

DENTALHYGIENE JOURNAL

_Special

*Megatrend Implantologie Reinigung, Pflege und Kontrolle von
Implantologie Chirurgie-Sets*

_Marktübersicht

Implantatpflegeprodukte

_Anwenderbericht

*Die „Sicherheits“-Spritze Der Einsatz von Chlorhexidin in der
Zahnarztpraxis*

_Fachbeitrag

*Die Zahnarztpraxis – Vom Familienbetrieb zum
Wirtschaftsunternehmen*

_Praxismanagement

„Kieferorthopädie und Prophylaxe – Das Duo mit Erfolg!“

_Fortbildung

Steigen Sie ein in eine erfolgreiche Zukunft!



*Megatrend
Implantologie*



Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa

Auflösung, Erlösung, Ablösung?

Alle Fakten in einem Satz, kurzer Klartext und kein umständlicher Anlauf zur entscheidenden Botschaft: Der Bundespräsident hat den Bundestag aufgelöst. Und er hat unmissverständlich klar gestellt, dass „unsere Zukunft und die unserer Kinder auf dem Spiel stehen“ – damit wurde der Ernst der Lage über mögliche verfassungsrechtliche Bedenken gestellt. Bei genauer Betrachtung hat der Bundespräsident jedoch viel mehr gesagt: Er hat nicht dem vielfach kommentierten politischen Manöver stattgegeben, sondern vielmehr das Scheitern der bisherigen Politik deutlich gemacht. Und er sieht, dass „dem Wohl unseres Volkes mit einer Neuwahl jetzt am besten gedient ist“. Es bleibt zu hoffen, dass dieser mit der Aufforderung nach „sachlicher und wahrhafter“ Vermittlung der jeweiligen Lösungsansätze verbundene, ernste Appell an alle politischen Lager nach dem Überwinden der ersten unreflektierten Neuwahl-Euphorie auch ankommt. Schlechte Politik wird nicht dadurch besser, dass sie sich früher als erwartet zur Abstimmung stellt, selbst wenn sie damit erlöst wird. Dies gilt für alle, auch für zukünftige Regierungen.

Der seinerzeitige Kanzlerkandidat der Union hat 2002 noch am Wahlabend prognostiziert, dass diese Legislaturperiode nicht vier Jahre währen, sondern früher abgelöst wird. Doch was nun? Auch hier formuliert der Bundespräsident eindeutig, dass „wir es jetzt in der Hand haben und sorgsam von unserem Wahlrecht Gebrauch machen sollen“. Die Zahnärzteschaft und sämtliche mit ihr kooperierenden Berufsgruppen scheinen gut beraten, sich hinsichtlich der politischen Wahlalternativen ein genaues Bild zu machen; als größte Facharztgruppe haben die Zahnärzte, zusammen mit den übrigen in die Zahnmedizin involvierten Sparten, durchaus Gewicht, wenn

es um Themen wie Arbeitsplatzsicherung oder gesundheitspolitische Fragen (und nicht nur die) geht. Es liegt an Ihnen!

Dies gilt übrigens auch für die zwischenzeitlich wissenschaftlich etablierte, jedoch nach wie vor nicht allorts vollständig in das Behandlungskonzept integrierte zahnmedizinische Implantologie. Auch hier liegt es an Ihnen, ob, wann und wie Sie Ihren Patienten implantologische Leistungen anbieten. Das Schwerpunktthema dieser Ausgabe des Dentalhygiene Journals widmet sich diesem Megatrend, der von immer mehr Patienten nachgefragt wird und dem sich der Zahnarzt schon lange nicht mehr verschließen kann.

Die Einbindung der Implantologie in den Praxisablauf kann jedoch nur mit entsprechenden Konzepten zur implantologischen Assistenz sowie der Etablierung adäquater Strukturen zur Periimplantitis-Prophylaxe glücken. Auch hierzu liefert das vorliegende Heft sinnvolle Anregungen, die durch die Marktübersicht ergänzt werden. Helfen Sie Ihren Patienten, den Zahnverlust (sofern er unvermeidbar ist) mit modernen Möglichkeiten unter funktionellen und ästhetischen Gesichtspunkten zu kompensieren! Und helfen Sie Ihren Patienten, die um die ggf. bereits vorhandenen Implantate liegenden Strukturen gesund zu erhalten! Ihre Patienten werden diese Hinweise dankbar aufnehmen. Es liegt an Ihnen!

Ich wünsche Ihnen viel Spaß beim Lesen und verbleibe mit herzlichen Grüßen

Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa

Inhalt

EDITORIAL

- 3 Auflösung, Erlösung, Ablösung?**
Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa

SPECIAL

- 6 Megatrend Implantologie**
*Dr. med. dent. Jan Müller,
 Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa*
- 13 Implantatpflege und Periimplantitisprophylaxe**
*Dr. Dr. Oliver Findeisen,
 Dr. Dr. Dr. Christian Foitzik*
- 16 Reinigung, Pflege und Kontrolle von Implantologie
 Chirurgie-Sets**
Dr. Torsten S. Conrad, Kerstin Hellmeister



Implantatpflege und Periimplantitisprophylaxe
 Seite 13

MARKTÜBERSICHT

- 12 Marktübersicht Implantatpflegeprodukte**

ANWENDERBERICHT

- 18 Die „Sicherheits“-Spritze**
Dr. med. dent. Hans Sellmann
- 26 VivaSens und GREEN OR im Vergleich**
Dr. Lenka Roubalikova, Zdenek Wilhelm
- 29 Der Einsatz von Chlorhexidin in der
 Zahnarztpraxis**
Ute Rabing



Steigen Sie ein in eine erfolgreiche Zukunft!

Seite 44

FACHBEITRAG

- 22 Die Zahnarztpraxis – Vom Familienbetrieb zum
 Wirtschaftsunternehmen**
Sylvia Feirer

PRAXISMANAGEMENT

- 31 „Kieferorthopädie und Prophylaxe – Das Duo mit
 Erfolg!“**
Barbara Eberle

FORTBILDUNG

- 44 Steigen Sie ein in eine erfolgreiche Zukunft!**
- 47 15. Tag der Zahngesundheit am 25. September
 2005**

- 36 Herstellerinformationen**

- 50 Kongresse, Kurse, Symposien/Impressum**

ANZEIGE



Megatrend Implantologie

Sofortimplantation, -versorgung und -belastung

Der Trend in der Implantologie entfernt sich seit den letzten Jahren immer mehr von der geschlossenen, meist mehrmonatigen Einheilphase. Die von Brånemark im Jahre 1977 aufgestellte Richtlinie, dass Implantate vier bis sechs Monate einheilen müssen, erscheint auf Grund der Ergebnisse von aktuellen Studien nicht mehr gültig zu sein.

DR. MED. DENT. JAN MÜLLER,
PROF. DR. ANDREJ M. KIELBASSA/BERLIN

Interessanterweise basiert der von Brånemark postulierte Einheilzeitraum nicht auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, sondern auf rein theoretischen Überlegungen auf Grundlage der Heilungsvorgänge im Rahmen der Osseointegration.

Wird eine provisorische oder definitive prothetische Versorgung innerhalb von 48 Stunden nach Implantation eingegliedert, so spricht man im angelsächsischen Sprachgebrauch von Sofortbelastung (immediate loading) (DEGIDI und PIATTELLI 2005a). Hierbei wird zwischen immediate functional und non functional loading unterschieden, je nachdem ob die prothetische Versorgung in okklusalem Kontakt steht oder nicht. Die transgingivale Einheilphase verläuft somit unter mehr oder weniger starker Belastung des Implantates unmittelbar nach dem Einbringen des Implantates. Ein Vergleich der Überlebensrate zwischen sofortversorgten, -belasteten und unbelasteten Implantaten erscheint auf Grund der zahlreichen aktuellen wissenschaftlichen Studien möglich.

Erfolgsraten verschiedener Studien im Vergleich

Bereits im Jahre 1990 erfolgte eine Untersuchung, welche die Implantatüberlebensrate von 28 sofortversorgten zu 35 konventionell einheilenden Brånemark-Implantaten an zehn Patienten mit zahnlosen Unterkiefern verglich. Innerhalb von zehn Jahren gingen vier Implantate aus der Gruppe der Sofortversorgten verloren, sodass eine Überlebensrate von nur 85,7 % resultierte. Von den konventionell eingeheilten Implantaten ging hingegen keines verloren (SCHNITMAN et al. 1990). Weiterentwickelte Implantatdesigns, verfeinerte Operationstechniken und detailliertere Richtlinien, welcher Patient sich für eine Sofortimplantation und -versorgung eignet, haben zu mehr Sicherheit bei der Sofortimplantation geführt. So konnte gezeigt werden, dass im zahnlosen Unterkiefer interforaminal direktbelastete, mit einem Steg versorgte Implantate sehr gute Langzeitergebnisse aufweisen, sodass eine mehrmonatige Einheilungsfrist bis zur Osseointegration nicht erforderlich ist. Innerhalb von zwölf Jahren gingen von 89 Implantaten acht verloren. In der zugehörigen gedeckt eingeheilten Kontroll-

gruppe wurde eine ähnliche Überlebensrate ermittelt (HODEL und LAMBRECHT 2002).

Eine weitere aktuelle Studie konnte bei 93 sofortbelasteten Implantaten über einen Zeitraum von sieben Jahren eine Überlebensrate von 93,5 % ermitteln. Interessanterweise wurden unterschiedliche Patientenfälle, vom zahnlosen Unterkiefer über Freundsituationen im Ober- und Unterkiefer sowie von Einzelzahnlücken bis hin zum zahnlosen Oberkiefer versorgt. Sechs Implantate gingen während des ersten Jahres verloren, vier davon im zahnlosen Unterkiefer. Als Ursache wurden eine funktionelle Überbelastung sowie eine weiche Knochenqualität (D3) angegeben. In den folgenden sechs Jahren konnte kein Implantatverlust beobachtet werden (DEGIDI und PIATTELLI 2005b).

Eine ähnliche Studie dokumentierte die Erfolgsrate über zwei Jahre von 702 inserierten Implantaten bei zahnlosen und teilbezahnten Patienten. Die Implantate verteilten sich auf eine Gruppe mit sofortversorgten, funktionell nicht belasteten Implantaten, eine sofortversorgte und funktionell belastete Gruppe sowie eine Kontrollgruppe mit konventionell (gedeckt) einheilenden Implantaten. In jeder der drei Gruppen gingen jeweils nur zwei Implantate verloren. Für alle anderen Implantate wurde eine klinisch und radiologisch erfolgreiche Osseointegration im untersuchten Zeitraum von zwei Jahren festgestellt. Das ergibt eine Überlebensrate von 99,4 % (DEGIDI und PIATTELLI 2005a). Die meisten gegenwärtigen Studien zeigen somit vergleichbare Überlebensraten zwischen prothetisch sofortversorgten und -belasteten Implantaten sowie sofortversorgten, jedoch funktionell nicht belasteten und konservativ einheilenden Implantaten.

Voraussetzungen für den Erfolg bzw. Misserfolg von Implantaten

Entscheidend für eine erfolgreiche Sofortbelastung scheint das Erreichen der Primärstabilität zu sein, da nur auf diese Weise eine Mikrobewegung zwischen Implantat und Knochen-Interface weitestgehend vermieden werden kann. Mikrobewegungen mit einer Auslenkung von mehr als 150 µm überschreiten die Toleranzgrenze des Kontaktes zwischen Implantat und Knochen und

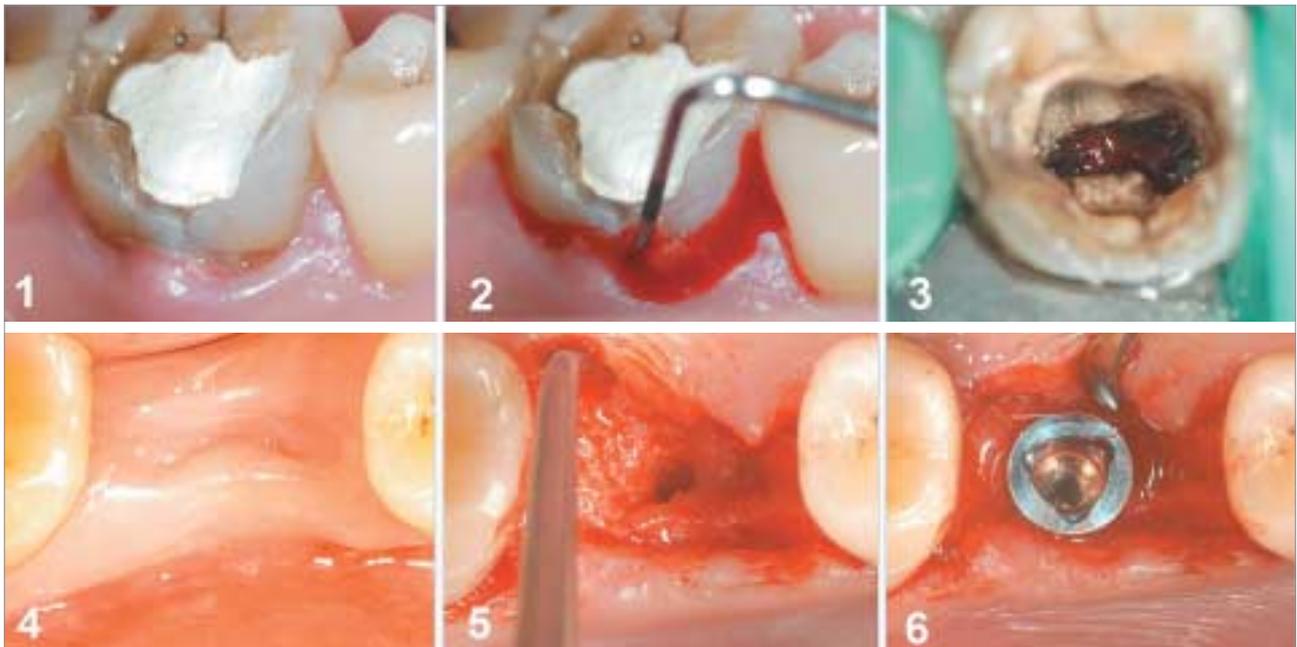


Abb. 1: Zahn 46 mit Pus-Entleerung bukkal (1), Lockerungsgrad III, zeigte interradikuläre Perforation ausgefüllt durch Gingiva (3). Zustand 4 Wochen nach Extraktion (4), mesiale und distale Wurzelalveole sind noch erkennbar (5), die bukkale Knochenlamelle ist noch erhalten; Implantation (Ø 5 mm) in die distale Wurzelalveole nach Anlegen der entsprechenden Knochenkavität unter Erhalt der bukkalen Knochenlamelle.

können zu einer fibrösen Umkapselung des Implantates führen (SZMUKLER-MONCLER et al. 1998). Werden nur geringe Drehmomente (<35 Ncm) am Ende der Eindrehphase des Implantates erreicht, ist eine ausreichende Primärstabilität nicht gewährleistet. Eine funktionelle Sofortbelastung würde in diesem Fall mit großer Wahrscheinlichkeit zu einem Implantatverlust innerhalb der ersten Wochen führen. Ein früher Implantatmisserfolg kann jedoch ebenfalls resultieren, wenn ein primärstabil inseriertes Implantat funktionell durch eine prothetische Sofortversorgung überbelastet wird.

Implantatmisserfolge sind zum Teil schwierig zu erklären. Oftmals lässt sich ein einziger ursächlicher Faktor nicht herausstellen. Vielmehr setzt sich das Endergebnis Explantation aus vielen meist individuellen Faktoren zusammen. Rauchen kann ein Kofaktor sein, wobei selbst ein Zigarettenkonsum von täglich weniger als 10 Zigaretten für bestimmte Patienten ein Risiko darstellen kann. Weitere Faktoren sind: ein weicher Knochen (D3 und D4, wird häufiger im Oberkiefer vorgefunden), ein Eröffnen der Kieferhöhle mit Perforation der Schneiderschen Membran sowie das Inserieren in frische Extraktionsalveolen im Oberkiefer in Kombination mit den beiden erstgenannten Faktoren. Darüber hinaus können systemische Erkrankungen, Chemotherapie, chirurgisches Trauma oder bakterielle Kontamination während der Implantation die Wahrscheinlichkeit eines frühen Implantatmisserfolges erhöhen. Mögliche bakterielle Kontaminationsquellen für das Implantat oder den Knochen während des operativen Eingriffes sind die chirurgischen Instrumente, die Handschuhe, die Luft im Operationsraum, die Atemluft des Patienten, der Speichel in der Mundhöhle und die die Mundöffnung umgebende Gesichtshaut. Derartige Infektionen können zu einem periimplantären Abszess führen (PIATTELLI et al. 1995, QUIRY-

NEN et al. 2002). Um den Operationsbereich in der Mundhöhle nicht zu kontaminieren, sollten zwei separate chirurgische Absauger (einer für die Wunde und der andere für die Mundhöhle) verwendet werden. Darüber hinaus kann präoperativ durch das Spülen mit einer Chlorhexidin-Mundspüllösung eine bis zu 95%ige Bakterienreduktion erreicht werden. Die periorale Gesichtshaut wird mithilfe einer Alkohol-Chlorhexidin-Lösung desinfiziert. Weiterhin besteht die Möglichkeit, das Bakterienreservoir der (Schleim-)Haut der Patientennase mithilfe einer Atemschutzkappe abzuschirmen. Sofern solche antiinfektiösen Maßnahmen verwirklicht werden, kann auf eine prophylaktische Gabe von Antibiotika verzichtet werden (DENT et al. 1997, QUIRYNEN et al. 2002).

Infektiöse Prozesse innerhalb des Kieferknochens in unmittelbarer Nachbarschaft zum integrierten Implantat, wie z. B. periapikale Läsionen benachbarter Zähne, Zysten, Wurzelreste oder Fremdkörper (z. B. endodontisches Material) können die Osseointegration negativ beeinflussen. In einer Serie von Fällen wurde gezeigt, dass die Insertion von Implantaten in der unmittelbaren Nähe zu endodontisch erkrankten Zähnen (persistierend oder behandelt) zu einer dramatischen Vergrößerung der periapikalen Läsionen führte und ein Implantatmisserfolg resultierte.

Die röntgenologische Darstellung von apikalen Entzündungsprozessen gibt meist nicht die tatsächliche Ausdehnung des Entzündungsherdes wieder, sodass eventuell infizierte Bereiche des Knochens nicht lokalisiert werden können. Grundsätzlich sollte deshalb vor der Implantation die parodontale Gesundheit der Restdentitionen hergestellt werden bzw. vorhanden sein. Darüber hinaus besteht ein Infektionsrisiko bei der Implantation in die frische Extraktionsalveole, weil eventuell bakte-

riell kontaminierte Bereiche nicht erkannt werden und somit eine Entzündung hervorrufen können.

Die mittlerweile fast 30 Jahre alte Hauptrichtlinie von BRÄNEMARK, welche eine Implantation erst sechs Monate nach Heilung der Extraktionswunde vorsieht, wirkt sich eher nachteilig auf das Parodont aus und dürfte somit nur noch in speziellen Situationen erforderlich sein. Der Hauptgrund für eine sofortige Implantation in die frische Extraktionsalveole sowie eine verzögerte Sofortimplantation (4–8 Wochen nach Extraktion) liegt in dem weitestgehenden Erhalt der den extrahierten Zahn umgebenden Hart- und Weichgewebe. Insbesondere im anterioren Oberkieferbereich ist dies von großer ästhetischer Bedeutung. Darüber hinaus ist die sofortige prothetische Versorgung (innerhalb von 24 Stunden) mit beispielsweise einer funktionell nicht belasteten provisorischen Krone von erheblicher Bedeutung für den Formertalt sowie die Modellation des gingivalen Sulkus und der Interdentalpapillen. Eine konventionelle, zweizeitige Vorgehensweise würde hierbei zu ungünstigen ästhetischen Ergebnissen führen, da während der Heilungsphase der krestale Knochen abgebaut und die darüberliegenden Interdentalpapillen sich nahezu vollständig zurückbilden. Im Seitenzahnbereich kann eine verzögerte Sofortimplantation die Weichgewebesituation unter Umständen verbessern, da nach drei bis vier Wochen der oft große Extraktionsdefekt durch neugebildete Gingiva gedeckt ist. Die dünnen linguale und bukkale krestale Anteile des alveolären Knochens sind zu diesem Zeitpunkt nur unwesentlich durch Resorptionsvorgänge angegriffen (Abb. 1). Darüber hinaus kann durch eine leicht linguale, krestale Schnittführung etwas mehr Weichgewebe nach bukkal verlagert werden und somit eine ästhetisch günstigere Sulkus- und Papillensituation im Zusammenspiel mit einer prothetischen Sofortversorgung erreicht werden.

Bessere Ergebnisse durch Weiterentwicklung der Implantate

Die positiven Ergebnisse zur Sofortversorgung und -belastung dürften sich möglicherweise weiter verbessern, da das Implantatdesign von einigen Herstellern speziell für eine schnellere Einheilung und verbesserte Langzeitstabilität verändert wurde. Eine spezielle raue Implantatoberfläche führt bereits zu einer Verdoppelung der Oberflächengröße, verglichen mit einer komplett maschinerten und demzufolge glatten Oberfläche. Somit wird eine wesentlich größere Stabilität durch einen vergrößerten Kontaktbereich des Implantates zum Knochen erreicht. Der Implantathersteller Nobel Biocare zieht beispielsweise seine im Jahr 2000 eingeführte TiUnite®-Oberfläche (Abb. 2c) nun komplett über das gesamte Implantat (Abb. 2a); die maschinerte Implantatschulter gehört damit der Vergangenheit an. Wissenschaftliche Studien haben gezeigt, dass eine festere und sichere Adaptation der Gingiva an einer rauen Implantatoberfläche erfolgt. Nicht nur Osteoblasten, sondern auch die Zellen des Bindegewebes können sich an einer mikroskopisch mit

vielen kleinen Kavitäten erscheinenden Oberfläche offensichtlich besser befestigen. Dies dürfte vor allem langfristig gesehen von großer Bedeutung sein, da auf Grund des festeren Gingiva-Implantat-Verbundes eine Taschenbildung und Periimplantitis wesentlich schwieriger entstehen kann. Somit dürfte sich die Überlebensrate solcher Implantate weiter erhöhen.

Zusätzlich wurden im unteren Implantat-Schulterbereich kleine Rillen sowie unterhalb jeder Schraubenwindung kleine Kerben im Mikrometerbereich, so genannte „Grooves“, eingearbeitet (Abb. 2b). Sie dienen den Osteoblasten als Leitkanäle, in die sie schneller einsprossen können und führen neben einer beschleunigten Einheilung zu einem gesteigerten Erhalt der Primärstabilität während der ersten Wochen. Die Form dieser „Grooves“ wurde durch wissenschaftliche Untersuchungen ermittelt. So zeigten sich die besten osseokonduktiven Eigenschaften bei 100 µm x 70 µm großen Kerben. Auf Grund der enormen Oberflächenvergrößerung durch die raue Implantatoberfläche, den zusätzlichen Rillen und den „Grooves“, dürften auch geringere Implantatlängen von weniger als 10 mm eine ausreichende Primärstabilität und langfristig günstige Prognose ermöglichen.

Aus dieser Überlegung heraus wurde z. B. von dem Hersteller Nobel Biocare ein nur 7 mm langes und 5 mm im Durchmesser messendes Implantat entwickelt (Abb. 3). Dies dürfte gerade bei älteren Patienten mit ungünstigem



Abb. 2: a) Raue Oberfläche im Bereich der Implantatschulter, b) zusätzliche Rillen im Bereich der Implantatschulter und µm-kleine Kerben (grooves) unterhalb der Schraubenwindungen, c) viele kleine abgerundete Kavitäten bilden die raue Implantatoberfläche (TiUnite®-Oberfläche, Nobel Biocare).



Abb. 3: Bränemark-Implantat Ø5x14 mm (links), Ø5x7 mm (rechts).

Knochenangebot eine Implantatversorgung ermöglichen und somit schmerzhaft und langwierige augmentative Verfahren umgehen.

Andere Implantathersteller (beispielsweise Straumann) bieten bereits seit Jahren 6 und 8 mm kurze Implantate an. Auf Grund des Schraubendesigns und der je nach Knochenqualität zum Teil schwierig erreichbaren Primärstabilität wurden diese Knochenschrauben nur für spezielle Indikationen (Unterstützungsimplantate) verwendet.

Die Oberflächenrauigkeit des Sekundärteils bei zweiteiligen Implantatsystemen ist von erheblicher Bedeutung für die Stabilität des angrenzenden Weichgewebes und die Entstehung des Biofilms. Die initiale bakterielle Kolonisation beginnt in fehlerhaften Bereichen (Risse, Kanäle) der Oberfläche. Darüber hinaus ist die grundsätzliche Oberflächenrauigkeit des transgingival gelegenen Sekundärteils, welche je nach verwendetem Typ und Hersteller variiert, von großer Bedeutung. Nur eine möglichst glatte Oberfläche kann eine Plaqueakkumulation deutlich verringern, während an „Parodontien“ von Abutmentoberflächen mit einer Rautiefe $>0,2 \mu\text{m}$ auf Grund einer stärkeren bakteriellen Besiedlung ein erhöhter Blutungsindex, eine gesteigerte Sulkusfluid-Rate und das verstärkte Vorhandensein von Entzündungsinfiltraten nachgewiesen werden können. Eine weitere Reduktion der Rautiefe ($<0,2 \mu\text{m}$) ergibt keine messbare Verringerung der Plaqueakkumulation (QUIRYNEN et al. 1996). Der grundsätzliche Nachteil der sehr glatten Sekundärteiloberfläche liegt darin, dass die Fibroblasten des Saumeithels keine ausreichende Befestigung erreichen und eine zwar verringerte, jedoch vorhandene Plaqueakkumulation zu einem relativ raschen Attachmentverlust führt. Eine Untersuchung konnte an perfekt polierten Titan- und Keramik-Abutments innerhalb des kurzen Zeitraumes von einem Jahr einen mittleren Attachmentverlust von $\geq 0,5 \text{ mm}$ nachweisen (BOLLEN et al. 1996, QUIRYNEN et al. 1996) und bestätigt somit den oben genannten Sachverhalt.

Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass offensichtlich kaum Unterschiede zwischen einem sofortversorgten und -belasteten und einem gedeckt eingehheilten Implantat hinsichtlich der Überlebensrate zu bestehen scheinen. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Implantatverlust bei sofortbelasteten Implantaten innerhalb des ersten Jahres nach Insertion auftritt, ist sehr gering und zumeist mit einer weichen Knochenqualität (D3 und D4) oder einer funktionellen Überbelastung assoziiert. Aus diesem Grunde sollte bei der Behandlungsplanung bzw. während des operativen Eingriffes festgelegt werden, ob die Primärstabilität und somit eine Sofortversorgung womöglich mit funktioneller Belastung erreicht werden kann. Eine adäquate hygienische Vorgehensweise während der Implantatinsertion ist obligat und sollte heutzutage kein Risiko für einen Implantatmisserfolg darstellen.

Literatur

- Bollen, C. M., Papaioanno, W., Van Eldere, J., Schepers, E., Quirynen, M., Van Steenberghe, D.: The influence of abutment surface roughness on plaque accumulation and peri-implant mucositis. *Clin Oral Implants Res* 7:201–211 (1996).
- Brånemark, P. I., Hansson, B. O., Adell, R., Breine, U., Lindstrom, J., Hallen, O., Ohman, A.: Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-year period. *Scand J Plast Reconstr Surg Suppl* 16:1–132 (1977).
- Degidi, M., Piattelli, A.: Comparative analysis study of 702 dental implants subjected to immediate functional loading and immediate nonfunctional loading to traditional healing periods with a follow-up of up to 24 months. *Int J Oral Maxillofac Implants* 20:99–107 (2005a).
- Degidi, M., Piattelli, A.: 7-year follow-up of 93 immediately loaded titanium dental implants. *J Oral Implantol* 31:25–31 (2005b).
- Dent, C. D., Olson, J. W., Farish, S. E., Bellome, J., Casino, A. J., Morris, H. F., Ochi, S.: The influence of preoperative antibiotics on success of endosseous implants up to and including stage II surgery: a study of 2,641 implants. *J Oral Maxillofac Surg* 55:19–24 (1997).
- Hodel, Y., Lambrecht, T.: [Late results of immediately loaded interforaminal implants]. *Schweiz Monatsschr Zahnmed* 112:600–604 (2002).
- Piattelli, A., Scarano, A., Piattelli, M.: Abscess formation around the apex of a maxillary root form implant: clinical and microscopical aspects. A case report. *J Periodontol* 66:899–903 (1995).
- Quirynen, M., Bollen, C. M., Papaioannou, W., Van Eldere, J., Van Steenberghe, D.: The influence of titanium abutment surface roughness on plaque accumulation and gingivitis: short-term observations. *Int J Oral Maxillofac Implants* 11:169–178 (1996).
- Quirynen, M., De Soete, M., Van Steenberghe, D.: Infectious risks for oral implants: a review of the literature. *Clin Oral Implants Res* 13:1–19 (2002).
- Schnitman, P. A., Wöhrle, P. S., Rubenstein, J. E.: Immediate fixed interim prostheses supported by two-stage threaded implants: methodology and results. *J Oral Implantol* 16:96–105 (1990).
- Szmukler-Moncler, S., Salama, H., Reingewirtz, Y., Dubrulle, J. H.: Timing of loading and effect of micromotion on bone-dental implant interface: review of experimental literature. *J Biomed Mater Res* 43: 192–203 (1998).

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa

Dr. med. dent. Jan Müller

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Campus Benjamin Franklin

Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie

Aßmannshauser Str. 4–6, 14197 Berlin

E-Mail: andrej.kielbassa@charite.de

E-Mail: Jan.Mueller@charite.de

ANZEIGE



Implantatpflegeprodukte

Produkt	Produkt															
	spezielle Interdentalbürsten	Interdentalbürsten	Einbüschelbürsten	Griffverstärker	elektrische Zahnbürsten	Mundduschen	Mundspüllösungen	Zahnseide (Floss)	Reinigungsband	Mundspiegel	elektrische Interdental-Reiniger	Ultraschallgeräte	Pulverstrahlgeräte	Handinstrumente zur Implantatpflege	Polierkelche und Polierbürsten	
Firma																
Acteon											•	•	•			
Braun Oral-B		•	•		•	•	•	•	•		•					
Butler	•	•	•				•	•	•	•						
Colgate					•											
Curaden	•	•	•	•			•	•	•							
Dentaplus	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•						
Medico Service Beyer	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•						
Dent-o-Care	•	•	•	•	•	•	•	•		•	•			•	•	•
Dentsply DeTrey												•				
Dürr Dental											•					•
EMS							•				•	•	•			
GABA							•	•								
Hager & Werken		•	•				•	•	•	•		•	•			
Intersanté			•		•	•				•	•				•	
KerrHawe														•	•	•
NSK											•	•				
One Drop Only							•	•								
Pfizer							•									
Philips Oral Healthcare Dtl.					•											
Profimed		•	•				•	•	•	•						
Schülke & Mayr							•									
Sirona											•	•	•			
TePe	•	•	•	•				•								
TopCaredent	•	•						•								
Wahl					•	•										

Implantatpflege und Periimplantitisprophylaxe

Die enossale Implantologie als Teilgebiet der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde hat in den letzten 25 Jahren das Therapiespektrum der zahnärztlichen Prothetik entscheidend erweitert und dadurch deutlich an Bedeutung gewonnen. Dazu beigetragen hat sicherlich der Wunsch der Patienten nach festsitzendem Zahnersatz und die Verfügbarkeit wissenschaftlich fundierter Implantationsmethoden.

DR. DR. OLIVER FINDEISEN,
DR. DR. DR. CHRISTIAN FOITZIK/DARMSTADT

Implantate dienen als Pfeiler für Einzelkronen, Brücken und Prothesen. Sie ermöglichen es, auch dann einen fest-sitzenden Zahnersatz einzugliedern, wenn wegen eines reduzierten Zahnbestandes eine herausnehmbare Prothese indiziert wäre. Zudem besteht die Möglichkeit, mithilfe von Implantaten einen besseren Halt von Totalprothesen im zahnlosen Kiefer zu erreichen. Eine sehr gute Implantatpflege sowie regelmäßige Nachuntersuchungen sind dabei unerlässlich, um eine langfristige Therapiesicherheit zu gewährleisten. Die Periimplantitis stellt die häufigste Ursache eines Implantationsmisserfolges dar.

Ätiologie der Periimplantitis

Die Periimplantitis ist durch das Vorhandensein eines Knochenverlustes mit einer bestimmten Flora (so genannte parodontopathogene Keime) definiert (MOMBELLI et al.² 1987). Diese periimplantäre Osteolyse kann dann Ursache des sekundären Implantatverlustes sein (ROSENBERG et al.³ 1991; SANZ et al.⁴ 1991).

Für die Entstehung des periimplantären marginalen Knochenverlustes werden hauptsächlich zwei ursächliche Faktoren diskutiert: die bakterielle Infektion durch Akkumulation der subgingivalen Plaque und die biomechanische Überbelastung.⁵ Die meisten Autoren gehen davon aus, dass periimplantäre Erkrankungen – vergleichbar mit Parodontopathien – plaqueinduziert sind.^{6,7,8}

Hierfür sprechen folgende Beobachtungen:

– periimplantäre Erkrankungen klingen nach effektiver Plaquekontrolle und guter Mundhygiene, Zähne vergleichbar, wieder ab.

Die von Implantatoberflächen entnommene bakterielle Plaque weist hinsichtlich ihrer Zusammensetzung bei gesunden und bei erkrankten Implantaten eine große Ähnlichkeit zu Zähnen auf. Mikrobiologisch ähnelt der Verlauf einer periimplantären Erkrankung derjenigen einer Erwachsenenparodontitis. Klinisch auffällige Implantate zeigen mittelhohe Keimwerte für *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Bakteroides intermedius* und *Bakteroides gingivalis*. Auch die Werte für *Prevotella intermedia*, *Fusobakterien* und *Spirochäten* sind im Vergleich zu gesunden Implantaten erhöht.^{9,10} Die Anatomie der periimplantären Gewebe ähnelt stark dem Parodontalgewebe.^{11,12} Daher ist es nicht verwunderlich,

dass die bakteriell bedingte Periimplantitis ein ähnliches Keimpektrum wie die marginale Parodontitis zeigt.^{13,14,15,16} Diese Hypothese wird durch vergleichende tierexperimentelle Studien mit gingivalem Gewebe und Plaqueakkumulation an eingesetzten Implantaten sowie natürlichen Zähnen unterstützt.^{17,18,19}

– Kennzeichen der Periimplantitis ist das Auftreten in der prothetischen Belastungsphase.

Unabhängig vom Implantatsystem (ein- oder zweizeitig) bildet sich um das Implantat eine charakteristische Weichteilmanschette aus, die dem natürlichen Zahn sehr ähnlich ist. Diese besteht aus einem oralen Epithel, das in ein Saumepithel übergeht. Durch eine Bindegewebszone wird es vom darunterliegenden Knochen getrennt. Hinsichtlich der Zusammensetzung des Bindegewebes gibt es Unterschiede zwischen Zahn und Implantat.

Im zahnumgebenden Bindegewebe strahlen kollagene Faserbündel in das azelluläre Zement ein, bei Implantaten ist dies nicht möglich, dort verlaufen die Faserbündel lediglich parallel zur Implantatoberfläche. Weiterhin existieren auch Unterschiede hinsichtlich der Zusammensetzung des Bindegewebes; das Bindegewebe der periimplantären Mukosa enthält deutlich mehr Kollagen und weniger Fibroblasten. Es entspricht in seiner Struktur einem Narbengewebe, das eine geringere Versorgung mit Blutgefäßen aufweist als das den Zahn umgebende Gewebe. Dies führt lokal zu einer verminderten Immunabwehr mit einer erhöhten Anfälligkeit für periimplantäre Infektionen. Daher spielt die Implantatpflege und die Nachsorge, der Recall, die entscheidende Rolle zur Verhinderung einer Periimplantitis.

Prävention der Periimplantitis

Die beste Form der Prävention einer Periimplantitis beginnt vor der eigentlichen Implantationsinsertion. Hier sind besonders die Patientenauswahl und deren effektive Vorbehandlung zu erwähnen. Es sollten nur solche Patienten für eine Therapie mit Implantaten in Betracht kommen, die sowohl geistig und körperlich in der Lage als auch motiviert sind, eine adäquate Mundhygiene zu betreiben. Dies sollte im Vorfeld einer geplanten Therapie überprüft werden. Notwendige Vorbehandlungen sind durchzuführen. Auch die Möglichkeit der Übertra-



Abb. 1: Orthopantomogramm.



Abb. 3: TPS-Schrauben nach Explantation.



Abb. 2: TPS-Schrauben nach 18 Jahren Tragezeit im akuten Zustand (re.) und nach Reinigung (li.).

gung von parodontalpathogenen Keimen aus Parodontaltaschen sowie der Mundschleimhaut auf den periimplantären Sulkus wurde bereits erwähnt. Aus diesem Grund ist eine parodontale Untersuchung und, wenn notwendig, Therapie des Restzahnbestandes vor einer Implantationsinsertion angebracht und durchzuführen, um die Keimbelastung zu reduzieren. Nach erfolgter Implantation ist bei der prothetischen Versorgung selbstverständlich auf eine hygienefähige Gestaltung der Suprastruktur zu achten. Hierbei ist oftmals eine Gratwanderung zwischen dem Patientenwunsch nach Ästhetik einerseits und den zwingenden prothetischen Konstruktionsregeln andererseits notwendig. Im Zweifel sind bei großen Implantatversorgungen herausnehmbare Konstruktionen (wie Konusprothesen oder Stegprothesen) gegenüber einer ausgeprägten Verblockung mit starker Einengung der Approximalräume (zum Beispiel mit rosafarbenen Materialien) auf Grund der besseren Hygienefähigkeit zu bevorzugen.

Mit Eingliederung der prothetischen Versorgung sind die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen nicht beendet. Die Patienten treten ab diesem Zeitpunkt in eine neue Betreuungsphase ein. Sie müssen in die Reinigung des festsitzenden oder herausnehmbaren Zahnersatzes eingewiesen werden. Eine Kontrolle der Mundhygiene ist nach einigen Wochen notwendig. Anschließend sollten die Patienten in ein regelmäßiges Betreuungskonzept, ähnlich der Erhaltungstherapie (Recall) bei einer Parodontitis marginalis, aufgenommen werden. Es ist be-

kannt, dass eine kontinuierliche Kontrolle nach einer behandelten Parodontitis marginalis den weiteren Verlauf positiv beeinflusst. Da der bakterielle Biofilm auf die periimplantären Gewebe einen ähnlich schädlichen Einfluss wie auf das Parodont ausüben kann, ist eine gleichartige Betreuung in der Erhaltungstherapie anzustreben. Folgende Maßnahmen sollten regelmäßig durchgeführt werden:

- zahnärztliche Untersuchung,
- Mundhygiene-Unterweisung und Remotivation,
- sofern notwendig Professionelle Zahnreinigung,
- Kontrolle der Suprakonstruktion (Okklusion, Verbindungselemente),
- Röntgenkontrolle (zu Beginn jährlich, später längere Intervalle möglich),
- optimale Mundhygienemaßnahmen.

Gerade für die Implantate werden spezielle Reinigungsinstrumente empfohlen. Dazu gehören: Die Interdentalbürste und Zahnseide. Es gibt unterschiedliche Bürstenaufsätze für verschiedene Platzverhältnisse. Auch bei der Zahnseide unterscheidet man glatte, gewachste oder spezielle teils aufgesplisste Reinigungseiden (z. B. Superfloss). Die Implantate sollten grundsätzlich nach jedem Essen gereinigt werden. Eine wirksame Mundhygiene beinhaltet die Reinigung mit der Zahnbürste, Zahnseide und speziellen Interdentalbürsten. Das genaue Reinigungskonzept sollte mit der/dem behandelnden Zahnärztin/Zahnarzt besprochen und fixiert werden.

Therapie der Periimplantitis

Bei kritischer Würdigung der in der Literatur angegebenen Therapieempfehlungen ist festzustellen, dass die Methode der Wahl für eine mit an Sicherheit grenzenden Erfolg in der Behandlung der Periimplantitis noch nicht gefunden ist. Bei der Therapie der Periimplantitis stehen Plaquekontrolle und Tascheneliminierung zur Stabilisierung des progressiven Knochenabbaus im Vordergrund. Die Behandlung wird, wie bei systematischen Parodontalbehandlungen üblich, in zwei Phasen eingeteilt. Die erste Phase besteht in der Kontrolle der Entzündung durch Entfernung der Plaque. Ferner sollten biomechanische Fehlbelastungen durch Korrektur der Suprakonstruktion beseitigt werden.

Nach erfolgreich durchgeführter Initialbehandlung wird die zweite (chirurgische) Phase der Therapie durchgeführt. Zur Verhinderung eines weiteren Knochenabbaus wird die kontaminierte Implantatoberfläche während des chirurgischen Eingriffs gereinigt. Das Ziel der Periimplantitistherapie sollte die vollständige Regeneration der verloren gegangenen Knochenstruktur sein. Die Indikationen für die Anwendung regenerativer Maßnahmen ist der moderate Knochenabbau, zwei- bis dreiwandige Knochentaschen sowie zirkulärer Knochenverlust mit einer infraalveolären Komponente. Als Hilfsmittel zur Regeneration finden Eigenknochen, Knochener-

satzmaterialien und/oder Membranen Verwendung. Ist dagegen keine vollständige Regeneration möglich, sollte man eine resektive Therapie erwägen.

Zusammenfassung

Die konsequente Erhaltungstherapie mittels konsequenter Mundhygiene sowie einem geregelten Recall führen dazu, dass pathologische Veränderungen in einem Frühstadium erkannt werden. Oftmals sind dadurch nur minimalinvasive Interventionen notwendig. Dies sichert den langfristigen Therapieerfolg und vermeidet Folgeschäden. Des Weiteren werden so erneute aufwändige Behandlungsmaßnahmen vermieden.

Die hochgestellten Ziffern beziehen sich auf die Quellen des Autors. Die Literaturliste kann in der Redaktion angefordert werden.

Korrespondenzadresse:
Dr. Dr. Oliver Findeisen
Nieder-Ramstädter Str. 18-20
64283 Darmstadt
E-Mail: findeisen@opi-darmstadt.de

ANZEIGE



Werden Sie goDentis PartnerZahnarzt

DENN PROPHYLAXE HAT ZUKUNFT

Moderne Zahnprophylaxe ist der Schlüssel zu mehr Mundgesundheit – und das Erlernen erstmal einer zukunftsorientierten Praxis. Als qualitätsorientierter Zahnarzt sollten Sie deshalb jetzt goDentis kennen lernen.

goDentis bietet Ihnen zum Beispiel:

- ein in der Praxis erprobter Prophylaxekonzept
- das Curriculum goDentis-Propylaxe (inkl. Basischulung und Hospitation)
- umfangreiche Marketingunterstützung

Informieren auch Sie sich, wie Ihre Praxis und Ihre Patienten von goDentis profitieren können. Mehr über unser innovatives Franchise-Unternehmen erfahren Sie hier:

goDentis
Gesellschaft für Innovation in der Zahnheilkunde mbH
Tel. 0321/57844 93 info@godentis.de, www.godentis.de

Eigene, gesunde Zähne – ein Leben lang

Wünschen Sie weitere Informationen zu goDentis? Dann faxen Sie diesen Coupon, versehen mit Ihrem Praxisstempel, an 0321/5784238.

Praxisstempel:

Reinigung, Pflege und Kontrolle von Implantologie Chirurgie-Sets

Ein sehr wichtiges Kapitel in der Implantologie ist die Reinigung und Pflege des chirurgischen Instrumentariums, denn ein unsachgemäßer Umgang kann gravierende Folgen haben. Durch Unterbrechung der Hygienekette kann es zu Keimübertragungen auf Patienten und/oder Behandler kommen.

DR. TORSTEN S. CONRAD, KERSTIN HELLMEISTER/BINGEN

Eine ungenügende Reinigung sowie Kontrolle der Bohrer kann zu einer Verstopfung der Innenkühlung und somit zu einer Überhitzung beim Aufbereiten des Implantatbetts führen, ebenso wie stumpfer oder schadhafter Bohrer. Neben der Reinigung und Pflege ist deswegen auch die Kontrolle des Instrumentariums sehr wichtig, um einen reibungslosen Ablauf der Implantologie zu gewährleisten.

Am Beispiel eines Chirurgiesets (Camlog) soll der Ablauf

dargestellt werden. Unmittelbar nach jedem chirurgischen Eingriff sollte das Instrumentarium des Implantologie Chirurgie-Sets zerlegt und desinfiziert werden. Hierzu werden die Instrumente in eine Desinfektionslösung (1%) (DC 1, Fa. Komet) für 60 Minuten eingelegt. Alternativ hierzu können die Instrumente in eine weitere Desinfektionslösung (2%) (DC 1, Fa. Komet) für fünf Minuten im Ultraschallbad eingelegt werden.

Die Bohrer dürfen nicht im Ultraschallbad liegen, son-

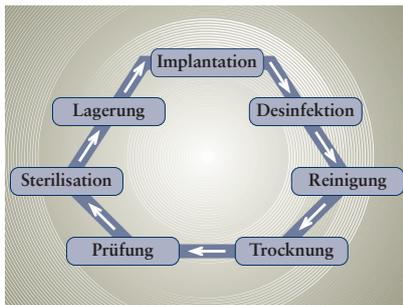


Abb. 1: Kreislauf der Instrumentenpflege. – Abb. 2: Reinigungsutensilien. – Abb. 3: Reinigung mit einer weichen Kunststoffbürste.



Abb. 4: Reinigung mit einer weichen Zahnbürste. – Abb. 5: Reinigung mit der Mandrin. – Abb. 6: Durchspülen der Kühlungslöcher.



Abb. 7: Trocknung mithilfe des Luftbläses. – Abb. 8: Einsortierung der Bohrer. – Abb. 9: Verpackung und Sterilisation.

dem sollten auf speziellen Bohrerträgern ausgesteckt sein, um Beschädigungen zu vermeiden. Im Anschluss an die Einwirkzeit erfolgt die Reinigung unter fließendem Wasser mit einer weichen Kunststoffbürste (Einmalzahnbürste). Diese ist, wie auch die Lösung, nach jeder Reinigung auszutauschen.

Das Innere der Bohrer wird mit einer stumpfen Nadel (Mandrin) gereinigt. Nach sorgfältigem Abspülen der Reinigungslösung werden die chirurgischen Bohrer in eine Schale mit destilliertem Wasser gelegt. Dadurch werden Rückstände aus dem Leitungswasser entfernt und Korrosionsschäden an den Instrumenten vermieden.

Mithilfe einer Einmalspritze werden die Kühlungslöcher der Bohrer mit destilliertem Wasser durchspült. Danach sollten alle Komponenten mithilfe eines Luftbläfers getrocknet werden. Dabei ist unbedingt auf alle Öffnungen der verschiedenen Bohrer zu achten!

Vor dem Zusammenfügen des Sets in die Chirurgie-Box ist eine Sichtkontrolle gegebenenfalls mit einer Lupe unumgänglich. Werden bei der Sichtkontrolle auf den nicht benutzten Bohrern im Tray Oxidationsspuren festgestellt, sind diese mit einem speziellen Glasfaserstift zu entfernen. Stumpfe und schadhafte Bohrer müssen ausgetauscht werden. Die sauberen und trockenen Bohrer können wieder in das gereinigte, trockene Chirurgie-Tray einsortiert werden. Hierbei ist zu beachten, dass die Bohrer mit dem Schaft nicht ganz bündig nach unten eingesteckt werden, um bei der Sterilisation eine optimale Luftzirkulation zu gewährleisten.

Weiteres Zubehör wie Drehmomentschraubendreher oder Ratschen sollten nach Anweisung des Herstellers demontiert werden. Anschließend werden sie ebenfalls wie die Bohrer desinfiziert, gereinigt und zusätzlich mit Pflegeöl (Sterilit, Fa. Esculap) an den angegebenen Punkten benetzt und anschließend sauber, trocken und montiert in das Chirurgie-Tray zurückgelegt.

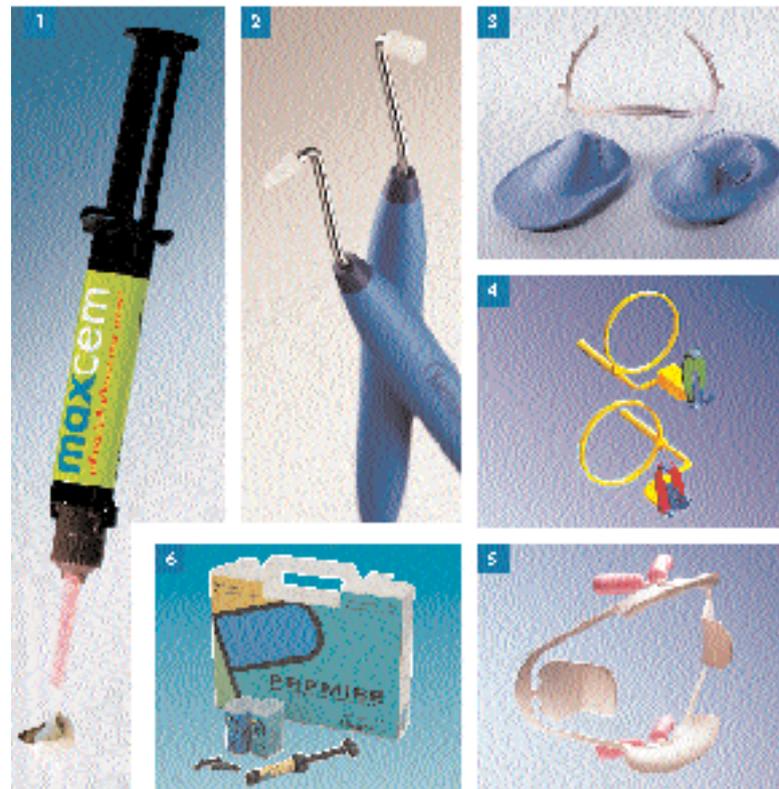
Das geschlossene Camlog-Implantatsystem wird in einem OP-Abdecktuch eingeschlagen und mit Indikatorband zugeklebt und beschriftet. Im Anschluss daran wird die Implantat-Box sterilisiert (Herstellerinformation des Sterilisators beachten) und ist wieder einsatzbereit.

Für die Stofftücher muss der Sterilisator mit einem speziellen Trocknungsprogramm ausgestattet sein. Wird die Implantatbox in einer Folie (Melafol, Fa. Melag) eingeschweißt, muss beim Sterilisieren die Papierseite nach oben zeigen, damit der Wasserdampf entweichen kann.

Korrespondenzadresse:

Dr. Torsten S. Conrad
Heinrichstr. 10
55411 Bingen
Tel.: 0 67 21/99 10 70
Fax: 0 67 21/1 50 58
E-Mail: praxis@dr-conrad.de

Unsere Produktneuheiten:



1 Maxcem™

Universelles Befestigungsmaterial
in der Automischspritze

2 KerHawe CompaRoller™

Das erste Modellierinstrument mit
rollenden Aufsätzen

3 KerHawe OpfiDam™

Der erste dreidimensionale
Kofferdam mit Noppen-Design
und anatomischem Rahmen

**4 KerHawe Super-Bite®
Senso**

Sensorhalter für direktes digitales
Röntgen

5 KerHawe OpfiView™

Innovativer Lippen- und
Wangenhalter

6 Premise™

Trimodales Nano-
Kompositmaterial

©2006 Kerr Corporation



- Bitte senden Sie mir Produktinformationen zu.
 Bitte senden Sie mir einen KerHawe Katalog zu.
 Ich wünsche eine Produktdemonstration in meiner Praxis.

Prachname

Strasse/Hausnummer

PLZ/Ort

Tel./Fax

E-Mail

Datum/Unterschrift

- Ich bin mit der Verwendung meiner Daten durch
KerHawe für Marketingzwecke nicht einver-
standen. Die Daten werden nicht an Dritte
weitergegeben.

Kerr

ZSL-Antwort per Post an Kerr GmbH,
Mungstasse 1 b, 76437 Rastatt oder
per Fax an 0 72 22/9 68 97 22

KerrHawe SA
Postfach 268
6304 Bioggio
Schweiz

Free Phone: 00800 41 05 05 05
Fax: ++41 31 610 05 14
www.KerrHawe.com
www.KerrDental.com

Die „Sicherheits“-Spritze

Tausendmal berührt ... Es ist ähnlich wie mit dem Sicherheitskettchen bei der Endo-Behandlung. Dass man es braucht, weiß man erst, wenn man krampfhaft nach dem Kanalinstrument fischt, das sich gerade auf dem besten Weg befindet, die Kehle des Patienten abwärts zu wandern.

DR. MED. DENT. HANS SELLMANN/MARL

Dass die Schutzhülle besser eben nicht mit der zweiten Hand auf die Kanüle zurückgesetzt werden sollte, weiß man dann, wenn man sich gestochen hat. Den kleinen Stich kann man „verschmerzen“, es tut ja auch nur kurz weh. Gut, wenn derjenige, dem Sie gerade die Anästhesie gesetzt haben, nicht den Hochrisikogruppen angehört. Und gut auch, wenn es Ihnen selbst passiert ist, bei Ihrer Helferin droht laut BuS, Berufsgenossenschaft und Co. Ärger. „Recapping darf nur mit einer Hand erfolgen!“, schreibt das Robert-Koch-Institut in seiner Richtlinie „Anforderungen an die Hygiene in der Zahnmedizin“ (unter 4.4 Schutz vor Verletzungen) verbindlich vor. Im Übrigen schließen sich die Berufsgenossenschaften in ihrer Vorschrift BGV A4 „Arbeitsmedizinische Vorsorge“ dem an. Außerdem muss jede Nadelstichverletzung gemeldet werden, ein „nerviger“ Zeitaufwand. Die Dunkelziffer nicht gemeldeter Vorfälle dürfte sehr groß sein. Gravierende Folgen für Ihre Praxis kann ein solcher „Zwischenfall“ mitunter haben, es sind schon Praxen geschlossen worden. Gegen Hepatitis B sind wir alle geimpft. Aber seien Sie mal ganz ehrlich: Outet sich wirklich jeder HIV-Positive in Ihrer Praxis? Eher nicht, fürchtet er doch, abgewiesen zu werden. Und was ist mit der Hepatitis C? Ich selbst, Kassenzahnarzt seit Dekaden,

hatte bis jetzt immer ein nachsichtiges Lächeln für meine ZMF übrig, wenn sie die vorgeschriebene Entsorgungsform für Kanülen und ähnliches forderte. Aber neulich habe ich mich selbst gestochen, da nützte auch der Gummihandschuh nichts. Es war zum Glück ein „sauberer“ Patient. Aber am selben Tag sagte mir jemand anderes, dass der Herr X, bei dem wir umfangreiche Narkosesanierungen mit blutigen Eingriffen durchgeführt hatten, uns seine im Gefängnis erworbene Hepatitis A, B und C verschwiegen hatte. Da passte es gut, dass mich kurz darauf die Firma Hager & Werken ansprach und fragte, ob ich ihr Miramatic No-Touch-System als praktisch tätiger Zahnarzt prüfen und eventuell beurteilen wolle.

Kindliches Trauma

Als Kind durfte ich noch Erfahrungen der unangenehmeren Art in einem zahnärztlichen Behandlungsstuhl machen. Stuhl im wahrsten Sinne des Wortes, hatte er doch zwei Armlehnen, die ich auch rege in Anspruch nahm. Dann nämlich, wenn mein Vater mit der Spritze kam. Wissen Sie eigentlich noch, wie das früher war? Von wegen Einwegkanülen! Gut, die Hygiene wurde einge-



Abb. 1: Die 1-Loch Miramatic-Spritze ist meine persönliche Favoritin. – Abb. 2: Vor allem für kleine Hände geeignet: Die 3-Loch Spritze. – Abb. 3: Die Miraject Einwegkanülen sind steril eingeschweißt ...



Abb. 4: ... ein Dreh ... – Abb. 5: ...und die Hülle ist ohne Gefahr für Stichverletzungen entfernt. – Abb. 6: Beim Aufsetzen auf die Spritze ...

halten, die zahnärztlichen Gerätschaften sterilisiert. Allerdings litt die Schärfe der Kanülenspitze natürlich unter dem Sterilisieren. Heute ist das anders. Hager & Werken hat eine ganze Serie feinsten Kanülen für das No-Touch-System verfügbar. Die Stärken von 0,3 bis 0,5 mm bei Längen von 21–35 mm der seit über 40 Jahren bewährten Miraject Einmalkanülen decken alle Bereiche möglicher Injektionstechniken für den Zahnarzt ab. Nach Angaben der Hersteller sind der dreifache Lanzettschliff und die Einstechhilfe ein wesentlicher Komfortvorsprung vor Konkurrenzprodukten. Farbkodiert für die verschiedenen „Stärken“ bieten die für besseres Gleiten silikonbeschichteten Produkte des Duisburger Unternehmens noch ein zusätzliches „Feature“: Die Einstechmarkierung weist dem Zahnarzt die optimale Position der Nadel zu, sodass die Anästhesielösung präzise „zum Knochen hin“ platziert werden kann. Dabei sind die Kanülen auch für normale, also alle Standardspritzen, geeignet, wenn man seine alt gewohnte Zylinderampullenspritze weiterverwenden möchte.

Übrigens: Wenn Sie sich einmal eine „Auffrischung“ in Sachen zahnärztlicher Anästhesien gönnen wollen, die sanofi aventis, der Hersteller des bewährten Anästhetikums „Ultracain“ in seinen verschiedenen Darreichungsformen, bietet umfangreiche Literatur und eine interaktive CD-ROM zu diesem Thema kostenlos an.

Drei verschiedene Ausführungen

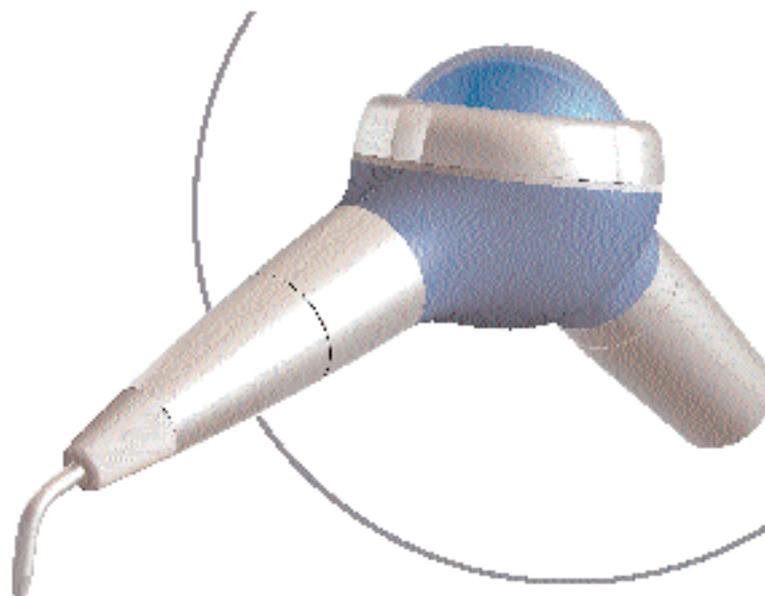
Die „alte“ Gewohnheit zwang mich anfangs dazu, eine neue Sensibilität zu entwickeln. Bisher benutzte ich Mehrfachentnahmeflaschen. Im Laufe der Jahre hatte ich damit eine feine Taktilität entwickelt, sodass ich den Knochenkontakt, Gewebewiderstand und Injektionsdruck gut dosieren konnte. Alle, die schon länger im Beruf sind, kennen das. Eine Zylinderampullenspritze, auch wenn sie ergonomisch gut gearbeitet und so ausbalanciert ist wie die Miramatic Spritze, erfordert eine Umgewöhnung. Hager & Werken bietet sein Einhand-Sicherheits-spritzensystem deswegen auch in drei verschiedenen Versionen an. Die klassische Version mit Flügelgriff konkurriert hier mit der 1-Ring (Daumenspiration) und der 3-Ring Variante. Ich habe alle drei Spritzen ausprobiert und die 1-Ring Variante für mich persönlich als beste Lösung herausgefunden. Umgewöhnen heißt in meinem Fall, die Taktilität mit einer größeren Spritze wieder in die Fingerspitzen zu bekommen. Mein Ausbildungsassistent hatte aber im Gegensatz zu mir, wahrscheinlich auch weil er den Umgang mit Zylinderampullenspritzen von der Uni her gewohnt war, keinerlei Sensibilitätsprobleme. Kommen wir nun zum Besonderen des No-Touch Miramatic Sicherheitsspritzensystems. Kennen Sie das? Kanüle aufgeschraubt (jetzt kommt der Moment, bekannt aus den alten Arztfilmen, wo mit dramatischer Musikuntermalung die Nahaufnahme der Kanülenspitze mit austretenden Flüssigkeitstropfen gezeigt wird). Aber bei Ihnen kommt, obwohl Sie sich wunderbar den Weg durch das Gewebe gesucht und die Kanüle optimal für die Leitung platziert haben, nichts raus! Ursache? Die

mectron

modern + zuverlässig + preiswert

easyjet pro

einfach handlicher,
einfach günstiger



Für nur 795,00 €* wird
Ihre Turbinenkupplung zum
Prophylaxezentrum!

easyjet pro ist für nahezu alle gängigen Turbinenkupplungen verfügbar.
*Preis zzgl. gesetzl. MwSt. Änderungen vorbehalten.

smile. we like it!

mectron Deutschland
Vertriebs GmbH
Kellerning 17
D-82043 Oberhaching
Tel.: +49 89 63 86 69 0
Fax: +49 89 63 86 69 79
info@mectron-dental.de



Abb. 7: ... erfolgt die Arretierung im Sicherheitssystem ohne Schrauben. – Abb. 8: Ebenso unkompliziert erfolgt die Entsorgung der gebrauchten Kanüle. – Abb. 9: Einstecken, Drehen und weg.



Abb. 10: Einmal geschlossen reißt die Sicherheitslasche ab und die Miraject Box kann nicht wieder geöffnet werden.

Abb. 11: Das Verankerungssystem kleben Sie auf dem Tisch fest und die Box „fliegt“ nirgends mehr herum.

Abb. 12: Der „Miramatic Holder Plus“ – schwergewichtiger Spritzenständer: Nichts fällt mehr um.

Kanüle war nicht ganz auf das Gewinde der Spritze aufgeschraubt, weil der Kunststoff zu große Herstellungstoleranzen aufwies. Also das Ganze (schmerzhaft für den Patienten) von vorn. Mit der Miramatic passiert das nicht. Zwar war dieser Effekt vom Erfinder der „Klick“ Verriegelung nicht vorhergeplant, aber es ist doch ein schöner Nebeneffekt. Die Hauptsache der patentierten „Kuppelung“ von Kanüle auf Spritze sollte die Möglichkeit des schnelleren Aufsetzens der Kanülen, vor allem aber die sichere Entsorgung derselben sein.

Logistisch gutes Entsorgungssystem

Die Miramatic Box sollte in jedem Behandlungszimmer unbedingt ihren Platz neben Kanülen und der Spritze finden. Ausgeleerte Plastikkanister nahmen in der Vergangenheit unsere gefährlichen spitzen und scharfen Gegenstände auf. Als die neue Auszubildende kam und einmal nicht aufgepasst wurde, landete eine solche Spritzenbombe in den gelben Säcken! Praktisch ist sie, die Miramatic Entsorgungsbox. Der Deckel lässt sich, einmal

aufgesetzt, nicht wieder entfernen. Voll gefüllt verschließt der zweite, kleinere Deckel die Entsorgungsöffnung und macht die Box dadurch als „Hausmüll“ entsorgbar. Wer versucht, diese wieder zu öffnen, scheitert, weil die kleine Lasche abreißt. Die runde Entsorgungsluke der „Box“ ist jedoch das wichtigste. In diese spezielle Öffnung steckt die Helferlin die Miraject Kanüle ein, ein Dreh und sie fällt, von Menschenhand unberührt, in die Box. Neben dieser „Dreh und weg“ Öffnung sind aber auch noch Laschen zum Herausbrechen angebracht, durch die andere blut- und speichelkontaminierte Abfälle unwiederbringlich verschwinden. Abgerundet hat Hager & Werken sein System noch mit einem speziellen Ständer für die Spritze bzw. den Kanülenaufsatz. Recapping ist nämlich nicht nur gefährlich, wenn die Kanüle entsorgt werden soll. Angenommen, Sie wollen die Spritze „parken“, lassen Sie sie dann ohne Schutzhülle offen liegen? Miramatic Holder Plus, der „Stand für die Injektionskanüle“ mit einer Feststellklemme, löst dieses Problem. Das anvisierte Ziel der Entwicklung wurde erreicht: Ein Entsorgungssystem für Kanülen, das komplett mit nur einer Hand bedient werden kann. Die Nadelstichverletzung ist ausgeschlossen; die Mehrkosten pro Injektion sind gering – eine wirklich gute Idee gut ausgeführt. Mein Tipp: Lassen Sie sich das Ganze mal zeigen. Dann sind der D-Arzt, die Berufsgenossenschaft, Ihr Blutdruck, der BuS und panische Helferinnen kein Thema mehr für Sie.

ANZEIGE



Korrespondenzadresse:
 Dr. med. dent. Hans Sellmann
 Langehege 330
 45770 Marl
 E-Mail: dr.hans.sellmann@t-online.de
 Web: www.zahnarzt-sellmann.de

Die Zahnarztpraxis – Vom Familienbetrieb zum Wirtschaftsunternehmen

Präventionskonzepte und deren Umsetzung

Verfolgt man den Paradigmenwechsel in der Zahnmedizin, so ist festzustellen, dass wir in der präventiven Ära angekommen sind. Wurde früher der „Gang des Zahnes“ beschrieben, sind wir von einer Extraktionsära über die Reparaturära in einer Zeit angekommen, in der der Zahnerhalt, die Vorsorge und Ästhetik höchste Priorität haben.

SYLVIA FEIRER/OETTINGEN

War früher die Zahnarztpraxis familiär strukturiert, ein 2- bis 3-Mann-Betrieb, in der Regel der Zahnarzt, eine Rezeptionshelferin und die so genannte Ersthelferin, so haben wir es heute mit einem Wirtschaftsunternehmen zu tun, in dem jeder Einzelne auf seinen Bereich spezialisiert ist und entsprechend seinen Fähigkeiten eingesetzt wird. Um den Präventionsbereich aufbauen zu können, müssen vorab einige wichtige Dinge geklärt werden, damit in der Prophylaxe erfolgreich und gewinnbringend gearbeitet werden kann. Ein Prophylaxekonzept sollte, individuell auf die Praxis abgestimmt, von den entsprechenden Mitarbeitern erarbeitet werden.

Folgende Überlegungen könnten Inhalt dieses Konzeptes sein:

Welche Patienten will ich erreichen?

– Zielgruppe festlegen

Welche Behandlungen sollen durchgeführt werden?

- Ist ein PA-Konzept in der Praxis vorhanden?
- Methode und Ausführung einer Prophylaxesitzung
- Bleaching
- Halitosisprechstunden
- Raucherentwöhnung
- Ernährungsberatung

Was spricht für einen Prophylaxeshop in der Praxis?

Wer wird in der Prophylaxe eingesetzt?

Fachliche Qualifikation – ZMF – DH?

Wird die Prophylaxe aus der Praxis ausgegliedert?

Um ein Konzept erfolgreich umsetzen zu können, müssen zu den Aufgaben entsprechende Ziele und Visionen vorhanden sein.

Wenn du ein Schiff bauen willst,

so trommle nicht Männer zusammen,
die Holz beschaffen,
Werkzeuge vorbereiten,
Holz bearbeiten und
zusammenfügen,

Ziel

Aufgabe

sondern lehre sie die Sehnsucht nach dem weiten Meer.

Vision

Damit Ziele allgemein bekannt und damit gültig sind, sollten diese schriftlich formuliert werden, wobei Folgendes gelten sollte:

– *Schriftlich festgehaltene Ziele führen dazu, dass man sie wahrscheinlich einhält.*

– *Schriftlich fixierte Ziele vermindern das Risiko der Ablenkung.*

– *Ziele, die nur im Kopf existieren, werden schneller vergessen.*

Beispiele:

Bis zum Jahresende 2005 wird jedem Patient der Praxis das Prophylaxekonzept vorgestellt – jeder Mitarbeiter kann hier eingesetzt werden.

- Organisieren von praxisinternen Prophylaxeschulungen im Abstand von acht Wochen.
- Der Umsatz in der Prophylaxe wird im Jahr 2005 um 30% gesteigert.

Diese Ziele müssen auch auf deren Einhaltung hin überprüft werden. Die Formulierung entsprechender Ziele ist nicht starr, sondern unterliegt einem ständigen Prozess. In dem Maße, in dem sich die externe (große Nachfrage) und interne Situation (mehr Personal in diesem Bereich) verändert, erfordert dies evtl. eine Zieländerung. Sind entsprechende Unternehmensziele festgelegt, wird mit deren Umsetzung begonnen und dabei gemäß der Praxisphilosophie, der Corporate Identity, gehandelt. Unternehmensphilosophie hat etwas mit Werten und Normen zu tun, die von den in dem Betrieb beschäftigten Menschen nach innen und außen durch entsprechend gestaltete Handlungen wiedergegeben werden sollte. Unternehmensphilosophie bietet Orientierungshilfen, gestaltet die Beziehungen untereinander und wirkt als Auslöser von Begeisterung. Wenn Unternehmensziele und Praxisphilosophie zusammenwirken, so entsteht die Unternehmensvision. Diese beschreibt einen erwünschten zukünftigen Zustand. Ist ein Konzept ausgearbeitet und schriftlich hinterlegt, so kann mit dessen Umsetzung begonnen werden.

Konzept zur Behandlung bei parodontal erkrankten Patienten

1. Sitzung

Diagnosestellung

Ausführliche Befunderhebung mit folgenden Inhalten: kompletter Parodontalstatus, Vitalitätsproben sämtlicher Zähne, Überprüfung und Beurteilung vorhandener Versorgung, Röntgenaufnahmen OPG bzw. Einzelbilder. Der Patient muss Informationen über seine Erkrankung bekommen – oft ist ihm nicht bewusst, dass der Zahnhalteapparat erkrankt ist. Anhand von patienteneigenen Bildern sollte ihm das Ausmaß des Knochenabbaus verdeutlicht werden.

Mittels einer intraoralen Kamera können insuffiziente Füllungs- und Kronenränder aufgezeigt werden. Um Gehörtes zu festigen, sollte der Patient Aufklärungsbroschüren, bestenfalls praxisinterne Flyer, mit nach Hause bekommen. Die Kostenaufklärung erfolgt zum Schluss! Der Patient bekommt mündlich und in Schriftform Auskunft über zeitlichen Ablauf der Behandlung und die entstehenden Kosten. Entsprechende Terminkomplexe werden sofort vereinbart.

2. Sitzung

Initialphase 1

Zur Anfangsdokumentation sind Fotostaten des Ausgangszustandes unumgänglich – sie sind ein wichtiges Hilfsmittel im Bezug auf spätere Weiterversorgung bzw. Beweismittel bei Schwierigkeiten mit Versicherungen und Krankenkassen, ebenso ist das Anfertigen von Situationsmodellen sinnvoll.

Erstellen von Mundhygienestaten

- Blutungsstaten zeigen uns, was der Patient bis hierher getan hat
- Plaquestaten zeigen uns, was der Patient wirklich kann.

In dieser Sitzung findet die sog. „full-mouth-desinfection“ statt, d.h. es findet eine Reinigung der supra- und jetzt schon zu erreichenden subgingivalen Regionen statt, ebenso erfolgt eine Änderung der insuffizienten Füllungen. Um dem Patienten Menge, Formen und Interaktionen der aktiven Keime zu verdeutlichen, ist der Einsatz eines Mikroskops, vernetzt mit der intraoralen Kamera, hilfreich. Der Patient wird mit individuell auf ihn abgestimmten Mundhygienehilfsmitteln instruiert, wobei in kleinen Schritten vorgegangen werden sollte. Die entsprechenden Materialien werden dem Patienten mitgegeben.

3. Sitzung

Initialphase 2

Beurteilung der Patientenmitarbeit – der Compliance

Damit Defizite und Erfolge in der Mundhygiene sichtbar werden, empfehlen sich nochmalig Mundhygienestaten. Je nach Ergebnis werden entsprechend weitere Erläuterungen bzw. Hilfsmittel hinzugefügt. Ein erneutes Erstellen eines kompletten Parodontalstatus zur Verlaufskontrolle ist notwendig. In dieser initialen Phase ist bei noch stark vertieften parodontalen Taschen zudem ein nochmaliges Deep scaling und Root planing sinnvoll. Ist die Mundhygiene noch nicht zufrieden stellend, dann weitere Kontrolle, falls hier auch keine Patientenmitarbeit feststellbar ist, dann findet keine Parodontalbehandlung statt. Ist ein Erfolg vorhanden wird eine entsprechende Behandlung durchgeführt.

4. Sitzung

Initialphase 3

In dieser Sitzung wird entschieden, ob eine weitergehende Parodontalbehandlung notwendig ist bzw. ob der Patient gleich ins Recall aufgenommen wird. Folgende Punkte sollten abgeklärt sein:

- Erstellen eines aktuellen Parodontalstatus



Abb. 1–3: Zustand vor professioneller Zahnreinigung.



Abb. 4–5: Zustand nach Initialtherapie (Patient 1). – Abb. 6: Patient nach Prophylaxe und prothetischer Versorgung (Patient 3).



Abb. 7



Abb. 8



Abb. 9



Abb. 10

Abb. 7: Zustand vor Initialtherapie und Versorgung 11, 12 (Patient 2).
 Abb. 8: Patient nach Prophylaxe und prothetischer Versorgung (Patient 3).
 Abb. 9: Patient vor Initialtherapie und ZE (Patient 3).
 Abb. 10: Zustand nach erfolgter Parodontaltherapie und entsprechend prothetischer Versorgung (Patient 2).

- Anfertigen eines Fotostatus zum Verlauf der Behandlung
- Mitarbeit des Patienten nochmals überprüfen.

5. Sitzung

Recall oder Sitzung

Nach Auswertung sämtlicher Unterlagen wird nun entschieden, welche Therapie indiziert ist.

5a – sind Taschentiefen und Parodontium in einem physiologisch einwandfreien Zustand, wird der Patient ins Recall aufgenommen, welches nach ca. drei Monaten mit Beurteilung bezüglich der Taschentiefen, der Compliance und Mitarbeit des Patienten stattfindet.

5b – je nach Taschentiefen erfolgt nun eine offene bzw. geschlossene Therapie. Abschluss jeder Parodontalbehandlung ist nach sechs Wochen eine nochmalige Prophylaxe.

So könnte ein Konzept zur Behandlung parodontal erkrankter Patienten aussehen, wobei von jedem involvierten Mitarbeiter konsequent entsprechende Behandlungsschritte eingehalten werden müssen, um Erfolg versprechend arbeiten zu können. Die Umsetzung des Prophylaxe-konzeptes wird umso effizienter sein, je stärker das gesamte Team den Patienten im Fokus behält und jeden Patienten als neue Herausforderung begreift.

Korrespondenzadresse:
 Sylvia Feirer
 Markthof 2
 86732 Oettingen
 E-Mail: silvia_feirer@yahoo.de

ANZEIGE

In der Zahnarztpraxis werden viele Arbeiten durch Kapillarblutungen behindert.
 Davor bewahrt Sie
Hämostatikum Al-Cu
 Ein fortschrittliches Hämostyptikum, das den Anforderungen der modernen Zahnarztpraxis entspricht:
 Die Kapillarblutungen stehen sofort (z. B. unblutiges Scalen)
 Die besondere Eigenschaft des Hämostatikum Al-Cu ist seine starke keim reduzierende Wirkung, die die Gefahr einer Bakteriämie herabsetzt
 Anwendung per Wattepellet oder durch Tränken von Retraktionsfäden
 1 OP 20 ml € 19,70
 100%ig 40 mg für Verpackung/Versand u. sonst. MwSt
 Erhalten ausserhalb Deutschlands
 Info & Bestellung: www.humanchemie.de oder info@humanchemie.de

Prägnante Wissenschaft
HUMANCHEMIE
 31051 Affoltern - Hinter den Muggen 5
 Telefon 0 51 81 - 246 33 - Fax 051 81 - 8 1228
 Internet <http://www.humanchemie.de> E-Mail info@humanchemie.de

Jetzt auch bei uns! Retraktionsfädenepidemie-Risiko

VivaSens und GREEN OR im Vergleich

Wird Dentin thermischen, osmotischen oder elektrischen Reizen ausgesetzt oder kommt die Dentinoberfläche mit einem Luftstrom bzw. bestimmten Medikamenten in Kontakt, so nimmt der Patient Schmerzen wahr, die als „Dentinschmerzen“ bezeichnet werden können.

DR. LENKA ROUBALIKOVA¹, ZDENEK WILHELM²/BRNO,
TSSCHECHISCHE REPUBLIK

Obwohl die Beziehung zwischen den Odontoblasten und den Nervenfasern der Pulpa ausführlich wissenschaftlich beschrieben wurde, gibt es bisher hinsichtlich des Mechanismus, der bei Schmerzübertragung vom Dentin zu den Nervenendungen wirksam ist, nur Hypothesen. Unter den verschiedenen Theorien zur Erklärung der Schmerzempfindlichkeit erfreut sich heute die hydrodynamische Lehre nach BRÄNNSTRÖM der größten Akzeptanz. Gemäß dieser Theorie werden die sensorischen Nerven des Zahns nach Reizeinwirkung durch eine schnelle bidirektionale Flüssigkeitsströmung in den Dentintubuli aktiviert.

Ziel der Studie

Der Zweck dieser Studie war es, die Wirkung der beiden Dentin-Desensibilisierungspräparate VivaSens (Ivoclar Vivadent AG, Liechtenstein) und GREEN OR (CSC Pharmaceuticals, Österreich) zu vergleichen (Abb. 1–3). Gemäß Herstellerangaben erzielt VivaSens durch Präzipitation von Proteinen und Kalziumionen eine Blockade innerhalb der Dentinkanälchen und sorgt für einen mechanischen Verschluss an der Dentinoberfläche. Das Produkt enthält auch Kaliumfluorid. Von GREEN OR wird behauptet, dass es einen Kristallkomplex aus Phosphaten und Karbonaten bildet, der die Tubuli verschließt und gleichzeitig Kaliumionen freisetzt, die die Nervenfasern depolarisieren.

Materialien und Methoden

Insgesamt nahmen 25 Patienten, die hinsichtlich Zahnhygiene (Papillen-Blutungs-Index/PBI von 1,5 und darunter), Alter und Gewohnheiten vergleichbar waren, an der Studie teil. An der Baseline wurde die Anzahl der Zähne mit Dentinhypersensibilität erhoben und deren Schweregrad mittels visueller Analogskala ermittelt. Alle Patienten gaben an, bei Reizeinwirkungen, d.h. Kontakt mit Sonde und trockener Luft, zumindest an zwei oder mehreren Zähnen „starke Schmerzen“ zu verspüren. Jeweils zwei der Zähne jedes Patienten (in gegenüberliegenden Bereichen des Mundes), die die Reaktion „starker Schmerz“ zeigten (n=50), wurden in die Studie aufgenommen. Ein Zahn



Abb. 1: VivaSens Flasche. – Abb. 2: VivaSens Free Stand Single Dose.

wurde jeweils mit VivaSens behandelt, der andere mit GREEN OR. Das Produkt VivaSens enthält Ethanol, Wasser, Hydroxylpropylzellulose, Kaliumfluorid, Polyethylenglycol Dimethacrylat und andere Methacrylate. Der spezielle Applikator ist mit einem Aktivator vorbehandelt. GREEN OR besteht aus zwei Lösungen. Lösung 1 enthält Wasser, Kaliumphosphat, Kaliumkarbonat und Natrium-Methylparaben. Lösung 2 besteht aus Wasser, Kalziumchlorid, Strontiumchlorid und Natriumbenzoat. Die Applikation erfolgte, ohne dass der Behandler wusste, welches der beiden Präparate er verabreichte. Die Behandlung wurde gemäß Herstellerangaben durchgeführt. Um eine Verfälschung des Ergebnisses zu vermeiden, wurden die Probanden angehalten, zu Hause keine zusätzlichen Dentin-Desensibilisierungspräparate oder Zahnpasten mit desensibilisierender Wirkung zu verwenden. Die Hypersensibilität nach Reizeinwirkung, d.h. Kontakt mit Sonde und trockener Luft, nach der Behandlung wurde erneut ermittelt, und zwar jeweils nach zehn Minuten, sechs und zwölf Wochen. Die Ergebnisse wurden mittels Fisher Exact Test (P=0,05) statistisch verglichen.



Abb. 3: GREEN OR.

¹ Zahnärztliche Klinik des Universitätsspitals St. Anna

² Institut für Physiologie, Medizinische Fakultät der Universität Masaryk, Brno, Tschechische Republik



Abb. 4: Typische Patientensituation.

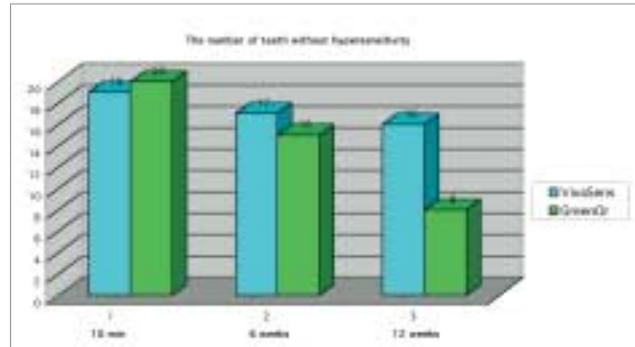
Ergebnisse

Die Studie umfasste 50 Zähne von insgesamt 25 Patienten im Alter zwischen 25 und 45 Jahren. Abbildung 4 zeigt eine typische Patientensituation mit Hypersensibilität auf Grund von zervikaler Erosion. Nach zehn Minuten und sechs Wochen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Produkten ($P > 0,05$). Nach zwölf Wochen waren die mit VivaSens erzielten Ergebnisse jedoch signifikant besser als die von GREEN OR ($P < 0,05$). Nach der Behandlung traten in keiner Gruppe mehr starke Schmerzen auf. Die Anzahl der schmerzfreien Zähne pro Gruppe ist in der Grafik dargestellt. Bei keinem Patienten traten unerwünschte Nebenwirkungen auf.

Diskussion

Die topische Applikation von flüssigen Desensibilisierungspräparaten ist nur eine Möglichkeit der Behandlung von Dentinhypersensibilität. Eine Differenzialdiagnose sowie die Identifikation der Auslöser der Schmerzempfindung sind wesentlich für eine korrekte Behandlung. Desensibilisierungspräparate spielen jedoch in fast jeder Praxis eine zentrale Rolle. Die Behandlung der Dentinhypersensibilität, z.B. bei Patienten mit empfindlichen Zahnhälsen, die keine restaurative Therapie benötigen, steigert nicht nur deren Wohlbefinden, sondern

ist auch eine einfache Methode, um die Mundhygienegewohnheiten zu verbessern, da kein Patient gerne schmerzende Zähne putzt bzw. deren Zahnzwischenräume reinigt. Die Zahnärzte, ZahnhygienikerInnen und ZahnarztassistentInnen schätzten besonders die einfache Anwendung von VivaSens, das in einem Schritt appliziert wird. Für die Patienten war die Langzeitwirkung besonders wichtig.



Anzahl der schmerzfreien Zähne.

Schlussfolgerung

Beide Desensibilisierungspräparate erzielten eine Schmerzlinderung bei allen Patienten bis zu einem Zeitraum von sechs Wochen. Die mit dem Desensibilisierungslack VivaSens (Ivoclar Vivadent, Liechtenstein) erzielten Ergebnisse nach zwölf Wochen sind jedoch signifikant besser ($P < 0,05$) als die von GREEN OR (CSC Pharmaceuticals Österreich). Weitere Studien sind wünschenswert.

Literatur

- 1 Berman LH: Dentinal sensation and hypersensitivity. A review of mechanism and treatment alternatives. J Periodontol 4, 216, 1985.
- 2 Brännström M, Linden LÅ, Åström A. The hydrodynamics of the dental tubule and of pulp fluid. A discussion of its significance in relation to dentinal sensitivity. Caries Res. 1967; 1:310–317.
- 3 Clerk G. E., Troullos E.S.: Designing hypersensitivity Clinical Studies. Dental Clinics of North America, 3, 531, 1990.
- 4 Dowell P., Addy M, Dummer P: Dentine Hypersensitivity: Aetiology, Differential Diagnosis and Management. Br Dent J 158, 1985.
- 5 Greenhill JD, Pashley DH: The effects of desensitizing agents on the hydraulic conductance of human dentin in vitro. J dent Res 3, 686, 1981.
- 6 Chabanski M.B., Gillam D.G., Bulman J.S., Newman H.N.: Clinical evaluation of cervical dentine sensitivity in a population of patients referred to a specialist periodontology department: a pilot study. Journal of Oral rehabilitation, 24, 666, 1997.
- 7 Kleinberg I, Kaufman H.W.: Methods of Measuring Tooth hypersensitivity. Dental Clinics of North America, 3, 515, 1990.
- 8 Markowitz K., Kim S.: Hypersensitive Teeth: Experimental Studies of Dentinal Desensitizing Agents. Dental Clinics of North America, 3, 491, 1990.
- 9 West NX, Addy M, Jackson RJ, Ridge D.: Dentine hypersensitivity and the placebo response. J Clin Periodontol 24, 209, 1997.
- 10 Materialien von Ivoclar Vivadent AG.

ANZEIGE



Korrespondenzadresse:

Dr. Lenka Roubalikova, Ph.D.

Dunajevskeho 36, 616 00 Brno, Tschechische Republik

E-Mail: lenka.roubalikova@tiscali.cz

Web: roubalikova@nconzo.cz

Der Einsatz von Chlorhexidin in der Zahnarztpraxis

Chlorhexidin (CHX) ist einer der bekanntesten und effektivsten Wirkstoffe gegen Plaque und Gingivitis. CHX wirkt antibakteriell und plaquehemmend. Auf Grund dieser Eigenschaften findet es seinen Einsatz in verschiedenen Bereichen der Zahnheilkunde. CHX hat die Eigenschaft, sich an bestimmte orale Strukturen anzulagern und somit die Anheftung von Proteinen an die Zahnoberfläche und die Bildung von Plaque zu beeinflussen.

UTE RABING/DÖRVERDEN

Untersuchungen konnten zeigen, dass die antimikrobielle Wirkung mehr als 7 Stunden anhält. Sowohl für den Erfolg einer Parodontaltherapie in der Zahnarztpraxis als auch für die weiterführenden häuslichen Maßnahmen durch den Patienten ist die Unterstützung der mechanischen Reinigung mit einer 0,2%igen CHX-Mundspülung notwendig.

In der Praxis setzt sich eine erfolgreiche Parodontaltherapie aus zwei Teilen zusammen. Zum einen die instrumentelle Entfernung möglichst aller Konkremete von der Wurzeloberfläche, zum anderen die Irrigation der Zahnfleischtaschen und aller Nischen in der Mundhöhle durch den Einsatz von antibakteriellen Agentien – die sog. Full-Mouth-Desinfektion. Ein wichtiger Bestandteil des Full-Mouth-Konzeptes ist die subgingivale Spülung der parodontalen Taschen mit einer 0,2%igen CHX-Lösung. Wichtig dabei ist es, die parodontalen Taschen 3x hintereinander bei einer Einwirkzeit von mindestens fünf Minuten zu spülen.

Ein weiterer Bestandteil des Full-Mouth-Konzeptes ist die Zungenreinigung, da zusätzlich zu den parodontalen Taschen auch unbezahnte Bereiche des Mundraums, wie die Tonsillen oder der Zungengrund mit parodontalpathogenen Keimen besiedelt sein können. Eine Zungenreinigung kann z. B. durch den Einsatz eines rotierenden Nylonbürstchens und 1%igem CHX-Gel für einen Zeitraum von einer Minute durchgeführt werden. Bei einer geringen Umdrehungszahl wird mithilfe des Bürst-

chens das CHX-Gel auf dem Zungenrücken verteilt und bis zum Zungengrund eingearbeitet. Im Anschluss an die Full-Mouth-Desinfektion sollte der Patient zu Hause über den Zeitraum von 10–14 Tagen 2x täglich mit einer alkoholfreien 0,12–0,2%igen CHX-Spülung spülen. Gerade im Bereich der häuslichen Anwendung bei Gingivitis und Parodontitis stellt die neue alkoholfreie, fluoridhaltige 0,2%ige CHX-Mundspülung von meridol® eine gute Alternative dar.

Häufig ist bei einem parodontal erkrankten Gebiss nach einer zahnärztlichen Parodontaltherapie eine leichte Rezessionsbildung festzustellen. Um die freiliegenden Wurzeloberflächen möglichst frühzeitig zu konditionieren, ist hier der Einsatz einer fluoridhaltigen CHX-Mundspülung das Präparat der Wahl. Neben der plaquehemmenden und antibakteriellen Wirkung von CHX, gibt es auch reversible Nebeneffekte. Dazu zählen die auftretenden Verfärbungen an Zähnen, an zahnfarbenen Restaurationen und auf der Zunge. Aber auch mögliche Geschmacksirritationen sollten benannt werden. Zur Alkoholproblematik ist zu sagen, dass ein Übersichtsartikel von BRECX, NETUSCHIL und HOFFMANN herausarbeitet, dass Ethanol als Lösungsmittel diene, aber vom chemischen Standpunkt her in den meisten Fällen unnötig sei. Ethanol finde selten Verwendung als Desinfektionsmittel und sei weder in vitro, noch in vivo antibakteriell wirksam gewesen, wie eine Studie von GJERMO und BASTAAD gezeigt hätte. Für eine bakterizide Wirkung müsse Alko-



Zungenreinigung mit 1% CHX-Gel.



Mundspülung mit einer alkoholfreien CHX-Lösung.

hol Konzentrationen von 40% haben. Die Alkoholkonzentration in Mundspül-Lösungen liege jedoch mit 5–27% deutlich darunter. Zudem gebe es Beziehungen zwischen Alkohol und Schmerzempfinden. Auf Grund der Alkoholproblematik ist ein alkoholfreies CHX-Produkt unbedingt empfehlenswert. Dieses gilt nicht nur für den häuslichen Einsatz, sondern ebenso für den gezielten Einsatz in der Praxis. Alkohol sollte generell in Spüllösungen vermieden werden, da bei regelmäßiger Anwendung das Krebsrisiko erhöht sein könnte und durch den Alkohol Schmerzen im Mundbereich auftreten können. In Deutschland haben ca. 10 Millionen Menschen ein Alkoholproblem, wobei jeder Dritte davon als abhängig gelten kann. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Anwendung alkoholhaltiger Spüllösungen für bestimmte Patientengruppen fatale Auswirkungen haben kann. Man denke hierbei auch an den Einsatz von Spüllösungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein weiterer Punkt, der bei der Empfehlung von CHX für den Hausgebrauch Beachtung finden sollte, ist die Information zur möglichen Wechselwirkung zwischen Zahnpasta und CHX. Bei der Anwendung von CHX-haltigen Produkten ist zu beachten, dass CHX durch anionische Tenside, wie z.B. Natriumlaurylsulfat, welche in vielen Zahnpasten enthalten sind, in seiner Wirkungsweise beeinträchtigt wird. Eine allgemeine Empfehlung ist, nach

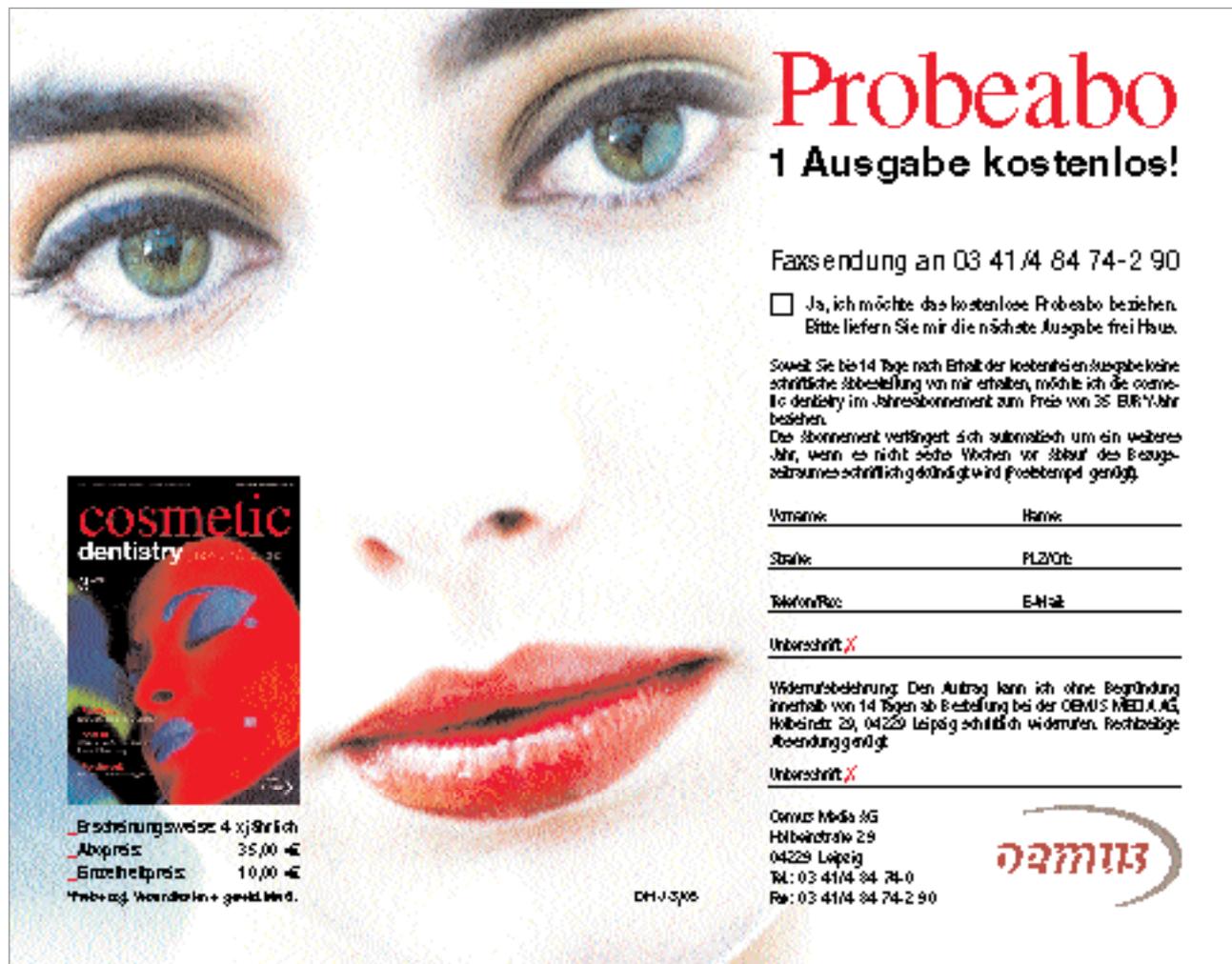
dem Zähneputzen mit einer Natriumlaurylsulfathaltigen Zahnpasta mindestens 30 Minuten mit der CHX-Spülung zu warten. Da hier jedoch die Compliance von Seiten des Patienten fragwürdig ist, ist es ratsam, dem Patienten alternativ eine Zahnpasta ohne Natriumlaurylsulfat zu empfehlen, z.B. meridol®. Auch nach kieferchirurgischen Eingriffen hat sich der Einsatz einer 0,12% oder 0,2% CHX-Mundspülung bewährt. Um vor Infektionen von Wunden oder Wundgebieten zu schützen, sollte der Patient über einen Zeitraum von maximal zwei Wochen 2x täglich mit einer 0,2%igen CHX-Spülung spülen.

Fazit

Antibakterielle Wirkstoffe unterstützen unser tägliches Bemühen um die Zahngesundheit des Patienten auf vielfältige Weise. So sollte in jeder Praxis der Einsatzrahmen von CHX besprochen und definiert werden.

Korrespondenzadresse:
 Ute Rabing
 Schachtweg 9, 27313 Dörverden
 E-Mail: ute.rabing@t-online.de

ANZEIGE



Probeabo
1 Ausgabe kostenlos!

Faxsendung an 03 41/4 84 74-2 90

Ja, ich möchte das kostenlose Probeabo beziehen. Bitte liefern Sie mir die nächste Ausgabe frei Haus.

Soweit Sie bis 14 Tage nach Erhalt der kostenlosen Ausgabe keine schriftliche Abbestellung von mir erhalten, möchte ich die cosmetic dentistry im Jahresabonnement zum Preis von 35 EUR/Jahr beziehen. Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird (Freibetrag genügt).

Vorname: _____ Name: _____
 Straße: _____ PLZ/Ort: _____
 Telefon/Fax: _____ E-Mail: _____

Unterschrift _____

Widerrufsbelehrung: Den Auftrag kann ich ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen ab Bestellung bei der GENUS MEDIA AG, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig schriftlich widerrufen. Rechtzeitige Absendung genügt.

Unterschrift _____

Genus Media AG
 Holbeinstr. 29
 04229 Leipzig
 Tel.: 03 41/4 84 74-0
 Fax: 03 41/4 84 74-2 90

genus

Preisangabe: 4 x jährlich
 Abopreis: 35,00 €
 Einzelheftpreis: 10,00 €
 *Preis incl. Versandkosten + gesetzl. MwSt.

CHX 3/05

„Kieferorthopädie und Prophylaxe – Das Duo mit Erfolg!“

2. Teil

Im ersten Teil meines Artikels habe ich Ihnen von meinem persönlichen Werdegang in Sachen Kieferorthopädie & Prophylaxe berichtet. Unter anderem ging es um die Erkennung des Bedarfs für Prophylaxe in der KFO-Praxis, über die Idee für Schulungen und Coachings sowie die Erarbeitung meines Schulungskonzepts für die Integration eines Prophylaxesystems in der KFO-Praxis.

BARBARA EBERLE/MÜNCHEN

Mit dieser Einleitung als Hintergrund beschäftigen wir uns nun mit dem Thema: „Wie integriere ich ein funktionierendes Prophylaxekonzept in der kieferorthopädischen Praxis?“ Ferner werde ich Ihnen Schritt für Schritt den Aufbau der modernen Systemprophylaxe näher bringen inklusive der benötigten Hilfsmittel und Geräte.

Aufbau der modernen Systemprophylaxe

Vielleicht vermuten Sie nun an dieser Stelle endlich den Einstieg in die Beschreibung der praktischen Komponenten zur professionellen Zahnreinigung. Die moderne Systemprophylaxe fängt aber sehr viel früher an, Pulverwasserstrahl, Scaling und alles Weitere sind, vor allem in der Argumentation zum Patienten, nur die Konsequenz aus der nun folgend beschriebenen Diagnosephase. Wir dürfen nicht vergessen, es geht vor allem darum, dem Patienten, ich mag an dieser Stelle ruhig von einem „Kunden“ sprechen, etwas „zu verkaufen“! Und was lernt man in jedem Verkaufsseminar? Ein Kunde ist nur bereit etwas zu kaufen, wenn er seinen Nutzen erkennt. Und diesen Nutzen wollen wir ihm mit ausführlichen, fundierten Diagnosebefunden argumentieren.

In der Regel fängt unser Tun in der KFO-Praxis an der Stelle an, wenn die Patienten, zum großen Teil Kinder und Jugendliche, zum ersten Mal via Überweisung durch den behandelnden Zahnarzt zu uns kommen. In den meisten Fällen können wir in dieser Phase noch von einem akzeptablen Mundhygienestatus ausgehen. Viele Zahnarztpraxen versorgen mittlerweile auch Kinder und Jugendliche mit Prophylaxe, gerade weil die gesetzlichen Krankenkassen bei dieser Patientengruppe die Leistungen übernehmen. Langsam ändern sich die Mundhygienebedingungen bei diesen Patienten, in der Regel fängt nun die Spangentherapie mit einer herausnehmbaren Apparatur an. Dies beeinträchtigt in den meisten Fällen die Zahnpflege nur gering. Manchmal kann man in dieser Phase noch keine signifikanten negativen Veränderungen feststellen, obwohl

sich in vielen Fällen auch in dieser Spangenphase schon ein leichter Negativtrend beobachten lässt. Kritisch wird es, wenn der Wechsel zum Multiband stattfindet. Häufig wird sich nun schlagartig der Zahnpflegestatus negativ entwickeln. Sehen wir es einmal aus Kinder-Jugendlichen-Sicht; wir werden schnell feststellen und nachvollziehen können, dass man in dieser Altersphase alles im Kopf hat außer Zahnpflege und Gesundheit. Argumentativ kommt man in der Regel auch nicht weiter, spricht man langfristige Risiken an, liegt es doch für diese „kleinen“ Patienten noch in allzu weiter Ferne, sich hierüber Gedanken zu machen. Für die Eltern, die finanziell für die Therapie aufkommen müssen, ist jede weitere finanzielle Belastung, die nun entsteht, ebenfalls ein „Abwiegen“ der Vorteile und der Kosten. Wichtig ist, die Eltern davon zu überzeugen, dass es notwendig ist, eine spangentherapiebegleitende Prophylaxe durchzuführen, um das Kariesrisiko so gering wie möglich zu halten, gemäß dem Motto: „Nicht nur gerade Zähne, sondern auch gesunde!“ Also müssen wir einen überzeugenden Weg einschlagen, die Diagnose. Im ersten Schritt geht es um die Belagsbefundung.

Plaque ist ein wesentlicher Faktor für die Entstehung von Karies und Parodontopathien. Durch Anwendung von Revelatoren kann Plaque sichtbar dargestellt werden; so ist es möglich, Problemzonen zu erkennen, die Putzwirkung zu kontrollieren und damit eine optimale Mundhygiene, bei gleichzeitiger Motivation des Patienten durchzuführen. Es gibt verschiedene Plaqueindizes, Approximalraumplaqueindex (API), Sulkus-Blutungs-Index (SBI), Papillen-Blutungs-Index (PBI), DMF-T-Index und den Quickley Hein-Index. Zum Beispiel wird von Ivoclar Vivadent der fluoreszierende Indikatorflüssigkeitstest (Plaquetest) angeboten. Dieser Test bietet u.a. den Vorteil, dass er keine lästigen Verfärbungen an Zunge und Schleimhäuten sowie im Spülbecken hinterlässt. Es fluoresziert unter jeder Polymerisationslampe. Durch das einfache Handling, die gezielte Applikation und der damit verbundene sparsame Verbrauch hat sich dieses Produkt aus meiner Erfahrung bewährt.

Im nächsten Schritt kümmern wir uns um die Speichel-diagnostik. CRT – die Kariesrisikotests aus der Produktlinie Professional Care von Ivoclar Vivadent bilden die Basis für die individuelle bedarfsorientierte Behandlung in der kieferorthopädischen Praxis. Hierbei handelt es sich nicht um ein einziges Produkt, sondern vielmehr um ein Testpaket. Dieses setzt sich zusammen aus dem CRT bacteria zur Bestimmung der Mutans Streptokokken im Speichel bzw. in der Plaque und der gleichzeitigen Erfassung der Laktobazillenanzahl im



combi S – mit optionaler LED-Polymerisationslampe starlight p.

Speichel. Der CRT buffer gibt Auskunft über Pufferkapazität des Speichels. Puffersysteme sorgen für die Neutralisation von Säuren und Basen und schützen somit auf natürliche Weise die Zähne. In der Praxis überzeugt die einfache und schnelle Durchführung. Als sehr vorteilhaft erwies sich, dass die Ergebnisse bereits nach fünf Minuten vorlagen. Die erlaubt uns die direkte Einbindung des Patienten (Eltern), was einen guten Einstieg bietet, weitere Testverfahren, die zeitaufwändiger sind, anzusprechen.

Neben der Demineralisierung der Zähne ruft mikrobielle Plaque auch Entzündungen der Gingiva hervor. *S. mutans* und *S. sobrinus* zeichnen für die Initiation der Karies verantwortlich, während Laktobazillen mit der Progression in Verbindung stehen. Wissenschaftliche Untersuchungen belegen die Schlüsselrolle, die Mutans Streptokokken bei der Kariesentstehung spielen (z.B. IKEDA et al. 1973, VAN HOUTE 1980, BOWDEN et al. 1983, KRISTOFFERSSON et al. 1985, ZICKERT et al. 1983). Hohe Keimzahlen deuten auf ein hohes Kariesrisiko. Falls schützende Gegenfaktoren nicht ausreichend zum Zuge kommen, entwickeln sich kariöse Defekte. Die Bestimmung sowohl der Mutans Streptokokken als auch der Laktobazillenzahl erhöht die Genauigkeit der Befundaufnahme und verbessert damit die Prognose. CRT bacteria bedeutet einen echten Fortschritt. Dieser Test erlaubt die gleichzeitige Bestimmung der Mutans Streptokokken und der Laktobazillenanzahl im Speichel mithilfe selektiver Agars. Das einfache und

schnelle Handling überzeugte bei der praktischen Anwendung und das Resultat liegt bereits nach zwei Tagen Inkubationszeit vor. Mit dem CRT-Test gelingt der Blick ins normalerweise Unsichtbare und bietet somit eine gute Patientenaufklärung um frühzeitig Präventionsmaßnahmen durchzuführen. Vor und während der KFO-Behandlung mit festsitzenden Apparaturen empfiehlt sich die Überprüfung der mikrobiellen Situation, dadurch besteht die Möglichkeit das Kind in die Kariesrisikogruppe einzuteilen und die antimikrobielle Maßnahme festzulegen.

Als zusätzliche Kariesdiagnostik bietet uns die Firma KaVo den DIAGNOdentlaser zur Früherkennung von Kariesläsionen an. Der Kariesrückgang hat heute zu einer Veränderung des klinischen Bildes der Karies geführt. Deshalb stellt der Diagnodent eine moderne Karies-Diagnosemethode dar, um die Karies präzise diagnostizieren zu können. Auch ist heutzutage bekannt, dass man heute eine Primärkaries im Fissurenbereich bei der klinischen Untersuchung in 15–40% der Fälle nicht entdecken kann. Da vor allem bei Kindern und Jugendlichen, und diese Patienten stellen im KFO-Bereich die Kernzielgruppe dar, die Fissuren der Molaren und Prämolaren den höchsten Kariesbefall aufweisen, gilt es insbesondere diese Stellen umfassend und rechtzeitig zu diagnostizieren. Neben den tatsächlichen Vorzügen, wie soeben beschrieben, ist die Wirkung auf den Patienten hervorzuheben. Die Anwendung des DIAGNOdent bei der Kariesfrüherkennung wirkt professionell und hoch technisiert. Also wieder eine kleine Argumentationshilfe in unserem Beratungs- und „Verkaufs“gespräch.

Festlegung des Behandlungskonzeptes auf Grund individueller Diagnoseergebnisse

Sicher interessiert sie nun zu hören, mit welchem Konzept der Erfolg vorprogrammiert ist. Aus meiner Erfahrung weiß ich jedoch, dass es nicht möglich ist mit nur einem Konzept alle individuellen Praxisgegebenheiten zu berücksichtigen und zu integrieren. Deshalb habe



Ultraschallinstrumente für das Scaling.

ich drei verschiedene Basiskonzepte entworfen und ausgearbeitet. Diese sind jeweils getestet und haben sich bewährt. Großen Wert lege ich bei meinen Kursen und Coachings in den Praxen darauf, die individuellen Gegebenheiten und Besonderheiten der Praxen meiner Kunden zu berücksichtigen. Hierbei kommt es z.B. auf die Mitarbeiteranzahl, deren Ausbildungslevel, die Behandlungstuhlanzahl, Patientenzahl, Einkommensstruktur, Mitbewerber, um nur einiges zu nennen,



kit scaling – Instrumententray aus Edelstahl.

an. Sie sehen, wenn Sie sich hierfür näher interessieren, sollten wir uns gemeinsam Ihre individuelle Praxissituation ansehen und entsprechend die beste Konzeptlösung aus meinen drei Basisvarianten festlegen und anpassen. Alle drei Konzepte basieren auf der Einteilung der Patienten in Kariesrisikogruppen, nach denen sich jeweils die Behandlungsart und Intensität sowie der Recallterminturnus ableiten lässt. So finden die individuellen Diagnosebefunde ihre nötige Berücksichtigung in der Behandlung.

Welche Unterstützung zur Therapie wird seitens der Industrie angeboten?

Ich möchte Ihnen im Folgenden einige Empfehlungen aussprechen in Bezug auf Unterstützungsprodukte rund um die Prophylaxe. Die Empfehlungen beruhen ausschließlich auf meinen eigenen Erfahrungen, die ich mit diesen Produkten gemacht habe. Zum leichteren Verständnis und strukturierteren Aufbau habe ich die Produkte in drei verschiedene Kategorien unterteilt. In der ersten Kategorie beziehen sich die Produkte auf die praktische Anwendung während der professionellen Zahnreinigung bzw. während der Behandlung. Die zweite Kategorie bezieht sich auf therapeutische Unterstützungsprodukte, die letzte auf Empfehlungen zu Produkten für die häusliche Mundhygiene. Ein Hauptbestandteil der PZR bildet die Entfernung von harten und weichen Belägen auf den Zähnen mittels Ultraschall. Sicher haben Sie schon selber viele Erfahrungen mit verschiedenen Ultraschallgeräten gemacht, somit wissen Sie, dass es diverse praktische Gesichtspunkte im Umgang damit gibt. Für mich als Behandler waren die Aspekte wie eine leichte Handhabung des Gerätes, wechselbare

Handstücke, viele verschiedene Aufsätze sehr wichtig. Nach diesen Hauptbeurteilungskriterien habe ich die verschiedenen Systeme in der Anwendung bewertet. Die besten Erfahrungen habe ich auf Grund dieser Kriterien mit dem mectron combi S-Gerät gemacht.

Die Instrumente des Scaling Kits zur supragingivalen Zahnsteinentfernung erleichtern gerade bei Kindern durch die kleinen filigranen Aufsätze eine schmerzarme Entfernung der Beläge sowie eine leichtere Handhabung. Das Handstück ist resistent gegen medikamentöse Lösungen und voll sterilisierbar. Die Aufbewahrung wird erleichtert durch ein separates sterilisierbares Instrumententray. Durch neueste digitale Chip-Technologie ist eine deutlich bessere Leistungsentfaltung gegenüber herkömmlichen Ultraschallsystemen gegeben. Für mich war ebenso wichtig, dass die Wasserführung getrennt von elektronischen Bauteilen ist, somit ist eine wesentlich längere Lebensdauer zu erwarten.

Zum Entfernen der etwas hartnäckigeren Verfärbungen greife ich gerne bei gegebener Indikation auf das Pulverwasserstrahlgerät von mectron zurück. Laut vieler Aussagen meiner Kursteilnehmer wird die Reparaturanfälligkeit sowie ein häufiges Verstopfen der Pulverwasserstrahlgeräte bemängelt. Ebenso lästig wie zeitaufwändig stellt sich wohl auch die permanente intensive Pflege und Reinigung des Handstückes dar. Hierzu kann ich nur sagen, durch das automatische Ausblasen nach der Behandlung, der permanente Luftstrom und der für mich äußerst praktischen Cleanfunktion arbeite ich mit dem mectron-Gerät täglich für viele Stunden seit zwei Jahren völlig störungsfrei. Die integrierte Druckreglerfunktion in Kombination mit dem feinen konstanten Pulverstrahl gibt mir die Möglichkeit, gerade für meine kleinen Patienten die Behandlung schonend und schmerzfrei durchzuführen.

Bei der Politur benutze ich die Proxyt drei Abrasionsstufenpaste von Ivoclar Vivadent. Der Vorteil liegt vor allem in der Auswahl der individuell auf den zu entfernenden Belag und Verfärbung abgestimmten Paste. Nun kommen wir zur zweiten Kategorie, der Produkte zur therapeutischen Unterstützung. Hierbei handelt es sich in erster Linie um Möglichkeiten, die kariesverant-

ANZEIGE



wortlichen Bakterien auf ein für die Zähne gefahrloses Niveau zu bringen.

Die Zähne unterliegen während der kieferorthopädischen Behandlung einem hohen Erkrankungsrisiko, da sie zahlreichen äußeren Reizen ausgesetzt sind. Einen wichtigen Beitrag diese Gefahr zu reduzieren, leisten im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung Lacksysteme, die die Zähne schützen. Der chlorhexidinhaltige Lack Cervitec aus der Produktlinie Professional Care von Ivoclar Vivadent ermöglicht den gezielten Schutz und die Risikokontrolle und hat sich in den Praxen sehr bewährt. Die antimikrobielle Wirkung des Cervitecs beruht auf verschiedenen Faktoren, die vor allem in Zusammenhang mit dem CHX stehen. CHX verhindert die Adhäsion von Bakterien, kann die Zellwand zerstören und behindert den Bakterienstoffwechsel. So zieht die Applikation von Cervitec die Verminderung der Milchsäureproduktion nach sich (TEN CATE et al. 1993).

Im Gegensatz zu Gels oder einer Spüllösung entfällt bei der Verwendung von Cervitec die essenzielle Mitarbeit des Patienten, außerdem fördert die Lackbasis eine längere Retention des CHX. Eine Verringerung der Mutans Streptokokken lässt sich im Speichel von Schulkindern bis zu drei Monaten nachweisen (PETERSSON et al. 1991). Spezielle Aufmerksamkeit verdienen die Resultate im Rahmen einer KFO-Behandlung mit Brackets. Nicht nur der Schmelz lässt sich durch die Reduktion der Mutans Streptokokken in der Plaque schützen (TWETMAN et al. 1995), sondern auch der Zustand der Gingiva verbessert sich infolge dieser Cervotec-Behandlung (SKÖLD et al. 1998).

Zur Unterstützungstherapie z.B. bei Kindern mit Multibandtherapie und gleichzeitig auftretender Gingivitis empfiehlt sich die Anwendung des PerioChips. Dieser Chip ist das einzige nichtantibiotische lokal applizierbare Arzneimittel, das sich bei Parodontitis als Begleittherapie zu SRP empfiehlt. Die PerioChips, kleine biologisch abbaubare Medikamententrägerplättchen, werden einfach in die Zahnfleischtaschen mit einer Pinzette appliziert und verweilen dort bis zum vollständigen selbstständigen Auflösen.

Hervorzuheben ist die praktikable Anwendung bei Kindern mit Multibandtherapie. Ein Zuschneiden der PerioChips auf die entsprechende Taschengröße ist völlig problemlos und schnell durchzuführen. Dabei reduziert PerioChip signifikant die Taschentiefe. Ich verwende PerioChip schon mehrjährig und kann von keinerlei negativen Erfahrungen sprechen. Da heutzutage nach meiner Meinung viel zu schnell mit Antibiotikum behandelt wird, bietet hier PerioChip eine wirkliche Alternative. Chlorhexidin ist kein Antibiotikum, deshalb ist ein Antibiotikaresistenzrisiko infolge von wiederholten Gebrauch nicht vorhanden. Als sehr angenehm hat sich für den Patienten erwiesen, dass dieser seine Essgewohnheiten nicht verändern muss und außerdem ein Herausnehmen der PerioChips entfällt. Und aus betriebswirtschaftlicher Sicht kann ich dieses Produkt ebenfalls auf Grund seiner sehr guten Kalkulation mit hoher Gewinnspanne empfehlen.

Mundhygieneempfehlung

Kommen wir nun noch zu meiner häuslichen Mundhygieneempfehlung. Zur Unterstützung und vor allem zur langen Aufrechterhaltung des optimal erzeugten Mundhygienestatus direkt nach der professionellen Zahnreinigung empfehle ich, die Patienten über die op-



PerioChip (links). – Sonicare Elite von Philips (rechts).

timale Zahn- und Zahnfleischpflege für zu Hause aufzuklären und eine aktive Empfehlung auszusprechen. Bei meinem Kursen und Coachings werde ich oft gefragt, welche Zahnbürste und welche Putztechnik nun die beste Lösung sei. Grundsätzlich kann man mit einer Handzahnbürste mit weichen Borsten, kombiniert mit einer perfekt ausgeführten Basstechnik und Zahnseide sehr gute Ergebnisse erzielen. Aber wir leben in der Realität, wie viele Ihrer Patienten können tatsächlich die Basstechnik richtig ausführen, geschweige denn, dass sie dies regelmäßig tun.

Im Verhältnis zur Schweiz oder den USA befinden wir uns, was die Verwendung von Zahnseide angeht, noch in der Steinzeit. Diese Tatsachen lassen nur einen Rückschluss zu; wir müssen eine praktikablere, anwendungsfreundlichere Methode für zu Hause finden, damit sie auch tatsächlich umgesetzt wird. Ich selber habe fast alle sich auf dem Markt befindlichen Zahnbürsten, egal ob manuell oder elektrisch, ausprobiert. Die beste Erfahrung habe ich mit der elektrischen schallaktiven Zahnbürste von Philips gemacht, der Sonicare. Sie überzeugte mich in allen relevanten Kriterien. Die Reinigungswirkung durch ihre 31.000 Bürstenbewegungen pro Minute ist beachtlich. Trotz dieser hohen Leistung und den schnellen Bewegungen ist sie dabei schonend zum Zahnschmelz und zum Zahnfleisch. Dies gewährleisten die sehr weichen Borsten sowie die Funktion der Bürste, bei zu hohem Druck die Bewegungen nahezu auszusetzen. Außerdem arbeitet die Sonicare mit der modifizierten Basstechnik und kommt somit der am meisten empfohlenen Handzahnpflichtechnik am nächsten, muss dabei aber anders als bei der Handzahnbürste nur im 45 Gradwinkel am Zahnfleischsaum entlanggeführt werden. Sie führt 31.000 Auf- und Abwärtsbewegungen in der Minute durch, da-

bei schlagen die Borstenenden 4–6mm aus. Diese Kombination aus Amplitude und Frequenz erzeugt den nötigen Schall, um mit der Flüssigkeit im Mund, eine Mischung aus Speichel und Zahnpasta, eine so genannte dynamische Flüssigkeitsströmung zu erzeugen. Diese dynamische Flüssigkeitsströmung bringt vor allem in den mit den Borsten schwer bzw. nicht zu erreichenden Bereichen wie Sulkus und Interdentalräume einen zusätzlichen Reinigungseffekt. Dadurch entfernt sie erwiesenermaßen mehr Plaque als eine Handzahnbürste.

Bei Patienten, die die Sonicare verwenden, konnte ich feststellen, dass sich die effektive Putzdauer signifikant erhöht hat. Hierbei hilft der sogenannte Smarttimer, der die Einhaltung der 2-Minuten-Putzdauer durch automatisches Ausschalten der Bürste anzeigt. Um ein gleichmäßiges Putzen aller Bereiche sicherzustellen, verfügt die Sonicare über den Quadpacer, ein 30-Sekunden-Intervall-Timer, der durch ein akustisches Signal den Wechsel zum nächsten Kieferquadranten anzeigt. Am Anfang erzeugt die verwendete Schalltechnologie ein leichtes Kribbeln im Mund, nach meiner Erfahrung vergeht dieses automatisch nach einigen Anwendungen. Aber auch hierbei unterstützt die Bürste den Verwender durch die Easy-Start-Funktion. Die Sonicare steigert die Putzintensität während der ersten 14 Anwendungen automatisch. Der Bürstenkopf muss anders wie bei vielen anderen elektrischen Bürsten nur alle sechs Monate ausgetauscht werden. Ein weiterer Vorteil stellt die Integration der Verschleißteile des Antriebs im Bürstenkopf dar, dadurch altert das Handstück wesentlich langsamer als andere elektrische Zahnbürsten und hält somit aus meiner Erfahrung bis zu acht Jahren. Das Innenleben des Handstücks ist wasserdicht verschlossen, möglich ist dies durch den elektromagnetischen Antrieb.

Mit der Sonicare-Zahnbürste hat der Patient eine tägliche leicht anzuwendende, effektive Zahn- und Zahnfleischpflege mit sehr guten Reinigungsergebnissen. Dabei ist sie schonend zu Zahn- und Zahnfleisch. Sie stellt durch ihre Reinigungskraft das natürliche Weiß der Zähne wieder her.

Jetzt haben Sie einen Überblick über die verschiedenen Arbeitsschritte der PZR sowie über die meine Empfehlungen für die dazu verwendeten Produkte. Meinerseits werden verschiedene Kurse, Schulungen sowie ein individuelles Praxis-Coaching angeboten. Aus den Erkenntnissen daraus entwickeln wir in einem Profiteam die nötigen Maßnahmen zur erfolgreichen Umsetzung eines Selbstzahlerleistungsprogramms, insbesondere PZR. Dabei werden wir Sie mit Rat und Tat unterstützen, angefangen bei einer Strategie, Organisations- und Prozessoptimierung, Marketing sowie Verkaufs- und Kommunikationsschulungen. Im nächsten Artikel dieser Reihe zeige ich Ihnen noch die Möglichkeiten der Integration von Behelfsmitteln ins Gesamtkonzept auf als Alternative zum Prophylaxeshop. Ferner werde ich Ihnen meine Erfahrungen und Tipps zum Recall und Patientenbindung näher bringen. Zusätzlich werde ich Ihnen einige Möglichkeiten für Patientenbedingungen vorstellen.

Korrespondenzadresse:
Barbara Eberle
Dental Prophylaxe Coaching
Angerstr. 8
85301 Schweitenkirchen
E-Mail: babs_eberle@hotmail.com

ANZEIGE

DIE NEUEN INTERDENTALBÜRSTEN

NEU



1 Pkg 2,38 €
ab 12 Pkg 2,30 €
ab 60 Pkg 2,15 €

6 Größen.
von konisch bis ultrafin

ab 120 Pkg **1,98 €**

Einlieferungspreis
Arbeits-zuzugl. MwSt.



Die neuen "Schwestern" unserer beliebten "Proximal-Grip" Bürsten:

- gleiches Bürstenmaterial
- gleiche Bürstenstärken
- gleiche Farbkodierung
- aber
- andere Griffvariante!

6 Stk. Packung + 1 Schutzkappe

Dent-o-care Prophylaxeservice * 85635 Höhenkirchen * Rosenheimer Str. 4a Fax: 08102 - 6523

Dr. Ihde Sprühdesinfektion

Das Angebot an Sprühdesinfektion ist so riesig, dass es schwer fällt, den Überblick an guten und weniger guten Produkten zu behalten. Andererseits bilden sich einige Produkte heraus, die auf dem Markt führend sind. Unter diesen ist die Dr. Ihde Sprühdesinfektion eine der bekanntesten Produkte. Sie basiert auf einer alkoholischen Zusammensetzung, die äußerst wirkungsvoll gegen Hospitalismusprophylaxe, TB, HBV/HIV ist, aber beim Anwender keine Reizungen hervorruft. Die breite mikrobiologische Wirkung macht Dr. Ihde Sprühdesinfektion zu einem unentbehrlichen Helfer in jeder Praxis, bei bester Hautverträglich-



keit, gute Materialverträglichkeit und rückstandsfreier Trocknung. Natürlich DGHM gelistet. Die Sprühdesinfektion ist als neutral riechend lieferbar, aber auch mit den angenehmen und nicht aufdringlich riechenden Duftkomponenten „Citrus“ und „Grüner Apfel“. Der günstige Preis ist ein weiterer Vorzug und kommt allen preisbewusst einkaufenden Kunden zugute. Die Lieferform ist standardmäßig der robuste 10 l-Kanister. Alternativ und für umweltbewusste Anwender ist die Sprühdesinfektion auch in der „Bag in Box“ verfügbar. Diese besteht aus einem stabilen Außenkarton, der innen einen festen Kunststoffbeutel trägt, in dem die Desinfektion enthalten ist. Über einen Auslaufhahn wird die Desinfektion entnommen und in kleinere Gebinde zur praktischen Anwendung umgefüllt. Ist der Beutel leer, wird er mit dem Karton zusammengedrückt und über den Hausmüll entsorgt. Sperrige Kanister, die ja immer im Wege herumstehen, gehören damit der Vergangenheit an.

Ein Riesenvorteil, besonders in den Praxen, wo der Platz knapp ist. Einen Aufpreis für diese intelligente Verpackung gibt es nicht. Sie wählen, wie Sie die Dr. Ihde Sprühdesinfektion erhalten möchten und in welchem Duft. Abdrücke schnell und sicher desinfizieren? Kein Problem. Mit dem Dirospray Desinfek-

tor klappt das wunderbar. Hängen Sie bis zu vier Abdrücke in die Desinfektionskammer des Dirosprays. Nach Einschalten des Geräts wird durch ein rotierendes Karussell die Sprühdesinfektion gleichmäßig auf die Abdrücke gesprüht. Damit findet eine vollständige Desinfektion statt und schon nach 60 Sekunden sind Ihre Abdrücke gegen Hospitalismusprophylaxe, HBV/HIV/HCV, TBC desinfiziert. Keine Geruchsbelästigung, kein Sprühnebel. Das Gerät besitzt einen stabilen, leicht zu reinigenden Kunststofftank und kann an jede Steckdose angeschlossen werden. Es hat die Maße etwa einer A4-Seite und findet Platz in fast jeder Ecke der Praxis.

Dr. Ihde Dental GmbH
Erfurter Str. 19, 85386 Eching
E-Mail: info@ihde.com
Web: www.ihde.com

Die neue Leuzit Metallkeramik IPS InLine on Tour

Die Leuzit Metallkeramik IPS InLine tourt durch Deutschland – bereits seit Mai und noch bis Oktober gastiert Ivoclar Vivadent in den größeren Städten von Norden bis Süden. Dabei spielt IPS InLine natürlich die Hauptrolle, aber auch die auf IPS InLine abgestimmten Legierungen und passenden Befestigungsmaterialien ergänzen das Programm nach dem Motto „Produkte aus einer Linie“. Die Besucher bekommen bei der Tour eine Übersicht zu IPS InLine und ihrer Farbstabilität, Brennbarkeit und Sinterung mit minimaler Schwindung. Wie man die Leuzit Metallkeramik technisch anwendet steht ebenfalls auf dem Programm. Bei der neuen Leuzit Metallkeramik IPS InLine hat Ivoclar Vivadent großen Wert auf eine farbstabile, funktionelle und wirtschaftliche Metallkeramik gelegt. Mit ihr gelingen schnell und unkompliziert ästhetisch schöne Restaurationen. Durch die gezielte Einstellung der Korngrößen und das einfache Schichtkonzept lässt sich die gewünschte Farbschlüsselfarbe mit



nur zwei Hauptbränden reproduzieren. Die neue Keramik ist in A-D-, Chromacop- und Bleach-Farben erhältlich. Informations- und Anmeldeunterlagen sind bei Ivoclar Vivadent Ellwangen unter +49 79 61/8 89-0 oder unter info.fortbildung@ivoclarvivadent.de erhältlich.

Ivoclar Vivadent GmbH
Postfach 11 52
73471 Ellwangen, Jagst
E-Mail: info@ivoclarvivadent.de
Web: www.ivoclarvivadent.de

Sensible Zähne: Verstärkte Nachfrage nach Spezialprodukten

Jeder fünfte Erwachsene leidet unter den schmerzhaften Reizen, die durch sensible Zähne und freiliegende Zahnhälse verursacht werden. Aktuelle Marktdaten belegen, dass immer mehr Menschen diese Problematik bei der täglichen Mundhygiene berücksichtigen und verstärkt Produkte für sensible Zähne nachfragen. Dabei zeigt sich ein klarer Trend zu den zahnärztlich empfohlenen weichen Zahnbürsten mit kurzem Bürstenkopf. In der Umfrage bestätigten 39% der Betroffenen, dass sie zeitweise oder regelmäßig Spezialprodukte für sensible Zähne kaufen. In der Altersgruppe der 40- bis 50-Jährigen gaben dies sogar 43% an. Besonders deutlich zeigt sich dieser Trend an der gestiegenen Bedeutung weicher Zahnbürsten mit kurzem Bürstenkopf. 2004 entfielen rund 30% des Gesamtumsatzes auf Zahnbürsten mit weichen Borsten. Dies bedeutet eine Steigerung um 15% gegenüber 2002. Immer mehr Verbraucher sehen darüber hinaus die Vorteile eines kurzen Bürstenkopfes: Kurzkopfbürsten wurden 2004 um 14% häufiger nachgefragt als 2002. Die Käufer folgen damit der Empfehlung der Zahnärzte, Zahnbürsten mit einem kurzen Bürstenkopf und weichen Borsten zu verwenden. Die gestiegenen Ansprüche der Verbraucher und die hohen Anforderungen der Zahnmedizin nach einer besonders gründlichen und schonenden Reinigung bei freiliegenden Zahnhälften erfüllen die elmex interX SENSITIVE Zahnbürsten. Ihre Schon-Borsten mit X-Schnitt ermöglichen eine sanfte und schmerzfreie Reinigung der Zähne bis in die besonders kariesgefährdeten Zwischenräume. Dies belegen wissenschaftliche Studien, die der elmex interX SENSITIVE Zahnbürste eine bis zu 43% bessere Reinigungsleistung bis in die Zahnzwischenräume gegenüber einer Referenzzahnbürste mit planem Borstenfeld be-

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

scheinigen. Die neue Variante Kurzkopf erleichtert die Reinigung der hinteren Backenzähne und der Zahninnenflächen.

Quellen:

Marktforschungen:
GfK 2004 Haushaltspanel Scan Daten
A. C. Nielsen Total 2004

Studien:

Yankell et al. J Clin Dent 13, 249–252 (2002).
Pettersson LG, Kambara M: Remineralisation study of artificial root caries lesions after fluoride treatment. An in vitro study using Electric Caries Monitor and Transversal Micro-Radiography. Gerodontology 21 (2004) 85–92.

GABA GmbH

Berner Weg 7, 79539 Lörrach

E-Mail: info@gaba-dent.de

Web: www.gaba-dent.de

Dauerhaft desinfizierender Pulpenschutz zur Kavitäten- und Kronenstumpfversorgung

Die Notwendigkeit einer dauerhaft desinfizierenden Kavitäten- und Stumpfversorgung wird u. a. in dem Beitrag „Aufregung um Studie: Fördern Kompositfüllungen Karies?“ deutlich, in dem Prof. Dr. G. Meyer (Greifswald) wie folgt zitiert wird: „Unter 180 Kunststofffüllungen waren nur vier kariesfrei.“ (ZWP 6/00).

Die besondere Gefahr bei Füllungsmaterialien auf Kunststoff-Basis erklärt sich durch die nicht vorhandene langfristige Formstabilität dieser Werkstoffe. Daher darf die Wirkung der Maßnahmen zur

Reduktion der Randspalte wie die angestrebte Minimierung der Polymerisationsschrumpfung bzw. die Nutzung verschiedener Applikationstechniken nicht überschätzt oder gar als ausreichend betrachtet werden.



Unverständlicherweise wurden Fluorid abgebende Füllungsmaterialien auf den Markt gebracht. Dieses geschah offensichtlich in Unkenntnis der Materie, denn die kariesprophylaktische Wirkung von Fluoridlösungen kleiner Konzentrationen basiert allein auf dem Remineralisationsprozess durch den Speichel. Da es an Letzterem jedoch in den hierfür erforderlichen Mengen in der Kavität fehlt, erweist sich die Fluoridabgabe aus Füllungsmaterialien als völlig wirkungslos. Dagegen liegt in der Zahnmedizin eine lange klinische Erfahrung über die kariesprophylaktische Wirkung kleinster Cu-Konzentrationen vor. Hierbei sei z. B. an die kariesprophylaktische Wirkung des früher verwendeten Kupfer-Amalgams sogar auf Nachbarzähne(!) erinnert. Zum Dentalprogramm von HUMANCHEMIE GmbH zählen u. a. Spezialitäten für eine hoch-

wirksame Kavitäten- und Stumpfversorgung zur Prophylaxe der Dentinkaries. Kennzeichen dieser Präparate ist eine Dotierung mit polyvalent wirkenden Kupferverbindungen. Diese wirken gegen die Kollagenverflüssigenden Bakterien, die das zu mehr als 30 % aus Kollagen bestehende Dentin durch Zermürbung und Erweichung zerstören. Der wichtigste Teil dieser dauerhaft desinfizierenden Kavitäten- und Stumpfversorgung besteht in der Behandlung der Kavität bzw. des Kronenstumpfes mittels der hierfür modifizierten Cu-dotierten Tiefenfluoridierung nach Knappwost. Prof. Dr. Dr. med. dent. h.c. Knappwost, Begründer der Remineralisationstheorie der Karies, hat die kariesprophylaktische Wirkung der Fluoride durch zahlreiche Experimentalarbeiten erforscht und gilt als international anerkannter Fachmann. Unter Tiefenfluoridierung versteht man die Ausfällung von mikroskopisch kleinen Calciumfluorid-Kriställchen in die Tiefe der Auflockerungszone des Zahnschmelzes. Diese Kristalle sind gegenüber den großen Fluoridkristallen der normalen Fluoridierung mit Lacken, Gelen usw. vor Abasion geschützt. Das HUMANCHEMIE-Produkt Dentin-Versiegelungslösung nutzt dieses Füllungsprinzip zur Cu-dotierten Tiefenfluoridierung des Dentins. Es bewirkt durch eine Versiegelung in der Tiefe der Dentinkanälchen einen sicheren Pulpenschutz gegen schädigende Agenzien. Als wertvoller Nebeneffekt erweist sich die dauerhaft desinfizierende Wirkung der Kupferver-

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

ANZEIGE

Dr. Ihde Dental

**Kleiner Preis – große Wirkung:
Hygiene von Dr. Ihde Dental**

Dr. Ihde Sprühdeseinfektion C

Hochwirksame, gebrauchsfertige Lösung zur Desinfektion patientennaher Oberflächen und Gegenstände, die durch Aerosol oder Kontakt mit den Händen, Instrumenten oder Gegenständen kontaminiert wurden.

Phenol- und formaldehydfrei. DGHM gelistet, HCV nur 20 Sek. (Muster bitte anfordern!)

Dr. Ihde Dental GmbH

Erfurter Str. 19 + 05366 Eching/München
Tel. 089/31976 1-0 + Fax 089/319761-33 + E-Mail: info@ihde-dental.de

Bitte fordern Sie unseren Gesamtkatalog 2005 an!



bindungen, die zudem die Bildung von Sekundärdentin stimulieren. Die Anwendung erfolgt durch eine unmittelbar aufeinander folgende Doppeltouchierung vor Ätzung und Bonding, die hier von nicht beeinträchtigt werden.

*HUMANCHEMIE GmbH
Hinter dem Krug 5, 31061 Alfeld
E-Mail: info@humanchemie.de
Web: www.humanchemie.de*

Lunch & Learn mit Sonicare – Philips informiert, die Praxis genießt

Das Ziel moderner Zahnreinigung ist die perfekte Biofilm-Kontrolle. Hierzu hat sich Sonicare in der häuslichen Mundhygiene als wirksame, sichere und intuitiv einsetzbare Lösung etabliert. Damit sich das Praxisteam selbst davon überzeugen kann, bietet Philips in der Mittagspause der jeweiligen Praxis ein Lunch & Learn-Meeting von ca. 30 Minuten an. Philips organisiert und arrangiert einen kleinen Mittags-Snack in einem Raum der Praxis. In einer gemütlichen Atmosphäre informiert sich das Praxisteam über die Sonicare Elite und kann der Schallzahnbürste dabei gründlich auf den Zahn fühlen. Die Sonicare, als Wegbereiter seit über zwölf Jahren in Sachen innovativer Zahnpflege mit Schalltechnologie, bietet dem Praxisteam die Möglichkeit, sich u.a. selbst von der schonenden und gleichzeitig



gründlichen Reinigung zu überzeugen. Nutzen Sie die Gelegenheit und verschaffen Sie sich im Lunch & Learn-Meeting einen persönlichen Eindruck von der weltweit meist verkauften Schallzahnbürste.

*Philips Oral Healthcare
Deutschland GmbH
Hammerbrookerstr. 69, 20097 Hamburg
E-Mail: info.sonicare@philips.com
Web: www.philips.com/sonicare*

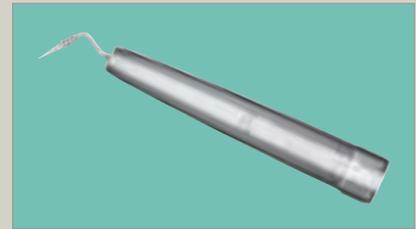
Bestnote für One Drop Only bei Öko-Test

Das Magazin Öko-Test kommt in seiner aktuellen Ausgabe vom Juli 2005 zu dem eindeutigen Ergebnis: One Drop Only medizinisches Zahncreme Konzentrat erhält erneut die Bestnote „sehr gut“. Getestet wurden zehn antibakterielle Zahnpasten, das begehrte Prädikat „sehr gut“ wurde dabei nur zweimal vergeben. Die Tester von Öko-Test legten in ihrer Untersuchung nicht nur Wert auf Wirksamkeit der getesteten Zahncremes, sondern vor allem auch auf Verträglichkeit und Unbedenklichkeit der Inhaltsstoffe. Wie bereits 2001 erhielt das One Drop Only Zahncreme Konzentrat die Bestnote. Das Berliner Unternehmen verzichtet völlig auf das hautreizende Schäumungsmittel Natriumlaurylsulfat und auf PEG/PEG-Derivate, die die Haut für Fremdstoffe durchlässiger machen können. Anstelle von gesundheitsgefährdenden, chemischen Zusatzstoffen zur Abtötung von Keimen enthält das Zahncreme Konzentrat antibakteriell wirkendes, natürliches Teebaumöl. Auszüge aus Pfefferminze, Nelke und Kamille sorgen für lang anhaltende Atemfrische. Ein ausgewogener Fluorid-Anteil schützt den Zahnschmelz und beugt der Entstehung von Karies medizinisch wirksam vor. Gemäß dem Credo von One Drop Only (= Nur 1 Tropfen) reicht eine sehr geringe Menge beim Zähneputzen, sodass die Tube lange hält und die Umwelt weniger belastet. Die sparsame Verwendung eignet sich speziell für den kleinen Kopf elektrischer Zahnbürsten. One Drop Only medizinisches Zahncreme Konzentrat ist im Lebensmitteleinzelhandel, in Drogerien und Apotheken erhältlich und kostet ca. 2,70 Euro.

*One Drop Only GmbH
Stieffring 14, 13627 Berlin
E-Mail: info@onedroponly.de
Web: www.onedroponly.de*

KaVo SONICflex implant: Metallfrei saubere Implantate

Die regelmäßige subgingivale professionelle Reinigung der Implantate und deren Suprakonstruktionen im Recall sind entscheidend für den langfristigen Erfolg der Implantate. Deshalb hat KaVo das erfolgreiche und umfangreiche SONICflex Programm um eine weitere wichtige Funktion ergänzt. Künftig steht den zahlreichen SONICflex-Anwendern mit SONICflex implant eine metallfreie Im-



SONICflex implant

plantatreinigung zur Verfügung. Die neue SONICflex implant Spitze besteht aus der bekannten Spitze Nr. 48 des SONICflex clean Programms und einem Polymer-Pin, der ganz einfach in diese Spitze eingeschraubt wird. Selbstverständlich ist der Polymer-Pin, der wesentlich weicher ist als Titan, so gestaltet, dass er die polierten Oberflächen des Implantathalses und der Suprakonstruktionen nicht aufraut. Da die Oberfläche des Pins beim Kontakt mit Konkrementen beschädigt wird, ist die Verwendung bei weiteren Patienten nicht angezeigt, um Kreuzinfektionen zu vermeiden. Der Polymer-Pin wird daher als Ein-Patienten-System angeboten, das vor dem Einsatz sterilisiert wird. In den klinischen Tests überzeugte die SONICflex implant Spitze die Test-Anwender durch die besonders einfache Anwendung und die guten klinischen Ergebnisse.

*KaVo Dental GmbH
Bismarckring 39, 88400 Biberach/ Riss
E-Mail: info@kavo.de
Web: www.kavo.com*

Pearls & Dents – Neuartige medizinische Zahncreme mit Perl-System

Die medizinische Zahncreme Pearls & Dents bietet eine völlig neue Art der Zahnreinigung: Kleine, weiche und in ätherischen Ölen getränkte Putzkügelchen entfernen sanft und effektiv zugleich Bakterienbeläge (Plaque) und Verfärbungen auch aus schwer zugänglichen Stellen zwischen den Zähnen. Das Ergebnis sind ungewohnt zungenglatte Zähne, an denen neue Beläge nur noch schwer haften bleiben. Um die Funktionsweise zu erklären, eignet sich gut die Arbeit des Juweliers. Er behandelt Schmuckstücke aus weichem Gold ganz vorsichtig. Um sie schonend zu polieren, legt er sie zusammen mit speziellen Kügelchen in ein Gefäß (Rolliertrommel) und schüttelt es. Nach kurzer Zeit ist das Schmuckstück sauber und wie neu. Nach dem gleichen Rollierprinzip funktioniert Pearls & Dents im Mund. Die Perlen rollen Beläge einfach weg –

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

der Zahnschmelz erhält seine natürliche Glätte und Weiße zurück, was neue Ablagerungen erschwert und eine fühlbar bessere Pflege bedeutet. Weil die Kügelchen wesentlich weicher als der Zahnschmelz sind, können sie ihn auch nicht



schädigen. Das gilt auch für freiliegende Zahnhälse, Fissurenversiegelungen und Kunststofffüllungen. So kann Pearls & Dents auf übliche aggressive Scheuer- und Bleichmittel verzichten und ist deswegen eine sehr sanfte Zahnpflege. Ein hochwirksames Doppel-Fluorid-System mit Amin- und Natriumfluoriden härtet den Zahnschmelz und beugt Karies nachhaltig vor. Eine abgestimmte Kombination aus Panthenol (Provitamin B5) und Bisabolol, aus Extrakten der Kamillenblüte und ätherischen Ölen wirkt entzündungshemmend und antibakteriell und sorgt für reinen Atem. Xylit verzögert wirkungsvoll die Zahnbelagsneubildung und hemmt kariogene Bakterien. Pearls & Dents ist zu empfehlen für alle Zahnputzer, besonders auch für Träger von Zahnspangen, Kronen, Implantaten, Brücken, für Raucher, Kaffee-, Tee- und Rotweintrinker und bei Fissurenversiegelungen und Kunststofffüllungen. Im aktuellen Öko-Test 08/2005 wieder mit „sehr gut“ bewertet.

Dr. Liebe Nachf. GmbH & Co. KG
Max-Lang-Str. 64
70771 Leinfelden-Echterdingen
E-Mail: service@drliebe.de
Web: www.drliebe.de

Dent-o-care – 20 Jahre Prophylaxe-Spezialversand

Dent-o-care, der Prophylaxespezialist aus Höhenkirchen, feiert in diesem Jahr sein 20-jähriges Bestehen. Mit einem der größten Prophylaxesortimente Deutschlands beliefert das Versandunternehmen über seinen jährlich neu erscheinenden Katalog Zahnärzte, Apotheken und Mundhygienesops deutschlandweit sowie seit einigen Jahren auch in Österreich. Die Erfolgsgeschichte von Dent-o-care begann in

Brunnthal, einem kleinen Ort in der Nähe von München. Im August 1985 meldete Frau Brunhilde Kane im dortigen Rathaus ein Handelsgewerbe unter dem Namen „Dent-o-care“ an, um Dentalprodukte mit dem Schwerpunkt „Dentale Prophylaxe“ zu verkaufen. Zum damaligen Zeitpunkt war das Wort Prophylaxe für viele noch ein Fremdwort, mit denen nicht allzu viele Leute in Deutschland etwas anfangen konnten. Bald wurden auch Kontakte ins Ausland und nach Übersee geknüpft. So war es bereits Ende der 80er-Jahre möglich, ein attraktives Sortiment in einem kleinen Katalog anzubieten und auf verschiedenen Zahnarzttagungen/Dentalausstellungen vorzustellen. Fehlende Produktauswahl in Deutschland veranlasste Dent-o-care darüber hinaus, diverse Interdentalreinigungsprodukte als Hausmarken einzuführen. Der Import erfolgte im Wesentlichen aus den USA, wobei die Zahnseide auch heute noch



unter den Marken „Dent-o-care Dento-Floss“ und „Dent-o-care DentoTape“ vertrieben wird. Eine Besonderheit war bereits damals die „Proximal-Grip“, eine der ersten Interdentalbürsten mit fest angesetztem Halterteil, die bis heute eine der meist verkauften Interdentalbürsten von Dent-o-care ist. Pünktlich zum diesjährigen Jubiläum wurde die Interdentalbürste „Dentoprox“ auf den Markt gebracht, die neue „Schwester“ der eben erwähnten Proximal-Grip: gleiches Bürstenmaterial, gleiche Bürstenstärken, gleiche Farbkodierung – aber mit einer kleinen, kompakten Griffvariante. Bereits vor zwölf Jahren nahm Dent-o-care als erster deutscher Anbieter Zungenreiniger in sein Sortiment auf. Die Vorstellung dieses Produktes auf Dentalausstellungen verursachte anfangs bei den Besuchern oft nur ein Lächeln. Die Entwicklung der letzten Jahre hat jedoch gezeigt, dass Dent-o-care auch hier wieder einmal die „Nase vorne“ hatte. Inzwischen hat Dent-o-care über 13 unterschiedliche Zungenreiniger im Sortiment. Insgesamt kann die Firma den Praxen jetzt eine breite Auswahl von über 2.000 verschiedenen

Prophylaxeartikeln anbieten. Zu seinem 20. Jubiläum verlost Dent-o-care mehr als 100 Sachpreise, wobei der Hauptpreis eine Flugreise mit einwöchigem Aufenthalt an die türkische Riviera ist. Mitarbeiter von Zahnarztpraxen, die noch keine Kunden von Dent-o-care sind, können im Internet an der Verlosung teilnehmen. Einsendeschluss für die Verlosung ist der 30. September 2005.

Dent-o-care Dentalvertriebs GmbH
Rosenheimer Str. 4a
85635 Höhenkirchen
E-Mail: info@dentocare.de
Web: www.dentocare.de

Professionelle Zungenreinigung – in aller Munde

Das mira dent Produktsortiment für professionelle Prophylaxe von Hager & Werken ist jetzt um das erste Zungenreinigungsgel namens Tong-Clin Gel erweitert worden. Es spricht sich herum, dass die Ursache von Mundgeruch in neun von zehn Fällen im Mundraum zu suchen ist, verursacht vor allem durch übermäßigen bakteriellen Zungenbelag. Es wird von Fachleuten bestätigt, dass sich die Anzahl der Bakterien nur durch regelmäßiges Reinigen der Zunge vernünftig reduzieren lässt – und somit auch das Problem Mundgeruch. „Dabei ist diese Erkenntnis nicht neu“, ergänzt sein Kollege Andreas Huber. „In vielen östlichen Kulturen, wie der indischen



Ayurveda-Lehre, gehört die Zungenreinigung seit vielen hundert Jahren zum täglichen Reinigungsritual!“ Es verwundert nicht, dass in mehr und mehr prophylaxeorientierten Haushalten ein Zungenreiniger zur Grundausstattung gehört. Dennoch ist Vorsicht geboten, weil die Zunge ein empfindliches Sinnesorgan ist. Die feine Zungenschleimhaut ist mit Blutgefäßen, Nerven, Drüsen und feinen Papillen besetzt, die vor allem für das Geschmackempfinden verantwortlich sind. Sie kann durch starke mechanische Beanspruchung be-

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

schädigt werden. Durchaus kritisch wird von einigen Fachleuten deswegen die Tendenz beobachtet, Zahnbürsten und Zahnpasten mit einer zusätzlichen Zungenreinigerfunktion zu versehen. Vielfach sind z.B. Zahnbürstenform und Borstenlänge nicht optimal für die Reinigung der Zungenoberfläche geeignet. Zahnpasten mit ihren abrasiven Bestandteilen werden vielfach als zu aggressiv empfunden. Es wird als weiterer Nachteil der Zahnbürste gesehen, dass sie besonders im hinteren Bereich des Zungenrückens häufig auch den Würge reiz hervorruft. Für die Spezialisten bei Hager & Werken folgt daraus: „Nicht nur für einen Zungenreiniger, sondern auch für ein spezielles Zungengel ist die Zeit reif! Das Duo Tong-Clin De Luxe und Tong-Clin Gel soll für gründliche Reinigung als auch schonende Pflege der Zunge sorgen“, stellt Neess fest. Hier ist die Zusammensetzung der Inhaltsstoffe, zu denen Kamille, Salbei und Ringelblume gehören, speziell auf die Zungenschleimhaut abgestimmt. Sie reinigen die Zunge mild, aber wirksam. Gleichzeitig wird das empfindsame Gewebe gepflegt und geglättet. Zusätzlich besitzen die Inhaltsstoffe eine antibakterielle Komponente, fördern die Wundheilung und hemmen Entzündungen. Die regelmäßige Zungenreinigung ist heutzutage ein entscheidender Bestandteil der professionellen häuslichen Zahnpflege. Dabei sollten speziell auf dieses sensible Sinnesorgan abgestimmte Produkte eingesetzt werden, wirksam und sanft zugleich.

Hager & Werken GmbH & Co. KG
Postfach 10 06 54, 47006 Duisburg
E-Mail: info@hagerwerken.de
Web: www.hagerwerken.de

PerioChip® – Die moderne Parodontitis-Behandlung ohne Antibiotikum

PerioChip® ist ein Arzneimittel, das die Heilung von Parodontitis erfolgreich und effizient unterstützt. Es handelt sich um eine kleine rechteckige, orangefarbene Membran, die mit Chlorhexidin vernetzt ist. PerioChip® sollte vor allem nach der supra- und subgingivalen Reinigung (SRP) und der Einweisung des Patienten in die Feinheiten der Mundhygiene in die entzündeten Parodontaltaschen ab einer Tiefe von 5 mm appliziert werden. In den ersten 24 Stunden werden 40% des im PerioChip® enthaltenen Chlorhexidins in die entzündete Zahnfleischtasche abgegeben. Während ei-

nes Zeitraums von sieben Tagen folgt eine langsame und kontinuierliche Abgabe des restlichen Medikaments, wodurch nach und nach die entzündungsverursachenden Keime zerstört werden. Die Membran löst sich nach sieben bis zehn Tagen vollständig auf und die restlichen Chlorhexidin-Moleküle werden gelöst. So kann sich das geschädigte Gewebe erholen und es kommt schließlich zu einer Reduzierung der Taschentiefe. Bei stark entzündeten und tiefen Zahnfleischtaschen ist eine wiederholte Behandlung nach drei Monaten zu empfehlen. PerioChip® ist dank neuester Entwicklungsmaßnahmen bei Raumtemperatur bis 30°C lagerfähig. Die Haltbarkeit beträgt zwei Jahre ab Herstellungsdatum. Fünf Kernargumente genügen, um den Patienten von PerioChip® zu überzeugen: Die Behandlung ist komfortabel und effektiv, keine Zahnverfärbung, keine Geschmacksverände-



rungen, keine Änderungen der Mundhygiene- und Essgewohnheiten, keine Gefahr der Resistenzbildung wie beispielsweise bei Antibiotika. PerioChip® kann direkt am Dexcel-Pharma-Stand in der Ebene 2 beim Bayerischen Zahnärztetag oder am Dexcel-Stand beim DEC Dentalhygiene-Einsteiger-Congress bestellt werden.

Dexcel Pharma GmbH
Röntgenstr. 1, 63755 Alzenau
E-Mail: info@dexcel-pharma.de
Web: www.dexcel-pharma.de

„Organizer“ von Top Caredent = Perfekte Ordnung und Übersicht!

Erfahrungsgemäß wird das Prophylaxematerial in der Praxis mehr oder weniger ungeordnet und unübersichtlich aufbewahrt. Das Handling ist dadurch sehr mühsam und unpraktisch und es ergibt sich ein enormer Zeitverlust (Abb. 1). Top Caredent bietet Lösungen, die Prophylaxe vereinfachen! Im ultimativen „Organizer“ (passt in jede 2er-Schub-



Abb. 1: Ohne Schubladenorganizer ...



Abb. 2: ... mit Schubladenorganizer .

lade) wird das gesamte Prophylaxematerial kompakt und übersichtlich organisiert und ermöglicht endlich schnelles, hygienisches und präzises Arbeiten (Abb. 2).

Einige Vorteile dieses „Organizers“:

- Praktisch und hygienisch: die darin geordnet eingesetzten Interdentalbürsten werden direkt, von Hand oder mit dem Halter, entnommen.
- Zeit sparen: kein Verlassen des Arbeitsumfeldes, kein Zusammensuchen aus verschiedenen Schubladen mehr.
- Optimales Arbeiten: Sie finden schnell und sicher die passende Interdentalbürste aus einem großen Sortiment von Produkten.

Für die perfekte Organisation in Ihrer Praxis bietet Ihnen Top Caredent weiter:

- Schubladeneinsätze für die geordnete Aufbewahrung der Interdentalbürsten
- ansprechende Verkaufsdisplays für Top Caredent Interdentalbürsten.

Neu ab Herbst 2005 gibt es für die organisierte Zahnhygiene unterwegs das praktische Reiseset für Interdentalbürsten. Besuchen Sie www.topcaredent.com oder rufen Sie uns bei Fragen an.

Top Caredent GmbH
Industriepark 200
78244 Gottmadingen
E-Mail: info@topcaredent.de
Web: www.topcaredent.com

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

„METASYS Hygieneschulungen für Zahnarzt-AssistentInnen“

Die Forderung nach tiefgreifender Hygiene in einer Zahnarztpraxis ist stärker denn je. Genaue Kenntnisse aller Beteiligten zu angewandter Praxishygiene sind demnach Voraussetzung, um diesen erschwerten Rahmenbedingungen gerecht zu werden. METASYS möchte sich als Hersteller von Hygiene- und Desinfektionsmitteln seiner Verantwortung als Wissensträger nicht entziehen. Im Rahmen von halbtägigen Hygieneseminaren für ZahnarztassistentInnen wird daher Weiterbildung und Wissensvermittlung rund um angewandte Praxishygiene angeboten. Die Schulungen beinhalten fundierte Informationen über Grundlagen der Hygiene sowie über Risiken, die sich durch mangelnde Hygiene ergeben. Die Darstellung der einzelnen Themenbereiche erfolgt durch firmenexterne Hygienespezialisten. Neben theoretischen Grundlagen zur Mikrobiologie wird zudem im praxisorientierten Teil praxisnahes Hygieneprozedere dargestellt, welches die TeilnehmerInnen gleich vor Ort unter fachmännischer Aufsicht nachstellen können. Anhand des Hygieneplans, welcher in die vier Bereiche Flächendesinfektion, Händedesinfektion, Instrumentendesinfektion und Desinfektion von Spezialbereichen unterteilt wird, werden sämtliche Gefahrenpotenziale lückenlos aufgedeckt und deren Beseitigung durch richtige Desin-



fektion und Reinigung präsentiert. Nicht zuletzt beinhaltet die Schulung auch umfassende Informationen zum Thema Öko-Hygiene, sprich der Entsorgung von dentalen Abfällen, wie z. B. Amalgamresten oder Röntgenflüssigkeiten sowie der hygienischen Aufbereitung dentaler Geräte. Somit erhalten die TeilnehmerInnen nicht nur wichtige Informationen zur richtigen und sinnvollen Anwendung von Desinfektionspräparaten, sondern werden zudem über umweltgerechte und gesetzeskonforme Entsorgung von dentalen Abfällen geschult. Fundiertes Wissen zur Praxishygiene dient nicht nur zur Minderung des Infektionsrisikos für

Patienten und Personal, sondern kann auf Grund genauere Dosierung der Präparate auch neue Kosteneinsparungspotenziale eröffnen. Am Ende der Schulung erhalten alle TeilnehmerInnen ein Schulungszertifikat.

Kommende Schulungstermine sind:

- 28. September in Köln
- 12. Oktober in Stuttgart
- 9. November in Magdeburg
- 16. November in Köln

Fordern Sie das aktuelle Schulungsprogramm bei METASYS Medizintechnik GmbH an!

METASYS Medizintechnik GmbH
Ahornstraße 19, 85614 Kirchseeon
E-Mail: info@metasys.com
Web: www.metasys.com

Zahnprophylaxe mit System

Die goDentis Gesellschaft für Innovation in der Zahnheilkunde mbH mit Sitz in Köln bietet seit 2004 ein Franchise-Modell an, das sich auf das unter Wachstumsgesichtspunkten besonders interessante Prophylaxesegment konzentriert. Seit 2004 nutzen inzwischen (Stand: August 2005) mehr als 90 goDentis-Partnerzahnarztpraxen mit über 150 Zahnärzten deutschlandweit das goDentis-Prophylaxekonzept. Sie profitieren dabei von einem umfangreichen Leistungspaket. Neben der wissenschaftlich fundierten und qualitativ hochwertigen Zahnprophylaxe, die Patienten nachweislich begeistert, gehören dazu das umfangreiche Schulungscurriculum, Marketing- und PR-Maßnahmen, Exklusivität durch den Gebietsschutz und einen Versicherungstarif, der einen Anreiz für Versicherungsnehmer beinhaltet, goDentis-Partner aufzusuchen.

Das Praxis erprobte goDentis-Prophylaxekonzept – Um eine gleich bleibend hohe Behandlungsqualität bei allen Partnern sicherzustellen, hat goDentis die modular aufgebauten Prophylaxe-Programme in einem Programm-System-Handbuch festgehalten. Dieses Handbuch beschreibt im Rahmen dreier typischer und aufeinander abgestimmter Prophylaxesitzungen alle Arbeitsabläufe in übersichtlicher Tabellenform. Die Mitarbeiterin ist in der Lage, die professionellen Schritte anhand dieser Anleitung sofort umzusetzen und die erforderlichen Geräte perfekt zu bedienen. Umfangreiche Praxistests im goDentis eigenen Schulungs- und Entwicklungszentrum in Stuttgart stellen die Effizienz und Umsetzbarkeit der Konzepte sicher.

Patientenbindung & Patientengewinnung – Umfangreiche Marketing- & PR-Aktionen sorgen dafür, dass der Bekanntheitsgrad der Marke goDentis gesteigert wird und sprechen relevante Zielgruppen z.B. über Mailings oder auf Verbrauchermessen auch direkt an. Zusätzlich zu den zentralen Maßnahmen werden die Partnerzahnärzte bei regionalen Maßnahmen unterstützt. Der innovative Zusatzversicherungstarif für gesetzlich Versicherte, Optident®, der DKV Deutsche Krankenversicherung AG bietet darüber hinaus neben der Erstattung von Zahnersatzleistungen und einer Zahn-Unfallversicherung einen Anreiz für Patienten, die Zahnprophylaxe bei einem goDentis Partnerzahnarzt durchführen zu lassen.

goDentis legt größten Wert auf Qualität – Um den hohen Qualitätsstandard der Prophylaxe innerhalb der Partnerpraxen sicherzustellen, absolviert die Prophylaxe-Mitarbeiterin der Partnerpraxis ein straffes Curriculum am Stuttgarter goDentis Schulungs- und Entwicklungszentrum, dessen Abschluss eine Zertifizierungs-Prüfung bildet. Jährliche Lernzielkontrollen und Auffrischungs-



kurse helfen das Prophylaxe-Know-how dauerhaft zu erhalten. Ein qualitätsgesichertes Franchisesystem verträgt nur eine bestimmte Zahl an Partnern. Deshalb dient der Gebietsschutz, den die goDentis ihren Partnerpraxen bietet (ca. 50.000 Einwohner pro Partnerpraxis), nicht nur der Exklusivität, sondern auch der Qualitätssicherung.

Prophylaxe hat Zukunft – Zahnarztpraxen, die qualitativ hochwertige Prophylaxe-Leistungen anbieten und darüber hinaus Profilierungs- und Wachstumsmöglichkeiten dauerhaft nutzen wollen, sollten jetzt das goDentis Konzept für sich entdecken.

goDentis – Gesellschaft für Innovationen in der Zahnheilkunde mbH
Stolberger Str. 309
50933 Köln
E-Mail: info@godentis.de
Web: www.godentis.de

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

Steigen Sie ein in eine erfolgreiche Zukunft!

**Am 11. und 12. November 2005 findet der
8. DEC Dentalhygiene-Einsteiger-Congress im Hotel „The Westin“
in Leipzig statt**



Dentalhygiene im weiteren Sinne und Prophylaxe im Besonderen sind derzeit die Themen der Zahnheilkunde schlechthin. Die Devise kann nur lauten: Weg von der Reparaturzahnmedizin, hin zu präventiver und damit zukunftsorientierter Zahnheilkunde. International hat das Berufsbild der Dentalhygienikerin bereits seit 80 Jahren Tradition und ist in den Zahnarztpraxen fest etabliert. Man braucht nicht zuerst nach Übersee zu schauen, wo mit Abstand die Zahl der Dentalhygienikerinnen (Dental Hygienists) am größten ist. Auch unsere europäischen Nachbarn, wie die Niederlande und die Schweiz, sind uns um Jahre, wenn nicht Jahrzehnte voraus. Gerade in Deutschland als Land mit dem höchsten Kostenaufwand in der Zahnmedizin ist radikales Umdenken erforderlich, denn die Kosten-Nutzen-Relation kann langfristig nur durch den Einsatz von professionellem Praxispersonal, wie z.B. Dentalhygienikerinnen, erreicht werden. Das heißt, nicht schlechthin „Hilfspersonal“, sondern Fachpersonal, das als zusätzlicher Leistungserbringer den Zahnarzt in seiner Tätigkeit unterstützt und entlastet, ist gefragt. Prophylaxe und professionelle Dentalhygiene als Aufgabe für das gesamte Praxisteam werden künftig ein Weg sein, erfolgreich auf veränderte Rahmenbedingungen reagieren zu können. Grundlagen für den Einstieg in eine Erfolg versprechende Zukunft sind persönliches Engagement, Fortbildungswille, Investitions- und Risikobereitschaft. Durch Praxisanalyse, Nachdenken über neue Strategien und ge-

zielte Stärkung des Praxisteams durch Schulung und Übertragung von Kompetenzen schaffen zusätzlich günstige Voraussetzungen für ein erfolgreiches Morgen. Es lohnt sich also den Kongress als Praxisteam zu besuchen, bietet er doch unentbehrliche Informationen für parodontologie- und prophylaxeorientierte Zahnarztpraxen (auch solche, die es werden wollen). Ebenso ist das zum Kongress erscheinende Handbuch 2006 „Dentalhygiene“ ein unentbehrliches Kompendium für Zahnärzte, Dentalhygienikerinnen, ZMF, ZMP und Zahnarzhelferinnen. Namhafte Autoren stellen neben Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen auch ihre praktischen Erfahrungen aus dem Prophylaxealltag vor. Markt- und Produktübersichten präsentieren relevante Produkte für parodontologische und prophylaktische Behandlungen. Sowohl der Kongress als auch das Handbuch bieten eine gute Gelegenheit, die Entscheidung für die eigene Investition in eine erfolgreiche Zukunft gründlich vorzubereiten.

Korrespondenzadresse:
Oemus Media AG
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig
Tel.: 03 41/4 84 74-0, Fax: 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: kontakt@oemus-media.de
Web:www.oemus.com

15. Tag der Zahngesundheit am 25. September 2005

Mit dem Motto „Gesund beginnt im Mund – und zwar zu Hause“ thematisiert der diesjährige Tag der Zahngesundheit am 25. September die Notwendigkeit einer regelmäßigen Mundhygiene und eines zahngesunden Verhaltens zu Hause und im Alltag der Familie – und zwar über alle Generationen hinweg. In ganz Deutschland, in Ländern, Städten und Gemeinden, in Zahnarztpraxen, Dentallaboren, in Apotheken und Schulen finden in den nächsten Tagen und Wochen aus Anlass des Tages der Zahngesundheit eine unüberschaubare Anzahl von kleinen und großen Veranstaltungen statt. Im Zentrum steht dabei die Prävention, die Verhütung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen – und die Förderung der Eigenverantwortlichkeit für die Maßnahmen zu Hause, die zusammen mit den Möglichkeiten in den Zahnarztpraxen eine lebenslange Zahngesundheit erst möglich machen.

Zahnpflege verändert sich mit dem Lebensalter und der Lebenssituation

„Die Summe der vielen wissenschaftlichen und epidemiologischen Erkenntnisse der letzten Jahre macht deutlich, dass die Unterstützung durch die Familien einen zentralen Stellenwert für die Erhaltung und Verbesserung der Zahngesundheit vor allem der Kinder und Jugendlichen besitzt“, sagt Dr. Dietmar Oesterreich, Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer zu dem Motto des Jahres 2005. Besondere Sorge bereiten den Zahnärzten die Kleinsten und die Kleinkinder, deren Zahngesundheit in einigen Regionen Deutschlands im Vergleich zu den Vorjahren wieder schlechter geworden ist: „Neben den sozioökonomischen Verhältnissen und dem Bildungsstatus der Familien ist das Dauernuckeln von gesüßten oder säurehaltigen Getränken insbesondere von Fruchtsäften aus Plastikflaschen, vor allen Dingen zur Nacht, Ursache für tiefgreifende Zerstörungen der Milchzähne. Richtige Ernährung, altersgerechte Zahn- und Mundhygiene, der Einsatz von Fluoriden und frühzeitige zahnärztliche Begleitung sind wichtige Botschaften an diesem Tag.“ Damit versuchen die Zahnärzte und Krankenkassen sowie ihre Partner rund um die Mundgesundheit schon seit längerem die Bevölkerung zu erreichen.

„Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen!“

Mehr Unterstützung für die Bemühungen von Zahnärzten, Krankenkassen und allen weiteren Aktiven durch das Elternhaus fordert auch Bernd Wiethardt als Sprecher der Spitzenverbände der Krankenkassen. „Die Eltern sind nun einmal Vorbild für ihre Kinder, vor allem im Kleinkindalter – nicht nur bei der zahngesunden Ernährung und beim

Zähneputzen, sondern auch bei den regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen in der Zahnarztpraxis. Die Zahngesundheit der Kleinkinder kann erheblich verbessert werden, wenn die Kinder auch zu den erforderlichen Vorsorgeuntersuchungen in die Zahnarztpraxen gehen, wo neben der Beratung über zahngesundes Verhalten ggf. auch die rechtzeitige Behandlung von bereits eingetretenen Zahnschäden erfolgen kann. Aber diesen Weg gehen die Kinder nicht aus eigenem Antrieb.“ Die zahngesundheitlichen Früherkennungsmaßnahmen, die die Krankenkassen unterstützen – von der Schwangerschaft bis zu den regelmäßigen Kontrolluntersuchungen auch für Erwachsene und alte Patienten – müssten von der Bevölkerung kontinuierlich genutzt werden. Allein für die Maßnahmen zur Prävention von Zahn- und Munderkrankungen bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr stellen die gesetzlichen Krankenkassen jährlich über 500 Mio. Euro an Finanzmitteln zur Verfügung.

Es geht nicht nur um Karies

Mundgesundheit ist weit mehr als nur Kariesvorbeugung, betont Prof. Dr. Johannes Einwag, Direktor des Zahnmedizinischen Fortbildungszentrums Stuttgart. Anders als dies vielen Menschen bewusst sei, seien Munderkrankungen sehr vielfältig, auch nach Altersklassen und Lebensphasen – von der bekannten Karies bei Kleinkindern über Wurzelkaries bei den Erwachsenen, Zahnbetterkrankungen, Mundschleimhauterkrankungen bis hin zu Mundtumoren. Viele dieser Erkrankungen sind, das ist auch Meinung der Wissenschaft, durch eine gute Kooperation zwischen Kindergarten, Schule und einem kompetenten Prophylaxeteam in der Zahnarztpraxis einerseits und den Patienten (bzw. deren Eltern/Betreuer) andererseits weitgehend vermeidbar. Es ist eindeutig, darin sind sich die rund 30 Mitglieder aus dem Gesundheitsbereich im Aktionskreis Tag der Zahngesundheit einig, dass das „Zuhause“ der Kernpfeiler einer lebenslangen Zahngesundheit ist und als solcher von der Öffentlichkeit wieder bewusster wahrgenommen und entsprechend berücksichtigt werden muss. Dies ist auch Grund dafür, weshalb das Thema in diesem Jahr die vielfältigen Aktionen zum Tag der Zahngesundheit in Deutschland mitbestimmen wird.

*Informationen zu Veranstaltungen und Veranstaltungsorten unter www.tag-der-zahngesundheit.de und über die zuständigen Landes Zahnärztekammern Ansprechpartner:
Birgit Dohlus – Pressestelle Tag der Zahngesundheit
Tel.: 030/30 82 46 82, E-Mail: info@zahndienst.de*

Kongresse, Kurse und Symposien

Datum	Ort	Veranstaltung	Thema	Info/Anmeldung
29. 09./01. 10. 05	Berlin	2 nd Annual Meeting European Society of Esthetic Dentistry	Art and Science in Esthetic Dentistry	Tel.: 03 41/4 84 74-3 09 Fax: 03 41/4 84 74-3 90
30. 09./01. 10. 05	Nürnberg	Aesthetics under your control	Intensiv Workshop (Theorie & Hands-on)	Tel.: 09 11/24 14 26
11./12. 11. 05	Leipzig	8. DEC Dentalhygiene-Einsteiger-Congress	Dentalhygiene für das Praxisteam	Tel.: 03 41/4 84 74-3 09 Fax: 03 41/4 84 74-3 90
19. 11. 05	München	Seminar „Die Erfolgspraxis“	Praxismanagement Praxismarketing	Tel.: 03 41/4 84 74-3 09 Fax: 03 41/4 84 74-3 90
10./11. 03. 06	Hamburg	3. Jahrestagung der DGKZ	Innovative Technologien in der ästhetischen und kosmetischen Zahnmedizin	Tel.: 03 41/4 84 74-3 09 Fax: 03 41/4 84 74-3 90
12./13. 05. 06	Bremen	13. IEC Implantologie-Einsteiger-Congress 7. ESI Expertensymposium/ Frühjahrstagung der DGZI	Implantologie	Tel.: 03 41/4 84 74-3 09 Fax: 03 41/4 84 74-3 90
08./09. 09. 06	Leipzig	3. Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin	Aktuelle Standards der minimalinvasiven Implantologie – innovative und patientenorientierte Behandlungsmethoden von Strukturerehalt bis Sofortimplantation	Tel.: 03 41/4 84 74-3 09 Fax: 03 41/4 84 74-3 90
28.–30. 09. 06	Kopenhagen	3 rd Annual Meeting European Society of Esthetic Dentistry		Tel.: 03 41/4 84 74-3 09 Fax: 03 41/4 84 74-3 90

Dentalhygiene Journal

Zeitschrift für Parodontologie und präventive Zahnheilkunde

Impressum

Verleger: Torsten R. Oemus

Verlag:

Oemus Media AG

Holbeinstraße 29 · 04229 Leipzig
Tel. 03 41/4 84 74-0 · Fax 03 41/4 84 74-2 90
E-Mail: kontakt@oemus-media.de

Deutsche Bank AG Leipzig
BLZ 860 700 00 · Kto. 1 501 501

Verlagsleitung:

Ingolf Döbbecke · Tel. 03 41/4 84 74-0
Dipl.-Päd. Jürgen Isbaner · Tel. 03 41/4 84 74-0
Dipl.-Betriebsw. Lutz V. Hiller · Tel. 03 41/4 84 74-0

Chefredaktion:

Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Campus Benjamin Franklin (WE 36)
Klinik und Polikliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde,
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie
Aßmannshäuser Straße 4–6, 14197 Berlin
Tel.: 0 30/84 45 63 03, Fax: 0 30/84 45 62 04
E-Mail: andrej.kielbassa@medizin.fu-berlin.de

Redaktionsleitung:

Dr. Torsten Hartmann (V. i. S. d. P.)
Tel. 02 11/1 69 70-68

Redaktion:

Katja Häslich · Tel. 03 41/4 84 74-3 25
Doreen Clauß · Tel. 03 41/4 84 74-3 26

Korrektorat:

Ingrid Motschmann · Tel. 03 41/4 84 74-1 25

Herstellung:

Andrea Udich
Tel. 03 41/4 84 74-1 15
W. Peter Hofmann
Tel. 03 41/4 84 74-1 14

Erscheinungsweise:

Das Dentalhygiene Journal – Zeitschrift für Parodontologie und präventive Zahnheilkunde – erscheint 2005 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 Mängelhinweise 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.



