht getrennt sind. Dass in den Mikrobiotopen oft wenig Sauerstoff vorhanden ist, ermöglicht die Ansiedelung von Anaerobiern in unterschiedlichem Ausmaß. Sie bilden in der Mundhöhle insgesamt die deutliche Mehrheit. Es werden auf der Zahnoberfläche Keimzahlen zwischen 10¹⁰ und 10¹¹/ml erreicht. Die oralen Anaerobier zeichnen sich oft durch mikrobiologische Besonderheiten und ihre Artenvielfalt aus.

Funktionen der Mundflora

Die wichtigste physiologische Aufgabe der körpereigenen Mundflora ist die Induktion von verschiedenartigen Abwehrvorgängen und damit der Schutz des Wirts vor Infektionen. So führt sie zu einer Stimulierung und Differenzierung verschiedener lymphatischer Organe. Ihre Anwesenheit trägt darüber hinaus zu einem unmittelbaren lokalen Einfluss auf Fremdkeime bei. Auf diese Weise erlaubt sie die Kontrolle der Besiedlung des Wirtsorganismus mit „wirtsfremden“ Mikroorganismen („Kolonisierungsresistenz“).

Immunmechanismen

Vor allem die Mundhöhle und der Darm besitzen ein ausgeprägtes Immunsystem, dessen Entwicklung beim Neugeborenen durch die sich nach der Geburt ansiedelnde Mikroflora stimuliert wird und das dann wiederum den systemischen Immunapparat beeinflusst. Durch eine ständige geringe Antigenresorption bleibt es aktiv und wirkt auf die endogenen und exogenen Mikroorganismen ein. Die Mikroflora beteiligt sich auch direkt an den Abwehrprozessen. So hat man eine Unterdrückung von pathogenen Keimen durch die endogene Mikroflora beobachtet. Auch bilden die körpereige-



nen Mikroorganismen antibiotisch wirkende Stoffe. Sie konkurrieren (normalerweise erfolgreich) gegen die exogenen Keime um Haftstellen im Mund.

Antimikrobielle Stoffe

Sowohl vom Makroorganismus als auch von den Mikroorganismen selbst werden verschiedene antimikrobielle Stoffe produziert. So ist bekannt, dass die Lipase des Speichels wirksam ist gegen pathogene Speichelkeime wie *Mycobacterium tuberculosis*, *Staphylococcus aureus*, verschiedene Streptokokkenarten und andere. Andere Stoffe verhindern das Haften von Mikroorganismen an Oberflächen. Von den körpereigenen Substanzen haben beispielsweise Lactoferrin und Lysozym universelle Bedeutung. Dem im Speichel enthaltenen Lysozym kommt bei der Regelung der Mundflora eine wichtige Rolle zu. Einen antibakteriellen Effekt üben auch Sauerstoffradikale aus, die von Phagozyten produziert werden. Verschiedene Keime geben mikrobizide Produkte wie H₂O₂ ab.

Systematische Infektionen, die von der Mundhöhle ausgehen

Zahnärztliche Eingriffe können Bakteriämien verursachen. Das sind Ausschwemmungen von im Mund vorhandenen Keimen, welche über Wunden im Mund in den gesamten Organismus gelangen.

Ursachen können sein:

- Zahnextraktionen (immer) (Weisheitszähne 55 %)
- Parodontalchirurgie
- Wurzelkanalbehandlungen (20 %)
- Zahnsteinentfernungen (70 %)
- sogar Zähneputzen

Die Keime sind in der Regel nach 15 Minuten eliminiert und nicht mehr nachweisbar. Sie können aber unter ungünstigen Umständen Einfluss auf den Gesamtorganismus nehmen, indem sie Stoffe produzieren, die schaden, oder ihre Zerfallsprodukte können das tun. Lösliche Antigene (z.B. von Streptokokken) können Immunkomplexe bilden und Immunkomplexkrankheiten verursachen (akute Glomerulonephritis (Entzündung der Nierenkörperchen in der Niere).

Folgen: Kardiovaskuläre Krankheiten wie

- Mikrobielle Endokarditis > Endokarditis-Prophylaxe
- Arteriosklerose
- Myokardinfarkt
- Schlaganfälle

Bakterielle Pneumonie

Durch Einatmen der oropharyngealen Flora (insbesondere anaerob) in die tiefen Atemwege kann sich eine Pneumonie (Lungenentzündung) etc. entwickeln, wenn ein gestörter Abwehrmechanismus vorliegt.

ANZEIGE

» Informieren, bestellen und kaufen.

Das Direct Sales & Information Tool



Erfahren Sie jetzt mehr!

Information
Einfach Informationen anfordern, Termine vereinbaren, Produkte bestellen oder Firmenprofile besuchen.

Termin
28

Bestellung

Firmenprofil

Mit einem Klick auf Fachartikel, Newsartikel, E-Paper oder Produktinformationen erreichen Sie schnell und einfach das Direct Sales & Information Tool auf ZWP online.

www.zwp-online.info

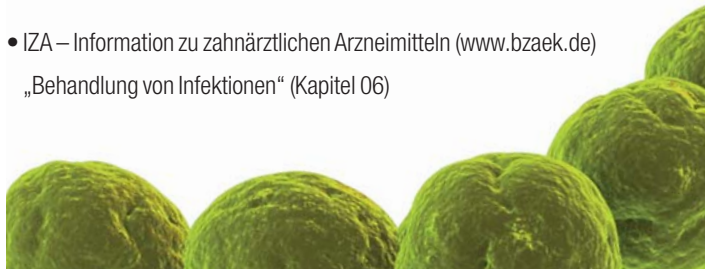
FINDEN STATT SUCHEN.



Info

Wo finden Sie weitere Informationen?

- Wissenschaftliche Stellungnahme der DGZMK; Stand: 12/2007
(www.dgzmk.de)
„Systemische Antibiotikaprophylaxe bei Patienten ohne Systemerkrankungen zur Vermeidung postoperativer Wundinfektionen“
- Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin, Vol. 114:6/2004, S. 601–607
(www.sso.ch)
„Antibiotische Prophylaxe und Therapie in der zahnärztlichen Chirurgie“
- IZA – Information zu zahnärztlichen Arzneimitteln (www.bzaek.de)
„Behandlung von Infektionen“ (Kapitel 06)



Sepsis

Ist die schwerste Komplikation. Endo- und Exotoxine gelangen in den Kreislauf; sie setzen eine kaskadenartige, völlig überschießende Aktivierung von Entzündungsbekämpfungsfaktoren frei, woraus SIRS (systemic inflammatory response syndrome) entsteht und als Folge dessen ein irreversibles Kreislauf- und Multiorganversagen resultiert: der septische Schock (Letalität: 40–70 %).

Mukositis bei Radiochemotherapie

Schleimhautentzündungen (Mukositiden) können mikrobielle Infektionen nach sich ziehen. Antiseptika (PVP – Jod oder CUX) sind nicht immer erfolgreich. Unter Umständen muss die Radiochemotherapie abgebrochen werden.

Systemische Candidose

Meist *Candida albicans* (Sprosspilze). Haften hervorragend an den Schleimhäuten, Epithel- und Endothelzellen. Der Nachweis ist bei den meisten Menschen möglich. Normal sind 10^2 – 10^4 Keime/ml oder g. Invasives Wachstum und dadurch nachfolgende Infektion wird bei Resistenzminderung des Wirtes möglich (Saprophytismus wird zum Parasitismus).
Folge: Candidosen haben als nosokomiale Infekte die Krankenhaustage vermehrt und somit auch die Behandlungskosten erhöht.

Antibiotika/Antibiotikaeinsatz/Resistenzen

Seit der Entdeckung des Penicillins 1928 sind Antibiotika zu einem der wichtigsten Instrumente in der Behandlung von Infektionskrankheiten geworden. Inzwischen jedoch sind diese potenten Medikamente durch die Zunahme von Antibiotikaresistenzen nicht mehr verlässlich effektiv. Auch in Deutschland nimmt die Problema-

tik der Antibiotikaresistenz zu. Negativ ist weiterhin, dass sich in der Pharmaindustrie auch eine gewisse „Forschungsmüdigkeit“ breitzumachen scheint. Es ist sicherlich attraktiver, teure „Lifestyle-Medikamente“ zu entwickeln, als die mühselige Antibiotika-Forschung voranzutreiben.

Während in den letzten Jahren vor allem grampositive Infektionserreger wie Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) und Glykopeptid-resistente Enterokokken (VRE) im Vordergrund des Interesses standen, rückt jetzt auch das zunehmende Auftreten von gramnegativen Infektionserregern, die neben anderen Antibiotikagruppen auch gegen alle β -Lactam-Antibiotika resistent sind, in den Fokus.

Die Antibiotikaresistenzentwicklung hat zwei entscheidende Grundlagen:

- das Vorhandensein von resistenten Erregern und von übertragbaren Resistenzgenen
- den durch den Antibiotikaeinsatz zugunsten dieser Keime ausgeübten Selektionsdruck

Sie kann zumindest verlangsamt werden durch Begrenzung (containment) der Verbreitung resistenter Erreger und des Resistenzgenpools sowie durch Vermeidung eines einseitigen chemotherapeutischen Selektionsdrucks. Dadurch könnte auch in Deutschland die Situation nachhaltig verbessert werden.

(Quelle: Homepage RKI/www.rki.de)

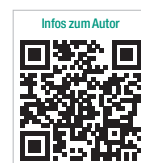
Welchen Beitrag kann die Zahnheilkunde leisten?

Die Zahnheilkunde kann ihren Beitrag zur Vermeidung von Resistenzen dadurch leisten, dass der Antibiotikaeinsatz auf das absolut notwendige Maß reduziert wird und keine ungezielte Antibiose mit Breitbandantibiotika vorgenommen wird. So kann es z.B. in der Parodontitistherapie in schweren Fällen mit einem aggressiven Fortschreiten sinnvoll sein, zunächst gezielte mikrobiologische Nachweisverfahren zu nutzen, damit dann eine gezielte Antibiose stattfinden kann. Weitere Infos zur Parodontitistherapie finden Sie unter www.bzaek.de: Patienteninformation 4.03 „Mikrobiologische Diagnostik und Parodontitistherapie“ (Stand: 4/2008) ■

■ **KONTAKT**

Dr. Hendrik Schlegel

Geschäftsführender Zahnarzt der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe
Auf der Horst 29
48147 Münster
Tel.: 0251 507-510
Dr.H.Schlegel@zahnaerzte-wl.de
www.zahnaerzte-wl.de



Herbstaktion

Gültig bis zum 30.11.

Preis pro DVD
statt 99 €

75€

zzgl. MwSt. und
Versandkosten

DVDs helfen up to date zu bleiben! Jetzt bestellen!



AUCH IM PRAXIS-ONLINE SHOP –
www.oemus-shop.de erhältlich!

3 DVDs* für
199€
statt 225 €
zzgl. MwSt. und
Versandkosten



DVD-Vorschau
via QR-Code ▶



**DVD Minimalinvasive Augmentations-
techniken – Sinuslift, Sinuslifttechniken***
| Prof. Dr. Klaus-U. Benner/Germering |
| Dr. Dr. Karl-Heinz Heuckmann/Chieming |



DVD-Vorschau
via QR-Code ▶



DVD Veneers von A-Z*
| Dr. Jürgen Wahlmann/Edewecht |



DVD-Vorschau
via QR-Code ▶



DVD Implantate und Sinus maxillaris*
| Prof. Dr. Hans Behrbohm/Berlin |
| Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler/Berlin |



DVD-Vorschau
via QR-Code ▶



**DVD Chirurgische Aspekte der
rot-weißen Ästhetik***
| Prof. Dr. Marcel Wainwright/Kaiserswerth |



DVD-Vorschau
via QR-Code ▶



DVD Endodontie praxisnah*
| Dr. Tomas Lang/Essen |



DVD-Vorschau
via QR-Code ▶



DVD Unterspritzungstechniken*
| Dr. med. Andreas Britz/Hamburg |

Bestellformular per Fax an
0341 48474-390

* 3 DVDs unterschiedlicher Kurse!

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen!


 Anzahl

 Anzahl

 Anzahl

 Anzahl

 Anzahl

 Anzahl

Kontakt
OEMUS MEDIA AG
Holbeinstraße 29 | 04229 Leipzig
Tel.: 0341 48474-201 | Fax: 0341 48474-290
E-Mail: grasse@oemus-media.de
www.oemus.com

Die Ware ist vom Umtausch ausgeschlossen!

Praxisstempel

Name/Vorname

Datum/Unterschrift

Fluoridlacke für die Kariesprävention

Fluoridhaltige Präparate spielen eine zentrale Rolle bei der Prävention von Karies und Erosionen bei Kindern und Jugendlichen. Zunehmend an Bedeutung gewinnen Fluoridlacke. Ihre risikobasierte Anwendung fördert den Behandlungserfolg und gehört zu den zukunftsorientierten Maßnahmen in der Zahnheilkunde. Aufgrund der professionellen Applikation und ihrer Anwendungssicherheit eignen sie sich sogar für Kleinkinder.

Dr. Gabriele David

■ Verschiedene zahnärztliche Organisationen empfehlen eine risikobasierte Fluoridlackapplikation. So soll bei Kindern und Jugendlichen mit erhöhtem Kariesrisiko die Behandlung zweimal pro Jahr stattfinden. Bei sehr hoher Gefährdung erfolgen die Anwendungen häufiger, in der Regel vier- bis sechsmal pro Jahr.^{1,2} Fluoridlacke zeichnen sich durch verschiedene Eigenschaften aus, die den Behandlungsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen Rechnung tragen. Der Lack wird kontrolliert an Ort und Stelle appliziert, sodass besonders gefährdete Prädilektionsstellen gezielt die gewünschte Fluoridzufuhr erhalten. Im Vergleich zu anderen Darreichungsformen wie Spüllösungen oder Gelen besteht beim Lack kaum die Gefahr des Verschluckens.^{1,3,4} Im Plasma wurden sehr niedrige Fluorid-Spitzenkonzentrationen nachgewiesen, die zum Beispiel bei Fluor Protector von Ivoclar Vivadent im Bereich der Werte nach dem Zähneputzen mit fluoridhaltiger Zahnpasta liegen.⁵ Bei Kindern, die den Schluckreflex noch nicht beherrschen, ist dies natürlich ein großer Vorteil. Damit Fluorid seine Schutzwirkung optimal entwickeln kann, muss im Mund immer eine geringe Menge zur Verfügung stehen.

Wirkung des Fluorids

- Stimulieren der Remineralisation
- Minimieren der Demineralisation
- Reduzieren der Aktivität und des Wachstums des bakteriellen Biofilms

Auf der Zahnoberfläche bildet sich nach der Applikation eines Fluoridlackes eine Kalziumfluorid-ähnliche Deckschicht. Dabei bedeutet „Kalziumfluorid-ähnlich“ eine vereinfachte Beschreibung. Neben dem Hauptbestandteil Kalziumfluorid enthalten die Ablagerungen noch andere Stoffe, vor allem Phosphat.⁶

Die Kalziumionen kommen aus dem Speichel oder Zahnschmelz und gehen mit Fluoridionen eine Verbindung ein: Es bildet sich Kalziumfluorid, was sehr gut auf porösen Oberflächen wie durchbrechendem Schmelz oder demineralisierten Stellen haftet.⁷ Bei neutralem pH-Wert löst es sich praktisch nicht und kann bis zu Monaten auf den Zähnen verbleiben. Je dichter und gleichmäßiger Kalziumfluorid-Partikel die Zähne bedecken, umso höher fällt die schützende Wirkung aus.

Verursacht Säure ein Absinken des pH-Wertes, zerfällt Kalziumfluorid in seine Einzelbestandteile. Diese können freie Plätze in der kristallinen Schmelzstruktur besetzen, wobei säureresistenteres Fluor- bzw. Fluorhydroxylapatit entsteht.⁸

Im Speichel gelöste Fluoridionen können das Herauslösen des im Zahnschmelz gebundenen Fluorids hemmen und damit die Demineralisation behindern. Bis zu einem gewissen Grad beeinflusst die Kalziumfluoridschicht auch das Wachstum des bakteriellen Biofilms. Fluorid stört die Aktivität der am Stoffwechsel beteiligten Enzyme, sodass relevante Bakterien weniger Säure produzieren.⁹ Allerdings reicht dieser Effekt bei hohem Aufkommen kariogener Keime und starker Säureproduktion nicht aus, um die Zähne vor Demineralisation wirksam zu schützen. In einem solchen Fall sind die Keime mit einem antibakteriellen Präparat unbedingt zu reduzieren, damit der Einsatz von Fluorid zum gewünschten Ziel führt.¹⁰

Effektiver Schutz gegen Karies und Erosionen

Zahlreiche In-vitro-Experimente und klinische Studien belegen die kariespräventive Wirkung der Fluoridlackapplikation bei Kindern und Jugendlichen.^{3,11,12} Die Auswertung einer gepoolten Metaanalyse dokumentiert eine Kariesreduktion von 46%.¹² Auch bei der Remineralisation von Initialläsionen führen Fluoridlacke wie zum Beispiel Fluor Protector zum Erfolg.¹³ Während der kieferorthopädischen Behandlung tragen sie dazu bei, White Spots zu vermeiden bzw. unterstützen deren Remineralisation nach dem Abnehmen festsitzender



Abb. 1: Während der KFO-Behandlung kann ein fluoridhaltiger Schutzlack vor White Spots schützen. (Bild: Dr. A. Peschke)

Apparaturen (Abb. 1).¹⁴ Auch bei Erosionen, einem bei Kindern und Jugendlichen zunehmend auftretendem Befund, gehört die Fluoridlackapplikation zu den effektiven Maßnahmen.¹⁵

Die Wahl des geeigneten Fluoridlackes beruht auf verschiedenen Qualitätskriterien. Die Fluoridkonzentration ist dabei nicht allein ausschlaggebend. Fluorid muss natürlich auch verfügbar sein. Ein gut haftendes Lacksystem, das zur Bildung einer dichten Kalziumfluoridschicht führt, fördert eine längerfristige Fluoridfreisetzung. Das Material darf auf keinen Fall zu viskos sein. Nur ein fließfähiges und gut benetzendes Präparat erreicht Stellen wie Fissuren, Approximalbereiche oder Zonen rundum Brackets, die aufgrund ihrer komplexen Oberflächenprofile besonders gefährdet sind. Darüber hinaus härten zähe Lacke sehr häufig in einer rauen, dicken Schicht aus, die junge Patienten als störenden Fremdkörper empfinden und möglichst schnell entfernen. Wünschenswert ist also ein feiner, kaum wahrnehmbarer Überzug auf den Zähnen.

Als ein neues Fluoridlack, das diese Qualitätskriterien erfüllt, steht zum Beispiel Fluor Protector S von Ivoclar Vivadent zur Verfügung. Das enthaltene Ammoniumfluorid liegt vollständig gelöst vor.¹⁶ Damit ist das Präparat sofort applikationsbereit und ermöglicht ein kontrolliert dosiertes Auftragen. Gerade bei Kindern ein besonders wichtiges Anliegen. Andere Substanzen wie Natrium- oder Kalziumfluorid zeigen ein anderes Lösungsverhalten und liefern häufig Suspensionen mit ungleichmäßig verteilten festen Partikeln. Vor dem Einsatz müssen entsprechende Produkte gründlich durchmischt werden, wobei Konzentrationsschwankungen in der Suspension nicht auszuschließen sind.

Weiterhin fördert die vollständige Lösung der Fluoridquelle die unmittelbare Verfügbarkeit des Fluorids und die sofortige Versorgung des Zahnschmelzes (Abb. 2).^{17,18} Eine dichte Deckschicht Kalziumfluorid-ähnlicher Partikel auf den Zähnen schützt sie gegen direkte Säureangriffe (Abb. 3a und b).¹⁸ Das ergiebige Depot kann Kal-

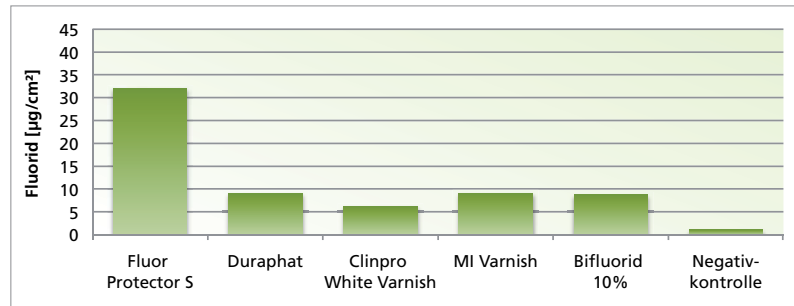


Abb. 2: Alkalilösliches Fluorid auf der Schmelzoberfläche eine Stunde nach Applikation verschiedener Fluoridlacke gemessen.¹⁸

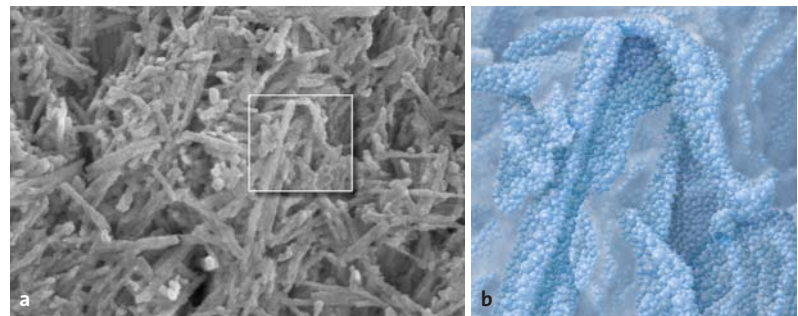


Abb. 3a und b: Dichte Deckschicht aus Kalziumfluorid-ähnlichen Partikeln nach der Applikation von Fluor Protector S; rasterelektronenmikroskopische Aufnahme, Vergrößerung: 30.000 x.¹⁸

zium- und Fluoridionen über einen längeren Zeitraum zur Verfügung stellen.

Die niedrige Viskosität des Schutzlackes fördert die Fließ- und Benetzungseigenschaften. Risikostellen wie Fissuren, Approximalflächen, poröse Schmelzregionen sowie Bereiche um Brackets und Bänder erhalten so den angestrebten Schutz.

Die Behandlung kann sowohl in der Praxis als auch unter Feldbedingungen erfolgen. Vor der Applikation des Fluoridlackes genügt gründliches Zähneputzen, falls keine professionelle Zahnreinigung möglich ist. Pellikel oder eine feine Biofilmschicht stellen kein Hindernis für Fluorid dar. Weil Fluor Protector S auch Wasser als Lösungsmittel enthält, verträgt er bis zu einem gewissen Grad Rest-Speichel auf den Zähnen. Relatives Trockenlegen vor dem Auftragen reicht also aus. Unbedingt zu beachten gilt, nur einmal eine feine Schicht aufzutragen (Abb. 4). Dann überzieht der Lack die Zähne gleichmäßig und passt sich sehr gut ihrer Farbe an. Um den angestrebten Schutz zu erzielen, reicht die applizierte Menge aus. Der milde Geschmack fördert die Compliance junger Patienten. ■

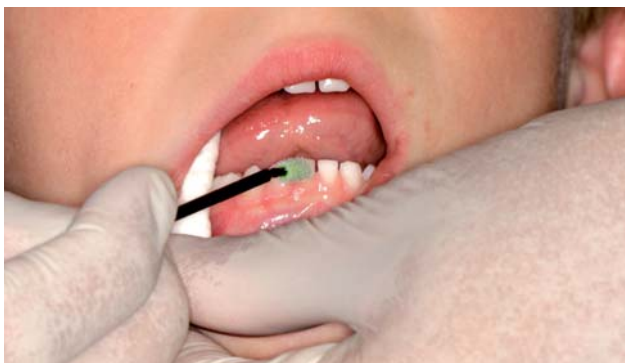
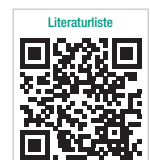


Abb. 4: Nur eine feine Schicht des Fluoridlackes auftragen, damit er die Zähne gleichmäßig überzieht und sich ihrer Farbe anpasst. (Bild: H.-C. Weinhold)

KONTAKT

Dr. Gabriele David

Ivoclar Vivadent AG

Bendererstr. 2

9494 Schaan

Fürstentum Liechtenstein

gabriele.david@ivoclarvivadent.com



Schmerzempfindliche Zähne nach PAR-Erkrankung

Mit der zunehmenden Überalterung der Bevölkerung nimmt nicht nur das Risiko von Parodontalerkrankungen zu, sondern auch die damit oft einhergehende Dentinhypersensibilität. Denn jede PAR-Erkrankung resultiert bekanntlich in dem Verlust der Attachmentshöhe. Der im gesunden Zustand von der Gingiva geschützte Zahnhalsbereich mit seiner sehr dünnen Schmelz- und Zementschicht ist besonders verwundbar.

Dr. Martin Fuchs

■ Durch säurehaltige Nahrungsmittel sowie eine falsche Putztechnik ist die dünne Schmelz- und Zementschicht im Zahnhalsbereich schnell verloren und das darunterliegende Dentin mit seinem offenen Tubulissystem leitet die äußeren Reize ungehindert an die Pulpa weiter.¹ Vom Patienten wird dies als scharfer, starker Schmerz registriert, der unmittelbar nach Reizeinwirkung eintritt und ebenso schnell wieder verschwindet. Im Alltag ist das Aufkommen dieser Schmerzen u.a. stark von der Diät abhängig: säurehaltige, als besonders „gesund“ geltende Lebensmittel wie Obstsaft oder essig-haltige Salatdressings sowie manche Sportgetränke mit saurem pH-Wert verstärken die Symptommhäufigkeit. Daneben scheint es im Mund natürliche Regulationsmechanismen zu geben, die unter physiologischem pH-Wert nach und nach eine Mineralienablagerung in den Dentintubuli bewirken und so zu einer Verbesserung der Symptomatik mit selteneren Rezidiven führen.^{2,3} Die meisten DHS-Betroffenen geben die Häufigkeit der Schmerzen mit seltener als wöchentlich an.⁴ Fast unvermeidlich tritt die DHS nach einem parodontalchirurgischen Eingriff ein, da hier das schützende Weichgewebe um den Zahnhals sowie zum Teil auch das Wurzelzement chirurgisch „auf einen Schlag“ entfernt wird. Das bestätigen auch die zahlreichen epidemiologischen Studien zu DHS: Während bei gesunden Patienten die Häufigkeit der DHS zwischen 2 und 57 % angegeben wird, liegt dieser Faktor bei PAR-Patienten bei 60–98 %.^{5,6} Dieser Umstand darf in der Praxis nicht unterschätzt werden, denn Patienten neigen schnell dazu, die Ursache für die nach zahnärztlichen Behandlungen auftretenden Dentinhypersensibilitäten als Behandlungsfehler zu werten. Es ist daher wichtig, im Beratungsgespräch auf das Thema DHS aktiv einzugehen und nach früherer Patientenerfahrung zu fragen. Wir besprechen deshalb diese Problematik mit dem Patienten insbesondere bei Bleachingmaßnahmen, parodontalchirurgischen Eingriffen und adhäsiven Restaurationen vor Behandlungsbeginn.

In der Literatur wurde festgehalten, dass die Wahrnehmung der DHS von den Zahnärzten stark variiert und dass Dentalhygienikerinnen fast doppelt so oft eine Überempfindlichkeit bei ihren Patienten feststellen.^{5,7} In unserer Prophylaxeabteilung werden wir jedoch zunehmend auch von den Patienten auf die DHS angesprochen. Nach unseren Erfahrungen sind das immer

öfter jüngere, sehr mundhygienebewusste Personen. Bei der Untersuchung finden sich dann in den meisten Fällen Putzdefekte – insbesondere im Prämolarenbereich sowie an den mesialen Wurzelarealen der oberen 6er. Neben einer effektiven Behandlung der DHS stellt dann der erforderliche Aufklärungsaufwand eine große Herausforderung dar.

Der Ätiopathogenese entsprechend, basiert eine lege artis-Therapie der DHS auf einer möglichst langanhaltenden Tubuliokklusion. In der Vergangenheit standen bei uns dafür intensive Fluoridierungsmaßnahmen mit Lacken im Vordergrund. Ein Fluoridlack wirkt hierbei zweifach: Er versiegelt die offenen Dentintubuli mit einer Harzschicht und fördert die Ausbildung eines Calciumfluorid-ähnlichen Präzipitats auf der Dentinoberfläche.^{8,9} Nachteilig bei dieser Behandlung ist die sich nur langsam einstellende Schmerzreduktion und die Notwendigkeit einer mehrfachen Behandlung.¹⁰ Aus diesem Grund verwenden wir heute zur Desensibilisierung in der Regel elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ Desensibilisierungspaste.



Abb. 1: Zustand vor Behandlungsbeginn. Die Patientin stört der freiliegende Zahnhals am Zahn 13 sowohl ästhetisch als auch aufgrund einer erhöhten Empfindlichkeit am Zahnhals.



Abb. 2: Zustand nach Entfernung des alten Zahnersatzes vor der Applikation der Desensibilisierungspaste.



Abb. 3: Die Eingliederung eines Langzeitprovisoriums konnte ohne Anästhesie durchgeführt werden. Im Anschluss erfolgte eine erneute Anwendung der Desensibilisierungspaste.

Diese Desensibilisierungspaste basiert in ihrer Wirkung auf dem oben bereits erwähnten natürlichen Mechanismus der Schmerzlinderung, bei dem der Speichel eine zentrale Rolle spielt. Die im Produkt eingesetzte Pro-Argin® Technologie besteht aus zwei im Speichel natürlich vorkommenden Substanzen: Arginin und Calciumcarbonat. Das Zusammenspiel dieser beiden Komponenten führt zur Einlagerung einer dentinähnlichen Schutzschicht in den Tubuli mit einer sofortig spürbaren Schmerzlinderung.^{11,12} Ein weiterer Vorteil dieser Anwendung besteht darin, dass die Zähne keiner speziellen Vorbehandlung bedürfen und die Applikation unmittelbar vor der eigentlichen Behandlung sowie bei Bedarf jederzeit währenddessen erfolgen kann. Sollte die Intensivfluoridierung in gleicher Sitzung indiziert sein, so kann Duraphat Fluoridlack bzw. elmex® gelee oder fluid am Ende der Behandlung wie gewohnt angewendet werden. In hartnäckigen Fällen wenden wir zusätzlich unseren Laser an.

Durch diese Prozedere hat sich die Frequenz der üZ-Behandlungen in unserer Praxis deutlich reduziert. In der Regel reicht jetzt eine einmalige Behandlung, während in der Vergangenheit meistens drei bis vier Wiederholungssitzungen erforderlich waren.

Dies führte dazu, dass wir die Desensibilisierungspaste nicht nur im Rahmen der PZR, sondern auch bei parodontalchirurgischen Maßnahmen zur Rezessionsdeckung mittels Bindegewebstransplantaten sowie nach adhäsiver Eingliederung von Vollkeramikversorgungen unmittelbar vor der Behandlung prophylaktisch einsetzen. Bei Bleaching-Behandlungen scheint der Mechanismus der Schmerzentstehung multifaktoriell und noch nicht vollständig aufgeklärt zu sein.¹² Einige Autoren empfehlen den Einsatz der Desensibilisierungspaste unmittelbar nach der Behandlung mit einer darauffolgenden häuslichen Anwendung der Pro-Argin®-haltigen Zahnpasta.¹³ In unserer Praxis haben wir gute Erfahrungen auch bei einer Vorbehandlung mit der Paste gemacht.

Für zu Hause empfehlen wir dann unseren Patienten elmex® SENSITIVE PROFESSIONAL™ Zahnpasta und wöchentlich elmex gelee. Wichtig ist eine Instruktion zur richtigen Zahnputztechnik mit einem geringen Putzdruck (max. 100 g) und einer eher weichen Zahnbürste. Eine digitale Küchenwaage als Anschauungsmaterial ist für viele Patienten in solchen Fällen sehr aufschlussreich. Sofern bei der Anamnese ein erhöhter Säurekonsum in der Diät festgestellt wurde, sollte in das Patientengespräch eine zusätzliche Beratung zur Erosionsprophy-



Abb. 4: Zustand vier Wochen nach Eingliederung der neuen Zahnersatzversorgung. Auch nach der Bindegewebstransplantation gab die Patientin keine Empfindlichkeit am Zahn 13 mehr an.

laxe einbezogen werden (Dentinhypersensibilitäten sind oft eine Begleiterscheinung fortgeschrittener Zahnerosion).¹⁴ Als prophylaktische Maßnahme können in solchen Fällen Zahnpasten oder Spülungen mit Zinn empfohlen werden (z. B. elmex® EROSIONSSCHUTZ Zahnpasta und Zahnpülung). Zinn zeigte sich als besonders wirksam gegen starke erosive Angriffe und war in vielen Studien den konventionellen fluoridhaltigen Produkten deutlich überlegen.^{15,16} Darüber hinaus bescheinigten einige Autoren Zinn auch ein gewisses Potenzial bei der Reduktion der Schmerzempfindlichkeit.

Patientenbeispiel

Der nachfolgende Fall soll einen erfolgreichen Einsatz der Desensibilisierungspaste mit Pro-Argin® Technologie außerhalb der PZR exemplarisch darstellen.

Die Patientin, 46 Jahre, stört der freiliegende Zahnhals am Zahn 13 sowohl ästhetisch als auch aufgrund einer erhöhten Empfindlichkeit im Bereich des freiliegenden Zahnhalses (Abb. 1). Nach Entfernung des alten Zahnersatzes erfolgte eine Behandlung der freiliegenden Wurzelareale mit Applikation der Desensibilisierungspaste nach Herstellerangaben mit einem Polierkelch 2 x 3 Sekunden (Abb. 2). Nach der Eingliederung eines Langzeitprovisoriums erfolgte eine erneute Anwendung der Desensibilisierungspaste. Zwei Wochen später erfolgte eine Bindegewebstransplantation (Abb. 3).

Die Patientin gab bereits bei der Anprobe des Langzeitprovisoriums, die ohne Anästhesie erfolgte, einen deutlichen Rückgang der Empfindlichkeit an. Nach Eingliederung des Langzeitprovisoriums war die Patientin vollkommen beschwerdefrei. Auch nach Durchführung der Bindegewebstransplantation gab sie keine Empfindlichkeit am Zahn 13 mehr an (Abb. 4). ■



KONTAKT

Dr. Martin Fuchs

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis
Dr. Martin Fuchs/Karin Sander
Kantstraße 2, 49565 Bramsche
praxis@zahnaerzte-fuchs-sander.de



Service und Chancen in der Prophylaxe

Es ist die Qualität jedes einzelnen Mitarbeiters, die heute darüber entscheidet, wie erfolgreich eine Praxis wirklich ist. Patientenfokussierung, Dienstleistungsorientierung und soziale Intelligenz heißen hier die Schlüsselwörter. Gerade im Bereich der Prophylaxe wird vom Patienten ein gewisser Service erwartet. Der Patient von heute wünscht sich nicht mehr nur saubere und weißere Zähne, sondern vielmehr auch eine Wohlfühlatmosphäre in der Praxis sowie ein Umfeld, das ihm einen erstklassigen Service bietet. Da zufriedene Patienten das Wichtigste für Ihre Praxis sind, sorgen Sie für deren Wohlbefinden und nutzen Sie Service-Chancen erfolgreich.

Nadja Alin Jung, Michaela Maier

■ Menschen machen sich von allem und jedem schnell ein erstes Bild. So hat sich auch der Patient beim Betreten einer Praxis in nur wenigen Sekunden ein Urteil gebildet. Der Empfang prägt dabei entscheidend den ersten Eindruck, der folglich die gesamte Einstellung des Patienten der Praxis gegenüber beeinflusst. Dabei kann man den Moment des ersten Eindrucks, als gut geschulte und hoch motivierte Kraft, leicht für sich entscheiden. Wesentlich ist es vor allem, den Servicegedanken zu leben und Attribute wie Verantwortungsbewusstsein, Hilfsbereitschaft und Herzlichkeit großzuschreiben. In Zeiten vergleichbarer Dienstleistungen und steigenden Anforderungen durch die Patienten selbst ist es die Qualität jedes einzelnen Mitarbeiters,

die eine Praxis von anderen Praxen unterscheidet. Dabei spielen gerade „Soft Skills“ wie soziale Kompetenz eine entscheidende Rolle, damit sich der Patient von Beginn an gut aufgehoben und umsorgt fühlt.

In exakt dem Moment, in dem der Patient die Praxis betritt, muss er das Gefühl haben, dass er im Mittelpunkt steht. Sicherlich ist dies nicht in jeder Situation leicht durchsetzbar. Gerade daher ist ein Konzept sinnvoll, wie die Prioritäten in der Praxis zu vergeben sind, zum Beispiel Patient vor Telefon, Patient vor PC etc.

Der Grundsatz lautet, auch in hektischen Momenten immer Ruhe auszustrahlen und dem Patienten stets ein Lächeln zu schenken. Denn Patientenbezogenheit sowie ein freundlicher und liebevoller Umgang, machen auch kleine Pannen oder turbulente Verhältnisse am Empfang schnell wieder gut.

Step by Step zur optimalen Prophylaxebehandlung

Neben dem Empfang des Patienten in der Praxis ist selbstverständlich die eigentliche Zeit bei der Leistungserbringung mit entscheidend. Wie sollte also eine perfekte Behandlung ablaufen und welche Fehlerfallen gilt es gekonnt zu vermeiden? Eine Möglichkeit wäre das folgende Vorgehen:

Step 1 – Der Weg ist das Ziel

Die Wartezimmertür geht auf und Sie holen Ihren ersten Patienten persönlich zur Prophylaxebehandlung ab. Wichtig ist hierbei, Blickkontakt zum Patienten aufzunehmen und die namentliche Anrede (ggf. mit Titel). Bei für Sie neuen Patienten achten Sie immer darauf, sich als erstes persönlich vorzustellen. Sollte Ihr Patient nicht alleine im Wartezimmer sein, empfiehlt es sich, die übrigen Wartenden kurz über deren verbleibende Wartezeit zu informieren. Hierfür zuvor mit dem Empfangsteam Rücksprache



Service no-goes

- Patienten im Behandlungszimmer alleine lassen
- Interne Gespräche der Mitarbeiter während der Behandlung über Probleme/Fehler (fehlendes Material, Komplikationen etc.)
- Patienten aus dem Wartezimmer mit Mundschutz und Handschuhen abholen – diese ausschließlich im Behandlungszimmer tragen und dort belassen
- Instrumente auf der Brust des Patienten ablegen
- Kleinkindsprache „Ich nehme Ihnen das Lätzchen ab“
- Wortlosigkeit bei der Behandlung und bei Wartezeit im Zimmer
- Fragestellungen an den Patienten und dieser hat noch die Instrumente im Mund – immer darauf achten, dass er antworten kann
- Störungen oder Unterbrechungen bei der Behandlung
- Türe offen halten – jeder kann die Behandlungsgespräche hören
- Verlassen des Zimmers während der Behandlung
- Kontaminierte und fleckige Arbeitskleidung
- Mundschutz, Handschuhe etc. werden nicht getragen – Hygiene ist dem Patienten sehr wichtig
- Patienten schmutzig (bspw. voller Polierpaste) aus der Praxis gehen lassen

halten. Auf diese Weise schließen Sie Missstimmung der Patienten direkt aus, die aus ihrer Sicht länger warten müssen als andere. Beim Begleiten des Patienten in das Behandlungszimmer sollte stets ein „Türklinken-Verbot“ für den Patienten bestehen. Das bedeutet, Sie öffnen und schließen ganz selbstverständlich alle Türen vor und hinter Ihrem Patienten.

Geben Sie dem Patienten Sicherheit, indem Sie ihn immer vom Wartebereich bis ins Behandlungszimmer begleiten. Lassen Sie den Patienten dabei nie alleine. Bieten Sie dem Patienten im Behandlungszimmer unbedingt die Möglichkeit an, für Jacken, Taschen und Tascheninhalte eine separate Garderobe zu nutzen.

Step 2 – Freundliche Ansprache

Jetzt geht es darum, Ihren Patienten mit Empathie und Freundlichkeit auf die Behandlung vorzubereiten und eine aufgelockerte Atmosphäre zu schaffen. Führen Sie anfänglich immer ein wenig Small Talk. Themen wie das Wetter, Urlaub, Hobbys & Co. eignen sich hier immer sehr gut. Informationen, die Sie bei diesen Gesprächen über Ihre Patienten erhalten, sollten Sie in jedem Fall in der Patientenkartei vermerken. Auf diese Weise haben Sie beim nächsten Termin bereits einen idealen Gesprächseinstieg. Small Talk sollte jedoch niemals aufgezungen sein und den Patienten überfordern. Gerade bei Neupatienten ist es anfänglich wichtig, sich zu informieren, ob Negativerfahrungen aus der Vergangenheit in Bezug auf die Prophylaxebehandlung vorliegen. So können Sie auf vorhandene Ängste ideal eingehen und mit Ihrem Patienten in einem solchen Fall genau abstimmen, dass z.B. die Behandlung auch jederzeit

unterbrochen werden kann. Standard sollte sein, permanent auf Mimik, Gestik, verkrampfen der Hände etc. zu achten und zu reagieren. So bauen Sie über die Zeit wertvolles Vertrauen auf, das durch die positive Erfahrung des Patienten bei Ihrer Art zu behandeln stets gefördert wird.

Step 3 – Heilsame Informationen

Der nächste Schritt sollte die verständliche Erklärung des Behandlungsablaufs und der Arbeitsschritte sein. Medizinische Fachbegriffe wirken hierbei zwar fachlich kompetent, sind für den Patienten jedoch in den meisten Fällen nicht nachvollziehbar. Erklären Sie daher die Abläufe so, dass Sie auf die Fachterminologie verzichten und sich auf die Sprach- und Wissens Ebene des Patienten begeben – hierfür müssen Sie ein Gefühl entwickeln. Führen Sie auf, warum die Behandlung und deren Regelmäßigkeit für die Gesundheit wichtig sind und schildern Sie auch ggf. die Folgen bei nicht wiederkehrender Prophylaxe. Zeigen Sie dem Patienten seinen gegebenen Zustand der aktuellen Mundhygiene mithilfe einer Intraoralkamera (Opener für Behandlungsbereitschaft). Schauen Sie hier gemeinsam mit dem Patienten die Mundgesundheit an und nehmen Sie sich Zeit für die Aufklärung.

Step 4 – Erfolgsfaktor Wohlfühlbehandlung

Bevor Sie mit der Behandlung starten, befragen Sie den Patienten freundlich, ob er die einzelnen Behandlungsabschnitte (Ablauf, Dauer, Ansage unangenehmer Arbeitsschritte) während der Behandlung selbst erklärt haben möchte. Sehr gute Erfahrungen konnten mit Musik im Hintergrund oder über Kopfhörer gemacht werden. Professionell wirkt hier eine Musikliste zur Auswahl von Titeln und Interpreten, die im Praxis CD (Corporate Design = Praxis-Farbe, Praxis-Logo etc.) gestaltet ist. Achten Sie darauf, die Kommunikation auch während der Behandlung aufrechtzuerhalten, denn zu wenig Kommunikation kann auch negative Auswirkung haben. Während der gesamten Behandlung sollten Sie stets souverän bleiben und keine Hektik ausstrahlen. Sorgen Sie für eine angenehme und aufgelockerte Behandlungsatmosphäre. Der Patient soll sich entspannt zurücklehnen und Ihnen voll vertrauen können.

Step 5 – Qualität und Sorgfalt

Als erstes decken Sie Ihren Patienten mit einem entsprechenden Patientenumhang bzw. -servietten ab. Ein schöner Service ist es, dem Patienten eine Lippenpflege anzubieten. Als Give-away wäre hier auch ein Lippenpflegestift mit Praxislogo denkbar. Bei der Behandlung mit einem Pulverstrahlgerät verwenden Sie eine spezielle Gesichtsabdeckung oder eine Patientenbrille (auch getönt in Bezug auf Lichtempfindlichkeit). Vor der Politur bieten Sie Ihrem Patienten den Service an, die Geschmacksrichtung der Polierpaste selbst auszuwählen. Lassen Sie ihn nach der Behandlung einen Blick in seinen Mund werfen – die intraorale Kamera eignet sich hier perfekt für den Vorher-Nachher-Effekt. So sensibilisieren Sie Ihren Patienten direkt für

Service-Chancen in der Prophylaxe

- Recall-Service
- Terminerinnerung per SMS/E-Mail (auf Patienten-Einverständnis achten)
- Prophylaxe-Newsletter (auf Patienten-Einverständnis achten)
- Prophylaxe-Aktionen (Bleaching, Mundgesundheits-Check etc.)
- Info-Board im Wartezimmer (mit PZR-News, Aktionen etc.)
- Wartezimmer-TV mit PZR-News
- eigener PZR-Wartebereich
- Mundhygieneraum
- Ausgabe einer wärmenden Decke bei längerer Behandlung
- Anruf bei Patienten im Anschluss an eine größerer Behandlung – Erkundigung nach Wohlbefinden (Schmerzfreiheit etc.)
- Bonusprogramme
- Garantiepass nach Sanierung (Garantieverlängerung von Zahnersatz bei regelmäßiger Prophylaxe)
- Prophylaxe-Shop
- Prophylaxe-Flyer mit detaillierten Leistungen
- Ausgedehntes Leistungsangebot (Kleinkinder- und Jugendprophylaxe, Schwangerenprophylaxe, Bleaching, Mundgeruchsprechstunde, PZR für die Silver-Generation etc.)

eine Mundhygieneumstellung. Geben Sie Pflgetipps, zeigen Sie Putztechniken sowie die richtige Anwendung von Interdentalraumbürsten und Zahnseide im Patientenmund selbst und nicht am Modell. Ein schöner Service ist es, die Hilfsmittel im Anschluss an die Behandlung gratis mitzugeben. Zum Behandlungsabschluss reichen Sie dem Patienten ein feuchtes Tuch. Dieses gibt es von bestimmten Herstellern bereits in gebrauchsfertiger Form zum Erwärmen in der Mikrowelle oder zum Lagern im Kühlschrank.

Step 6 – Das Beste zum Schluss

Ein besonderes Highlight zum Abschluss ist die Zusammenstellung eines individuellen Patienten-Pflegesets. Hierzu gehören neben den zuvor ausgewählten, individuell auf den Patienten abgestimmten Hilfsmitteln, auch Zahnpasten, ggf. Mundspüllösungen, Zahnpflegekaugummi und eine persönliche Visitenkarte von Ihnen, die in einer Tüte im Praxis-Design übergeben werden. Bei Rückfragen des Patienten zu Bezugsquellen der Hilfsmittel sollten Sie eine Übersicht mit Händlerangaben bereithalten, sofern Sie den Bedarf nicht über einen internen Prophylaxeshop abbilden können.

Betrachten Sie Ihren Patienten immer ganzheitlich – klären Sie ihn ggf. über Ergänzungstherapien wie Physiotherapie, Osteo- oder Homöopathie auf. Insbesondere interdisziplinäres Arbeiten ist ein interessantes und ausbaufähiges Zusatzkonzept, welches für den Patienten Mehrwert schafft. Zur Verabschiedung ist das Helfen in die Jacke ein Service, der vom Patienten in beson-

derer Weise wahrgenommen und geschätzt wird. Begleiten Sie den Patienten zurück an den Empfang zur Vergabe von Folgeterminen und verabschieden ihn dort in angemessener Form. Gestaltet sich die Terminfindung in den Regelzeiten als schwierig, bieten sich Termine außerhalb der regulären Sprechzeiten als zusätzlicher Service an.

Nach der Reinigung des Zimmers sollte in jedem Fall ein abschließender kritischer Blick das Zimmer noch einmal auf Ordnung und Sauberkeit prüfen, bevor der nächste Patient zur Behandlung abgeholt wird.

Vom Patienten zum Empfehler

Es gibt viele Dinge, die Sie in Ihrer Praxis speziell im Prophylaxebereich tun können, damit sie bei Ihrem Patienten zum „Wow“-Effekt führen. Dies müssen nicht teure Geschenke sein, die der Praxis viel Geld kosten. Kleine, unerwartete Überraschungen haben meist einen größeren Erfolg. Sammeln Sie immer wieder bei internen Praxis-Team-Meetings Ideen und suchen Sie auch in Ihrem Umfeld stets nach Anregungen und guten Beispielen. Gerade weil die anfängliche Überraschung vom Patienten später als dauerhaftes Basic vorausgesetzt wird, ist es wichtig, immer wieder neue Ideen zu generieren. Grundsätzlich sind jedoch Herzlichkeit, Höflichkeit, Wertschätzung und stete Freundlichkeit eine entscheidende Voraussetzung. Ebenso wie Hilfsbereitschaft und vor allem Einfühlungsvermögen in die jeweilige Situation des Patienten. Andernfalls bleiben jegliche Zusatzleistungen und „Wow“-Effekte vom Patienten gänzlich unbeachtet.

Bei zufriedenen Patienten kommen Empfehlungen ganz von alleine. Denn begeisterte Kunden werden sicherlich die Werbetrommel für Sie rühren und eifrig bei Freunden und Bekannten von Ihren perfekten Leistungen berichten. Auch Sie selbst können das Thema Empfehlungsmarketing aktiv und systematisch forcieren und zufriedene Patienten um Bewertung auf einschlägigen Internetportalen bitten. Ein gut funktionierendes Empfehlungsmarketing ist für jede Praxis die beste und günstigste Form, neue Patienten zu gewinnen – setzt aber auch voraus, dass Ihr Service so gut ist, dass er sich zu empfehlen lohnt. ■

KONTAKT

Nadja Alin Jung

Dipl.-Betriebswirtin
m2c | medical concepts & consulting
Tel.: 069 46093720
info@m-2c.de
www.m-2c.de

Michaela Maier

Dentalhygienikerin
mcm_dentalhygiene@web.de



Die praxisHochschule für Gesundheit und Soziales mit Sitz in Heidelberg und Köln sucht zum schnellstmöglichen Eintritt eine(n) Dentalhygieniker/-in mit akademischem Abschluss als Referent/-in für Prophylaxe und Parodontologie.

DENTALHYGIENIKER/-IN

als Referent/-in für Prophylaxe und Parodontologie

Bei uns haben Sie zahlreiche Chancen, die Fortbildungsmöglichkeiten akademisch und subakademisch maßgeblich zu prägen.

Sie erstellen und verbessern kontinuierlich unsere subakademischen Schulungsunterlagen in Kooperation mit führenden Professoren, namhaften Dentalfirmen, Zahnärzten und unserem Team aus freiberuflich tätigen Dentalhygienikerinnen. Weiterhin sind Sie aktiv als Referent/-in und Prüfer/-in in unseren bundesweit durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen und Aufstiegsfortbildungen zur ZMP und DH tätig.

Wenn Sie in dieser sehr abwechslungsreichen Tätigkeit eine berufliche Herausforderung sehen und am „Puls der Prophylaxe und Parodontologie“ sein wollen, freuen wir uns auf Ihre umgehende Bewerbung. Kenntnisse in Microsoft Office Programmen sind notwendig. Nach Absprache haben Sie nach wie vor die Möglichkeit, in einer Zahnarztpraxis am Patienten aktiv tätig zu sein.

Perspektivisch haben Sie die Möglichkeit, ein Weiterbildungsinstitut der praxisHochschule zu leiten.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

 **Martina Beck**
praxisHochschule für Gesundheit und Soziales
Geschäftsstelle Heidelberg
Brückenstraße 28
69120 Heidelberg
Telefon 0 62 21 - 64 99 71 - 0
 E-Mail m.beck@praxishochschule.de

Bitte schicken Sie uns Ihre Bewerbungsunterlagen, vorzugsweise per E-Mail, bis spätestens 30. November 2013.

WIR FREUEN UNS AUF IHRE BEWERBUNG.

Praktische Übungen zum Überwinden psychologischer Hürden in der Zahnarztpraxis

Gedankenkontrolle

Die aktuelle Artikel-Reihe befasst sich mit praktisch umsetzbaren Übungen im Umgang mit psychisch auffälligen Patienten in der Zahnarztpraxis. Es ist sinnvoll, möglichst schnell zu erkennen, welcher Ansatz der sinnvollste ist, um gemeinsam mit den Patienten eine entspannte Behandlung durchführen zu können. Auffälligkeiten treten im Verhalten, in den Gedanken und in körperlichen Reaktionen auf. Im folgenden Teil werden Tipps im Umgang mit Personen gegeben, die dankbar sind für Unterstützung bei der Steuerung ihrer Gedanken.

Dr. Lea Höfel



© Trifonov Igor

■ Bei vielen Patienten startet ein gewaltiges Kopfkino, sobald sie an den Zahnarztbesuch denken. Das macht sich besonders bei ängstlichen Patienten bemerkbar, aber auch Misstrauen, Theatralik und Depression entstehen im Kopf. Die Patienten erinnern sich an frühere Behandlungen, die vielleicht nicht sehr angenehm waren oder bei denen sie sich unprofessionell betreut fühlten. Sie rufen die Erzählungen hervor, die ihnen von Familie, Bekannten und aus dem Fernsehen bekannt sind. Sie beschwören geistig einen zukünftigen Zahnarztbesuch, der an Grausamkeit nicht schlimmer sein könnte. Kurzum, die Gedanken drehen durch! Was die Patienten erkennen sollten, ist die Tatsache, dass sie sich selbst diese Gedanken machen und sie deshalb auch selbstständig kontrollieren können. Gedanken bewegen sich nicht wild im Kopf und sie werden nicht von außen eingeflüßt. Jeder Patient beim Zahnarzt ist für seine eigenen Gedanken verantwortlich. Folglich kann das Zahnarztteam diese Patienten in der Zahnarztpraxis am besten unterstützen, indem es Wege aufzeigt, den „Film des Grauens“ im Kopf zu stoppen, zu verändern oder zu löschen.

Gedankenstopp

Eine einfache Methode besteht darin, unangenehme Gedanken einfach zu stoppen und optimalerweise mit

besseren zu ersetzen. Fragen Sie Ihre Patienten, welche Gedanken sie bezüglich des Zahnarztbesuches haben und lassen Sie sich die einzelnen Schritte genau berichten. Eine Patientin könnte beispielsweise denken:

1. ich gehe die Treppen zur Praxis hoch
2. ich öffne die Tür
3. ich möchte der Helferin am Empfang sagen, dass ich Angst habe
4. sie ist bestimmt genervt
5. ich traue mich nicht, etwas zu sagen
6. ich muss die Angst aushalten
7. keiner weiß davon
8. mir wird schlecht

Bei dieser Gedankenkette darf die Patientin erkennen, dass sie sich selbst an Punkt 4 Stress bereitet. Selbst wenn in der Vergangenheit vielleicht eine Helferin einmal genervt war, heißt das nicht, dass das in Zukunft auch so sein muss. Fragen Sie die Patientin an dieser Stelle, welcher Gedanke ihr stattdessen gut tun würde und wie sich dadurch die Gedankenkette positiv verändern wird. Achten Sie darauf, das positive Geschehen anzuleiten. Ich versichere Ihnen, dass Sie mit der Frage „Welcher Gedanke würde Ihnen stattdessen gut tun?“ schneller ans Ziel kommen als mit der Formulierung „Was wäre denn weniger schlimm?“.

Da es vorerst nur ein hypothetisches Gedankenspiel ist, macht üblicherweise jeder Patient mit. Die Patientin

könnte nun sagen, dass ihr der Satz „Die Helferin lächelt mich an“ guttut. Daraufhin würde sie sich trauen, die Helferin anzusprechen, die Angst würde berücksichtigt werden, alle wüssten es und der Patientin würde es gut gehen. Schlagen Sie der Patientin vor, ihr Kopfkino auf diese Art und Weise zu beobachten. Der Weg zu einem entspannten Zahnarztbesuch führt über diese Gedanken.

Stimmenregulierung

Viele Patienten sind der Meinung, sie könnten ihre Gedanken nicht kontrollieren. Sie haben sich noch nie vor Augen geführt, dass die Gedanken im eigenen Kopf entstehen und deshalb auch dort aus eigener Kraft verändert werden können. Eine schöne Methode ist es deshalb, den Gedanken einmal besondere Aufmerksamkeit zu schenken, um sie dann zu verändern. Durch das genaue Beobachten erreichen wir zusätzlich, dass die Sätze eher analytisch und weniger emotional betrachtet werden.

Unsere Patientin vom oberen Beispiel könnte lernen, die Aussage „Die Helferin ist bestimmt genervt“ stimmtechnisch zu manipulieren. Eingangsfragen könnten hier sein:

– Ist das Ihre Stimme, die das sagt, oder ist es die Stimme von jemand anderem?

- Ist es eine männliche oder weibliche Stimme?
- Spricht sie schnell oder langsam?
- Kommt die Stimme von rechts, links, oben, unten?

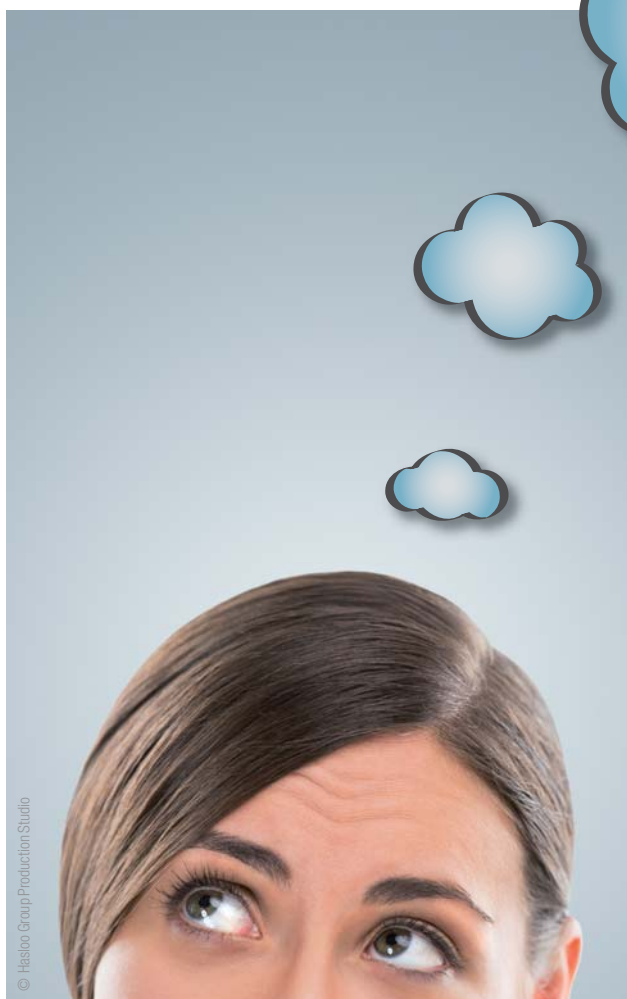
Sobald die Patientin die Stimme analysiert hat, kann sie sie verändern. Wie wäre es, die Lautstärke herunterzudrehen, das Tempo zu erhöhen oder zu drosseln, die Pause- oder Stopptaste zu drücken oder einen Blumentopf darüberzustülpen? Jede Veränderung an der Stimme bewirkt, dass der emotionale Einfluss abnimmt.

Bewusstmachen des positiven Resultats

Die meisten Patienten haben keine Vorstellung davon, wie eine positive Behandlung aussehen könnte. Sie machen sich Gedanken darüber, dass der Zahnarzt ihnen das Geld aus der Tasche ziehen wird. Sie befürchten, vor Angst ohnmächtig zu werden. Sie geraten in Panik bei dem Gedanken, hässlichen Zahnersatz zu erhalten. Diese Patienten sollten wir auf das positive Ausgangsziel lenken. Fragen könnten sein: „Wie stellen Sie sich eine entspannte Zahnbehandlung vor?“, „Welche Themen sollten wir besprechen, damit Sie sich finanziell sicher fühlen?“ oder „Wie sehen für Sie die optimalen Zähne aus?“. Es ist immer wieder erstaunlich, dass Patienten häufig genau wissen, was sie nicht möchten und gleichzeitig keine Vorstellung davon haben, was sie gern möchten.

Lassen Sie sich genau schildern, was sich der Patient als Ziel wünscht. Zum einen können Sie dann dieses Ziel realistischer beurteilen und umsetzen, zum anderen wird es dem Patienten vielleicht zum ersten Mal selbst klar. Das Visualisieren des angestrebten Ziels versetzt den Patienten zudem in eine positive Grundhaltung, sodass die gemeinsame Weiterarbeit vereinfacht wird.

Patienten dürfen lernen, sich den Zahnarztbesuch selbst gut zu reden. Sie an diesem Punkt dabei zu unterstützen, ihre eigenen Gedanken und Ziele zu kontrollieren, ist einfach und sehr effektiv. Ein zusätzlicher Bonus entsteht dadurch, dass Patienten, die positiv denken, auch positiv über die Zahnarztpraxis sprechen. Insgesamt sind die Patienten mit ein wenig Übung entspannter und das Team kann professionell arbeiten, was das gedankliche und tatsächliche Ziel einer jeden Behandlung sein sollte. ■



© Hasloto Group Production Studio

KONTAKT

Dr. Lea Höfel

Tel.: 08821 9069021

Mobil: 0178 7170219

hoefel@psychologie-zahnheilkunde.de

www.weiterbildung-zahnheilkunde.de

Infos zum Autor



Johnson & Johnson

Entschärft im Geschmack, stark in der Wirkung



Für geschmacksensible Patienten wurde Listerine® Zero™ entwickelt, dessen innovative Formulierung die in Listerine enthaltenen ätherischen Öle (Eukalyptol, Methylsallycyolat, Thymol und Menthol) ganz ohne Alkohol in eine stabile Lösung bringt.

Die Bioverfügbarkeit und das breit gefächerte Wirkspektrum der Öle bleiben dabei erhalten. Die weniger geschmacksintensive Mundspülung reduziert signifikant den Gingivitis-Index um 12 % sowie den Plaque-Index um 30 % im Vergleich zu Placebo. Zudem steigert der hohe Fluoridgehalt (220 ppm; 0,05 % NaF) die Fluoridierungsrate. Die ätherischen Öle der Mundspülung reduzieren schwefelbildende Bakterien nachhaltig und sorgen so für ein langanhaltendes Frischegefühl.

Mit Listerine Zero können bislang unerreichte Patientengruppen die Prophylaxe-Vorteile von Listerine nutzen: Patienten, denen Mundspülungen bisher zu geschmacksintensiv waren oder keine alkoholhaltige Mundspülung verwenden dürfen bzw. möchten. Es eignet sich zudem für Kinder ab sechs Jahren sowie bei erhöhtem Fluoridierungsbedarf.

Johnson & Johnson GmbH
Tel.: 00800 22210010 (gebührenfrei)
www.listerine.de



mectron

Regenerative Lösungen für die präventive Zahnheilkunde

Acht Jahre, nachdem die Wissenschaftler in Leeds erstmals künstlichen Zahnschmelz im Reagenzglas wachsen ließen, gibt es mit CURODONT™ REPAIR ein marktreifes Produkt (Exklusivvertrieb durch mectron). Durch biomimetische Mineralisation kann aktive, initiale Karies gestoppt und tiefenwirksam regeneriert werden. Die noninvasive Behandlung ist einfach und sicher. Nach der professionellen Zahnreinigung wird CURODONT™ REPAIR auf die gereinigte und geätzte Zahnoberfläche aufgetragen. Die patentierte Substanz diffundiert in den Läsionskörper hinein, wo sie ein biologisches Gerüst bildet, in das sich Mineralstoffe aus dem Speichel einlagern – ähnlich wie bei der Zahnentstehung. Neue, naturähnliche Schmelzkristalle regenerieren den Zahn in den folgenden Wochen und versetzen ihn damit praktisch wieder in den ursprünglichen Zustand zurück. Für die Behandlung kommen zum einen junge Patienten mit erhöhter Kariesaktivität infrage, zum anderen profitieren Patienten mit exponiertem Dentin.

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



TePe

Im Auftrag der Prophylaxe



Im IDS-Jahr 2013 konnte TePe seinen Marktanteil in Apotheken in Deutschland um knapp drei Prozent auf 62 Prozent erhöhen (Quelle: Nielsen; Interdentalprodukte 2012) und damit seine Marktführerschaft bestätigen. Mit TePe Bridge & Implant Floss und TePe Multifloss stellte das Unternehmen unter dem Motto „Caring for Implants“ gleich zwei hocheffektive Produkte für die schonende interdental Reinigung bei Implantaten, Brücken, Multibandapparaturen und natürlich auch von Zähnen vor. TePe Bridge & Implant Floss und TePe Multifloss wurden in enger Zusammenarbeit mit Spezialisten aus Praxis und Wissenschaft entwickelt.

Das neu zur IDS 2013 eingeführte Plaquefärbemittel TePe PlaqSearch ergänzt das Prophylaxesortiment der Praxis um eine einfache Möglichkeit, Patienten Putzdefekte zu Hause und in der Praxis ganz einfach optisch darzustellen. Das Mittel färbt Plaque, die älter als zwölf Stunden ist, blau und neuere rot.

Für das kommende Jahr kündigt TePe weitere Innovationen an, welche die Mundgesundheit auch bei komplexen Versorgungen weiter vereinfachen und verbessern werden.

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

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

praxisHochschule

Studiengänge im Gesundheits- und Sozialwesen

In diesem Herbst startet die praxisHochschule für Gesundheit und Soziales i.Gr. – ein Unternehmen der Klett Gruppe – mit innovativen Bachelor-Studiengängen: Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, Management von Gesundheitsnetzwerken und Dentalhygiene und Präventionsmanagement.



Infos zum Unternehmen

dass es sich bei den Studiengängen um deutschlandweite Innovationen handelt.

**praxisHochschule für
Gesundheit und Soziales**
Tel.: 0221 5000330-31
www.praxishochschule.de



© Robert Kneschke

„Die Studierenden arbeiten parallel in Gesundheits- oder Sozialeinrichtungen und integrieren damit ihre Ausbildung bzw. berufliche Tätigkeit in das Studium“, betont Manuel Dolderer, der Geschäftsführer der praxisHochschule Köln. „Erstmals wird ein duales Studienkonzept in dieser maßgeschneiderten Form im Gesundheits- und Sozialwesen umgesetzt. Unsere Absolventen haben einen akademischen Abschluss und weisen gleichzeitig bereits berufliche Erfahrungen vor.“

Wie innovativ das Konzept der praxisHochschule ist, zeigt sich daran, dass es die erste Hochschule in Deutschland ist, die für ihre Studiengangsentwicklung eine Förderung im Rahmen des ERP-Innovationsprogramms I der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) erhalten hat. Die KfW bestätigt damit,

NSK

Kraftvolle konstante Leistung

Airscaler 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 Airscälern 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

Volltitanhülse 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

Dent-o-care

Zahnbürsten mit Ultraschalltechnologie

Die Dent-o-care Dentalvertriebs GmbH, führender Spezialist für Prophylaxe- und Mundhygieneprodukte, hat mit der „ultrasonex plus“ und der „Megasonex M8“ zwei Zahnbürsten mit Ultraschalltechnologie ins Sortiment aufgenommen. Laut Herstellerangaben funktionieren beide mit einer Frequenz von bis zu 1,6 Millionen Impulsen/Schwingungen pro Sekunde.

Die „ultrasonex plus“ ist dabei sehr kompakt und einfach in der Handhabung und arbeitet zudem mit bis zu 12.000 Schwingungen des Bürstenkopfes pro Minute.

Die „Megasonex“ bietet eine Auswahl zwischen zusätzlich ca. 18.000, 9.000 Schwingungen des Bürstenkopfes pro Minute oder gar keine. Beide Systeme versprechen eine besonders sanfte, aber äußerst effektive Reinigung bis tief in die Zahnzwischenräume.



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

Ultradent Products

Effektive Zahnaufhellung, maximale Kariesprävention

Krankheiten, Verletzungen oder frühere medizinische Behandlungen können die Zahnschicht nicht nur schwächen, sondern auch zur Folge haben, dass Farbstoffe in die



Aufhellung mit Opalescence Boost: Nach Schutz der Gingiva wird das Aufhellungsgel direkt aus der Spritze aufgetragen.

Zahnschicht eindringen und diese verfärben. Hier ist eine medizinische Zahnaufhellung durch Bleaching angezeigt. So können auch starke innere Verfärbungen minimalinvasiv behandelt werden, und eine zeitin-

tensive Restauration wird vermieden. Darüber hinaus bleibt die Zahnschicht erhalten und wird durch ausgewählte Inhaltsstoffe, die kariespräventiv wirken, gestärkt. Produkte für die medizinische Zahnaufhellung wirken intensiv durch hochkonzentrierte Inhaltsstoffe. Um dabei trotzdem die Zahnschicht zu erhalten und zu kräftigen, kombinieren die Opalescence®-Gele für die medizinische Zahnaufhellung eine hohe Konzentration Wasserstoffperoxid bzw. Carbamidperoxid mit der PF-Formel, die durch Kaliumnitrat und Fluoride den Schmelz kräftigt, Zahnpflichtigkeit reduziert und der Entstehung von Karies entgegenwirkt. Opalescence® Boost, Opalescence® Endo und Opalescence® Quick bieten dabei verschiedene Optionen von der Chairside-Zahnaufhellung über die Anwendung im Wartezimmer bis zur Behandlung devitaler Zähne. Minimalinvasiv und dennoch effektiv.

Ultradent Products
Tel.: 02203 359215
www.updental.de



Jovident

Handpflege während des Arbeitens

Mit einer neuartigen Entwicklung bei Nitril-Einmaluntersuchungshandschuhen ist die Firma Jovident aus Duisburg seit 2012 auf dem deutschen Markt vertreten. Das Unternehmen, das sich auf die Entwicklung und den Vertrieb von Alltagsprodukten für die Dentalbranche spezialisiert hat, bietet mit dem AloeVate ein Produkt, das viele Mitarbeiter von Zahnarztpraxen interessieren dürfte: hautpflegende Behandlungshandschuhe. Die Behandlungshandschuhe sind aus weichem Nitril mit einer glatten Innenseite, die mit 100 % Bio-ACTI-Valoe® beschichtet ist. „Uns war wichtig, dass Nitril keine Eiweißproteine enthält wie das bei Latex der Fall ist. Denn darauf reagieren immer mehr Menschen allergisch. Stattdessen wollten wir einen Handschuh mit Tragekomfort, der zusätzlich die Haut pflegt“, resümiert Dr. Martinus Petersen, einer der zwei Geschäftsführer von Jovident. Und sein Kollege Meino Huisman ergänzt: „Die bei der Beschichtung verwendete Aloe vera gilt als eine der ältesten Heilpflanzen überhaupt.“ Klinische Studien in den USA belegen, dass mit ACTIValoe® beschichtete Handschuhe für ein trockenes, besonders hautverträgliches Klima sorgen und dass die wertvollen Vitamine, Enzyme und Aminosäuren der Aloe vera beruhigend auf die Haut wirken.



Jovident GmbH
Tel.: 0203 607070
www.jovident.com

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

orangedental

PROPHYlaktisch. PAROdiesisch. Gut.

Mit dem Parameter „pa-on“ wird die Befundung des Parodontalstatus automatisiert und softwaregestützt durchgeführt. Die hygienische Einmal-Messspitze ist so kalibriert, dass die Messung der Taschentiefe genau mit 20 g Druckausübung erfolgt. Dabei können Sie über die Software das Messschemata zur Erhebung des Parodontalstatus einstellen. Wenn Sie das kabellose Parameter in die Docking-Station stellen, werden alle gesammelten Daten automatisch an die Abrechnungssoftware übertragen und visualisiert. Die Visualisierung des Parodontalstatus eignet sich hervorragend für die Patientenaufklärung.

Mithilfe der photoaktivierten Desinfektion werden in Sekundenschnelle 99,99% aller oralen Bakterien abgetötet – wissenschaftlich belegt. Ohne Nebenwirkungen erzielt PAD PLUS die schnelle, wirksame und einfa-

che Desinfektion in der Prophylaxe, Parodontologie, Implantologie, Endodontie und in der restaurativen Zahnheilkunde (z. B. Karies). Das PAD PLUS-System setzt sich aus einer Toloniumchloridlösung und einer LED-Lichtquelle mit spezieller Wellenlänge zusammen. Die Lösung wird auf das zu behandelnde Gewebe aufgetragen, nach 60 Sekunden erfolgt die Aktivierung der Lösung mittels der LED-Lichtquelle. Hierbei werden ungebundene Sauerstoffatome freigesetzt, welche die Bakterienzellwände zerstören und abtöten. Gesundes Gewebe wird nicht angegriffen, Gingiva oder Restaurationen werden nicht verfärbt.

orangedental GmbH & Co. KG
Tel.: 07351 474990
www.orangedental.de

Infos zum Unternehmen



interessanté

Mundduschen – von Experten empfohlen

Die Gesellschaft für Präventive Zahnheilkunde (GPZ) in Stuttgart hat die Mundduschen von Waterpik® anhand von wissenschaftlichen, evidenzbasierten Studien und Veröffentlichungen ausführlich geprüft und mit einer positiven Bewertung ausgezeichnet.

So trägt die interessanté GmbH als deutscher Exklusiv-Vertriebspartner ab sofort das GPZ-Qualitätssiegel „Empfohlen von Experten“ zum Nachweis der Wirksamkeit der Mundduschen. Damit wurde erneut bestätigt, dass die Waterpik®-Mundduschen ein wichtiger Bestandteil der täglichen Mundhygiene sind. Die Mundduschen sind nachweisbar wirksamer als Zahnseide und entfernen 99,9% des Plaque-Biofilms. Das Unternehmen wird das Qualitätssiegel der GPZ künftig in ihrer Kommunikationsstrategie gezielt einsetzen und damit Handel und Verbrauchern bei deren Kaufentscheid ein klares Signal senden.

interessanté GmbH
Tel.: 06251 9328-10
www.interessante.de



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

360grad
Praxistour

Herbstaktion*
bis zum 30.11.2013!
Sparen Sie jetzt 100 € pro Bild!

Erstes Bild
für **490€***



jedes
weitere
Bild

für **390€***



Vorteile einer
360grad-Tour in
einem Film

Eine runde Sache.

Präsentieren Sie Ihre Praxis im 360grad-Format. Einfach, preiswert und modern.



Lassen Sie sich beraten unter der
Info-Hotline: +49 341 48474-307
h.schroeder@oemus-media.de

* zzgl. MwSt. und Anfahrtskosten von 0,50 €/km vom Ausgangspunkt in Leipzig; Einmaliger Preis von 60 € für das Navigationstool ist verbindlich zu entrichten!

360grad.oemus.com

„Ich habe nach Alternativen gesucht – und Aloe vera gefunden“

Janine Müller ist seit vielen Jahren Dentalfachberaterin und Prophylaxehelferin mit voller Hingabe. Bei der Arbeit am Patienten verwendet sie individuelle Konzepte, „denn jeder Patient ist anders“, wie sie selber sagt. Bei ihrer Arbeit stieß sie auf die Aloe vera Pflanzen und hat damit gute Resultate am Patienten erzielt. Im Interview erfahren wir mehr.



Janine Müller

Sie arbeiten als Prophylaxehelferin und haben tagtäglich mit vielen Parodontosepatienten in der Praxis zu tun. Wie ist Ihr aktueller Eindruck bei der Arbeit im Prophylaxezimmer, bei der Arbeit mit den Patienten und der Arbeit mit dem Zahnarzt?

Ich arbeite jetzt seit 15 Jahren als Dentalfachberaterin und Prophylaxehelferin und das Prophylaxezimmer ist mittlerweile wie mein zweites Zuhause. Die Arbeit mit den Patienten ist dabei oft sehr unterschiedlich, denn jeder Patient ist anders. Ich bin glücklich, wenn ich Patienten erfolgreich schule, wenn es um Prophylaxefragen und -anwendungen geht. Ich arbeite beim Thema Prophylaxe sehr eng mit dem Zahnarzt zusammen, und wir schauen immer gemeinsam, was das Beste für jeden einzelnen Patienten ist.

Die Beratung nimmt für Sie also einen großen Stellenwert ein?

Ja, die Beratung hat in meiner Sprechstunde einen sehr hohen Stellenwert, und ich bin davon überzeugt, dass die individuelle Beratung in jeder Praxis ein fester Bestandteil sein sollte, um erfolgreich Parodontosepatienten zu behandeln.

Wie sieht Ihr Beratungs- und Behandlungskonzept aus?

Jeder Patient hat unterschiedliche Bedürfnisse und darauf muss ich bei meinem Konzept natürlich eingehen. Unter den Patienten gibt es beispielsweise diejenigen, die man animieren muss, mehr Zahnpflege zu betreiben. Des Weiteren gibt es die Patienten mit Erkrankungen wie z.B. Diabetes und diese sollten regelmäßig zur Prophylaxe kommen und werden sehr eng betreut. Alle Patienten werden von mir beraten und aufgeklärt, die Zahnreinigung ist mir sehr wichtig und ich führe regelmäßig eine Nachkontrolle durch. Bei der Nachkontrolle wird dann gemeinsam ein Konzept erstellt, wie der weitere Verlauf der Behandlung vorstangeht.

Sie arbeiten bei Ihrem Prophylaxekonzept mit der Aloe vera Heilpflanze. Wie können wir uns das vorstellen?

Ich führe sehr oft ein Keimbestimmungstest von Hain Lifescience am Patienten durch, welcher für mich entscheidend ist, da es sehr wichtig ist, herauszufinden, welche Bakterien in der Mundhöhle und in den Zahnfleischtaschen vorhanden sind. Nicht jeder Patient möchte dann zur Bekämpfung der Bakterien Chlorhexidin oder Antibiotikum einnehmen – und so habe ich nach Alternativen gesucht.

... und haben die Aloe vera Heilpflanze als Alternative aufgetan?

Ja genau. Durch eine Patientin – Christine Lindner – bin ich auf das Mittel der Aloe vera Pflanze aufmerksam geworden. Sie kam als Patientin zu mir und berichtete, dass sie an einer Parodontose erkrankt ist. Sie ist selbst Physiotherapeutin und schaut ganzheitlich auf den Körper. Als Therapie hatte sie bereits Aloe vera Honig getrunken und wunsche sich nun als Therapieunterstützung noch eine Zahnreinigung. Ich habe dann die Aloe vera Zahncreme an ihr getestet – und das mit großem Erfolg. Die Parodontitis ist dadurch eindämmbar, und das ohne Chlorhexidin und Antibiose.

Haben Sie einen Tipp an Ihre Kolleginnen?

Ich würde es sehr schätzen, wenn jede Prophylaxehelferin nicht alle Patienten gleich behandelt. Es reicht einfach nicht, nur eine PZR zu machen und den Patienten erst nach einem halben Jahr wieder zu



Wer sich eingehend mit der Geschichte der Aloe vera befasst, kommt nicht umhin festzustellen, dass diese Pflanze hinter ihrem bescheidenen Äußeren Heilkräfte von ungewöhnlicher Vielfalt und Wirksamkeit verbirgt. Die Aloe wird nicht nur äußerlich angewandt, auch innerlich übt sie eine heilende Wirkung auf den menschlichen Organismus aus. Das aus den Blättern gewonnene Mark ist reich an lebensspendenden Stoffen wie Vitamine, Mineral-salzen, Aminosäuren, Enzymen und verdauungsfördernde Fer-menten. Demnach hat die Aloe neben ihrer Funktion als Heilpflanze auch die Bedeutung eines vollwertigen Nahrungsmittels.

Durch Anwendung in der Zahn- und Mundhygiene kann betroffene Patienten mit Zahnfleischbluten und Parodontose deutlich langfris-tig geholfen werden. Mundgeruch und parodontoseunterstützende Bakterien verschwinden, weil die Keime abgetötet werden. Mund-spülungen mit Aloe vera empfehlen sich auch gegen Hefepilz im Mund. Wenn ein Zahn gezogen wird, klingt die Schwellung schnel-ler ab und die Schmerzen sind geringer.

Ihre besonderen Heilwirkungen verdankt die Aloe vera einem hohen Anteil an aktiven Wirkstoffen, in erster Linie das Mucopoly-saccharid Acemannan, eine langkettige Zuckerform. Neben die-sem Hauptwirkstoff beinhaltet die Aloe vera noch 13 weitere Mu-copoly- und Momopolysaccharide, 11 Anthraquinone (abführende und schmerzlindernde Wirkung), 13 Mineralstoffe (u.a. Kalzium, Phosphor, Kalium, Eisen, Natrium, Mangan, Magnesium, Kupfer, Chrom, Zink), 15 Enzyme, Saponine (Kohlehydrate mit reinigender und antiseptischer Wirkung), 21 Aminosäure (Eiweißbausteine) und essenzielle Fettsäure. Auch wichtige Vitamine sind vorhanden: Vitamin A (verbessert das Sehvermögen, fördert die Gesundheit der Haut), Vitamin C (bekämpft in Verbindung mit Vitamin E In-fektionen, fördert Vernarbungsprozesse), Vitamin B1 (wird zum Wachstum des Gewebes und zur Energieproduktion gebraucht), Vitamin B2 (wirkt gemeinsam mit Vitamin B6, vor allem bei Man-gelerscheinungen wie Anämie) und Vitamin B12 (für die Funktion der Nervenzellen und den Stoffwechsel, fördert die Bildung von roten Blutkörperchen).

Weitere Informationen bei: **Christine Lindner, Tel.: 0177 8892567, E-Mail: Irlindner@web.de**

bestellen. Wir müssen mehr auf die Patienten eingehen und dafür in-dividuelle Konzepte entwickeln. Jeder Patient sollte eine Beratung er-halten, um für sich selbst zu entscheiden und nach zwei, drei Wochen wird eine Nachsorge durchgeführt, z.B. mit einem Mundhygiene-status und/oder Putzübungen. Bei Patienten mit Prothesen empfehle ich auch zweimal jährlich eine Prothesenreinigung durchzuführen. Das ist entweder in der Praxis möglich oder sie schicken ihn ins La-bor, damit auch die Mundschleimhaut geprüft wird, denn es gibt viele Pilze auf der Mundschleimhaut unter den Prothesen. Und, wenn Sie nicht beraten können, lassen Sie sich schulen.

Was wünschen Sie sich selber für Ihre berufliche Zukunft?

Ich selber führe auch Schulungen und Seminare durch, dafür wünsche ich mir natürlich viele wissbegierige Prophylaxehelferinnen, die den Willen haben, sich auf dem Segment weiterzubilden, und wie ich in der Prophylaxe mehr sehen als nur zweimal im Jahr eine PZR zu machen.

Janine Müller
Dentalfachberaterin & Prophylaxehelferin
Tel.: 01520 3192485

ANZEIGE

Werden Sie Autor für unsere Journale.



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

Parodontitistherapie im Alter – „Notwendig vs. machbar“



Mitarbeiterprogramm auf der DGParo-Jahrestagung 2013.

Vom 19. bis 21. September lud die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DGParo) zur Jahrestagung nach Erfurt ein. Das Tagungsmotto „Notwendig vs. machbar – parodontale Therapie beim älteren Patienten“ beschäftigte sich mit den aktuellen Herausforderungen in der Zahnmedizin und konnte mehr als 800 Teilnehmer zu Mainpodium, Symposien, Mitarbeiterprogramm und Ausstellung begrüßen.

Unter der Leitung von DGParo-Tagungspräsident Prof. Dr. Thomas Kocher, Universität Greifswald, betrachteten bei zeitweise drei parallel laufenden Vortragsreihen etwa 60 Referenten das Tagungsthema aus den unterschiedlichsten Perspektiven.

Dabei bot der vielerorts thematisierte demografische Wandel auch in Erfurt reichlichen Diskussionsstoff und warf eine Vielzahl von Fragen auf: Welche Therapien sind für ältere, oftmals auch morbid und gebrechliche Patienten adäquat? Wie beeinflussen altersbedingte Gegebenheiten die Behandlungsmöglichkeiten? Welche Informatio-



Tagungspräsident Prof. Dr. Thomas Kocher und Dr. Stefanie Kretschmar.

nen aus der Anamnese älterer Patienten sind bei der Behandlungsplanung zu beachten und welche Medikamente zu berücksichtigen? Zwei Aspekte der zahnmedizinischen Therapiefindung wurden dabei besonders beleuchtet: das oftmals schwierige Abwägen der Notwendigkeit gegen die Machbarkeit bei Therapiebehandlungen und der immer deutlicher werdende Zusammenhang zwischen Allgemeinkrankheiten und Parodontopathien.



Abb. 1: DGParo-Tagungspräsident Prof. Dr. Thomas Kocher, Universität Greifswald. – Abb. 2: DGParo-Präsident Prof. Dr. Peter Eickholz auf der Jahrestagung der DGParo 2013. – Abb. 3: Mitglied des Junior Committees der DGParo Priv. -Doz. Dr. Stefan Fickl, Universitätsklinikum Würzburg. – Abb. 4: Prof. Dr. Petra Ratka-Krüger, Universität Freiburg.



Abb. 5: Prof. Dr. Ulrich Schlagenhauf, Universität Würzburg. – Abb. 6: Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin Prof. Dr. Christoph Benz, Universität München. – Abb. 7: Schatzmeister der DGPParo Dr. Kai Worch, Garbsen. – Abb. 8: Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Universität Greifswald. – Abb. 9: Dr. Wolfgang Westermann, Emsdetten.

Highlights der Jahrestagung

Einen besonderen Programmpunkt der Fachtagung bot Dr. Wolfgang Westermanns Rückblick auf 30 Jahre Parodontistherapie. Unter dem Titel „Dumm gelaufen oder alles wunderbar? Auch das Parodont altert“ wurde, anhand ausgewählter Fallbeispiele, nicht nur das ganze Spektrum möglicher parodontaler Schädigungen gezeigt, sondern gleichzeitig Potenzial und Bedeutung systematischer Behandlungstherapien erläutert. Zusätzlich zu den Fachvorträgen wurden in kleinen Gruppen und mittels Tischdemonstrationen alltägliche Herausforderungen der Implantologie, Parodontologie und Qualitätssicherung interaktiv und praxisnah dargelegt. Ebenso setzten die fördernden Unternehmen inhaltliche Akzente: So veranstaltete der Implantathersteller Straumann das Symposium „Moderne Regenerative Parodontaltherapie: wissenschaftlich – rentabel – praxisbewährt“. Dagegen beschäftigte sich das Symposium der Firma Heraeus Kulzer mit dem Thema „Parodontitis-Therapie heute – Neue Perspektiven für die zahnärztliche Praxis“. GABA setzte den Schwerpunkt seines Symposiums auf „Orale Prävention bei Risikopatienten und was ist zu beachten?“. Weiterhin bot Sunstar Deutschland unter dem Titel „Probiotika in der Zahnheilkunde – der nächste Paradigmenwechsel?“ ein Symposium an. Und nicht zuletzt veranstaltete Procter & Gamble ein Symposium unter dem Gesichtspunkt „Attraktive Best Ager“ auf der DGPParo-Jahrestagung in Erfurt.

Novum und Ausblick

Sehr positiv aufgenommen wurde die konzeptionelle Neuausrichtung des Kongressprogramms, das auch auf Anregungen des neu gegründeten Junior Committees der DGPParo zurückging. So konnte die Tagung dieses Jahr auch ein „First“ vorweisen – erstmals in

einer eigenen Sektion des Programms thematisierte das Junior Committee die Vielfalt und Relevanz der Parodontologie. Denn „was das Fach bietet, welche Perspektiven sich öffnen und wie spannend dieser Bereich sein kann, wenn man ihn als Schnittstellenfach versteht“, erklärte Dr. Inga Harks, „sehen unsere Altersgenossen oft noch gar nicht.“ Auch das Erfurter Rahmenprogramm setzte den Akzent bei der jüngeren Generation: Es wurde zu Abwechslung, Interaktivität und Lockerheit eingeladen und damit ein modernes und informelles Vernetzen und fachlich übergreifendes Austauschen angeregt.



Hersteller informieren Besucher der DGPParo-Jahrestagung.

Bereits heute laufen die Planungen für die kommende Jahrestagung der DGPParo. Diese findet vom 18. bis 20. September 2014 im westfälischen Münster statt unter der Themenstellung „Gemeinsam zum Ziel: Interdisziplinäre, synoptische Behandlung des PARO-Patienten“. Das Amt des Tagungspräsidenten übernimmt Prof. Dr. Heinz H. Topoll aus Münster; Veranstaltungsort ist das MCC Messe und Congress Centrum Halle Münsterland.



Eine der zahlreichen Tischdemonstrationen während der DGPParo-Jahrestagung.

DGPParo
Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V.
Clermont-Ferrand-Allee 34
93049 Regensburg
Tel.: 0941 9427990
Fax: 0941 94279922
kontakt@dgpardo.de
www.dgpardo.de

Helfen Sie Ihrem Recall auf die Sprünge – eine To-do-Liste

Kerstin Schulz

Der Recall ist eine hervorragende Gelegenheit, Kontakt zu Patienten zu halten, vorausgesetzt, die möchten das. Trotzdem setzen Zahnärzte ihre Erinnerungsschreiben meist nur für die jährliche Kontrolluntersuchung oder in der Prophylaxe ein. Es wird Zeit, den Patientenbrief von seinem angestaubten Image zu befreien, denn er ist ein echtes Multitalent.

1. Zeitpunkt

Das Timing für den Recallbrief muss stimmen. Während der Urlaubszeiten im Sommer, vor größeren Feiertagen wie Weihnachten und Ostern oder verlängerten Wochenenden wie Himmelfahrt geht der Recall schnell unter. Die Leute haben einfach anderes im Kopf, als zum Arzt oder Zahnarzt zu gehen. Also unbedingt in den Kalender schauen und die regionalen Ferienzeiten checken, bevor der Recallbrief geplant wird! Besonders wichtig bei großen Versandaktionen.

2. Anlass

Der Recall eignet sich nicht nur für O1 und PZR, sondern auch für Patienten, die einen HKP oder KVA erhalten, sich bislang aber nicht dazu geäußert und vor allem keinen Termin für die Behandlung vereinbart haben. Bringen Sie sich bei diesen Patienten freundlich in Erinnerung. Es ist zumindest eine Chance, herauszufinden, warum man Ihr Angebot bislang nicht angenommen hat.

3. Text

Textvorlagen für den Recallbrief gibt es in der Praxissoftware. Aber ehrlich? Sie können und sollten individueller formulieren. Für viele Patienten ist der Recallbrief die einzige Post, die sie jemals von ihrem Arzt oder Zahnarzt erhalten. Ein wenig Mühe, diese Post interessant zu gestalten, darf man sich ruhig geben.

- Der gesamte Text sollte auf eine DIN-A4-Seite passen, inkl. Absender- und Empfängeradresse. Wer lieber Karten im Umschlag verschickt, muss sich entsprechend kürzer fassen.
- Für den Text eines Recallbriefes gilt dasselbe wie für einen Zeitungsartikel: Schon der Anfang muss neugierig darauf machen, wie's weitergeht. Verpacken Sie also Ihr Anliegen in eine kleine Story, die dem Patienten auf überraschende Weise sagt: Es gibt gute Gründe, mal wieder zum Zahnarzt zu gehen.
- Am Ende des Textes formulieren Sie am besten eine Handlungsaufforderung, allerdings so, dass der Patient sich nicht unter Druck gesetzt fühlt.

4. Papiergestaltung

Wer eigenes Praxispapier hat, nutzt das natürlich für den Recallbrief. Dennoch spricht nichts dagegen, vom Üblichen abzuweichen. Für wenig Geld kann man sich beispielsweise eine kleine Illustration gestalten lassen und den Recall damit „besonders“ machen.

5. Briefmarke oder Frankiergerät?

Frankiergerät nutzen, wenn vorhanden (prüfen, ob Recallbrief als Infopost rausgeschickt werden kann). Wer allerdings Briefmarken klebt, sollte mal auf selbstklebende verzichten und sich die Motive anschauen, die es darüber hinaus zu kaufen gibt. Auch die Briefmarke kann ein Grund sein, Post als lesenswert zu empfinden. Infos über käufliche Briefmarken gibt es auf der Webseite der Post.

6. Wie weiter nach dem Versand?

Hinterher telefonieren! Ungefähr zehn Tage nach dem Versand rufen Sie die Patienten an (natürlich nur die, die noch nicht auf Ihre Post reagiert und einer Erinnerung per Telefon zugestimmt haben). Finden Sie heraus, was den Patienten bisher gehindert hat, einen Termin zu vereinbaren. Bieten Sie ihm Gelegenheit, das jetzt mit Ihnen nachzuholen.

7. Dokumentation

Notieren Sie in der Patientenkartei, wann Sie einen Recallbrief verschickt haben, aus welchem Anlass und wie die Reaktion war. Das hilft bei der Gestaltung der nächsten Recallaktion.



Weitere hilfreiche Tipps und Textbeispiele für das Formulieren von Recalls finden Sie im neuen Ratgeber „Der Recall fürs Praxismarketing“, im April 2013 als E-Book auf Amazon erschienen.

Kosten: 2,99 Euro

Kerstin Schulz
DENTCOLLEGE
Straßmannstraße 49
10249 Berlin
Tel.: 030 42025284
post@dentcollege.de
www.dentcollege.de



Raucherentwöhnung – Prophylaxe mit gesundem Mehrwert

Raucherentwöhnung ist für die Vermeidung und Therapie von Erkrankungen der Mundhöhle, wie z.B. Parodontitis, sehr wichtig. Dr. Holger Gehrig M.Sc., Kandel, Facharzt für Zahnmedizin, betont die wichtige Funktion von Dentalmediziner: „Die Patienten kommen sehr regelmäßig zu den Vorsorgeuntersuchungen in die zahnärztliche Praxis. Gleichzeitig gibt es dort speziell geschulte Prophylaxehelferinnen und ein Recallsystem, weswegen die Integration von einer strukturierten Raucherentwöhnung in das Praxiskonzept mühelos gelingt.“

Das Konzept EINFACH ERFOLGREICH RAUCHFREI (EER) wurde von einem interdisziplinären Ärzteteam für die Raucherentwöhnung in der Praxis entwickelt und bündelt wissenschaftliche Informationen und praktische Tipps. Das praxisbewährte und für Ärzte kostenlose Programm enthält strukturierte Anleitungen, deren Elemente flexibel einsetzbar sind. Die zweite Auflage des Programms bietet Neuerungen, welche insbesondere die Motivation des Patienten erleichtern und einen erfolgreichen Rauchausstieg begünstigen sollen.

Aktuelle Leitlinien nationaler und internationaler Organisationen sowie persönliche Erfahrungen der Experten, die in ihrem Praxisalltag zahlreiche Patienten bei der Entwöhnung begleitet haben, bilden die Basis für das Konzept. Der Therapieansatz beruht auf einer strukturierten Beratung durch den Arzt in Kombination mit medikamentöser Unterstützung durch Nikotinsubstitution. Mit dem Programm wird die Tabakentwöhnung bei Patienten vereinfacht und strukturiert, da die Beratung aus maximal fünf kurzen Kontakten (Therapiestart, Therapiekontrolle, Therapieabschluss) über einen Zeitraum von drei Monaten besteht. Pro Kontakt sind nur wenige Minuten erforderlich. Die Abläufe lassen sich gut in den Praxisalltag integrieren. Kontrolltermine können vom Arzt oder einer Fachkraft durchgeführt werden. Der Abschlusstermin kann auch zusammen mit einem regulären Arzttermin wahrgenommen werden.



Mithilfe des Leitfadens begleitet das Konzept EINFACH ERFOLGREICH RAUCHFREI den Arzt von der Auswahl des Patienten über den Rauchstopp bis zum Therapieabschluss. Im Patientengespräch sollte eine klare Empfehlung für die Anwendung von Medikamenten zur Raucherentwöhnung erfolgen, um die Abstinenzraten zu erhöhen. Nikotinersatzprodukte können auf die individuellen Bedürfnisse der Raucher abgestimmt werden und die Chance auf einen dauerhaften Rauchstopp verdoppeln. Für die verschiedenen Rauchertypen bietet Nicorette® mit unterschiedlichen Darreichungsformen (Pflaster, Kaugummi, Inhaler, Lutschtablette) eine große Produktpalette für den erfolgreichen Rauchausstieg. Eine weitere Darreichungsform wird ab Dezember 2013 erhältlich sein. Der Leitfaden EINFACH ERFOLGREICH RAUCHFREI 2.0 kann komplett mit allen Materialien zur strukturierten Therapie, inklusive Arzt-Dokumentationsblättern sowie Patienten-Pass und Informationen für den Patienten, kostenlos als Printversion oder digital auf CD-ROM angefordert werden:

Entweder unter www.einfach-erfolgreich-rauchfrei.de, per Mail an info@einfach-erfolgreich-rauchfrei.de oder per Fax an 09134 7073214 unter dem Stichwort „EINFACH ERFOLGREICH RAUCHFREI“.



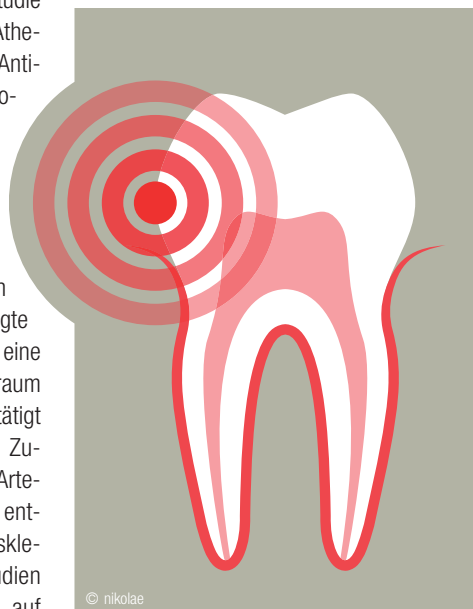
Zusammenhang zwischen Paro und Arteriosklerose

Statine können Parodontitis lindern

Statine, Medikamente zur Regulierung des Fettstoffwechsels, haben offenbar einen positiven Effekt auf parodontale Entzündungen. Zu diesem Ergebnis kam ein internationales Forschungsteam um Wissenschaftler des Massachusetts General Hospital. In einer Studie (Bernhard L. Gerber: In Vivo Evaluation of Atherosclerotic Plaque Inflammation and of Anti-Inflammatory Effects of Statins by 18F-Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography. Journal of the American College of Cardiology, Vol. 62, Issue 10, 3 September 2013, Pages 918–920) untersuchten sie, wie sich eine hohe Dosierung von Statinen auf den Zustand von Patienten mit Herzerkrankungen auswirkt. Es zeigte sich bereits nach wenigen Wochen sowohl eine Verbesserung der Entzündung im Mundraum als auch der Arteriosklerose. Damit bestätigt diese Studie einen bereits vermuteten Zusammenhang zwischen Parodontitis und Arteriosklerose. Bekannt ist, dass sich Statine entzündungshemmend auf instabile atherosklerotische Ablagerungen auswirken. Studien zeigten bereits eine positive Wirkung auf

Demenzerkrankung und grauen Star (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. [DGK]).

Quelle: ZWP online



Größte Mundgesundheitsstudie

Wie gesund sind unsere Zähne?

Wie gesund sind die Zähne der Deutschen und welche Faktoren beeinflussen die Mundgesundheit? Auf Fragen wie diese wird die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) Antworten geben. Dazu werden deutschlandweit von Oktober 2013 bis Juni 2014 über 4.000 repräsentativ ausgewählte Personen unterschiedlicher Altersgruppen ausführlich befragt und zahnmedizinisch untersucht. Die DMS V ist die größte Analyse zur Mundgesundheit und zur zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland. Die Daten werden alle sieben bis acht Jahre vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) im Auftrag von Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung erhoben.

Quelle: Bundeszahnärztekammer

Neue Empfehlungen zur Kariesprophylaxe

Fünf-Punkte-Plan für gesunde Zähne

Was kann jeder Einzelne tun, damit sein Gebiss gesund und kariesfrei bleibt? Die DGZ Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung hat die dazu vorliegende wissenschaftliche Literatur

ausgewertet und zusammengefasst, welche Maßnahmen tatsächlich effektiv sind. Ergebnis sind fünf Kernempfehlungen, die klar und deutlich sagen, worauf es bei der Kariesprophylaxe



im bleibenden Gebiss ankommt. Sie dienen als Grundlage einer geplanten Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und richten sich an Zahnärzte, Erzieher, Lehrer, Eltern, Mitarbeiter öffentlicher Institutionen und andere Multiplikatoren, die Gesundheitsaufklärung betreiben.

1. Mindestens zweimal täglich Zähne mit fluoridhaltiger Zahnpasta putzen. Falls nötig, Zahnzwischenräume mit Zahnseide oder Zahnzwischenraumbürsten reinigen.
2. Maximal vier zuckerhaltige Zwischenmahlzeiten pro Tag.
3. Nach Mahlzeiten Stimulation des Speichelflusses, etwa durch Kauen von zuckerfreien Kaugummis.
4. Individuell abgestimmt: Intensivfluoridierungsmaßnahmen, professionelle Zahnreinigung etc.
5. Kariesgefährdete Fissuren und Grübchen versiegeln.

Die ausführliche Stellungnahme der DGZ ist unter www.dgz-online.de erhältlich.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung

Fit für Prophylaxe & Co.

Anfang Oktober fand im Hotel Palace Berlin unter der Themenstellung „Karies und Parodontitisprophylaxe mit Konzept“ der Team-Kongress „DENTALHYGIENE START UP 2013“ statt. Bereits zum 16. Mal informierten Experten von Universitäten und aus der Praxis rund um die Thematik. Das hochkarätige Fachprogramm des „DENTALHYGIENE START UP 2013“ wird von führenden Wissenschaftlern und Praktikern auf diesem Gebiet gestaltet und soll u. a. deutlich machen, wie ein erfolgreiches, vom gesamten Team getragenes Praxiskonzept aussehen

sollte. Die Referenten geben Hilfestellungen für die Praxisorganisation sowie in Sicherheitsfragen und informieren fundiert z. B. über die Ursachen von Karies und Parodontalerkrankungen, den Zusammenhang von Allgemeinerkrankungen und Parodontitis sowie die Bestimmung des individuellen Kariesrisikos bei Patienten. Neben therapeutischen Themen stand natürlich auch die Abrechnung von Prophylaxe- und Dentalhygieneleistungen im Fokus des Kongresses. Der „DENTALHYGIENE START UP 2014“ findet am 26. und 27. September 2014 im Hilton Hotel in Düsseldorf statt. Mehr Informationen erhalten Sie im Internet unter www.events.oemus.com



Jeder Fünfte beim Zähneputzen unsicher

20 Prozent der Bundesbürger wissen nicht, wie die richtige Zahnreinigung aussieht. Und rund jeder Vierte konzentriert sich nach eigenen Angaben nur wenig auf die sorgfältige Pflege. Das sind Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage der mhplus Krankenkasse unter 1.000 Bundesbürgern zum Tag der Zahngesundheit am 25. September. Grundsätzlich sind sich die Deutschen inzwischen durchaus bewusst, wie wichtig das regelmäßige Putzen ist. Dennoch wird es in der Hektik des Alltags schon mal vernachlässigt: Rund 18 Prozent der Bundesbürger geben an, dass sie das Zähneputzen häufiger mal vergessen. Verunsichert sind viele Menschen darüber, wie die richtige Zahnreinigung aussehen soll. Entsprechend wünschen sich 41 Prozent der Befragten mehr Tipps zur richtigen Pflege von ihrem Zahnarzt. Auch die Krankenkassen sind aufgerufen, ihre Mitglieder noch stärker zu informieren: Von ihnen wünscht sich jeder Dritte mehr Informationen zur Zahngesundheit. Umso wichtiger, dass schon Kindern gezeigt wird, wie sie ihre Zähne richtig putzen und Karies vorbeugen.

Quelle: mhplus Krankenkasse

GEWINNSPIEL

Club-Name gesucht – JOST-Tasche gewinnen!

Die praxisHochschule in Köln startete mit ihren neuen Studiengängen im Gesundheits- und Sozialwesen, darunter auch der Studiengang Dentalhygiene und Präventionsmanagement (B.Sc.). Für alle Studenten und Absolventen der praxisHochschule und praxisDienste, dem Angebot für Aufstiegsfortbildungen und Weiterbildungen der praxisHochschule, soll es zukünftig eine gemeinsame Plattform geben. Mitglieder dieses Clubs können sich untereinander austauschen, erhalten zahlreiche Informationen und Vorteile, z.B. Gutscheine,

können Produkte testen und bewerten und vergünstigt an Fachveranstaltungen teilnehmen, z.B. Kongressen, Seminaren etc. Regelmäßige Clubevents stehen ebenfalls auf der Tagesordnung – und Absolventen können so noch regelmäßig Kontakt zur Hochschule und ihren Kommilitonen halten.

Doch wie soll der neue Club der praxisHochschule für Gesundheit und Soziales heißen? Jetzt sind Sie gefragt!

Senden Sie uns bis zum 30. November 2013 Ihren Namensvorschlag für den noch unbenannten Club der Hochschule an E-Mail: info@praxishochschule.de und gewinnen Sie – die praxisHochschule verlost zusammen mit Leonhard Heyden eine hochwertige JOST-Tasche.

Serie
Collage Sac
poignée courte.
Material: Rindleder mit
modernem Vintage
Look und raffinierter
Farbtiefe.

JOST

www.praxishochschule.de
www.jost-bags.com
www.Leonhard-heyden.com

Metformin

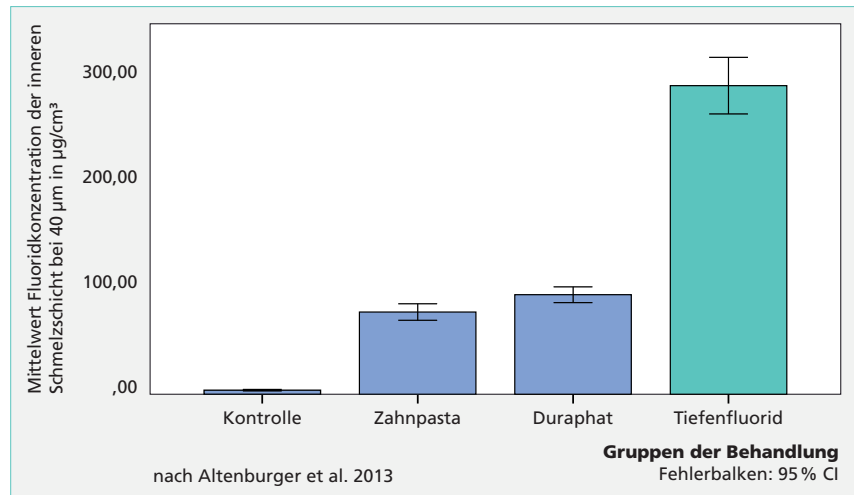
Diabetes-Medikament wirksam gegen Parodontitis

Metformin ist ein bewährter Wirkstoff in der Behandlung von Typ-2-Diabetes und Adipositas. Eine Studie Nishanth S. Rao, A.R. Pradeep, Minal Kumari, Savitha B. Naik: Locally Delivered 1% Metformin Gel in the Treatment of Smokers with Chronic Periodontitis: A Randomized Controlled Clinical Trial. Journal of Periodontology August 2013, Vol. 84, No. 8, Pages 1165–1171) hat nun nachgewiesen, dass das Medikament auch bei Parodontitis wirksam sein kann. Alle Probanden waren männliche Raucher mit chronischer Parodontitis, die bereits Taschentiefen von bis zu 5 mm aufwiesen, jedoch an keiner Diabetes oder aggressiven Parodontitis litten. Einem Teil der Versuchsgruppe wurde ein eigens präpariertes Metformin Gel mit 1%iger Konzentration verabreicht, die anderen erhielten ein Placebo. Bei allen erfolgte vor der Verabreichung ein Scaling und eine Wurzelglättung. Nach drei und sechs Monaten wurden die Taschentiefen abgeglichen. In der Placebogruppe verbesserte sich nach einem halben Jahr die Tiefe um 0,87 mm. In der Gruppe, die das Metformingel erhalten hatte, konnten die Taschentiefen um durchschnittlich 3,17 mm verringert werden. Der Medikamenten-Wirkstoff Metformin ist eines der längsten eingesetzten Antidiabetika und ein Arzneistoff aus der Gruppe der Biguanide.

Quelle: ZWP online

Überragende Ergebnisse der Tiefenfluoridierung

Analyse zur Eindringtiefe von Fluorid



Im Rahmen einer vergleichenden Studie der Universität Freiburg wurde die Fluorideinlagerung nach Applikation von Fluoridprodukten in verschiedenen Schmelzschichten untersucht. In dieser standardisierten Studie wurden extrahierte Rinderzähne – nach einer vorangehenden Demineralisierung, in der einheitliche initialkariöse Schmelzläsionen hervorgerufen wurden – je nach Studiengruppe mit Tiefenfluorid, Duraphat oder einer Zahnpasta behandelt. Die Behandlung der Zähne erfolgte über mehrere Tage im pH-Cycling-Verfahren mit gepooltem Speichel und Bürsten der Oberflächen nach ten Cate, um moderat-kariogene Bedingungen zu simulieren. Anschließend wurde die Fluoridkonzentration der unterschiedlichen Schmelzschichten untersucht. Es konnte hierbei gezeigt werden, dass bei Behandlung mit Tiefenfluorid

im Gruppenvergleich eine signifikant höhere Fluoridkonzentration in allen untersuchten Schmelzschichten, vor allem aber auch in den tiefer liegenden Schmelzschichten, vorliegt. Die bemerkenswerte Wirkungsweise des Tiefenfluorids wurde darüber hinaus auch auf dem 18. BASS-Kongress 2013 in Skopje durch die Arbeitsgruppe um Dr. Agron Meto (Dental-Clinic Meto, Tirana, Albanien) vorgestellt und bestätigt. Meto konnte in einer über zwei Jahre angelegten Studie, in der knapp 150 Patienten jeweils in zwei Gruppen mit Tiefenfluorid und einem konventionellen Fluoridgel behandelt wurden, die ca. 5-fach länger anhaltende Wirkung des Tiefenfluorids bei der Behandlung von Zahnhalshypersensibilitäten zeigen.

Quelle: HUMANCHEMIE GmbH



Was macht eigentlich das Fluorid?

Neuer Lehrfilm für die Prophylaxe

Kinder spielen für Kinder. In einem fünfminütigen Film mit Kinder-Darstellern werden die Aufgaben und die Wirkungsweise von Fluoriden für Kinder ab sechs Jahre verständlich dargestellt. Die Wichtigkeit des zweimaligen täglichen Zähneputzens und die Notwendigkeit, einmal wöchentlich mit einem Fluorid-Gelée die Widerstandskräfte der Zähne zu stärken, werden spielerisch erläutert. Der Film zielt sowohl auf die Individual- als auch auf die Gruppenprophylaxe ab. Kinder und Eltern werden emotional angesprochen und für die Individualprophylaxe motiviert. Aus Sicht des Zahnes wird erläutert, was die Bakterien im Mund mit den Speiseresten anstellen und wie sich ein Zahn bei einem Säureangriff fühlt. Die Zuschauer erfahren, warum die Säure für Zähne gefährlich ist und wie sich die Zähne zusätzlich schützen lassen. Der Film „Was macht eigentlich das Fluorid?“ kann kostenfrei unter www.gaba-dent.de heruntergeladen werden.

Quelle: GABA GmbH

Die Redaktion des Dentalhygiene Journals bedankt sich herzlich bei den Autoren für ihr Mitwirken in diesem Jahr!

PHOTO: ©SILVIAKAY

Ausgabe 1/13

Bianca Beck
 Sonja Bethke
 Christoph Jäger
 Prof. Dr. Dr. h.c.
 Andrej M. Kielbassa
 Katri Helena Lyck
 Sabine Reif-Bankmann
 Dr. Antina Schulze
 Sarah Süßenbach
 Priv.-Doz. Dr. Peter Tschoppe
 Marius Urmann



Ausgabe 2/13

Dr. Klaus-Dieter Bastendorf
 Bianca Beck
 Dennis Hampe
 Dr. Lea Höfel
 Christoph Jäger
 Kristin Jahn
 Dr. Alexandra Schwandt
 Marius Urmann
 Iris Wäiter-Bergob



Ausgabe 3/13

Bianca Beck
 Prof. Dr. Christof Dörfer
 Carola Engelberts
 Antje Geiken
 Dr. Christian Graetz
 Dr. Lea Höfel
 Christoph Jäger
 Sabrina Liebler
 Prof. Dr. Dietmar Oesterreich
 Gabi Schäfer
 Meral Schnatterer
 Dr. Claudia Springer
 Marius Urmann



Ausgabe 4/13

Prof. Dr. Nicole Arweiler
 Axel Bartsch
 Dr. Klaus-Dieter Bastendorf
 Dr. Gabriele David
 Dr. Martin Fuchs
 Dr. Lea Höfel
 Nadja Alin Jung
 Michaela Maier
 Christa Maurer
 Dr. Hendrik Schlegel
 Kerstin Schulz



Kongresse, Kurse und Symposien

Datum	Ort	Veranstaltung	Info/Anmeldung
29.11.2013	Essen	Chirurgische Aspekte der rot-weißen Ästhetik – Gingiva-Management in der Parodontologie und Implantologie	Tel.: 0341 48474-308 Fax: 0341 48474-390 www.zwp-online.info/events
30.11.2013 07.12.2013	Essen Baden-Baden	Seminar zur Hygienebeauftragten	Tel.: 0341 48474-308 Fax: 0341 48474-390 www.zwp-online.info/events
30.11.2013 08.02.2014	Essen Unna	Ausbildung zur QM-Beauftragten	Tel.: 0341 48474-308 Fax: 0341 48474-390 www.zwp-online.info/events
16./17.05.2014	Hamburg	11. Jahrestagung der DGKZ	Tel.: 0341 48474-308 Fax: 0341 48474-390 www.zwp-online.info/events
19./20.09.2014	Leipzig	11. Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin	Tel.: 0341 48474-308 Fax: 0341 48474-390 www.zwp-online.info/events
26./27.09.2014	Düsseldorf	DENTALHYGIENE START UP 2014	Tel.: 0341 48474-308 Fax: 0341 48474-390 www.zwp-online.info/events

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.

