

# DENTALHYGIENE JOURNAL

**\_Special**

*Zahnmedizin 50+ Die Grundlagen der Gerostomatologie Die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen*

**\_Bericht**

*Prophylaxe – Für ältere Menschen besonders wichtig*

**\_Anwenderbericht**

*Besonderer Schutz für empfindliche Zähne Einsatz von Mundspüllösungen in der Mundhygiene*

**\_Fachbeitrag**

*Aufbereitung, Hygiene, Medizinproduktegesetz*

**\_Interview**

*Alkohol in Mundspüllösungen nicht erforderlich*

**\_Fortbildung**

*3. Oral-B Symposium in der Alten Oper in Frankfurt am Main*

*Prophylaxe im Fokus Wrigley Prophylaxe Preis 2006*



Zahnheilkunde 50+





Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa

## *Der Philosoph ist gegangen, die Philosophie bleibt*

Mit ungeahnter Leichtigkeit hat sich Deutschland während des FIFA World Cups der Welt präsentiert und sämtliche im Vorfeld geäußerten Hoffnungen bei Weitem übertroffen. Jürgen Klinsmann, der zuvor viel geschmähte (und fast schon geschasste) Trainer, hat mit seiner Philosophie Zeichen gesetzt. Der (Fußball-)Philosoph ist nun gegangen. Die Philosophie aber soll bleiben, so lautet die Devise.

Dies gilt offensichtlich auch für die während der letzten Wochen oft besungenen Wege aus der Krise. Fast schon handstreichartig wurden vor den wichtigen Spielen der Weltmeisterschaft politische Weichen gestellt, so auch im Bereich der Gesundheitspolitik. Hier ist nun – ganz im Sinne der Philosophie der letzten Jahrzehnte – ein Paket geschnürt, das als Kompromiss verkauft wird und dessen prognostizierte Kostensenkung binnen weniger Tage von zehn auf fünf Milliarden geschrumpft ist.

Und schon sind – auch das ist ja mittlerweile Tradition – die Bedenkenräger wieder auf den Plan gerufen. Die Krankenkassen halten an massivem Widerstand fest, und die Wirtschaft hat die Verschiebung der geplanten Gesundheitsreform gefordert. Selbst innerhalb der Koalition wird der Kompromiss zunehmend kritisch gesehen; Gesundheitsfond und geplante Zusatzbeiträge werden nicht mitgetragen und sollen – so die ersten Stimmen – komplett überarbeitet werden. Und die Kanzlerin? Sie warnt, droht und versucht, den Kompromiss zu verteidigen. Ganz im Sinne bereits bekannter Philosophien.

Dabei ist auch der im Raum stehende Entwurf keine wirkliche Reform. Die Kosten werden – bedingt durch die Weiterentwicklung der medizinischen Leistungsmöglichkeiten – auch zukünftig steigen. Und die Zahl der älter werdenden Menschen wird unweigerlich zu einer weiteren Kostensteigerung beitragen.

Schon heute ist absehbar, dass ältere Menschen zukünftig – und aktiver denn je – am Berufsleben teilnehmen werden. Große Unternehmen haben bereits fertige Pläne in ihren Schubladen, wie auch ältere Mitarbeiter in den kommenden Jahren in den Arbeitsprozess eingebunden

werden können. Die Arbeitsfähigkeit älterer Menschen dürfte mittelfristig sogar zu einem zentralen Thema werden, da die niedrigen Geburtenraten kompensiert werden müssen. Und ältere Menschen werden nicht zuletzt auch auf ihre (orale) Gesundheit achten.

Der Schwerpunkt dieses Heftes widmet sich genau diesem Thema. Zahnheilkunde für ältere Patienten wird schon in absehbarer Zeit ein ausgesprochen wichtiger Schwerpunkt jeder Zahnarztpraxis sein. Damit eröffnen sich dem praktizierenden Kollegen viele Möglichkeiten. Alterszahnheilkunde reicht von der (weitergeführten) kariologischen und parodontologischen Prävention über rekonstruktiv/restaurative Konzepte bis zur (implantatgestützten) totalen prothetischen Rehabilitation; immer schon mussten bei alten Patienten auch medizinische Aspekte ausreichend berücksichtigt werden. Alterszahnheilkunde ist demnach ein Querschnittsfach, das eine entsprechend breite Basis erfordert und eine spannende Herausforderung an unsere tägliche Arbeit darstellt.

Die vorliegende Ausgabe des Dentalhygiene Journals kann (und will) nicht sämtliche Aspekte der „Zahnheilkunde 50+“ abdecken. Gleichwohl stellt das vorliegende Heft Ansätze dar, deren Weiterverfolgung den (Zahn-)Arzt in die Lage versetzen wird, auch zukünftig seine älter werdenden Patienten (zahn-)medizinisch auf hohem Niveau zu betreuen.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß beim Lesen und verbleibe mit herzlichen Grüßen und den besten Wünschen für die anstehende Urlaubszeit

Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa



# Inhalt

**EDITORIAL**

- 3 *Der Philosoph ist gegangen, die Philosophie bleibt*  
Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa

**SPECIAL**

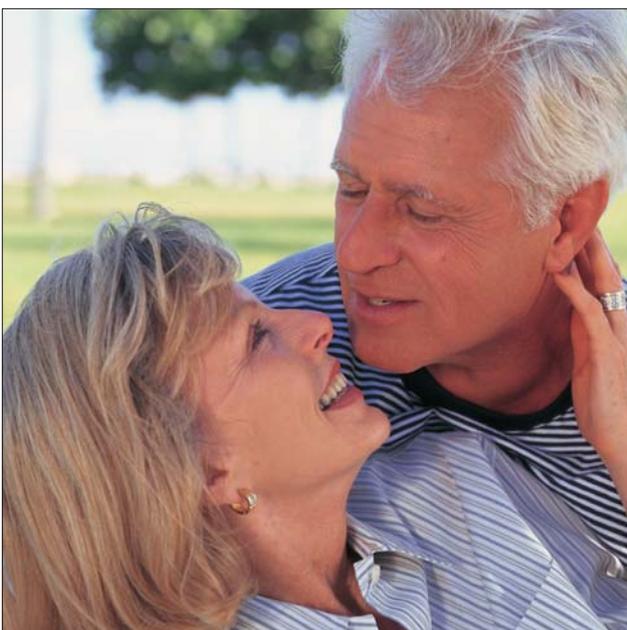
- 6 *Zahnmedizin 50+*  
Dr. Svenja Rogge, Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa
- 10 *Die Grundlagen der Gerostomatologie*  
Prof. Dr. med. Werner Götz
- 16 *Die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen*  
Bundeszahnärztekammer

**BERICHT**

- 20 *Prophylaxe – Für ältere Menschen besonders wichtig*  
Ruth Geßner

**ANWENDERBERICHT**

- 22 *Besonderer Schutz für empfindliche Zähne*  
Dr. Gabriele David
- 30 *Einsatz von Mundspüllösungen in der Mundhygiene*  
Dr. Sonja Trapp



Zahnmedizin 50+

Seite 6



Besonderer Schutz für empfindliche Zähne

Seite 22

**FACHBEITRAG**

- 24 *Aufbereitung, Hygiene, Medizinproduktegesetz – Teil 2*  
Dr. Hans Sellmann

**INTERVIEW**

- 32 *Alkohol in Mundspüllösungen nicht erforderlich*  
Dr. Sonja Trapp

**FORTBILDUNG**

- 41 *„Hygiene in der Zahnarztpraxis nach RKI-Richtlinien“*
- 42 *3. Oral-B Symposium in der Alten Oper in Frankfurt am Main*  
Redaktion
- 44 *Prophylaxe im Fokus*
- 47 *Wrigley Prophylaxe Preis 2006*  
Redaktion
- 48 *2. Internationale Frühjahrstagung der DGÄZ brillierte mit Ästhetik, Wissenschaft und Praxistipps*  
Redaktion

- 34 *Herstellerinformationen*

- 50 *Kongresse, Kurse, Symposien, Impressum*

# Zahnmedizin 50+

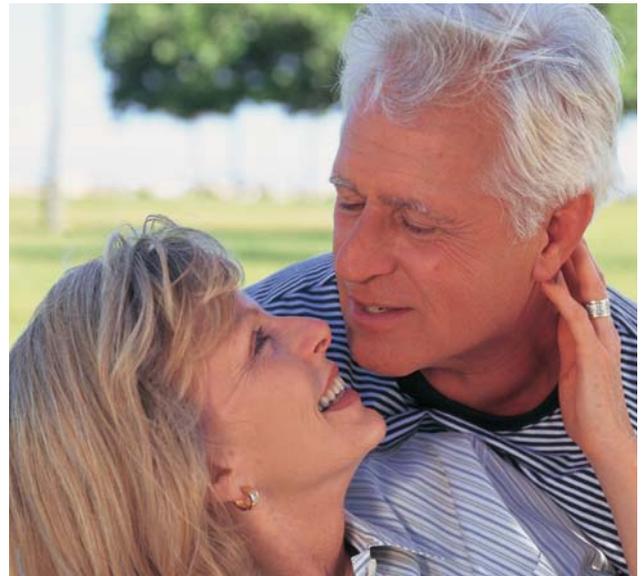
*Die Gesellschaft ändert sich. „Wir werden älter.“ Anti-Aging, Fitness und gesundes Leben sind neue Schlagwörter der Generation 50+. In der Praxis wird man sich in Zukunft mit der Tatsache konfrontiert sehen, dass ein großer Anteil des Patientenstammes 50 Jahre und älter sein wird. Dieser Beitrag widmet sich der Thematik, ältere Patienten zu versorgen, da sich die Bedürfnisse dieser Generation und altersspezifische Aspekte in der Therapie niederschlagen müssen.*

DR. SVENJA ROGGE, PROF. DR. ANDREJ M. KIELBASSA/BERLIN

## Demographische Entwicklung

Die demographische Entwicklung zeigt, dass die Lebenserwartung steigt und damit der Anteil der Menschen über 50 Jahre in der Bevölkerung. Senioren sind in den Industrieländern die am schnellsten wachsende Bevölkerungsgruppe. Nach Zahlen des statistischen Bundesamtes wird im Jahr 2050 jede dritte Person über 60 Jahre sein. Nach Schätzungen in den USA wird der Anteil der Population im Alter zwischen 65 und 74 in dem Zeitraum von 1990 und 2020 um 74% wachsen. Demographen gehen davon aus, dass im Jahre 2030 Senioren ca. 20% der US-Population ausmachen werden.

Dabei ist dies gleichzeitig der zahlungskräftigste Anteil der Bevölkerung – zumindest momentan. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Situation entwickelt, wenn mehr Rentner als Arbeitende eine Population ausmachen.



## Zahnverlust – nicht gottgegeben

Es ist noch gar nicht so lange her, da hatte man das Bild eines älteren Menschen vor Augen, der „am Krückstock geht, keine Zähne mehr besitzt und deshalb die (angeblich) typische Physiognomie des Alters“ besaß. Das Alter zeichnete. Heute kann es einem passieren, dass man im Auto sitzend von einem 70-jährigen Menschen mit einem strahlenden Lächeln auf dem Fahrrad überholt wird. Die Menschen sind im Alter sicherlich gesünder als vor 100 Jahren. Der Zahnverlust, so war in der Vergangenheit eine weit verbreitete Auffassung, sei gottgegeben und käme mit dem Alter. Das hat sich geändert. Dies wird oft mit der Fluoridierung von Zahnpasten und Mundwässern erklärt, da diese Altersgruppe noch keine staatlichen Prophylaxeprogramme, beispielsweise im Kindergarten, genossen haben. Nach Angaben der WHO waren in den 50er-Jahren in den USA – so wie in den meisten anderen Industrienationen auch – mehr als 50% der Menschen über 65 zahnlos. Heute sind es weniger als 30%. Eine schlechte orale Gesundheit ist stark abhängig vom Bildungsgrad und sozioökonomischen Status. Mit einem wachsenden Anteil an Senioren, die ihre eigenen Zähne besitzen und den Errungenschaften der Zahnmedizin, vor allem auch auf dem ästhetischen Gebiet, wird die Nachfrage an Therapiekonzepten für diesen Patiententypus steigen. Es soll

jedoch nicht der Eindruck geweckt werden, dass es „nur um Zähne“ geht. Wir werden älter dank der guten medizinischen Versorgung und der Möglichkeit, Erkrankungen in den Griff zu kriegen, die früher den sicheren Tod bedeutet hätten oder zumindest die Lebenserwartung deutlich verkürzt haben (Abb. 1). Im Folgenden sollen die verschiedenen Aspekte erörtert werden.



### *Auswirkungen eines zahnlosen Lebens*

Auch wenn prozentual immer weniger Menschen in den Industrieländern zahnlos werden– die psychosozialen Auswirkungen eines Zahnverlustes sind nicht zu unterschätzen. Was bedeutet es, zahnlos zu sein oder ein nicht mehr komplettes Gebiss zu haben? Zahnlosigkeit bedeutet nicht nur, dass man keine Zähne mehr besitzt. Die Einschnitte sind weitreichend. Sie gehen von der Nahrungsaufnahme, über psychologische Probleme hin zu sozialen Problemen. Zahnlos zu sein oder eine schlechte orale Gesundheit zu haben, kann bedeuten, einsam zu sein. Wenn man keine Zähne hat, Mundgeruch oder eine Prothese mit schlechtem Halt, ist es kein Wunder, dass man sich in Gegenwart anderer zurückhält. Und das in einem Alter, in dem die sozialen Kontakte z. B. auf Grund von der Aufgabe der Arbeit ohnehin eingeschränkt zu sein scheinen. Das Selbstbewusstsein leidet darunter und der Mensch zieht sich mehr und mehr zurück.

Zahnlose Patienten sind zur Nahrungszerkleinerung auf eine totale Prothese angewiesen. Abhängig vom Sitz der Prothese und dem vorhandenem Speichelfluss kann die mastikatorische Leistung stark variieren. Der Speichelfluss ist per se im Alter zwar nicht unbedingt verringert, kann aber durch verschiedene Medikamente stark beeinflusst werden, sodass eine Xerostomie entstehen kann, die wiederum den Halt der Prothese negativ beeinflusst. Dadurch ist der Kaukomfort stark beeinträchtigt. Es gibt genügend Beweise dafür, dass die Auswahl von Essen stark von der Kaufähigkeit abhängt. Patienten, die Probleme beim Kauen haben, suchen sich weniger Speisen aus, die schwer zu kauen sind, wie Fleisch, rohe Karotten oder Vollkornbrot mit harter Kruste. Es werden Wurst, Karottenbrei oder Weißbrot bevorzugt, die im Nährwertgehalt deutlich unter den oben genannten, nicht weiterbehandelten Lebensmitteln stehen. Oft leiden die Patienten unter gastroenterologischen Problemen, die auf die unzureichende Zerkleinerung der Nahrung zurückzuführen sind. Ältere zahnlose Menschen nehmen signifikant weniger Obst, Gemüse und Ballaststoffe auf als Patienten mit Zähnen. Nach Studien aus den USA und Europa nehmen zahnlose, ältere Patienten einen durchschnittlichen Wert von 11 g/d; die empfohlene Menge liegt bei 25 g/d. Einige Studien konnten zeigen, dass sich die Ernährung nicht unbedingt in der Anzahl der Kalorien unterscheidet, aber sehr wohl in der Qualität der Nahrung, sodass insgesamt weniger Vitamine, Spurenelemente, Ballaststoffe und sekundäre Pflanzenstoffe aufgenommen werden, was wiederum einen starken Einfluss auf die systemische Gesundheit bzw. den Allgemeinzustand des Patienten haben kann. Die Prävention von Tumoren und kardiovaskulären Erkrankungen sowie der Zellschutz im Allgemeinen sind hier als Beispiel zu nennen. Manche Patienten nehmen auf Grund der Kau-probleme kaum noch Nahrung zu sich, was sich in einem dramatischen Gewichtsverlust äußern kann.

Eine Möglichkeit, das Problem zu lösen, ist die Insertion von Implantaten. Die Insertion von Implantaten verbessert die Lage und Stabilität von Prothesen signifikant und es konnte gezeigt werden, dass der Ernährungszustand



*Abb. 1: 68-jähriger Patient mit chronischer Parodontitis und massiven Gingivahyperplasien auf Grund einer Medikation mit Kalzium-Kanalblockern, die er auf Grund von Herz-Kreislauf-Problemen einnimmt. Ältere Menschen nehmen im Schnitt deutlich mehr Medikamente als jüngere Patienten ein.*



*Abb. 2: Vollbezahntes Gebiss einer 63-jährigen Patientin. Leichte Rezessionen an den Zähnen 11–13 sowie an Zahn 22 und Wurzelkaries an Zahn 22 sind zu erkennen.*

bei Patienten, die mit Implantaten versorgt wurden, gegenüber Patienten mit schleimhautgetragenen Prothesen verbessert ist. Aber auch das Sprechen, Lachen und Schmecken fällt mit dieser Art von Versorgung leichter und bedeutet ein großes Plus an Lebensqualität. Daher streben mehr und mehr Patienten bei Zahnverlust eine festsitzende Versorgung an, da diese neben den Verbesserungen hinsichtlich der mastikatorischen Funktion und Phonetik mehr Sicherheit und Lebensqualität vermittelt. So zeigte eine Studie, welche die Auswirkungen von konventionellen Prothesen und implantatgetragenen Prothesen auf soziale und sexuelle Aktivitäten untersuchte, dass die Patienten mit implantatgetragenen Versorgungen weniger Unbehagen beim Küssen verspürten.

### *Karies und Parodontitis*

Für den Zahnarzt stellt es eine Herausforderung dar, bei älteren Menschen ästhetische Lösungen zur Rehabilitation des Gebisses zu finden, da in fast 100 % der Fälle eine mehr oder minder ausgeprägte Parodontitis festzustellen ist, die mit dem Verlust von Knochen und Weichgewebe einhergeht. „Schwarze Dreiecke“ an den Stellen, an denen sich früher die Papille befand, sind keine Seltenheit. Oft haben die Patienten in diesem Zusammenhang auch mit freiliegenden Zahnhälsen bzw. Zahnhalskaries zu kämpfen (Abb. 2). Beides, das vermehrte Auftreten von sowohl Karies als auch Parodonti-

tis, hängt zum Teil damit zusammen, dass der menschliche Körper mit zunehmendem Alter mehr pathogenen Bakterien ausgesetzt ist. Es liegt weniger am Alterungsprozess bzw. an der Verlangsamung des Stoffwechsels, der diese beiden Erkrankungen vorantreibt. Oft sind allerdings systemische Erkrankungen oder andere Risikofaktoren, wie das Rauchen, nicht zu unterschätzende Cofaktoren für die Manifestation einer Parodontitis. Umgekehrt steht die Parodontitis wiederum im Verdacht, einige systemische Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes oder Artherosklerose, zu triggern. Da es sehr wahrscheinlich ist, dass ältere Patienten unter einer oder mehreren Grunderkrankungen leiden und wahrscheinlich unter dem Einfluss mehrerer Medikamente stehen, wird es immer wichtiger werden, sich in diesem Bereich fortzubilden und verstärkt mit Hausärzten und Fachärzten zusammenzuarbeiten. Ein integraler Bestandteil der zahnärztlichen Therapie bei Älteren wird die Beherrschung von Parodontitiden sein. Zur Prophylaxe von Parodontitis, aber auch von systemischen Erkrankungen scheint in diesem Zusammenhang ein etabliertes Recall-System besonders sinnvoll. Dieses ist vor allem mit zunehmendem Alter, wenn die manuelle Geschicklichkeit nachlässt, und bei pflegebedürftigen Patienten wichtig. Leider wird die orale Pflege in Altersheimen in der Regel sträflich vernachlässigt; häufig ist daher ein Verfall der oralen Gesundheit binnen kürzester Zeit zu beobachten. Oft wird nur etwas getan, wenn der Patient Schmerzen angibt. Die Gründe hierfür sind vielfältig; nicht selten liegt jedoch ein eklatanter Zeitmangel des betreuenden Personals vor. Die Problematik wurde vielfach beschrieben, aber wenige Lösungsvorschläge sind zu finden. Für die adäquate Pflege empfehlen manche Autoren die Schulung des Personals sowie das Aufsetzen eines Protokolls, das in den täglichen Pflegeplan integriert wird und dem das Pflegepersonal strikt folgt. Somit können auftretende Probleme frühzeitig erkannt und überwiesen werden. Dem Protokoll geht eine eingehende Untersuchung voraus, in der der orale Status des Patienten sowie das individuelle Risiko festgelegt werden. Je nach Situation wird der Patient bei der oralen Pflege unterstützt oder sie wird für ihn durchgeführt. Denkbar ist auch die Etablierung von mobilem Pflegepersonal und Zahnärzten, die sich auf die orale Pflege in Altersheimen spezialisieren. Hier gibt es zwischenzeitlich viel versprechende Ansätze, und es bleibt zu hoffen, dass diese Schule machen.

### *Ästhetik ist nicht nur Kosmetik*

Nach Definition der WHO aus dem Jahr 1946 ist Gesundheit ein Zustand von komplettem physischem, mentalem und sozialem Wohlbefinden und nicht nur das Nichtvorhandensein einer Erkrankung oder eines Gebrechens.

Die Erhaltung eines naturgesunden Gebisses oder die Rehabilitation eines erkrankten trägt nicht nur zu einer guten Ernährung, zum Sprechen, Schmecken und zu einem gesunden Selbstbewusstsein oder guten Lebens-

qualität bei; vielmehr bedeutet die Erhaltung der Zähne letztendlich „Gesundheit“ für diesen Menschen. Wie kann man also den Wunsch von älteren Patienten nach optimalen ästhetischen Ergebnissen belächeln? Ästhetik ist demnach nicht nur Kosmetik. Der Wunsch nach helleren Zähnen, Deckung von Rezessionen, Optimierung der Form von abradierten Zähnen, Zahnverlust – dem allem kann heute begegnet werden.

Ein Lächeln kann durch ein Bleaching um ein bis zwei Nuancen wieder zum Strahlen gebracht werden. Sind die Kauflächen abradiert, kann ein jugendliches Lächeln durch Veneers wieder aufgebaut werden. Sind die Defekte größer, stehen metallfreie, vollkeramische Versorgungen zur Verfügung. Durch Maßnahmen zur Verdickung des Gingivatyps können vorhandene Rezessionen gedeckt werden und ein Rezidiv oder eine Progression aufgehalten werden. Da der Zahnarzt in Zukunft mehr und mehr mit diesen Techniken konfrontiert sein wird, ist er gut beraten, sich bereits heute intensiv damit auseinander zu setzen.

Generell sollten jedoch die Maßnahmen, die der Zahnarzt ergreift, schon beim 20-Jährigen so minimalinvasiv wie möglich sein. Denn es ist sehr wahrscheinlich, dass dieser Patient noch auf Ihrem Stuhl sitzt, wenn er 50+ ist. Zahnerhalt bedeutet Knochenerhalt, bedeutet die Erhaltung des gesamten stomatognathen Systems und bedeutet letztendlich Gesundheit in all seinen Fassetten.

### *Zusammenfassung*

Die orale Gesundheit kann mit steigendem Alter ein guter Indikator für die generelle Gesundheit des Patienten sowie für dessen Lebensqualität sein. Unbehandelte orale Erkrankungen sind progressiv und addieren sich zudem, sodass es zu einem komplexen Erkrankungsbild kommen kann. Ein gesundes, funktionell und ästhetisch rehabilitiertes Gebiss trägt dazu bei, dass ältere Menschen selbstbewusst und aktiv am Leben teilnehmen und sozial integriert sein können. Mit steigendem Körperbewusstsein rücken hier ästhetische und kosmetische Therapien weiter in den Vordergrund. Oberstes Ziel sollte jedoch sein, ein naturgesundes Gebiss zu erhalten.

*Eine Literaturliste kann direkt beim Verfasser angefordert werden.*

*Korrespondenzadresse:*

*Dr. Svenja Rogge*

*Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie*

*Klinik und Polikliniken für ZMK-Heilkunde*

*Campus Benjamin Franklin*

*Charité – Universitätsmedizin Berlin*

*Aßmannshauser Str. 4–6*

*14197 Berlin*

*E-Mail: svenja.rogge@charite.de*



# Die Grundlagen der Gerostomatologie

*Die demographische Alterung vor allem in den Industrienationen hängt mit der Zunahme der Lebenserwartung und dem Rückgang der Geburtenraten zusammen.*

*In Deutschland werden in etwa 20 Jahren fast 40 % der Gesamtbevölkerung über 60 Jahre alt sein. Für die Zahnmedizin bedeutet dies, dass die Gerostomatologie (Alterszahnheilkunde) in der Praxis immer mehr an Bedeutung zunehmen wird.*

PROF. DR. MED. WERNER GÖTZ/BONN

Kenntnisse über die Altersveränderungen der Mundhöhle und alterskorrelierte Erkrankungen werden deshalb immer wichtiger.

## *Altern: Die biologischen Grundlagen*

Biologisch gesehen bedeutet Alterung die irreversible Veränderung eines Organismus, die durch die Anhäufung von Schäden in Geweben und Zellen charakterisiert ist und zu einer fortschreitenden Minderung von Organfunktionen führt. Das Risiko von Krankheit und Tod steigt, die Anpassungsfähigkeit des Körpers auf äußere und innere Belastungen wird reduziert. Keine der über 300 bekannten Alterungstheorien konnte das Phänomen Altern bisher hinreichend erklären. Favorisiert werden vor allem Theorien, die Alterungsvorgänge auf zell- und molekularbiologischer sowie genetischer Ebene deuten. Eindeutige „Altersgene“ als alleinige ursächliche Faktoren wurden im Genom des Menschen jedoch bisher noch nicht identifiziert. Seit jeher wurde Älterwerden gleich gesetzt mit Erkrankung. Die moderne Altersforschung trennt heute aber strikt zwischen sog. physiologischen (primären) Altersveränderungen und den Alterskrankheiten. Beim physiologischen Altern unterscheidet man weiterhin das sog. normale Altern, das mit physiologischen Rückbildungsvorgängen abläuft, vom sog. erfolgreichen Altern, bei dem selbst normale physiologische Verluste nicht auftreten. Unter den über 60-Jährigen nimmt die Gruppe der erfolgreich bzw. „gesund“ Alternenden, die ein subjektiv empfundenen Gesundheitsgefühl angeben, zu. Die Ursachen für erfolgreiches Altern liegen nicht nur bei einer genetischen Veranlagung, sondern werden stark von exogenen Faktoren, wie (gesunder) Lebensstil und sozio-ökonomischer Status, beeinflusst.

Sekundäres Altern bedeutet, dass neben den üblichen altersphysiologischen Veränderungen sich noch Alterskrankheiten einstellen. Unter Alterskrankheiten versteht man diejenigen Erkrankungen, die mit dem Alter korreliert sind bzw. für die im Alter ein erhöhtes Risiko besteht. Als alterskorrelierte orale Erkrankungen gelten: Xerostomie (Mundtrockenheit), Wurzelkaries und bösartige Neubildungen der Mundhöhle und deren Vorstufen. In-

wieweit Parodontopathien, insbesondere Rezessionen und entzündliche Veränderungen, alterskorreliert sind, wird widersprüchlich diskutiert.

Alterstypische physiologische Organveränderungen wirken sich nicht nur auf die Mundgesundheit im weiteren Sinne aus, auch ganzheitliche Aspekte müssen bei der Behandlung und Beratung von Senioren beachtet werden: Nachlassende neuromuskuläre Fähigkeiten durch zunehmenden Verlust von Knochen- und Muskelmasse und verminderte Nervenleitgeschwindigkeit können sich z. B. auf die Handhabung von Zahnersatz auswirken, eine verminderte immunologische Kompetenz des älteren Menschen auf die Keimbesiedlung der Mundhöhle, Altersschwerhörigkeit und Altersfehl-sichtigkeit auf die Compliance, Funktionseinbußen im Gastrointestinaltrakt, insbesondere der Motilität, auf das Essverhalten.

## *Zahnlosigkeit: Ein Attribut des Alters?*

Entsprechend der unklaren Trennung zwischen Alter und Krankheit bedeutete in früheren Zeiten Alter auch immer Zahnverlust. Auf historischen Darstellungen werden ältere Menschen meist mit dem durch Zahnlosigkeit hervorgerufenen Greisengesicht abgebildet. Verbesserte zahnmedizinische Versorgung und Erfolge der Prophylaxe führen, zumindest in den Industrienationen, dazu, dass immer mehr Senioren z.T. vollständige und auch kariesfreie Gebisse bis ins hohe Alter erhalten können (Abb. 1). Ein zunehmender Zahnverlust ist also heute nicht mehr unbedingt ein Attribut des Alters. Dennoch werden die Auswirkungen der demographischen Alterung so stark sein, dass bis 2020 keine Abnahme der Zahnlosigkeit in der deutschen Bevölkerung, die nach der DMS III bei 44 % der 65- bis 74-Jährigen lag, zu erwarten sein wird. Als Hauptursachen für Zahnverlust, unabhängig vom Lebensalter, gelten auf Grund von Feldstudien immer noch Karies und Parodontopathien. In der Alterszahnheilkunde wird, wenn es in der Diskussion über Erhalt von Zähnen bzw. die Rehabilitation zahnloser Patienten geht, ein Aspekt wichtig werden, nämlich der über mögliche Zusammenhänge zwischen Zahnlosigkeit und Gehirnveränderungen. Tierstudien haben ge-

zeigt, dass Zahnlosigkeit zu strukturellen und physiologischen Veränderungen im Zentralnervensystem führt, die mit dem Verlust kognitiver Fähigkeiten einhergehen. Inzwischen wird sogar ein Zusammenhang zwischen Zahnlosigkeit und dem Risiko, eine Altersdemenz oder Demenzen wie M. Alzheimer zu entwickeln, postuliert. Zurzeit laufende klinische Studien prüfen, ob weiterhin Korrelationen zwischen Zahnverlust und Gedächtnisleistungen und einem erhöhten Risiko für zerebrovaskuläre Insulte existieren. Für die Prothetik und die dentale Implantologie sind natürlich die typischen Altersveränderungen des zahnlosen Kiefers von großer Bedeutung, die als Inaktivitätsatrophie zur Alveolarkamm- atrophie unter Ausbildung des Kieferkamms mit den entsprechenden Folgeerscheinungen (veränderte Kieferrelation, Greisengesicht usw.) (Abb. 2) führen.

### *Die physiologischen oralen Altersveränderungen*

Die differenzialdiagnostische Abgrenzung pathologischer Veränderungen in der Mundhöhle des älteren Patienten setzt natürlich Kenntnisse über die physiologischen Veränderungen voraus. Hierbei ist jedoch kritisch anzumerken, dass auf Grund mangelnder klinischer bzw. wissenschaftlicher Studien zu oralen Altersveränderungen unser Wissensstand noch sehr lückenhaft ist. Zu beachten sind auch individuelle Variabilitäten des Alterungsprozesses zwischen einzelnen Menschen. Betrachtet man das gesamte Gebiss, so gelten Verkürzungen der Zahnbogen als Folge der lebenslangen Mesialdrift als typischer Altersbefund. Für die ästhetische Zahnmedizin ist wichtig, dass eine Gelbfärbung der Zähne mit

zunehmendem Alter eintritt (Abb. 3), falls diese nicht von exogen bedingten Pigmentierungen (z. B. bei Rauchern) überdeckt wird. Hartschubstanzverluste im Sinne von Ab- rasion, Attrition usw. gelten in den Industrienationen auf Grund der gegenüber früheren Zeiten veränderten Nahrungszusammensetzung nicht mehr als alterstypisches Phänomen.

### *Altersveränderungen der Zahnhartgewebe sowie Pulpa*

Schmelz unterliegt mit zunehmendem Lebensalter einer zunehmenden Versprödung und Härte durch Wasserverlust und Verdichtung des Kristallgefüges, was sich klinisch oft in Form von Schmelzspürungen darstellt. Ein Verlust organischer Komponenten und die fortschreitende Hypermineralisation bedingen eine Sklerosierung des Dentins, die sich strukturell u.a. als Okklusion von Tubuli zeigt (Abb. 4). Der Alterswandel beider Hartschubstanzen führt also zu veränderten Materialeigenschaften, ein Umstand, der z. B. in der Füllungstherapie bei Ätzung oder der Applikation adhäsiver Systeme beachtet werden muss. So kann z. B. die Bonding-Effektivität am sklerosierten Dentin durchaus reduziert sein. Durch Ablagerung von Sekundärdentin verkleinert sich die Pulpa- höhle, das Pulpagewebe selbst unterliegt verschiedenen Altersveränderungen (Abb. 5): Das Bindegewebe wird fibrotisch, Verkalkungen treten auf, Odontoblasten degenerieren und sterben ab, Nerven und Blutgefäße gehen zu Grunde. Die Hämodynamik der alten Pulpa ist dadurch reduziert, Sensibilität und Schmerzempfindung vermindert. Dies kann bedeuten, dass Kältereizung länger einwirken muss als bei jüngeren Patienten. Insgesamt



Abb. 1: Vollständiges und fast kariesfreies Gebiss, 65-jähriger Patient. – Abb. 2: Unteres Gesichtsdrittel bei Zahnlosigkeit, 75-jähriger Patient. – Abb. 3: Oberkieferfront, gelbliche Zahnverfärbung, 71-jähriger Patient.

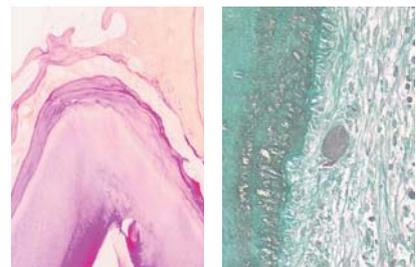
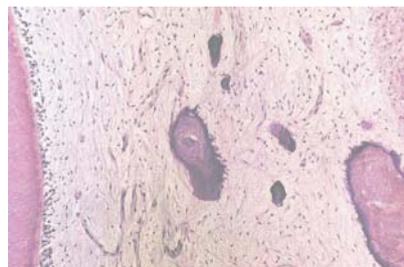
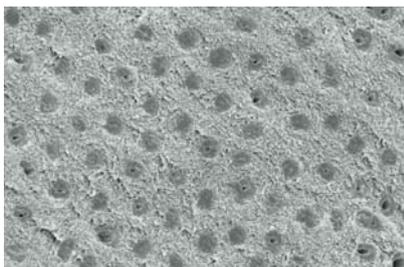


Abb. 4: Sklerotisches Dentin mit obliterierten Tubuli, Molar, 60-Jähriger, REM. – Abb. 5: Histologisches Präparat Pulpa: degenerierte Odontoblasten (linker Bildrand) und Verkalkungen (Mitte), 54-Jähriger, Caninus. – Abb. 6: (links) Histologisches Präparat Wurzel mit Zahnhalteapparat: schmaler Parodontalspalt, Zementanlagerungen, ca. 60-Jähriger, Prämolare. – Abb. 7: (rechts) Histologisches Präparat Desmodont: degenerative Veränderungen, 67-Jähriger, Molar.

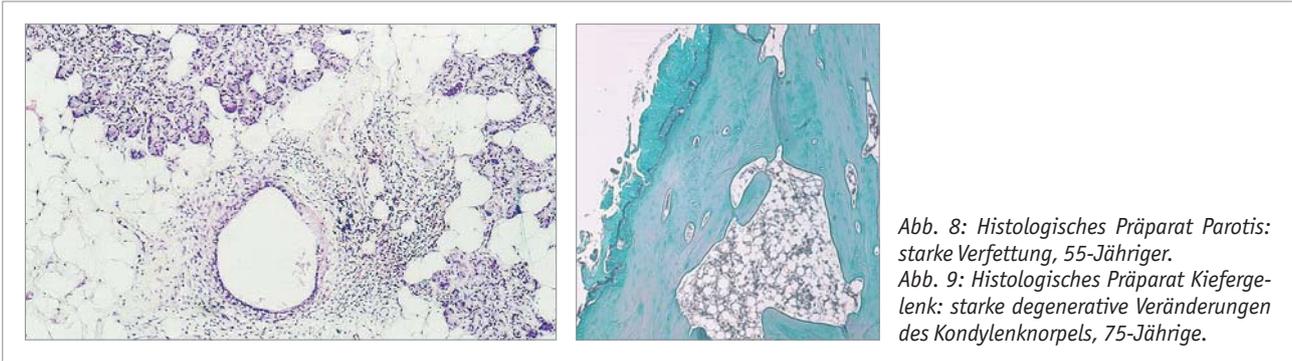


Abb. 8: Histologisches Präparat Parotis: starke Verfettung, 55-Jähriger.  
Abb. 9: Histologisches Präparat Kiefergelenk: starke degenerative Veränderungen des Kondylenknorpels, 75-Jährige.

können aber Vitalität und Funktion der Pulpa bis ins höchste Alter erhalten bleiben.

### *Altersveränderungen des Zahnhalteapparates*

Die altersbedingte Verschmälerung des Parodontalspalt (Abb. 6) ist vor allem durch die lebenslange Apposition von Wurzelzement zu erklären, der sich in Form von jährlichen Zuwachsrings ablagert, im Extremfall bis hin zu Hyperzementosen. Die Wurzelkaries, die meist am Zement beginnt, ist eine Kariesform, die im Alter eine erhöhte Inzidenz aufweist. Wie alle Bindegewebe des Körpers, finden sich auch im Desmodont altersentsprechende Veränderungen wie z. B. Kollagenfaserdefekte oder Zelluntergänge (Abb. 7), die sich aber funktionell kaum auswirken. Auch die Gingiva durchläuft nur geringfügige strukturelle Veränderungen, obwohl makroskopisch bei älteren Patienten die Stippelung oft verloren geht. Die dauernde Benetzung durch den Speichel mit seinen zahlreichen anabolen Faktoren wirkt sich wahrscheinlich positiv aus. Ob es bei zahngesunden älteren Individuen mit unauffälliger Gingiva zu einer Apikalmigration des Saumepithels kommt („passive Eruption“), ist schon lange umstritten. Wahrscheinlich sind derartige regressive Veränderungen eher das Ergebnis lebenslang immer wieder aufgetretener, meist subklinisch verlaufender entzündlicher Veränderungen mit Attachmentverlust. Die Frage nach einem erhöhten Risiko für Gingivitis und Parodontitis im Alter kann nicht eindeutig beantwortet werden. Bekannt ist, dass im Rahmen allgemeiner gerontologischer Immunveränderungen die lymphozytäre Abwehr beeinträchtigt sein kann. Auch Wirtsreaktionen, z. B. auf LPS, sind im Alter verzögert, die Plaque älterer Menschen enthält mehr Immunfaktoren, wie z. B. IgA.

### *Altersveränderungen der Mukosa*

Die einzige bisher durchgeführte, umfangreiche klinische Untersuchung zum Zustand der Mundschleimhaut bei Älteren kam zu dem Ergebnis, dass ohne Vorliegen lokaler oder systemischer Erkrankungen strukturell und funktionell keine Unterschiede zu Jüngeren festzustellen waren. Im Gegensatz zur äußeren Haut unterliegt die orale Mukosa nicht der sog. Photoalterung, bedingt

durch UV-Strahlung und andere Umwelteinflüsse. Auch orale Empfindungen, wie z. B. Berührungs-, Temperatur- oder Schmerzempfindung, sind im Alter nicht oder nur gering beeinträchtigt. Ob grundsätzliche Unterschiede zwischen den Schleimhäuten vollbezahnter und nicht-bezahnter älterer Menschen bestehen, ist nicht untersucht. Im Einzelfall ist bei der Beurteilung der Schleimhautverhältnisse von starken, individuellen und regionalen Unterschieden auszugehen. So wurden bei histologischen Untersuchungen des Epithels älterer Menschen sowohl Verdünnungen (Atrophien) als auch Verdickungen mit überschießender Verhornung (Hyperkeratosen) festgestellt. Eine besondere Verantwortung trägt der Zahnarzt auf alle Fälle für die rechtzeitige Erkennung der alterskorrelierten pathologischen Mundschleimhautveränderungen, wie z. B. der Leukoplakien, Plattenepithel-Karzinome oder Pemphigoide.

### *Die Kauphysiologie des Alters*

Lange Zeit galt, dass Speichelsekretion, Geschmacksempfindung, Kau- und Schluckvermögen auch des noch bezahnten alten Menschen vermindert sein müssten. Hier hat dank zahlreicher klinischer und physiologischer Studien der letzten Jahre ein Umdenken eingesetzt. Obwohl auch bei ansonsten gesunden älteren Menschen im Rahmen von Sektionen oft erhebliche pathologische Veränderungen der Mundspeicheldrüsen gefunden werden (Abb. 8), zeigten Studien, dass nur ein geringer Abfall der Speichel-Flussraten im Alter zu verzeichnen ist, und dass kaum Unterschiede in Menge und Zusammensetzung des Speichels gegenüber jüngeren Menschen bestehen. Eine Veränderung der Speichelsekretion, wie z. B. eine Verminderung (Hyposialie), ist auch im Alter als krankhaft zu betrachten. Als Hauptursache für die durch zu wenig Speichel hervorgerufene Xerostomie (Mundtrockenheit), unter der ca. 30% der über 65-Jährigen leiden, gilt Medikamenteneinnahme. Bei zahlreichen pharmakologischen Substanzen stellt Mundtrockenheit eine häufige Nebenwirkung dar. Eine gute Blutversorgung schützt die Zunge im Alter vor schwerwiegenden regressiven Veränderungen. Obwohl mit dem Alter Geschmacksknospen verloren gehen, reduziert sich, ganz im Gegensatz zum Geruchssinn, das Schmeckvermögen kaum. Auch signifikante Unterschiede in der Wahrnehmung der Geschmacksqualitäten bei älteren Menschen

gibt es auf Grund aktueller Studien nicht. Störungen der Geschmackswahrnehmung haben deshalb fast immer eine krankhafte Ursache. Im Rahmen genereller Abbauvorgänge an der Muskulatur während der physiologischen Alterung kommt es auch an der Kau-, Zungen- und Schlundmuskulatur zu Atrophien mit Kraft- und Tonusverlust. Bei zahnlosen älteren Menschen sind diese Veränderungen noch ausgeprägter. Dennoch zeigen neuere Untersuchungen einen guten Funktionserhalt der Kaufähigkeit. Selbst bei Zahnlosen und langjährigen Prothesenträgern sind oft noch funktionelle Reservekapazitäten vorhanden. Geringe Einbußen lassen sich bei älteren Probanden v.a. bei oralen motorischen Fähigkeiten feststellen, sodass die orale Phase des Schluckvorgangs verlängert sein kann. Degenerative Veränderungen an den Kiefergelenken bis hin zu ausgeprägten Osteoarthrosen sind ebenfalls häufige Befunde bei älteren Menschen, ohne dass aber unbedingt funktionelle Störungen und Schmerzen vorliegen müssen (Abb. 9).

### Zusammenfassung

Im Zusammenhang mit aktuellen Sichtweisen über das physiologische Altern kann davon ausgegangen werden, dass auch innerhalb der Mundhöhle bei fehlenden krankhaften Zuständen alterskorrelierte funktionelle und strukturelle Veränderungen eher moderat sind. Viele für die Zahnmedizin wichtigen altersphysiologischen Phänomene sind aber noch wenig untersucht. Große praktische Bedeutung hat die Abgrenzung dieser Veränderungen zu den oralen Alterskrankheiten.

### Anmerkung

Abbildung 1 bis 3 wurde freundlicherweise zur Verfügung gestellt von Prof. Dr. H. Stark, Universität Bonn, Abt. für Zahnärztliche Propädeutik – Experimentelle Zahnheilkunde, Abbildung 4 von Dr. H. Renz, Charité Berlin, Abt. für Experimentelle Zahnheilkunde und Oralbiologie.

Eine Literaturliste kann direkt beim Verfasser angefordert werden.

Korrespondenzadresse:  
 Prof. Dr. med. Werner Götz  
 Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn  
 Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
 Poliklinik für Kieferorthopädie  
 Oralbiologische Grundlagenforschung  
 Welschnonnenstr. 17  
 53111 Bonn  
 Tel.: 02 28/2 87-21 16  
 Fax: 02 28/2 87-25 88  
 E-Mail: wgoetz@uni-bonn.de

# mectron

modern - zuverlässig - preiswert

**NEU AKTION**  
**2.490,00 €**  
 + 6 Flaschen Pulver gratis - Wert 99,50 €  
 statt gesamt 2.589,50 €

## combi s

Power für Ihre  
 Prophylaxe!



**NEU AKTION**  
**1.549,00 €**  
 + 4 Flaschen Pulver gratis - Wert 99,50 €  
 statt gesamt 1.648,50 €

## turbodent s



Aktion gültig bis 31.12.2004,  
 alle Preise zzgl. gesetzl. MwSt.

Ihr altes Pulverstrahlgerät ist immer verstopft und häufig in der Reparatur? **Neu gegen Alt** - investieren Sie in verstopfungsfreie Zuverlässigkeit mit 24 Monaten Garantie!

Nutzen Sie Ihre Chance - combi s oder turbodent s zu attraktiven **Netto-Aktionspreisen!**

Eine gemeinsame Aktion von Dentalfachhandel und mectron.

smile. we like it!

mectron Deutschland  
 Vertriebs GmbH

Keltnering 17  
 D-82043 Oberfaching  
 tel. +49 89 63 96 60 0  
 fax +49 89 63 96 60 70  
 info@mectron-dental.de





# Die zahnmedizinische Versorgung älterer Menschen

Die orale Behandlung bei älteren und alten Menschen erfordert besondere Kenntnisse und Fähigkeiten. Lesen Sie hier in einem Auszug aus dem Leitfaden der Bundeszahnärztekammer zum Thema „Präventionsorientierte ZahnMedizin unter den besonderen Aspekten des Alterns“, welche Therapien dabei wichtig sind.

BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER

Zahnmedizinische Therapien werden beim jüngeren und älteren Erwachsenen mit der grundsätzlich gleichen Zielrichtung eingesetzt. Abweichungen oder andere Schwerpunkte ergeben sich aus den kognitiven und funktionellen Einschränkungen im Alter. Erkrankungen der Mundschleimhäute kommen bei zwei Drittel der 65- bis 74-Jährigen vor und bedürfen daher einer besonderen Aufmerksamkeit. Patienten sollten intensiv darauf hingewiesen werden, dass eine regelmäßige Kontrolle notwendig ist, um rechtzeitig Therapiemaßnahmen einzuleiten. Degenerative Erkrankungen im Rahmen von Myoarthropathien können oft nur symptomatisch behandelt werden. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass der Zahnarzt durch regelmäßige Inspektion der Mundhöhle beim älteren und alten Patienten sehr gut in der Lage ist, beginnende Allgemeinerkrankungen (z. B. Präkanzerosen) im Mundraum frühzeitig zu erkennen. Die zahnärztliche Betreuung umfasst nachfolgende, stichwortartig genannte Behandlungsschwerpunkte:

- chirurgische Therapie,
- konservierende und parodontale Therapie,
- prothetische Versorgung, insbesondere Erweiterungen/Wiederherstellungen vorhandenen Zahnersatzes bzw. Ersatz insuffizient gewordener prothetischer Versorgungen,
- Mund- und Prothesenhygiene,
- Recall und Individualprophylaxe (Fluoridierung, pharmakologisch wirksame Substanzen wie z. B. Chlorhexidin),
- Ernährungslenkung.

## Chirurgische Therapie

Die Indikationsstellung zur chirurgischen Therapie ist beim älteren und alten Menschen nicht grundsätzlich unterschiedlich zu beurteilen. Durch fortgeschrittenen Knochenabbau sowie Attachmentverlust stellt sich jedoch häufig die Indikation zur umfangreichen Extraktionstherapie. Es gilt zu bedenken, dass auch mittelfristig



extraktionswürdige Zähne vorübergehend zum Halt einer Prothese beitragen können; der funktionelle Reiz selbst einer verbleibenden Zahnwurzel beugt der Alveolarkamatrophie vor. Abhängig vom allgemeinen Gesundheitszustand ist jedoch zu berücksichtigen, dass eine umfangreiche chirurgische Sanierung für den Patienten eine erhebliche Belastung bedeuten kann. Demgegenüber sind „klare“ Verhältnisse im Hinblick auf eine noch weitere Verschlechterung des Allgemeinzustandes als prognostisch günstige und präventive Maßnahme anzusehen. Grundsätzlich bestehen keine Bedenken, auch beim alten Menschen Implantate zu setzen. Auch hier sind neben der Erhöhung der Lebensqualität präventive, funktionelle sowie strukturerhaltende Aspekte anzuführen.

## Konservierende und parodontale Therapie

Obwohl die konservierende und parodontale Therapie beim älteren und alten Menschen grundsätzlich keine anderen Richtlinien erfordert, zeigt der „alte Zahn“ doch Altersveränderungen, die bei der Therapie Berücksichtigung finden sollten. Die Resistenz der Pulpa gegenüber traumatischen Reizen ist gemindert, auch sind mögliche Reparaturmechanismen des pulpalen Gewebes eingeschränkt. Jahrzehntelange Abrasion erschwert häufig die Verankerung plastischer Füllungsmaterialien. Im Zahnhalsbereich zeigen sich häufig keilförmige Defekte und Wurzelkaries, deren konservative Therapie sich je nach Ausdehnung des Defektes besonders aufwändig gestaltet. Die Prävalenzen von schweren, destruktiven Parodontalerkrankungen bei Erwachsenen und Senioren imponieren mit hohen Werten:

Schwere Parodontitiden liegen nach epidemiologischen Studien (DMS III, 1999) bei 14% der Erwachsenen und 24% der Senioren vor. Dementsprechend haben supra- und subgingivale PAR-Therapien bei älteren und alten Menschen eine hohe Bedeutung und ein wichtiges präventives Potenzial.

### *Festsitzender und abnehmbarer Zahnersatz*

Die Eingliederung von festsitzendem Zahnersatz ist beim alten und hochbetagten Patienten trotz grundsätzlich gleich bleibender Indikationsteilung nur eingeschränkt indiziert. Durch die Degenerationserscheinungen des Pulpengewebes ist die Resistenz gegenüber Schleiftraumata verringert, sodass vermehrt mit dem Vitalitätsverlust nach Überkronung zu rechnen ist. Zudem erscheinen Pfeilerzähne im Alter häufig elongiert, sodass bei ausgedehnten Kronen der massive Substanzabtrag ein zusätzliches Risiko darstellt. Sollte der ältere oder alte Patient für präventive Mundhygienemaßnahmen wenig Verständnis zeigen, so ist aus kariesprophylaktischen Gründen die subgingivale Lage des Kronenrandes zu akzeptieren. Besonders schwierig stellt sich die Entscheidung dar, ab welchem Zeitpunkt einer abnehmbaren im Gegensatz zu einer festsitzenden Versorgung der Vorrang zu geben ist. Neben der parodontalen Langzeitprognose, der Qualität der Zahnhartsubstanz sowie der individuellen Adaptationsfähigkeit, spielen hier die allgemeine Gesundheit und die Erwartungshaltung des Patienten eine entscheidende Rolle. Prävention im Alter bedeutet daher, eine möglichst funktionelle Rehabilitation anzustreben, bei welcher durch Optimierung der Belastungsverhältnisse der langfristige Erhalt der knöchernen und parodontalen Strukturen, der Zahnhartsubstanz sowie der vertikalen Dimension oberste Priorität genießen sollte.

### *Mund- und Prothesenhygiene*

Die Mund- und Prothesenhygiene ist bei vielen älteren Menschen unzureichend. Auf Grund abnehmender Sehkraft, reduzierten Geruchssinn sowie verminderter oraler Perzeptionsfähigkeit sind ältere Menschen häufig nicht mehr in der Lage, Beläge zu erkennen. Die mit zunehmendem Alter abnehmende manuelle Geschicklichkeit macht es dem älteren Patienten oftmals unmöglich, Zähne und Zahnersatz ausreichend zu reinigen; manche zahnärztliche Restaurationen erschweren konstruktionsbedingt eine wirkungsvolle Mundhygiene. Mundhygienemaßnahmen treten bei „vordringlicheren“ Erkrankungen und Gebrechen häufig in den Hintergrund. Prinzipiell sollte dem älteren und alten Patienten auch bei stark reduziertem Zahnbestand die Teilnahme an einem Individualprophylaxeprogramm der Praxis angeboten werden, dabei sollten die empfohlenen Hygienemaßnahmen auf die kognitiven und manuellen Fähigkeiten des Patienten abgestimmt werden. Anleitungen zur Mund- und Prothesenhygiene können dem Patienten als Merkblatt mitgegeben werden. Hinweise auf besondere Hilfsmittel wie z. B. elektrische Zahnbürsten, Zahnseide, Zahnzwischenraumbürsten und Prothesenbürsten dürfen dabei nicht fehlen. Die Griffe der Zahn- bzw. Prothesenbürsten sollten insbesondere bei manuell behinderten Patienten individuell gestaltet sein. Die Bundeszahnärztekammer gibt zu dieser Thematik ein „Handbuch der Mundhygiene bei älteren Menschen“ mit Hinweisen für das Pflegepersonal zur Mundgesund-

heit und zum Umgang mit Zahnersatz sowie dessen Pflege heraus.

### *Recall und Individualprophylaxe*

Die Eingliederung von Prothesen wird manchmal dahingehend interpretiert, dass Patienten meinen, nicht mehr zum Zahnarzt gehen zu müssen. Daher ist es notwendig allen Patienten zu vermitteln, dass Kontrollbesuche nicht ausschließlich der Überprüfung der Passform der Prothese gelten, sondern dass es auch darum geht, den Gesundheitszustand der gesamten Mundhöhle einschließlich der Zähne zu untersuchen. Die präventiven Gedanken der modernen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sind vielen älteren Menschen fremd und im Gespräch schwerer nahe zu bringen als jungen Patienten. Einen älteren Menschen für die individuelle Prävention mit einer professionellen Zahnreinigung zur Vermeidung von Karies und Parodontalerkrankungen zu gewinnen, verlangt neben fachlichem Wissen ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen und Höflichkeit, die Akzeptanz der „Weisheit“ des Alters, aber auch ein bestimmtes Maß an innerer Überzeugtheit.

### *Ernährungslenkung*

Die Lebensqualität älterer und alter Menschen wird wesentlich von einer ausgewogenen, leicht verträglichen und schmackhaften Ernährung bestimmt. Eine gesunde und abwechslungsreiche Ernährung wird um so schwieriger, je älter man wird und je mehr der Gesundheitszustand nachlässt. Gerade im höheren Alter treten häufiger Situationen auf, die das eigene Wohlbefinden beeinträchtigen und sich über den Appetit auf die Ernährung auswirken. Es müssen also auch bei der Ernährung altersspezifische Veränderungen berücksichtigt werden. In direktem Zusammenhang mit der Ernährung stehen altersbedingte Veränderungen im Verdauungstrakt. Als Folge davon können Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Obstipation und Übelkeit häufiger auftreten. Ist das Kauen erschwert, verändert sich die Nahrungsauswahl und gastrointestinale Störungen (Blähungen, Sodbrennen, Aufstoßen) treten häufiger auf. Hinzu kommen altersbedingte Veränderungen wie herabgesetztes Geschmacks- und Durstempfinden und ein medikamentös bedingt verminderter Speichelfluss. Das Problem der Ernährung älterer Menschen ist in der zahnärztlichen Praxis nicht so einfach zu lösen. Die Motivation, die eigene Ernährung nicht zu vernachlässigen und sich die Freude am Essen bis ins hohe Alter zu erhalten, dafür ist ein Faktor im Besonderen zu nennen: der Zustand der Zähne.

*Empfehlungen für eine zahngesunde Ernährung im Alter wären:*

- viel trinken: Mindestens 2 Liter Flüssigkeit, eher mehr als weniger, sollte der ältere und alte Mensch täglich konsumieren. Hierzu eignen sich Früchte- oder Kräutertee oder auch Mineralwasser. Milch ist eigentlich kein Getränk, sondern ein Lebensmittel und führt zur

Schleimbildung im Rachenraum. Milch, Buttermilch, Sauermilch, Kefir und Molke sind jedoch gute Kalziumquellen. Fruchtsäfte sollten mäßig und wenn, dann in verdünnter Form konsumiert werden. Fruchtnektare, Fruchtsaftgetränke und gesüßte Limonaden sind hochverarbeitete Produkte, deren (versteckter) Zuckergehalt höher ist als der Fruchtanteil. Ein einfühlsames und aufklärendes Gespräch über die Bedeutung einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr kann helfen, die Trinkgewohnheiten zu ändern.

- Maßhalten mit allen gärfreudigen Kohlenhydraten: Es ist darauf hinzuweisen, möglichst keine zuckerhaltigen Süßungsmittel zu verwenden, wie z. B. Zucker, Fruchtzucker, Traubenzucker, Honig oder Sirup. Auf versteckte Zucker ist ebenfalls aufmerksam zu machen, z. B. in Marmeladen, Obstkonserven, verpackten Süßigkeiten, Medikamenten. „Süßes“ sollte den Hauptmahlzeiten vorbehalten sein. Mit Zuckeraustauschstoffen hergestellten Süßwaren ist der Vorzug zu geben (z. B. Diabetikersüßwaren), und zuckerfreie Bonbons mit Anis, Fenchel und Salbei regen den Speichelfluss an.
- kauffreundliche Speisen: Empfehlenswert sind Speisen, die einen leichten Kauanreiz bieten, z. B. zartes Gemüse, Salzkartoffeln, weiches Obst, Hackfleisch sowie Speisen, die in mundgerechte Stücke geschnitten sind. Sie benötigen weniger Kauarbeit und können besser im Mund kontrolliert werden. Generell gilt: Saure Speisen

verursachen starken Speichelfluss, süße Speisen machen den Speichel zäh. Alles, was nicht gekaut werden muss, entschwindet dem Bewusstsein schnell und vermittelt das Gefühl, nicht gegessen zu haben.

Der Leitfaden der Bundeszahnärztekammer „Präventionsorientierte ZahnMedizin unter den besonderen Aspekten des Alterns“ wurde zur Unterstützung der Tätigkeit der Zahnärzte konzipiert. Er wurde im Zusammenwirken mit den Landes Zahnärztekammern erstellt und kann bei der zuständigen Kammer bezogen werden.

### Anmerkung

Dieser Text wurde uns mit freundlicher Unterstützung der Bundeszahnärztekammer zur Verfügung gestellt. Es handelt sich dabei um einen Auszug aus dem Leitfaden der BZÄK zum Thema „Präventionsorientierte ZahnMedizin unter den besonderen Aspekten des Alterns“, S. 13–17.

#### Korrespondenzadresse:

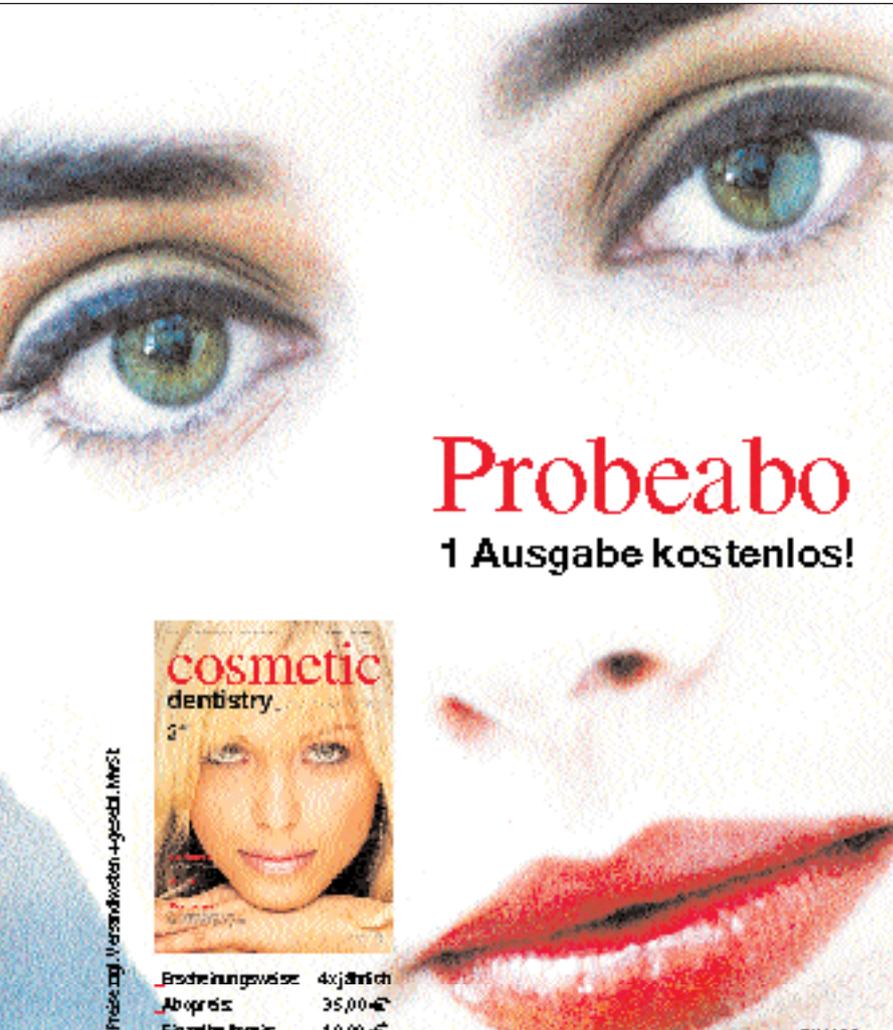
Dr. Sebastian Ziller

Dr. Wolfgang Micheelis

p.A. Bundeszahnärztekammer

Chausseestr. 13, 10115 Berlin

ANZEIGE



Faxsendung an 03 41/4 8474-2 90

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

Soweit Sie bis 14 Tagen nach Erhalt der kostenlosen Ausgabe keine schriftliche Abbestellung von mir erhalten, möchte ich die cosmetic dentistry im Jahresabonnement zum Preis von 36 EUR/Jahr beziehen. Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht sechs Wochen vor Ablauf des Bezugszeitraumes schriftlich gekündigt wird (Poststempel genügt)

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Unterschrift  \_\_\_\_\_

Widerrufablehnung: Den Auftrag kann ich ohne Begründung innerhalb von 14 Tagen ab Bestellung bei der OENUS MEDIA AG, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, schriftlich widerrufen. Rechtliche Abmündung genügt.

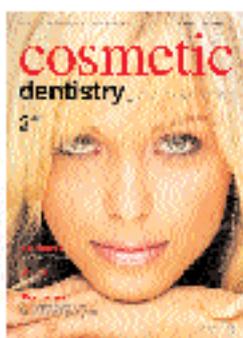
Unterschrift  \_\_\_\_\_

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



## Probeabo

1 Ausgabe kostenlos!



• Preis zzgl. Versandkosten + gesetzl. MwSt

• Erscheinungsweise	4x jährlich
• Abopreis	36,00 €
• Einzelpreis	10,00 €

041206



# Prophylaxe – Für ältere Menschen besonders wichtig

*Schöne Zähne bis ins hohe Alter – moderne Behandlungsmethoden helfen dabei. Eine wichtige Voraussetzung ist die regelmäßige Vorsorge. Zahnärzte sollten ältere Menschen daher gezielt auf Prophylaxeangebote hinweisen.*

RUTH GESSNER/BENSHEIM

Im Jahr 2050 wird bereits die Hälfte der Deutschen älter als 48 Jahre sein, so hat das Statistische Bundesamt errechnet. Die demographische Entwicklung hat nicht nur Auswirkungen auf die Finanzierung des Renten- und Gesundheitssystems. Auch die Zahnmedizin muss sich auf die Ansprüche älterer Patienten einstellen. Dabei spielen nicht nur restaurative Zahnheilkunde und Implantologie eine große Rolle. Da heute die eigenen Zähne wesentlich länger erhalten bleiben als früher, werden Parodontologie und Prophylaxeangebote immer wichtiger. Leider sind viele ältere Patienten der Überzeugung, Vorsorge sei ab einem gewissen Alter nicht mehr notwendig. Hinzu kommt, dass die meisten Senioren nicht die Gelegenheit hatten, Prophylaxe von klein auf kennen zu lernen. Eine britische Untersuchung aus dem Jahr 2003 zeigt, dass weniger als die Hälfte der 65-Jährigen als prophylaxegeschult gelten könne. Dabei sind Zahnärzte in der Lage, vielen Krankheiten bei älteren Patienten durch regelmäßige Vorsorgebehandlungen vorzubeugen. Ältere Menschen sind beispielsweise stark gefährdet, an Entzündungen des Zahnbetts, der Parodontitis, zu erkranken. Das Institut der Deutschen Zahnärzte schlug bereits 1999 in der dritten Mundgesundheitsstudie Alarm: 40 Prozent der 65- bis 74-Jährigen litten unter ersten Anzeichen der Erkrankung, und 25 Prozent sogar unter einer schweren Form der Parodontitis. Auch die ebenfalls mit zunehmendem Alter häufiger auftretenden Oralkrebserkrankungen fallen meist erst beim Zahnarzt auf, weshalb regelmäßige Untersuchungen sinnvoll sind.

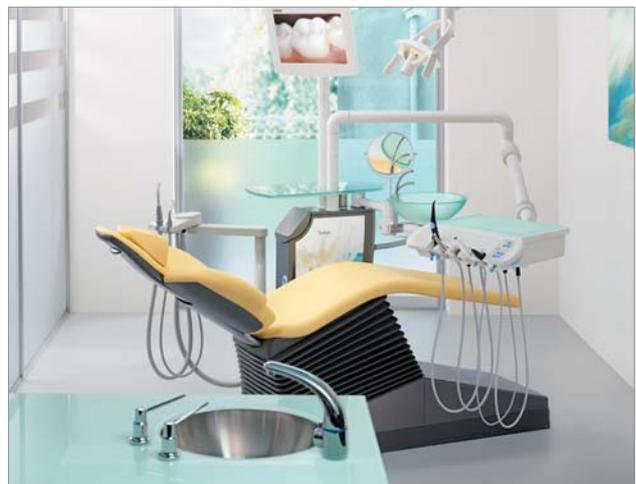
## *Eigener Prophylaxeraum steigert Akzeptanz der Behandlung*

Hier ist Überzeugungsarbeit durch den Zahnarzt und sein Team gefragt. Damit ältere Patienten gerne in die Praxis kommen, sollte das Team beispielsweise Geduld und Verständnis für Hör- oder Sehprobleme aufbringen. Wichtig ist auch, dass das Patientengespräch in einer ruhigen und stressfreien Atmosphäre abläuft. Daher trägt ein eigener Prophylaxeraum zu einer höheren Akzeptanz der Vorsorgebehandlung bei. Ausschlaggebend sind hier psychologische Faktoren: Viele Menschen haben Angst vor einem Zahnarztbesuch und schieben ihn auf die lange Bank. In einem Prophylaxeraum, der sich vom typischen Charakter einer Zahnarztpraxis absetzt, lassen sich Patienten dagegen gerne und regelmäßig behandeln.

Im Gesundheitssystem nimmt die Eigenverantwortung des Einzelnen zu. Da erwachsene Patienten die professionelle Zahnreinigung aus der eigenen Tasche zahlen müssen, haben viele zu Recht hohe Ansprüche an die Ausstattung des Behandlungsraumes. Mit Profeel<sup>+</sup> hat Sirona ein Prophylaxekonzept entwickelt, das medizinisch-technisch auf dem aktuellsten Stand ist. Ultraschallstück, Mehrfunktionsspritze und Elektromotor mit ISO-Schnittstelle sind serienmäßig in die Behandlungseinheit integriert, auf Wunsch lassen sich das Pulverstrahlhandstück ProSmile Handy, eine Intraoralkamera und ein Bildschirm für die Patientenkommunikation er-



*Selbst skeptische Patienten überzeugt der Vorher-Nachher-Vergleich am Bildschirm.*



*Profeel<sup>+</sup> bietet auch bei längeren Behandlungen höchsten Komfort – gerade ältere Patienten wissen das zu schätzen.*



# Besonderer Schutz für empfindliche Zähne

Immer häufiger klagen Patienten über empfindliche Zähne. Veränderte Gewohnheiten und die Entwicklung der Alterspyramide führen dazu, dass sich die Zahnarztpraxis diesem Thema vermehrt stellen muss. Geeignete Behandlungsmethoden und passende Präparate sind gefragt.

DR. GABRIELE DAVID/LINDAU

## Besonders empfindlich – freiliegende Zahnhälse

Freiliegende Zahnhälse sind auf Grund der Gingivarezession besonders gefährdet. Das Zahnfleisch bedeckt das empfindliche Dentin nicht mehr, sodass es ungeschützt äußeren Reizen wie heiss/kalt, süß/sauer oder Berührung ausgesetzt ist. Liegen außerdem Dentinkanälchen offen, kommt es zu übersensiblen Reaktionen. Vor allem Kälte führt dabei zur Schmerzempfindung.

## Viele Menschen sind betroffen

Die Mehrzahl der Patienten mit einer Parodontitis gehört zu den Betroffenen, da die Rezession der Gingiva als Symptom der Erkrankung auftritt. Bei zahnärztlichen Behandlungen, z. B. beim Scaling und Root Planing oder bei der professionellen Zahnreinigung, kommt es durch Freilegen der Dentintubuli ebenfalls oft zu Überempfindlichkeiten. Verschiedene Studien dokumentieren, dass bei über der Hälfte der Patienten nach einer Parodontalbehandlung eine Dentinüberempfindlichkeit auftritt (CHABANSKI et al. 1996, VON TROIL et al. 2002). Personen, die ihre Zähne zu intensiv putzen, schrubben sehr

oft die zervikalen Bereiche frei. Erosionen sowie Bruxismus führen im Laufe der Zeit ebenfalls zu hypersensiblen Zähnen.

## Überempfindliche Zähne erfolgreich schützen

Die therapeutische Konsequenz heisst, die Tubuli dicht zu verschließen und damit die Reizleitung zu unterbrechen. Mit VivaSens von Ivoclar Vivadent steht ein Präparat zur Verfügung, das sowohl in In-vitro- als auch In-vivo-Studien überzeugt. Bei VivaSens handelt es sich um einen filmbildenden Lack, der die Dentinkanälchen dicht verschließt. Die innovative Formulierung vereint verschiedene Wirkmechanismen. Die enthaltene Säure sorgt für eine Selbstkonditionierung der Oberfläche. Das begünstigt ebenso wie die Fließfähigkeit das Eindringen aktiver Substanzen tief in die Dentintubuli. Durch Säureinduktion fallen in der Dentinflüssigkeit Kalzium- und Proteinpräzipitate aus. Zusammen mit polymeren Komponenten in VivaSens bilden sie in den Kanälchen Pfropfen. Untersuchungen dokumentieren eine überzeugende Reduktion der Dentinpermeabilität um ca. 70 % (DUKE et al. 2002). In-vitro-Resultate untermauern die positiven klinischen Befunde. Zum Beispiel zeigte sich eine deutliche Reduktion der Kälteempfindlichkeit nach



Abb. 1: Empfindliche Zähne – kein Problem mehr. – Abb. 2: Freiliegende, überempfindliche Zahnhälse. – Abb. 3: Kundenzufriedenheitsanalyse, n = 73 (Umfrage Ivoclar Vivadent 2005).



Wie beurteilen Sie die Wirkung von VivaSens bei freiliegenden Zahnhälse?

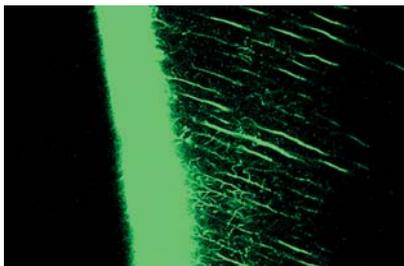
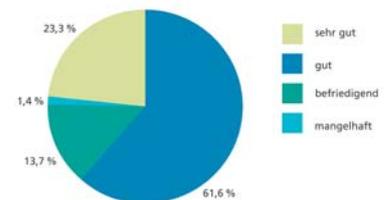


Abb. 4: VivaSens dringt tief in die Dentintubuli ein, CLSM-Aufnahme. – Abb. 5: Aktivieren von VivaSens, Free Stand Single Dose. – Abb. 6: VivaSens dünn auftragen und zehn Sekunden lang einmassieren.

der Applikation von VivaSens im Vergleich zum Placebo. Die Wirkung hält lange an (DUKE et al. 2003).

### *VivaSens – positive Bewertung der Anwender*

Bei einer Befragung von Anwendern zeigte sich, dass 85 % der Behandler die Wirkung von VivaSens als gut bis sehr gut bewerteten. Das spiegelt sich im Kommentar der Patienten wieder, die sich zu 82 % zufrieden zeigten (Umfrage Ivoclar Vivadent 2005).

### *Anwenderfreundliche Darreichung*

VivaSens steht in der gebrauchsfertigen, standsicheren Free Stand Single Dose zur Verfügung. Falls gewünscht, kann der Behälter an der speziellen Grifffläche beim Applizieren gut festgehalten werden. Der für die erfolgreiche Anwendung unbedingt erforderliche, mit Wirkstoff beschichtete Applikator ist vormontiert. Daneben gibt es VivaSens auch in der Flasche mit einer entsprechenden Anzahl Applikatoren.

### *Spezielle Tipps für die Anwendung*

Vor der VivaSens Applikation sind die Zähne normalerweise gründlich zu reinigen. Falls es die Situation zulässt, empfiehlt sich eine schonende professionelle Zahnreinigung mit der rosa Proxylt Paste von Ivoclar Vivadent, die sich durch einen sehr niedrigen Abrasionswert auszeichnet. Erscheint diese Maßnahme wegen extremer Hypersensibilität nicht angezeigt, kann VivaSens auf Grund des selbstkonditionierenden Effektes auch direkt angewendet werden. Die zu behandelnden Zahnhälse sind in jedem Fall mit Watterollen/-pellets oder dem Luftbläser sanft zu trocknen.

Der VivaSens Applikator wird in die Flüssigkeit der Single Dose getaucht und mehrmals hin- und hergedreht. Dieser Schritt aktiviert das Präparat: Die Säure auf dem Brush muss in jedem Fall in Kontakt mit der Flüssigkeit kommen! Ganz wichtig – VivaSens funktioniert nur mit diesem Applikator. Wird die Flasche bevorzugt, werden drei Tropfen VivaSens mit dem Applikator auf einem Anmischblock gründlich vermischt.

Der Lack wird dünn aufgetragen und ca. zehn Sekunden lang einmassiert. Dieser Schritt ist unbedingt einzuhalten, da er die Grundlage für die spätere Wirkung bildet. Danach trocknet

das Präparat weitere zehn Sekunden lang. Auf das Spülen mit Wasser ist zu verzichten. Nach der Applikation sollte 30 Minuten lang mit Essen, Trinken oder Zähneputzen gewartet werden.

### *Zufriedene Anwender*

Patienten empfinden die Behandlung in der Regel als angenehm, da VivaSens das Zahnfleisch schont. Der Pfefferminzgeschmack hinterlässt ein frisches Gefühl. Es ist normal, dass nicht bei jedem Patienten die Wirkung unmittelbar eintritt. Der gereizte Zahn braucht eine Erholungsphase, dann macht sich die Applikation von VivaSens positiv bemerkbar. 90 % der Anwender äußerten sich im Rahmen einer Umfrage als zufrieden bis sehr zufrieden mit der Wirkungsdauer.

Die Literaturliste kann in der Redaktion angefordert werden.

Korrespondenzadresse:

Dr. Gabriele David

Degelsteinweg 4, 88131 Lindau

E-Mail: gabriele.david@ivoclarvivadent.com

ANZEIGE

**BUTLER**  **neu!**

**NuCare**  
POLIERPASTE  
mit NovalMin®

**Desensibilisierende Polierpaste für die professionelle Zahnreinigung**

**Vorteile von Butler® NuCare® Polierpaste:**

- ▶ mit NovalMin® Putz-/Polierkörper, daher besonders geeignet auch bei empfindlichen Zähnen
- ▶ niedrige Abrasion, da bimssteinfrei
- ▶ für Zahnoberflächen und alle Restaurationen
- ▶ mit Fluorid
- ▶ nur 2 Körnungen nötig: grob und fein

# Aufbereitung, Hygiene, Medizinproduktegesetz – Teil 2

*Die Angst vor'm „schwarzen Mann“ ging um. Plötzlich hatten die Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland nicht mehr Angst davor, dass ihnen das Budget die Luft abschnürte, plötzlich fürchteten sie den schwarzen Mann.*

DR. HANS SELLMANN/MARL

Das was bei Kindern noch wohlige Grusel hervorrief, sie wussten ja, der schwarze Mann kommt gar nicht wirklich, das schien den erwachsenen Kolleginnen und Kollegen gar nicht mehr so sicher (nicht) zu stimmen. Es war aber eigentlich auch klar: Wer nicht aufpasst, den bestraft das Leben. Uns Zahnärzte bestraft das Leben, weil einige Körperschaften nicht aufgepasst hatten und das, was uns zunächst die EU bereits im Jahr 1990 eingebrockt hatte, und schon im Jahre 1994 in deutsches Recht umgesetzt wurde, das Gesetz über Medizinprodukte, nicht ernst genug genommen hatten. Als die verantwortlichen Politiker nämlich nachgefragt hatten und irgendwann einmal Ergebnisse dieses neuen Gesetzes<sup>1</sup> sehen wollten, da stießen sie in's Leere. Flugs beauftragten sie eigene Leute und schufen bei den Bezirksregierungen eigene Stellen, die das überprüfen sollten, was im Gesetz steht. Im ersten Teil dieser Serie hatte ich Ihnen schon einmal grob skizziert, worum es sich bei diesem Thema überhaupt handelt.

Viele Fragen, zum Beispiel nach der Validierung, sind auch heute noch offen. Aber einiges ist mit der Veröffentlichung

der neuen RKI-Richtlinien ([www.RKI.de](http://www.RKI.de)) und dem Rahmenhygieneplan der Bundeszahnärztekammer ([www.bzaek.de](http://www.bzaek.de)) klarer geworden.

## Licht am Ende des Tunnels

Mittlerweile haben sowohl offizielle Stellen (Zahnärztekammern) als auch private Anbieter erkannt, welches Potenzial für Fortbildungen da schlummert, und bieten mehr oder weniger sinnvolle Kurse und Seminare zu diesem Thema an. Allerdings wittern auch einige Leutchen Morgenluft und glauben, ihre Produkte denen verkaufen zu können, die sich zum Beispiel mit dem Erwerb eines neuen Steris meinen exkulpieren zu können. Leider ist es damit nicht getan. Ich habe mich als betroffener, als genau so praktisch tätiger Zahnarzt wie Sie, intensiv mit der Materie befasst. Daraus ist das Buch MPG<sup>2</sup> entstanden. Ich glaube mit Fug und Recht auch Relevantes zu diesem Thema sagen zu können.



Abb. 1: Die exakte Zeitdauer der Ultraschallreinigung muss genau eingehalten werden. (Arbeitsanweisung). – Abb. 2: Dabei ist darauf zu achten, dass der „Pegel“ stimmt. Über der „Minimum“- und unter der „Maximum“-Markierung für den Flüssigkeitsstand. – Abb. 3: Roststelle? Oder Verschmutzung? In der Wanne des Ultraschallgerätes toleriert der Prüfer keins von beiden.



Abb. 4: Kontrolle der Unversehrtheit Ihrer Medizinprodukte: Dieser Scaler ist nicht zu beanstanden. – Abb. 5: ... aber wenn man sich das Instrument insgesamt ansieht, dann ... – Abb. 6: ... sieht's an der anderen Seite nicht so gut aus. Ein Grund, das ganze MP auszusortieren? Fragen Sie im Zweifelsfall dazu Ihre zuständige Zahnärztekammer!

**Checkliste: Ist Ihre Praxis fit für eine Überprüfung?**

1. Besteht für die Praxis ein Hygieneplan gemäß § 36 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG)?	ja ( )	nein ( )
2. Sind alle Mitarbeiter über dessen Inhalt informiert?	ja ( )	nein ( )
3. Finden hierzu regelmäßig Belehrungen statt?	ja ( )	nein ( )
4. Wird die Teilnahme an den Belehrungen schriftlich dokumentiert?	ja ( )	nein ( )
5. Besteht für die Praxis ein Reinigungs-/Desinfektionsplan?	ja ( )	nein ( )
6. Ist der Reinigungs-/Desinfektionsplan für alle sichtbar ausgehängt?	ja ( )	nein ( )
7. Wird das Personal regelmäßig über den sachgerechten Umgang mit Medizinprodukten belehrt?	ja ( )	nein ( )
8. Haben die Personen, die in der Praxis Medizinprodukte anwenden, die erforderliche Ausbildung oder Kenntnis und Erfahrung (Sachkunde)?	ja ( )	nein ( )
9. Sind diejenigen, die Medizinprodukte in der Praxis am Patienten anwenden, entsprechend eingewiesen worden?	ja ( )	nein ( )
10. Sind die Einweisungen derjenigen, die Medizinprodukte in der Praxis am Patienten anwenden, dokumentiert und von diesen unterschrieben?	ja ( )	nein ( )
11. Werden sicherheitstechnische Kontrollen von dazu berechtigten Personen vorgenommen?	ja ( )	nein ( )
12. Werden sicherheitstechnische Kontrollen in den vorgeschriebenen Fristen vorgenommen?	ja ( )	nein ( )
13. Sind in der Praxis Medizinprodukte vorhanden, die messtechnischen Kontrollen unterliegen (s. Anlage 2 MPBetreibV)?	ja ( )	nein ( )
14. Werden messtechnische Kontrollen von dazu berechtigten Personen vorgenommen?	ja ( )	nein ( )
15. Sind die Ergebnisse der messtechnischen Kontrollen vom Kontrolleur unverzüglich im Medizinproduktebuch (soweit dies zu führen ist – s.u.) eingetragen?	ja ( )	nein ( )
16. Werden Medizinprodukte in der Praxis instand gehalten?	ja ( )	nein ( )
17. Werden die Instandhaltungen von dazu berechtigten Personen vorgenommen?	ja ( )	nein ( )
18. Wird in der Praxis ein Bestandsverzeichnis für die aktiven, nicht implantierbaren Medizinprodukte geführt (§ 8 MPBetreibV)?	ja ( )	nein ( )
19. Ist das geführte Bestandsverzeichnis vollständig (§ 8 MPBetreibV)?	ja ( )	nein ( )
20. Werden die Medizinprodukte nach Wartung oder Instandsetzung geprüft?	ja ( )	nein ( )
21. Ist für die Medizinprodukte, die nach dem MPG in den Verkehr gebracht wurden, die CE-Kennzeichnung ggf. mit Zeichen der benannten Stelle vorhanden?	ja ( )	nein ( )
22. Haben die Anwender von Medizinprodukten der Praxis jederzeit Zugang zu den Gebrauchsanweisungen der aktiven Medizinprodukte?	ja ( )	nein ( )
23. Sind alle geforderten Dokumentationen, Protokolle und Nachweise in der Praxis vorhanden und zuständigen Behörden auf Nachfrage vorzeigbar?	ja ( )	nein ( )
24. Sind die Verantwortlichkeiten im Rahmen der Aufbereitung eindeutig geregelt? Liegen Stellenbeschreibungen vor? Gibt es ein Organigramm?	ja ( )	nein ( )
25. Liegt ein Schulungsplan für die mit der Aufbereitung betrauten Mitarbeiter/innen vor?	ja ( )	nein ( )
26. Werden Schulungsnachweise in der Personalakte dokumentiert?	ja ( )	nein ( )
27. Wird den Beschäftigten Schutzkleidung zur Verfügung gestellt?	ja ( )	nein ( )
28. Werden bei Arbeiten mit Kontaminationsgefahr Handschuhe getragen?	ja ( )	nein ( )
29. Sind die Behandlungsräume mit Handwaschbecken ausgestattet?	ja ( )	nein ( )
30. Sind die Mischbatterien ohne direkten Handkontakt zu bedienen?	ja ( )	nein ( )
31. Sind wandständige Spender für Desinfektionsmittel vorhanden?	ja ( )	nein ( )
32. Sind wandständige Spender für Flüssigseife vorhanden?	ja ( )	nein ( )
33. Sind diese Spender mit dem Ellenbogen zu bedienen?	ja ( )	nein ( )
34. Erfolgt das Abtrocknen der Hände mit Einmalhandtüchern?	ja ( )	nein ( )
35. Sind getrennte Sanitäranlagen für Personal und Patienten vorhanden?	ja ( )	nein ( )
36. Werden vorhandene Behälter mit Händedesinfektionsmittel nachgefüllt?	ja ( )	nein ( )
37. Ist eine raumlufttechnische Anlage (RLT-Anlage) im Aufbereitungsraum installiert?	ja ( )	nein ( )
38. Wird die RLT-Anlage regelmäßig überprüft? ( ) Keimzahl ( ) Luftströmung ( ) Partikelzahl	ja ( )	nein ( )
39. Ist der Aufbereitungsraum so eingerichtet, dass reine und unreine Arbeiten voneinander getrennt durchzuführen sind?	ja ( )	nein ( )
40. Wenn nein, existiert eine Arbeitsanweisung, durch die gewährleistet ist, dass reine und unreine Arbeiten organisatorisch getrennt durchzuführen sind?	ja ( )	nein ( )
41. Werden im Aufbereitungsraum Materialien gelagert, die nicht für die Aufbereitung erforderlich sind?	ja ( )	nein ( )
42. Sind die Oberflächen glatt und gut zu desinfizieren?	ja ( )	nein ( )
43. Hängt im Aufbereitungsraum ein Dosierplan für das korrekte Ansetzen von Desinfektionsmitteln?	ja ( )	nein ( )
44. Wird das Ultraschallgerät täglich wisch-desinfiziert?	ja ( )	nein ( )
45. Wird das Reinigungs- und Desinfektionsgerät täglich geprüft?	ja ( )	nein ( )
46. Wird beim Ansetzen von Desinfektionsmittellösungen die Konzentration laut Herstellerangabe beachtet?	ja ( )	nein ( )
47. Wird die Einwirkzeit laut Herstellerangabe beachtet (Kurzzeitwecker)?	ja ( )	nein ( )
48. Wird die Desinfektionsmittellösung arbeitstäglich oder bei sichtbarer Verschmutzung gewechselt?	ja ( )	nein ( )
49. Wird das in Gebrauch befindliche Desinfektionsmittel in geschlossenen Behältnissen aufbewahrt?	ja ( )	nein ( )
50. Wird das Desinfektionsmittel in kleine Gebinde umgefüllt?	ja ( )	nein ( )
51. Wird dafür Sorge getragen, dass das kleine Behältnis die gleichen Informationen enthält wie das Originalbehältnis?	ja ( )	nein ( )
52. Erfolgt die Aufbereitung des Instrumentariums in einem speziellen Aufbereitungsraum?	ja ( )	nein ( )
53. Erfolgt die Trocknung der Instrumente mit fusselfreien Tüchern?	ja ( )	nein ( )
54. Verfügt die Praxis über einen Sterilisator Typ B?	ja ( )	nein ( )
55. Wenn nein, ist der vorhandene Sterilisator laut Herstellerangabe in der Lage, Hohlräume sicher zu sterilisieren?	ja ( )	nein ( )
56. Erfolgt eine Dokumentation der Sterilisationsvorgänge?	ja ( )	nein ( )
57. Werden die vorgeschriebenen Tests (Vakuumentest, Test mit Indikator der Klasse 5 etc.) durchgeführt?	ja ( )	nein ( )
58. Wird arbeitstäglich ein Dampfdringungstest durchgeführt (Bowie Dick/Helix)?	ja ( )	nein ( )
59. Ist der Sterilisator validiert?	ja ( )	nein ( )

60. Erfolg – falls vom Typ her erforderlich – eine regelmäßige Re-Validierung?	ja ( )	nein ( )
61. Werden die Sterilisations-Chargen von einer autorisierten Person zur Verwendung freigegeben?	ja ( )	nein ( )
62. Wird die Freigabe dokumentiert?	ja ( )	nein ( )
63. Liegt eine Einstufung der Medizinprodukte nach Risikoklassen vor?	ja ( )	nein ( )
64. Existieren für alle Aufbereitungsschritte Arbeitsanweisungen?	ja ( )	nein ( )
65. Existiert eine Anweisung, wie mit Medizinprodukten zu verfahren ist, die nicht zur Anwendung freigegeben wurden?	ja ( )	nein ( )
66. Existiert eine Arbeitsanweisung, die gewährleistet, dass nicht ordnungsgemäß aufbereitete Medizinprodukte nicht zur Anwendung gelangen?	ja ( )	nein ( )
67. Werden die Instrumente in trockenen, staubdichten Schränken aufbewahrt?	ja ( )	nein ( )
68. Werden die Schränke wöchentlich wisch-desinfiziert?	ja ( )	nein ( )
69. Werden beim Umgang mit Sterilgut Handschuhe getragen?	ja ( )	nein ( )
70. Wird das Sterilgutlager regelmäßig inspiziert?	ja ( )	nein ( )
71. Wird bei der Entnahme aus dem Sterilgutlager das „First-in/First-out“-Prinzip beachtet?	ja ( )	nein ( )
72. Werden die Bodenflächen regelmäßig feucht gereinigt und desinfiziert?	ja ( )	nein ( )
73. Ist das Reinigungspersonal in den Umgang mit Reinigungs- und Desinfektionsmitteln eingewiesen?	ja ( )	nein ( )
74. Steht zur Aufbereitung der Medizinprodukte die notwendige Schutzkleidung zur Verfügung?	ja ( )	nein ( )
75. Wird die Schutzkleidung nach Durchführung der unreinen Arbeiten gewechselt?	ja ( )	nein ( )

Checkliste nach ZMVC. Baumeister.



### Überraschende Wende

Den Westfalen sagt man ja eine gewisse Sturheit nach. Aber auch Hartnäckigkeit. Das Drama MPG ließ die Verantwortlichen in der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe nicht ruhen und den Verhandlungsweg suchen. Manchmal kann eine Änderung der politischen Mehr-

heitsverhältnisse auch zusätzlich noch etwas bewirken und so konnten die Westfalen Mitte April dieses Jahres verkünden, dass die Verantwortung für die Einhaltung der Vorgaben aus dem Medizinproduktegesetz, zunächst als Modellversuch, an die Zahnärztekammer übertragen wurde. Mitte des Jahres 2006 werden jetzt Fortbildungsveranstaltungen angeboten, die auf freiwil-

ANZEIGE

# HYPOSEN

Zur zuverlässigen und dauerhaften Behandlung der Dentinüberempfindlichkeit

Eine neue wissenschaftliche Studie\* belegt die signifikante und dauerhafte Schmerzreduktion durch HYPOSEN.

\*Ulrich, M., M.-S. Schmalz, LMU München 2006

FÜR ZAHNÄRZTE, DIE **logu artis** ARBEITEN

Mehr Infos auch auf den Dental Fachmessen!

logu artis Pharma GmbH • Da 10, Postfach 88, D-77188 Döhringen, Tel.: 0 71 87 / 85 45 - 0, E-Mail: [info@loguartis.de](mailto:info@loguartis.de), Internet: [www.loguartis.de](http://www.loguartis.de)

liger Basis stattfinden und die Kolleginnen und Kollegen mit den relevanten Dingen des Gesetzes vertraut machen. Auch benennt die Kammer Sachverständige, die individuell über Inhalte und Vorgaben des Medizinprodukterechts beraten. Natürlich muss die Einhaltung dieser Standards in den Praxen auch überprüft und protokolliert sowie an die Bezirksregierungen übermittelt werden.

*Nicht weichgespült*

Wer aber nun meint aufatmen zu können und den alten Schlendrian (so er denn tatsächlich geherrscht haben

sollte) weiterzumachen, der irrt. Die Zahnärztekammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts haben, was die Stringenz der Problematik angeht, keinerlei Ermessensspielraum. Das sollten sie angesichts etlicher Zehntausend unklarer Übertragungsfälle von Hepatitis B pro Jahr auch nicht. Na gut, werden Sie sagen, warum erzählt er uns das Alles? Wir sind doch Sachsen, Thüringer, Bayern und was sonst noch, aber keine Westfalen! Irrtum, liebe Kolleginnen und Kollegen, der Modellversuch in Westfalen-Lippe soll, und das werden sich Ihre Landes Zahnärztekammern auch nicht entgehen lassen, bald bundesweit ausgedehnt werden. Und dann heißt es bereit sein. Aber auch in den Kammerbereichen, die sich vehement gegen die Eigenverantwortlichkeit in Sachen

<b>Zahnarzt/Zahnärztin als oberste(r) Organisationsleiter(in)</b>			
<b>ZA/ZÄ</b> (Zahnarzt/-ärztin)		<b>Name</b> (hier individuell die entsprechenden Namen eintragen)	
<b>HB</b> (Hygienebeauftragte(r))		<b>Name</b> (Name eintragen)	
<b>Assistenz Name</b>	<b>ZMF/Prophylaxeassistentin Name</b>	<b>Verwaltung Name</b>	
<b>ZFA</b> (Zahnärztliche Fachangestellte)	<b>ZMF/ZMP</b> (Zahnmedizinische Fach-/Prophylaxeassistentin)	<b>ZVA</b> (Zahnärztliche Verwaltungsfachangestellte)	
<b>Wer ist wofür verantwortlich? Aufgabe</b>	<b>verantwortlich</b>	<b>Vertretung</b>	<b>Bemerkung</b>
Aufbereitung von MP	ZMF, ZMP, ZFA	ZMP, ZFA	
Funktionsprüfung	ZMF, ZMP, ZFA	ZMP, ZFA	
Pflege von MP	ZMF, ZMP, ZFA	ZMP, ZFA	
Aussortieren und Entsorgen defekter und verbrauchter MP	ZMF	ZFA/ZMP	nach vorheriger Rücksprache mit ZA
Freigabe von MP (neu oder aufbereitet)	HB	ZMF, ZMP, ZFA	
Lagerung von MP	HB	ZMF, ZMP, ZFA	siehe dazu auch Ausführungen zu Lagerungsort und -art
Zuordnung Charge/Patient	ZFA	ZFA	
Schulung der Mitarbeiter(innen)	ZA/ZÄ	HB	
Bereitstellung der Ressourcen	ZA/ZÄ		
Führung des Medizinproduktebuches	ZVA	HB	
Führung des Gerätebuches	ZVA	HB	period. Kontrolle nach BUS-Vorgaben
Führung des Bestandsverzeichnisses	ZVA	HB	
Erstellen von Dokumenten, Anweisungen und Formularen	HB	ZMF	
Prüfung dieser Dokumente	ZA/ZÄ	HB	
Freigabe der Dokumente	ZA/ZÄ	HB	
Aktualisierung der Dokumente	ZVA	HB	
Archivierung der Dokumente	ZVA	HB	
Datum der Erstellung des Organigramms:			
<b>Name des Erstellers des Organigramms:</b>		<b>Unterschrift:</b>	

Organigramm nach ZMV C. Baumeister.

„Einhaltung der Vorschriften des MPG“ sträuben, es gibt da gewisse Eifersüchteleien, gilt keineswegs Entwarnung, da werden die Bezirksregierungen nach wie vor prüfen.

### Was können Sie tun?

Das Thema MPG ist eine beinahe unendliche Geschichte. Nicht nur die Hygiene und die Aufbereitung ist gefragt, auch solche Dinge wie messtechnische und sicherheitstechnische Kontrollen und deren Nachweise, müssen Sie durchführen. Aber wo steht das Alles? Ich kann nur noch einmal das erwähnte Buch MPG empfehlen. Einer der wichtigsten Abschnitte ist darin die Checkliste nach ZMV Christine Baumeister, einer „Fach“frau, die auch bundesweit sehr sinnvolle (ich habe mich selbst davon überzeugen können) Seminare zum Thema MPG gibt.<sup>3</sup> Ich habe sie Ihnen in diesem Beitrag abgedruckt, damit Sie einen ersten Eindruck darüber bekommen, um was es eigentlich geht.

### Ruhig Blut

Ganz schön happig, oder? Mir ging es zunächst genauso, als ich die Fülle der Aufgaben ansah. Aber, auch wenn „Alles auf einmal“ nicht geht, anfangen sollten Sie schon. Vielleicht mal mit etwas Leichtem? Mit der Aufgabenverteilung bei der Aufbereitung. Mit einem so genannten Organigramm kann so etwas sehr einfach dargestellt werden (s. Seite 28). Erstellen Sie einfach ein solches Organigramm und füllen es mit „Leben“. Oder laden Sie es von der dem Buch beigelegten CD herunter und drucken es aus. Sehen Sie, schon haben Sie einen Punkt der Anforderungen erfüllt.

Wie es weitergeht, erfahren Sie im nächsten Teil der Serie.

<sup>1</sup> Den relevanten Text können Sie unter vielem anderen in dem Buch MPG aus dem Zahnärztlichen Fachverlag Herne nachlesen.

<sup>2</sup> „MPG“ – Ein Arbeitsleitfaden für das gesamte zahnärztliche Team, Zahnärztlicher Fachverlag Herne, 2006, Bestell-Nr.: 61 600 inklusive CD-ROM mit allen Formularen und Arbeitsanweisungen, Tel.: 0 23 23/59 31 41, Fax: 0 23 23/59 31 55; 48,00 Euro zzgl. Porto, Verpackung und Mehrwertsteuer.

<sup>3</sup> Kurse zur Aufbereitung bzw. MPG: Haranni Akademie Herne, Tel.: 0 23 23/9 46 83 00.

#### Korrespondenzadresse:

Dr. med. dent. Hans Sellmann

Langehegge 330

45770 Marl

E-Mail: Dr.Hans.Sellmann@T-online.de

# Beste Reinigung bei geringster Abrasion.\*



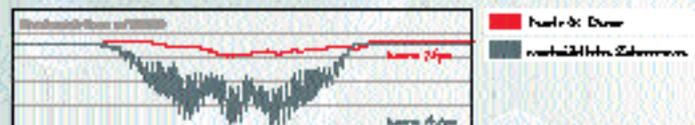
**Wissenschaftlich bewiesen:**  
Das Putzprinzip der Pearls & Dents Pflegepasta bietet die gründlichste Reinigung bei gleichzeitiger geringster Abrasionwerten. Effektiv und schonend werden Beläge und Verfärbungen auch an schwer zugänglichen Stellen entfernt, ohne Zahnschmelz, Dentin, Füllungen und Versiegelungen zu schädigen. Zusätzlich sorgen ein Aminfluorid/NaF-System und entzündungsbekämpfende Wirkstoffe wie Kamillenextrakt, Bisabolol und Panthenol für eine richtige optimale Karies- und Parodontitis-Prophylaxe. RDA: 6

#### Pearls & Dents – besonders zu empfehlen

- für gesundheitsschwache Zahnpersonen
- bei Fluoridversorgungs- und Kontaktstoffmangel, Karies und Implantaten
- gegen Verfärbungen und Beläge durch Rauchen, Kaffee-, Tee- und Rotwein
- für Träger von Zahnpangas



### Geringste Abrasion\*



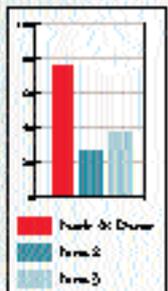
Die maximale Einzelzahnauflage (Rmax) ist eine Aussage über erzeugte „Kariesspuren“ einer Zahnbürste. Pearls & Dents schneidet von allen getesteten Zahnbürsten am besten ab.

### Beste Reinigung\*\*

Bereits nach 60 Sekunden schafft Pearls & Dents rund 75% saubere Stellen auch in schwer zugänglichen Bereichen und erzielt somit die besten Werte aller untersuchten Zahnpasten.\*\*

\* Ch. Sander, H.M. Sander, H. C. Wiedhoff, H. G. Sander, „Abrasionseignlichkeit von Zahnbürsten für Kinder und Erwachsene“, ZM 07/2005

\*\* H. G. Sander, „Bildung und Abreibung einer völlig neuen Zahnpasta mit besonderen Reinigungsprofilen“, ZM 2/1997



Dr. Lieke Nachf. GmbH & Co. KG · D-70746 Leinfelden-Echterdingen



# Einsatz von Mundspüllösungen in der Mundhygiene

*Es ist allgemein anerkanntes Wissen, dass Karies, Gingivitis (Zahnfleischentzündung) und Parodontitis (Entzündung des Zahnhalteapparates) auf die Anreicherung und die Vermehrung von Bakterien auf der Zahnoberfläche und am Zahnfleischsaum zurückzuführen sind.*

DR. SONJA TRAPP/LÖRRACH

Optimale Plaquekontrolle ist daher die zwingende Voraussetzung für die Erhaltung der Mundgesundheit. Die mechanische Mundhygiene, also die Verwendung von Zahnbürste und Zahnpasta, ist die Basis der täglichen Prophylaxebemühungen und wird von den Zahnärzten seit vielen Jahren mindestens zweimal täglich gefordert (SCHIFFNER 1998). Betrachtet man jedoch die Zahlen einer aktuellen Verbraucheranalyse (2003), so geben nur ca. 70% der Befragten an, dass sie zweimal täglich ihre Zähne putzen. Dabei gilt auch zu berücksichtigen, dass die Häufigkeit oft nichts mit der Gründlichkeit des Zähneputzens zu tun hat. Bedenkt man dann, dass die durchschnittliche Putzdauer in Deutschland zwischen 40–60 Sekunden pro Tag beträgt, wird deutlich, dass diese Maßnahmen nicht ausreichend sind für eine effektive Plaquekontrolle und Prophylaxe von Erkrankungen in der Mundhöhle. So haben z. B. mehr als 80% der Jugendlichen und Erwachsenen in Deutschland Zahnfleischprobleme (DMS III 1997). Untersuchungen zeigen jedoch, dass regelmäßiges richtiges Zähneputzen die Zahngesundheit fördert und auch der Gingivitisbefall zurückgeht (MARTHALER et al. 1994; MENGHINI et al. 1991). Die mechanische Mundhygiene unter Verwendung einer Zahnpasta mit geeigneten Wirkstoffen hat also nach wie vor einen unverändert hohen Stellenwert, dies wird sich auch in der Zukunft nicht ändern.

Gerade in Zusammenhang mit Gingivitiden oder Risikogruppen (z. B. Träger von orthodontischen Apparaturen; Personen mit eingeschränkter Mundhygienefähigkeit) zeigt sich jedoch, dass die mechanischen Maßnahmen alleine nicht ausreichend sind. Mundspüllösungen mit geeigneten Wirkstoffen sind im Sinne einer chemischen Plaquekontrolle eine sinnvolle Ergänzung zur mechanischen Plaquekontrolle. Mundspüllösungen sollten prinzipiell nach dem Zähneputzen angewendet werden, so können sie positive Effekte der Zahnpasta verstärken und zur Prävention beitragen (NETUSCHIL et al. 2002).

Von Substanzen oder Wirkstoffen zur chemischen Plaquekontrolle wird erwartet, dass sie gezielt in der Mundhöhle wirksam sind, ohne dabei Nebenwirkungen zu haben. Antibakteriell wirksame Substanzen können helfen, das Wachstum und den Stoffwechsel entzündungsauslösender Bakterien in der Plaque zu unterdrücken oder die Bakterien sogar abzutöten, sodass keine Giftstoffe mehr produziert werden können. Die verwendeten Wirkstoffe dürfen jedoch nicht die im Allgemeinen positive und schützende Mikroflora in der Mundhöhle

zerstören. Denn sonst entsteht eine Situation, die wiederum die Ansiedlung von z. B. Hefepilzen oder anderen Opportunisten mit entsprechenden Folgen für das Biotopt Mundhöhle nach sich ziehen kann.

Angestrebt wird bei der Verwendung von antibakteriell wirksamen Substanzen in Mundspüllösungen eine spezifische Wirkung gegen orale pathogene Bakterien. Die verwendeten Substanzen müssen unter den in der Mundhöhle vorhandenen Bedingungen, also in vivo, wirksam sein und ausreichend lange für eine antibakterielle Wirkung in der Mundhöhle verbleiben, also eine ausgeprägte Substantivität oder Verweildauer besitzen (NETUSCHIL et al. 2002). Entsprechend ihrer Substantivität werden antibakterielle Wirkstoffe in „Generationen“ eingeteilt. Wirkstoffe der 1. Generation haben in vitro, also im Laborversuch, eine antibakterielle Wirksamkeit gezeigt. Die antibakterielle Wirkung konnte jedoch nicht in vivo nachgewiesen werden, die Substanzen der 1. Generation haben eine zu geringe Substantivität, als dass sie unter den in der Mundhöhle herrschenden Bedingungen eine maßgebliche Wirkung gegen Bakterien haben. Beispiele für Wirkstoffe der 1. Generation sind z. B. Cetylpyridiniumchlorid (CPC), Hexetidin, ätherische Öle oder Sanguinarin (NETUSCHIL et al. 2002).

Wirkstoffe der 2. Generation verfügen hingegen über eine ausgeprägte Substantivität und haben ihre antibakterielle Wirkung sowohl in vitro als auch in vivo unter Beweis gestellt. Als Goldstandard in der Prävention und Therapie von Entzündungen hat sich seit vielen Jahren der Wirkstoff Chlorhexidin in einer Konzentration von 0,2% etabliert (SCHIFFNER 1998, ARWEILER 2004). Chlorhexidin besitzt eine hohe Substantivität und ausgeprägte antibakterielle Wirkung. Lösungen mit Konzentrationen zwischen 0,1 und 0,2% werden z. B. bei eingeschränkter Mundhygienefähigkeit auf Grund operativer Eingriffe oder nach parodontaler Behandlung in der Kurzzeitanwendung auch als alleinige Mundhygienemaßnahme empfohlen und können daher als „chemische Zahnbürste“ bezeichnet werden. Auf Grund der mit der ausgeprägten Substantivität des Chlorhexidins einhergehenden Nebenwirkungen, Verfärbungen von Zähnen, Zunge, Mundschleimhaut, Geschmacksirritationen sollte Chlorhexidin nicht langfristig angewendet werden. Die auftretenden Nebenwirkungen sind reversibel.

Auch die Wirkstoffkombination Aminfluorid/Zinnfluorid (meridol® Mundspüllösung) besitzt eine sehr gute Substantivität und plaquehemmende Wirkung und wird

als Wirkstoff der 2. Generation eingestuft (NETUSCHIL et al. 2002). Aminfluorid/Zinnfluorid konnte bis zu acht Stunden in antibakteriell wirksamer Konzentration im Biofilm nachgewiesen werden (BOWEN 1990). meridol® Mundspüllösung ist eine ideale Ergänzung zum täglichen Zähneputzen bei Zahnfleischproblemen und zum Schutz vor Gingivitis und Parodontitis. KÜNZEL et al. (1990) untersuchten die Plaquehemmung durch Anwendung von Aminfluorid/Zinnfluorid. Die Autoren fassen zusammen, dass die Aminfluorid/Zinnfluorid-Kombination eine effektive Spüllösung zur chemischen Plaquekontrolle darstellt. Auf Grund ihrer Schutzwirkung gegen Gingivitis wird der langfristige präventive Gebrauch empfohlen. In einer Metaanalyse haben BRECX et al. (2003) verschiedene Wirkstoffe und Mundspüllösungen anhand klinischer Studien bewertet und sprechen eine Empfehlung für die Wahl der richtigen Mundspüllösung zur Prävention und Behandlung von parodontalen Erkrankungen aus. Für die Kurzzeitanwendung, vor allem, wenn die mechanische Mundhygiene nur eingeschränkt möglich ist, empfiehlt sich eine Mundspülung mit 0,2% Chlorhexidin, um die Plaqueakkumulation auf ein Minimum zu reduzieren. Für die Langzeitanwendung wird die Wirkstoffkombination Aminfluorid/Zinnfluorid als ergänzende Maßnahme zur mechanischen Mundhygiene empfohlen.

Im Gegensatz zu gebrauchsfertigen Zubereitungen, wie

sie als Mundspüllösungen auf dem Markt erhältlich sind, sind Mundwasser konzentrierte Lösungen, die vor ihrer Anwendung mit Wasser verdünnt werden. Häufig sind Mundwasserkonzentrate auf Basis von Pflanzenextrakten entwickelt, die in Alkohol als Lösungsmittel gelöst werden. In der Regel beruht die Wirkung eines Mundwasserkonzentrats auf einer Geschmackserfrischung durch die ätherischen Öle, eine klinische Wirkung bezüglich Plaquehemmung ist durch den Verdünnungseffekt als gering einzustufen. Offensichtlich ist die Konzentration möglicher antibakterieller Inhaltsstoffe nicht ausreichend, um in der Mundhöhle eine In-vivo-Wirkung zu erzielen. Empfehlenswert ist daher die Anwendung von gebrauchsfertigen, alkoholfreien Mundspüllösungen mit Wirkstoffen mit guter Substantivität als Ergänzung zur mechanischen Mundhygiene.

Alkohol in Mundspüllösungen gilt an sich nicht als Wirkstoff zur Plaqueprävention, die dafür erforderlichen Konzentrationen müssten bei 40% und mehr liegen, um das Wachstum des dentalen Biofilms maßgeblich zu beeinflussen (BRECX et al. 2003). Alkohol dient in vielen Mundspüllösungen als Lösungsvermittler für Inhaltsstoffe wie z. B. ätherische Öle, die in Wasser nicht löslich sind. In Fertigpräparaten variiert die Alkoholkonzentration von 5–30%, in Sprays oder Konzentraten kann die Alkoholkonzentration bis zu 90% ausmachen. Es ist bekannt, dass bei häufigem Kontakt mit Alkoholkonzentrationen

ANZEIGE



BRITE SMILE

**BriteSmile Aufhellungssystem das für seine geringe Sensibilität weltweit bekannt ist!\***  
**Bis zu 9 Farbstufen in einer Sitzung.**



**Starten Sie gleich los!**

Starterpaket

Lichtsystem inkl. 5 Behandlungs-  
Kits und Nachsorgeprodukte schon ab

**€ 1139,00 + MwSt.**



**Rufen Sie uns an**

**0800 – 189 05 87 (gebührenfrei)**

\*Studien auf Anfrage erhältlich

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

## Alkohol in Mundspüllösungen nicht erforderlich

Interview mit Dr. Sonja Trapp,  
wissenschaftliche Projektmanagerin der GABA GmbH

*Warum begegnet uns Alkohol nach wie vor in Mundspüllösungen?*

Alkohol wird immer noch in vielen Mundspüllösungen verwendet, obwohl dieser Inhaltsstoff nicht unproblematisch ist. In einem Übersichtsartikel von BRECX et al.<sup>1</sup> wird z. B. klar herausgearbeitet, dass Alkohol (Ethanol) als Lösungsmittel dient, aber vom chemischen Standpunkt her in den meisten Fällen unnötig ist. Es ist also die Frage, ob ein Hersteller eine Produktentwicklung ohne das Lösungsmittel Alkohol durchführen kann.

*Dient Alkohol, wenn er als Lösungsmittel unnötig ist, nicht zur Desinfektion?*

Nein, auch dieser Punkt wird in der genannten Übersicht angesprochen. Während stärker wirksame Alkohole (wie z. B. Isopropanol) äußerlich zur Hautdesinfektion angewendet werden, findet Ethanol selten Verwendung als Desinfektionsmittel. Ethanol sei – so die Autoren – weder in vitro, noch in vivo antibakteriell wirksam gewesen, wie eine Studie von GJERMO et al.<sup>2</sup> gezeigt hätte. Zwar habe es Befunde gegeben, dass Alkohol bakterizide Wirkung gegen planktonische Bakterien gezeigt habe (SISSONS et al.<sup>3</sup>). Es sind jedoch Konzentrationen von 40% Alkohol notwendig, um das Wachstum des dentalen Biofilms zu verringern – die Alkoholkonzentration in Mundspüllösungen liege jedoch mit 5 bis 27% deutlich darunter. Das heißt, der Alkohol in Mundspüllösungen hat keinen zusätzlichen antibakteriellen Nutzen. Dieser Umstand wird nach wie vor häufig übersehen.

*Was genau sind die möglichen Nebenwirkungen des Alkohols in Mundspüllösungen?*

BOLANOWSKI et al.<sup>4</sup> fanden eine direkte Beziehung zwi-



Dr. Sonja Trapp  
wissenschaftliche  
Projektmanagerin der  
GABA GmbH

sehen Alkoholgehalt und dem in der Mundhöhle ausgelösten Schmerzempfinden. Zum Krebsrisiko existieren widersprüchliche Daten, eine Gefahr kann also nicht sicher ausgeschlossen werden. Kurz: Alkohol in Mundspüllösungen ist schlichtweg nicht erforderlich.

<sup>1</sup> Brex M, Netuschil L, Hoffmann T. How to select the right mouthrinses in periodontal prevention and therapy. Part II. Clinical use and recommendations. *Int J Dent Hygiene* 1 (2003) 188–194.

<sup>2</sup> Gjermo P, Bastaad K, Rölla G. The plaque-inhibiting capacity of 11 antibacterial compounds. *J Periodont Res* 5 (1970) 102–9.

<sup>3</sup> Sissons CH, Wong L, Cutress TW. Inhibition by ethanol of the growth of biofilm and dispersed microcosm dental plaques. *Arch Oral Biol* 41 (1996) 27–34.

<sup>4</sup> Bolanowski SJ, Gescheider GA, Sutton SVW. Relationship between oral pain and ethanol concentration in mouthrinses. *J Periodont Res* 30 (1995) 192–7.

von mehr als 20% lokaltoxische Wirkungen auftreten können (SCHIFFNER 1999). Tierversuche haben gezeigt, dass die missbräuchliche Anwendung von alkoholhaltigen Mundspüllösungen zu Hyperkeratosen der Wangenschleimhaut führt (BERNSTEIN und CARLISH 1979). Aus den USA sind vereinzelt tödlich verlaufende Fälle bei Kindern durch irrtümliches Trinken alkoholhaltiger Mundspüllösungen und akute Intoxikation beschrieben worden. Die American Dental Association fordert daher, einen Warnhinweis auf Mundspüllösungen mit mehr als 5% Alkohol anzubringen und diese mit kindersicherem Verschluss auszustatten.

Die konkrete Empfehlung eines Produkts zur chemischen Plaquekontrolle muss immer den beabsichtigten Zweck, die Anwendungsdauer und eventuelle Nebenwirkungen berücksichtigen und sollte individuell für je-

den Patienten und seine spezifische Situation ausgesprochen werden. Mundspüllösungen ersetzen nicht die tägliche mechanische Mundhygiene, sondern sind eine ergänzende Maßnahme zu dieser und tragen zur Karies- und Gingivitisprävention mit bei.

*Die Literaturliste kann in der Redaktion angefordert werden.*

*Korrespondenzadresse:*

Dr. Sonja Trapp  
Berner Weg 7  
79539 Lörrach



**Neu! Einzigartige Polierpaste von SUNSTAR BUTLER**

Jetzt hat SUNSTAR BUTLER auch für die professionelle Zahnreinigung ein einzigartiges neues Produkt anzubieten. Butler® NuCare® Polierpaste ist eine niedrig abrasive, fluoridhaltige Polierpaste mit hoher Reinigungswirkung. Die niedrige Abrasion ist darauf zurückzuführen, dass auf den hoch abrasiven Bimsstein verzichtet werden konnte und stattdessen das zahnschonende NovaMin enthalten ist. Bei NovaMin handelt es sich um ein Gemisch aus Kalzium, Phosphor, Silizium und Natrium. Alle diese Elemente kommen auch im Knochen vor. Bei Anwendung von Butler® NuCare® Polierpaste werden Kalzium- und Phosphor-Ionen freigesetzt, die sich auf der Zahnoberfläche anlagern und dort zu einer Hydroxylapatitschicht mineralisieren. Dies trägt zusätzlich zur Remineralisation der Zähne bei. Butler® NuCare® Polierpaste kann sehr gut auch bei sensiblen Zähnen eingesetzt werden und ist ebenfalls geeignet für alle Res-



taurationen, wie z.B. Veneers, Gold, Porzellan und Komposit. Der frische Minzgeschmack macht die Behandlung für die Patienten angenehm. Auf Grund der NovaMin-Polierkörper sind verglichen mit bimssteinhaltigen Polierpasten nur zwei Körnungen erforderlich: fein und grob. Dies bedeutet eine geringere Vorratshaltung sowie eine erhebliche Zeit- und Kostenersparnis. Jede Packung enthält 200 Einzeltöpfchen und einen Fingerring.

JOHN O. BUTLER GmbH  
Beyerbachstr. 1  
65830 Kriftel  
E-Mail: [service@jbutler.de](mailto:service@jbutler.de)  
Web: [www.jbutler.de](http://www.jbutler.de)

**Sensible Zähne: Viele Substanzen sind kaum wirksam**

20 Prozent der Erwachsenen leiden unter sensiblen Zahnhälsen. Die Nachfrage nach Spezialprodukten ist ebenso



gestiegen wie die Zahl der Produktvarianten. Doch viele Inhaltsstoffe sind kaum wirksam, einige können sogar schädlich sein. Zu diesem Ergebnis kommen die Experten der medizinisch-wissenschaftlichen Abteilung von GABA, Spezialist für orale Prävention, in einem internen Bericht. Studien zeigen, dass viele eingesetzte Substanzen weder Schmerzen beseitigen noch Zahnhalskaries wirksam vorbeugen. Viele Zahnpasten weisen zudem einen viel zu hohen Abrasionswert (RDA) auf, was zu Schäden am Zahnhals führen kann. Die Desensibilisierung steht für Zahnarzt und Patient im Vordergrund. Hierbei kommen unterschiedlichste Substanzen zum Einsatz. So sollen mit Kalium- oder Strontiumsalzen versetzte Zahnpasten die Schmerzweiterleitung hemmen. Für ihre überlegene Wirkung gegenüber Standardzahnpasten gibt es jedoch keinen eindeutigen Beleg. Auch die Effektivität von Natriumfluorid beim Verschluss der reizleitenden Tubuli kann nur als mäßig bezeichnet werden. Die besten Studienergebnisse zeigen aminfluoridhaltige Zahnpasten. Durch die hohe Oberflächenaktivität des organischen Fluorids wird eine besonders homogene, gut haftende Kalziumfluorid-deckschicht gebildet, die Dentinkanälchen wirksam und dauerhaft verschließt und so eine Weiterleitung schmerzhafter Reize verhindert. Diese Eigenschaft führt bei der Desensibilisierung zu einer deutlichen Überlegenheit aminfluoridhaltiger Produkte gegenüber Produkten mit Natriumfluorid. Doch die alleinige Thematisierung des Schmerzes wird von Experten auch kritisch betrachtet. „Der Schmerz ist lediglich ein Symptom. Durch eine zu starke Fokussierung auf die Schmerzbekämpfung läuft man Ge-

fahr, die eigentlichen Probleme wie Zahnhalskaries aus den Augen zu verlieren“, mahnt Prof. Ingrid Hoyer, Uni Jena. Da das freiliegende Dentin des Zahnhalses wesentlich weniger widerstandsfähig gegen die Säureangriffe der Plaquebakterien ist als der Schmelz, besteht ein erhöhtes Kariesrisiko. Vor allem bei älteren Patienten muss hier das Hauptaugenmerk liegen, denn oft fehlt das Warnsignal Schmerz. „Viele Produkte für sensible Zähne bieten keinen ausreichenden Schutz vor Zahnhalskaries“, kritisiert Bärbel Kiene, Leiterin der medizinisch-wissenschaftlichen Abteilung bei GABA. „So haben Kalium- und Strontiumsalze nachweislich keinerlei remineralisierenden Effekt, Zinksalze wirken weder desensibilisierend noch remineralisationsfördernd, und Substanzen wie Pyrophosphat, Vitamin E oder Vitamin B5 kann man in Bezug auf den Kariesschutz ebenfalls als wirkungslos bezeichnen.“ Studien belegen, dass das organische Aminfluorid auch beim Schutz vor Zahnhalskaries besonders effektiv ist. Echten Schaden können andere Inhaltsstoffe vermeintlicher Spezialprodukte anrichten: stark abrasive Putzkörper. Da Dentin weicher ist als Schmelz, muss es besonders schonend gereinigt werden, um den empfindlichen Zahnhals nicht anzugreifen. Deshalb sollte der RDA-Wert einer Spezialzahnpaste für freiliegende Zahnhälse 40 nicht überschreiten. Ingrid Hoyer: „Die Bezeichnung ‚sensitive‘ ist kein verlässlicher Hinweis auf die niedrige Abrasivität einer Zahnpaste. Sehr günstig ist der für ‚elmex SENSITIVE‘ angegebene RDA-Wert von etwa 30.“

GABA GmbH  
Berner Weg 7  
79539 Lörrach  
E-Mail: [info@gaba-dent.de](mailto:info@gaba-dent.de)  
Web: [www.gaba-dent.de](http://www.gaba-dent.de)

**Die neuen „Schwestern“ der erfolgreichen Proximal-Grip**

Zahnbürsten reinigen Zähne bekanntlich nicht „rundum“. Plaque haftet daher besonders gern in den Zahnzwischenräumen und verursacht dadurch Karies und Zahnfleischerkrankungen. Hier kommen nun die Interdentalbürsten zum Einsatz, allerdings sind die Anforderungen jedes einzelnen Benutzers an die Form der Bürste bzw. des Halters und das damit verbundene „Handling“ unterschiedlich. Während Dentocare's bisherige Marke Proximal-Grip® ein besonders „schlankes“ Design mit

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

einem sehr schmalen, ca. 5 cm langen Griff aufweist, das die Interdentalreinigung – besonders im Molarbereich – ähnlich einfach wie mit einem Zahnholz ermöglicht, hat die neue DentoProx® Interdentalbürste einen kräftigen, kurzen Griff und ist daher ideal für die Frontzähne geeignet. Alle anderen Eigenschaften übernehmen die neuen Bürsten von ihrem bewährten Schwestermodell „Proximal-Grip“: gleiches hochwertiges Bürstenmaterial, identische Bürstenstärken, gleiche Farbkodierung der Griffe.



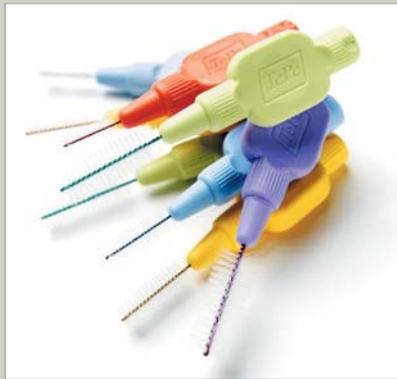
#### Alternative Griffvarianten

Sechs verschiedene Ausführungen je Marke stehen zur Auswahl. Sie sind farbkodiert, d.h. sie besitzen zur besseren Unterscheidung der Bürstenstärke verschiedenfarbige Griffe: ultra-fein = türkiser Griff, xxxx-fein = gelber Griff, xxx-fein = roter Griff, xx-fein = schwarzer Griff, fein = weißer Griff, konisch = blauer Griff. Jeder Sechs-Stück-Packung des neuen Produktes liegt übrigens auch eine Schutzkappe bei, die die Nutzung der Bürsten auch unterwegs ermöglichen. Auf das hintere Ende aufgesteckt, kann sie zudem als Verlängerung dienen. Der Vertrieb erfolgt ausschließlich über Zahnärzte, Prophylaxeshops und Apotheken.

*Dent-o-care Dentalvertriebs GmbH  
Rosenheimer Str. 4a  
85635 Höhenkirchen bei München  
E-Mail: infodentocare.de  
Web: www.dentocare.de*

#### TePe Interdentalbürsten extra weich – die sanfte Wahl

Jetzt neu im Sortiment! TePe Interdentalbürsten mit extra langen und extra weichen Borsten für eine sanfte und schonende Reinigung. Speziell ausgewählte Borsten von höchster Qualität versprechen eine effiziente Reinigung und Haltbarkeit. Die langen und x-weichen Borsten sind raumfüllend und schonend für die Papille. Sie sind besonders empfehlenswert bei jungen Patienten mit intakten Papillen, schmerzempfindlichen Zähnen, Gingivitis oder Mundschleim-



hauterkrankungen. Außerdem sind die Bürsten nach operativen Eingriffen gut geeignet. Die fünf verschiedenen Größen der x-weichen TePe Interdentalbürsten entsprechen in ihrer Gängigkeit den bekannten TePe Interdentalbürsten. Um sie leichter unterscheiden zu können, sind die neuen x-weichen Bürsten in Pastellfarben gehalten.

*TePe  
Mundhygieneprodukte Vertriebs GmbH  
Borsteler Chaussee 47  
22453 Hamburg  
E-Mail: info@tepegmbh.de  
Web: www.tepe.se*

#### ProphyAxis – neue Prophylaxeinstrumente von W&H

W&H bietet jetzt neben ProphyAxis Young die neuen ProphyAxis Universal Winkelstücke für alle gängigen Prophylaxe Kappen und Bürsten an. Die Möglichkeit, sowohl screw-in als auch snap-on Aufsätze zu verwenden, ergibt eine hohe Flexibilität in der Anwendung. Für ProphyAxis Universal wurde speziell von W&H ein einzigartiges Dichtsystem entwickelt. Dies schützt den Präzisionskopf vor dem Eindringen kleinster Behandlungspartikel und trägt zur hohen Lebensdauer bei. Bei ProphyAxis Young schließt die Kontaktstelle zwischen



Winkelstück und dem Polierer exakt mit dem Tripel Seal Dichtsystem. Es schützt die Präzisionstechnik vor Kreuzinfektionen und trägt zur Langlebigkeit bei. Die Behandlung mit Polierpaste verlangt nach einer optimalen Drehzahl, um ein perfektes Ergebnis beim Reinigen, Polieren und Fluoridieren zu erzielen und das Wegspritzen der Paste zu verhindern. Extra dafür wurde für ProphyAxis Universal und Young eine neue Untersezung 8:1 entwickelt. Die Kompaktbauweise von ProphyAxis und die glatten Oberflächen der Instrumentenköpfe bieten ein überdurchschnittliches Hygieneniveau und lassen sich leicht reinigen und außen desinfizieren. Sie sind sterilisierbar bis 135 °C und thermodesinfizierbar. Das ergonomische Design und das bewährte Griffprofil ermöglichen eine hohe Effizienz bei der Behandlung. Die kleinen Instrumentenköpfe verschaffen eine hervorragende Sicht auf die Behandlungsstelle. Unter diesem Motto ist W&H längst zum Inbegriff für hochwertige Präzisionstechnik und erstklassige Qualität geworden. Die W&H Produktinnovationen haben bereits ihren Platz in Zahnarztpraxen, Zahnkliniken und Dentallabors auf der ganzen Welt gefunden. Spezielle Informationen über ProphyAxis Hand- und Winkelstücke sowie alle anderen W&H Produkte erhalten Sie gerne über Ihr Dentaldepot, über Internet: [www.wh.com](http://www.wh.com) oder direkt bei:

*W&H Dentalwerk Bürmoos GmbH  
Raiffeisenstr. 4  
83410 Laufen  
E-Mail: office.de@wh.com  
Web: www.wh.com*

#### Erfahrungen mit einem neuen Mund-Wund-Pflaster

In meiner niedergelassenen zahnärztlichen Praxis sind viele Patienten naturheilkundlich orientiert. Seit einigen Monaten verwende ich deshalb LEGASED natur als sog. Mund-Wund-Pflaster bei der Behandlung von Aphthen und kleineren oberflächlichen Wunden Stellen der Mundschleimhaut. Das Produkt basiert in seiner Zusammensetzung auf Naturharzen wie Myrrhe, Benzoe, Kolophonium in einer sirupartigen Lösung. In der Anwendung wird die zu behandelnde Stelle trocken getupft und zur besseren Haftung möglichst trocken gehalten. Anschließend wird LEGASED natur mit einem geeigneten Instrument (z. B. Apply-Tip®, Pellet) auf die trockene Schleimhaut aufgebracht (nicht einmas-

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

sieren!). Zur schnelleren Filmbildung kann der Mund kurz mit Wasser ausgespült werden. Durch die sirupartige Konsistenz zieht das Produkt auf, wird nach



Kontakt mit Wasser oder Speichel fest und hinterlässt ein Häutchen, das effizient (je trockener die Mundschleimhaut war, desto besser) seinen Platz hält. Verarbeitung, Geschmack und Geruch wurden durchweg als angenehm empfunden. LEGASED natur funktioniert nach physikalischem Prinzip ähnlich einem Pflaster und dient als mechanischer Schutz vor Schmutzeintragungen oder Säure- und Laugenbelastungen auf dem geschädigten Epithel der Mundschleimhaut und unterstützt so die Heilung. Dadurch kann der Körper ohne vom Patienten emotional abgelehnte chemische Hämmer (z.B. Kortison, Oberflächenanästhetikum) die Wunde bzw. Aphthe in Ruhe abheilen lassen. Spektakuläre Sofortfolge sind hier erfahrungsgemäß nicht zu erwarten. Naturheilkundlich offene Patienten und Behandler haben hier über das physikalische Wirkprinzip ein neues Mittel der Wahl bei der Behandlung von Aphthen und kleineren Wunden im Mund. Meine Erfahrungen zeigten bei diesen Patienten und -innen eine hohe Akzeptanz und großes Wohlwollen. Für den Behandlungsbedarf zu Hause oder unterwegs kann sich der Patient LEGASED natur selbst verschreibungsfrei über „seine“ Apotheke besorgen.

Jens A. Ellerbroek, Hamburg, für  
 lege artis Pharma GmbH + Co KG  
 Breitwasenring 1  
 72132 Dettenhausen  
 E-Mail: info@legeartis.de  
 Web: www.legeartis.de

**Zahncremekonzentrat gegen Parodontitis**

Seit über 50 Jahren reinigt, pflegt und schützt das medizinische Zahncreme-

konzentrat Ajona Stomaticum Zähne und Zahnfleisch. Besonders bewährt ist es zur nachhaltigen Vorbeugung gegen Parodontitis und Karies und zur Unterstützung zahnärztlicher Maßnahmen bei Zahnfleischentzündungen. Wohlthuend sind auch der einzigartige Geschmack, der Schutz vor Mundgeruch und die lang anhaltende Frische im Mund. Durch ihre spezielle, hochwertige Rezeptur wirkt Ajona stark bakterizid. Bakteriologische Untersuchungen zeigen, dass bereits nach 10 Sekunden mehr als 99,9% der kariogenen und parodontopathogenen Bakterien abgetötet sind. Darüber hinaus neutralisiert Ajona die durch die schädlichen Bakterien erzeugten Säuren in den Zahnbelägen und verschiebt den pH-Wert des Mundraumes in den neutralen Bereich. Die natürliche Mischflora des Mundes wird optimiert, ihr Gleichgewicht stabilisiert und die Heil- und Abwehrkräfte werden aktiviert. Entzündungshemmende Wirkstoffe, wie z. B. Bisabolol, lindern bereits bestehende Zahnfleischentzündungen, lassen diese abklingen und fördern die Regeneration des Zahnfleisches. Wegen der stark bakteriziden Wirkung ist Ajona auch zur Zungenreinigung bestens geeignet. Auf der Zunge befinden sich etwa 80% der Bakterien des gesamten Mundraums, die u. a. auch unangenehmen Mundgeruch verursachen. Sie werden von Ajona abgelöst und eliminiert. Auf Grund ihrer weichen Putzkörperchen ist



Ajona eine sehr sanfte Zahncreme (Dentabriebwert RDA 30 – zum Vergleich: normale Zahncremes RDA 60). Wegen der sehr sanften Reinigung ist Ajona auch bei empfindlichem Zahnfleisch und sensitiven Zahnhälsen besonders empfehlenswert. Eine linsengroße Menge genügt – deswegen reicht eine

Tube Ajona für über zwei Monate Zähneputzen. Das Konzentrat ist etwa fünfmal so ergiebig wie normale Zahncreme. Sie ist daher auf Reisen sehr beliebt und gut geeignet für die kleinen Köpfe elektrischer Zahnbürsten.

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

**Varios 750 von NSK**

Mit dem Varios 750 aus dem Hause NSK Europe wird dem Zahnarzt ein kompak-



tes, multifunktionales Ultraschallgerät geboten, das als zuverlässiger Partner in der Praxis dient. Das Gerät wurde für eine Vielzahl klinischer Anwendungen entwickelt. Es eignet sich speziell für die Parodontalbehandlung, die endodontische Chirurgie oder zur Restauration. Varios 750 ist mit zwei speziellen Flaschen ausgestattet, die mit verschiedensten Lösungen gefüllt werden können. Es besteht zudem die Möglichkeit, das Gerät an die Wasserversorgung der Einheit einzusetzen. Das erlaubt die Verwendung für alle klinischen Zwecke. Das Varios 750 ist einfach zu bedienen und zu warten. Die Flasche kann mit einer Hand befestigt und abgenommen werden. Der Verschluss ist aus widerstandsfähigem Metall. Damit wird verhindert, dass Flüssigkeit ausläuft. Die Flasche ist daher auch nach häufigem Auswechseln noch zuverlässig abgedichtet. Die Wasserpumpe befindet sich bei diesem Gerät auf der Rückseite der Steuerungseinheit. Die externe Pumpe kann einfach ausgetauscht werden, wenn sie abgenutzt ist oder die Schläuche verschlissen bzw. gerissen sind. Der Wasserschlauch für Medikamentenlösungen läuft durch den Boden der Einheit, getrennt vom Inneren des Gerätes und kann leicht gewartet werden. Das Varios Handstück gibt es mit und ohne

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

Licht. Das kleinere VA-HP ohne Licht ist mit 33g Gewicht das leichteste Ultraschallscaler-Handstück der Welt. Mit diesem Instrument sind auch bei längerer Anwendung die Ermüdungserscheinungen der Hand auf ein Minimum reduziert. Der kritische Vibrationsbereich ist aus reinem Titan. Eine Leistungs-Feedbackkontrolle sorgt für konstante Leistung direkt an der Spitze und damit für optimale Vibrationszyklen. Dazu bietet NSK eine reichhaltige Auswahl unter 45 Spitzen-Typen an. Das Varios 750 Ultraschallgerät setzt als Vielzweck-Ultraschallsystem für die zahnmedizinische Behandlung neue Standards. Das gesamte Varios-Programm bereichert und vervollständigt das Marktangebot auf dem Gebiet der Ultraschallsysteme mit zuverlässigen und hochwertigen Geräten.

NSK Europe GmbH  
Westerbachstr. 58  
60489 Frankfurt am Main  
E-Mail: [info@nsk-europe.de](mailto:info@nsk-europe.de)  
Web: [www.nsk-europe.de](http://www.nsk-europe.de)

### Einfaches, sicheres und schnelles Bleaching

Die moderne Zahnästhetik bietet viele Möglichkeiten, damit schöne, natürlich weiße Zähne kein Wunschtraum bleiben. Dabei kann schon ein zahnärztliches BriteSmile-Bleaching, bei dem verfärbte Zähne bis zu acht Schattierungen aufgehellt werden, dem Lächeln zu



neuem Glanz verhelfen. Eine solche BriteSmile-Behandlung beim Zahnarzt dauert lediglich 60 Minuten, die Aufhellung hält aber bis zu drei Jahre an und das Verfahren ist um ein Vielfaches preis-

wertiger als Zahnersatz. Die revolutionäre Lichttechnologie von BriteSmile mit dem kalten Blauspektrum und dem einzigartigen, wellenlängenspezifischen Aufhellungsgel hat die Zahnaufhellung schonend, schnell, sicher und wirksam für alle Zähne gleichzeitig möglich gemacht. Studien belegen, dass die BriteSmile-Methode für den Patienten ungefährlich ist, weil BriteSmile ein Lichtaktivierungssystem verwendet, das im Spektrum der blaugrünen Wellenlängen operiert. Dieses kalte Licht strahlt keine Wärme und keinerlei gefährliche UV-Strahlen aus. Kombiniert mit dem niedrig dosierten Wasserstoffperoxid-Gel (lediglich ein 15%iger Anteil im Gel, im Gegensatz zu Konkurrenzprodukten mit 30 bis 50%) ist diese Methode eine der sichersten und schonendsten Zahnaufhellungsbehandlungen in der Zahnmedizin. Bei einer Partnerschaft mit BriteSmile bekommen die Zahnärzte ein kostenloses BriteSmile-Gerät als Leihgabe zur Verfügung gestellt. Das Anwendungs-kit und die BriteSmile-Pflegeprodukte erhalten Sie direkt von BriteSmile sowie ein professionelles Praxistraining Ihres Teams, welches Ihre Mitarbeiter immer auf dem Laufenden über alle weiteren Entwicklungen der BriteSmile-Methode hält. Das einzigartige Bleaching-Gel wurde unter Aufsicht von Dr. John Warner entwickelt, einem ehemaligen NASA-Wissenschaftler und Mitglied des Hubble Space Telescope Entwicklungsprojekts. Heute ist BriteSmile weltweit in 65 Ländern vertreten. Allein in den USA zählt BriteSmile über 4.500 Partnerschaften mit Zahnärzten und 15 eigene Bleaching-Center, bei denen die Passanten, während der Mittagspause oder zu jeder anderen Tageszeit sofort eine Zahnaufhellungsbehandlung durchführen können. BriteSmile vergibt für einzelne Regionen Partnerlizenzen. Wie man eine Lizenz erwirbt, erfahren Interessenten unter der gebührenfreien BriteSmile-Hotline 0800/1 89 05 87.

BriteSmile –  
BriteSmile powered by PrevDent GmbH  
Schussenstr. 8  
88212 Ravensburg  
E-Mail: [info@britesmile.de](mailto:info@britesmile.de)  
Web: [www.britesmile.de](http://www.britesmile.de)

### Pro-Brush – Optimierte Reinigungs- und Polierbürste für beste Ergebnisse

Pro-Brush ist eine hochwertige Reinigungs- und Polierbürste, die am blauen biokompatiblen Silikonkelch leicht er-



kennbar ist. Die Pro-Brush-Borsten ermöglichen eine optimale Adaption an Zahnoberflächen und Fissuren. Der geschützte Silikonkelch verringert das Risiko von Verfärbungen und Schleifspuren an angrenzenden Zähnen. Dank des Silikonkelchs kann Pro-Brush bedenkenlos bei Patienten mit einer Nickelallergie angewendet werden. Pro-Brush ist in zwei Ausführungen erhältlich, mit Nylon- oder Naturborsten, und ist für den Einmalgebrauch bestimmt. Geliefert wird Pro-Brush in Packungen zu zehn oder 100 Stück. Für eine Reinigung und Politur in einem Schritt empfehlen wir die Anwendung von Pro-Brush in Kombination mit Cleanic, der universellen Hawe Prophy-Paste mit Perlite-Technologie.

KerrHawe SA, Schweiz  
Gratis-Tel. 00800-4/05 05 05  
E-Mail: [info@KerrHawe.com](mailto:info@KerrHawe.com)  
Web: [www.KerrHawe.com](http://www.KerrHawe.com)

### Oral-B Triumph™ – neuester Stand der Technik

Die Geschichte der elektrischen Zahnbürste als Geschichte zur Steigerung der Patienten-Compliance sieht mit der neuen Oral-B Triumph in der Evolution der häuslichen Mundpflege einen weiteren Meilenstein. Sie bietet nicht nur ein ganz neues Putzgefühl – die Oral-B Triumph hilft den Patienten, ihre Putzgewohnheiten und damit ihre Mundhygiene langfristig zu verbessern. Die Oral-B Triumph verfügt über die MicroPulse Aufsteckbürste mit einem völlig neu entwickelten Bürstenkopfdesign: Mit ihren weichen, flexiblen MicroPulse Borsten reinigt sie noch gründlicher als ein herkömmlicher FlexiSoft® Bürstenkopf und dringt für eine außergewöhnliche Reinigung bis tief zwischen die Zähne vor, um die Plaque aus den Ap-proximalräumen zu entfernen. Im Oral-B Triumph Paket enthalten ist außerdem

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

die bereits bekannte ProBright™ Aufsteckbürste, die zur sanften Zahnaufhellung entwickelt wurde. Die neue Oral-B Triumph ist die erste Elektrozahnbürste mit Smart Technology™, also einem integrierten interaktiven Computer. Smart Technology™ sorgt für eine besonders gründliche Mundhygiene, weil Patienten mit ihr die richtige Putzzeit einfach einhalten können, rechtzeitig an den Bürstenwechsel erinnert werden und zudem eine auf individuelle Bedürfnisse angepasste Zahnpflege ermöglicht wird. Vier verschiedene Reinigungsstufen bietet die neue Oral-B Triumph zur Auswahl an: Der Modus „Reinigen“ sorgt für eine außergewöhnlich gründliche Plaque-Entfernung, die Stufe „Sanft“ eignet sich zur schonenden, aber effizienten Reinigung empfindlicher Bereiche, mit „Massage“ lässt sich das Zahnfleisch sanft stimulieren, während der vierte Modus zum „Polieren“ (nur in der Deluxe-Ausführung) und natürlichen Aufhellen der Zähne entwickelt wurde. Mit dem so genannten Smart Chip der Aufsteckbürsten Oral-B MicroPulse und Oral-B ProBright erleichtert der Chip dem Patienten die Benutzung der Zahnbürste, indem er automatisch auf die für die aufgesteckte Bürste geeignete Putzart umschaltet. Zudem erinnert der Smart Chip in der Aufsteckbürste an den rechtzeitigen Aufsatzbürstenwechsel nach drei Monaten. Der Smart-Timer zeigt dem Patienten die Putzzeit an und motiviert ihn so zur gewissenhaften und zahnärztlich empfohlenen Mundpflege von zwei Minuten. Die neue Oral-B Triumph verfügt zudem über ein völlig neues und modernes Ladestation-Design – der Akku ist separat bequem zu transportieren. Auch dem neuen Spitzenmodell unter den elektrischen Zahnbürsten von Oral-B liegt das 3D-Action-Putzsystem zu Grunde: Die von Braun Oral-B entwickelte oszillierend-rotierende Technologie aus rotierenden und pulsierenden Bewegungen des Bürstenkopfes bewirkt eine besonders effiziente und schonende Entfernung der Plaque. Im Handel erhältlich ist die neue Oral-B Triumph seit Juli 2006. Seit Juni 2006 können Zahnarztpraxen die Elektrozahnbürste zum Vorzugspreis beim gewohnten Oral-B Service unter der Rufnummer 0 61 73/30 32 85 bestellen.

*Gillette Gruppe Deutschland GmbH & Co. oHG  
Geschäftsbereich Oral-B  
Frankfurter Str. 145  
61476 Kronberg im Taunus  
E-Mail: info@gillettegruppe.de  
Web: www.oralbprofessional.com/de*

### *Praxisausstattung von KaVo wird allen Altersgruppen gerecht*

Die Zahl der Senioren unter den Patienten wächst kontinuierlich. Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen in jungen Jahren führen des Weiteren dazu, dass der Anteil älterer Menschen mit eigenen Zähnen stetig steigt. Die zunehmende Überalterung der Bevölkerung und damit des Patientenstammes führt zu strukturellen Veränderungen. Damit sehen sich nicht nur die Praxen von heute und erst recht diejenigen von morgen mit neuen Anforderungen bzw. He-



rausforderungen konfrontiert, sondern auch die Pflege- und Altenheime. Häufig sind alte und pflegebedürftige Menschen gerade auf Grund eingeschränkter Mobilität und mangelnder Transportfähigkeit nicht mehr fähig, die Praxis aufzusuchen. In Alten- und Pflegeheimen wird daher immer öfter eine Behandlung vor Ort notwendig werden. Die Einrichtung von zahnärztlichen Behandlungsstationen im Heim ermöglicht in diesem Falle eine bessere Versorgung der alten und behinderten Bewohner. Damit die eigentliche Behandlung dieser Patientengruppe nicht zu größeren technischen Schwierigkeiten führt, ist darauf zu achten, dass ein Patientenstuhl zur Verfügung steht, der auch für Patienten im Rollstuhl oder im Rollbett gut erreichbar ist. KaVo löst dieses Problem mit dem COMPACTchair, einem abknickbaren Patientenstuhl, der für Patienten jeder Altersgruppe ideal geeignet ist. Die abgewinkelte Fußbank, die ebene Sitzfläche und die 80°-Stellung der Rückenlehne ermöglichen selbst für Ältere und Unbewegliche (auch für Übergewichtige, Schwangere, Gehandicapte) einen leichten Ein- und Ausstieg, ohne Verdrehen und Verrenken. Rollstuhlbewerber können problemlos auf den Patientenstuhl überwechseln. Der COMPACTchair erlaubt eine be-

queme, stressfreie Gesprächs- und Behandlungssituation, die gerade bei älteren, häufig ängstlichen und in der Mobilität eingeschränkten Patienten die beste Voraussetzung für eine konzentrierte und ergonomische Behandlung darstellt. Im Sitzen beraten, im Liegen behandeln, lautet das Motto. Verschiedene Rückenlehnen und Kopfstützen sorgen beim COMPACTchair für eine bequeme Patientenlagerung. Die automatisch ausfahrende Fußbank ermöglicht eine gute Anpassung an unterschiedliche Körpergrößen. Besondere Bedeutung wird künftig auch einer kontinuierlichen, individuellen professionellen Prophylaxe bei älteren Menschen beizumessen sein, da mit steigendem Alter die selbstständige Zahnpflege unter anderem durch motorische Einschränkungen und Sehschwäche beeinträchtigt wird. Das Indikationsspektrum des Pulverstrahlgerätes PROPHYflex 3 reicht von der Entfernung von Zahnbelägen und dem Polieren nach der Zahnsteinentfernung, über das Mattieren von Metallkauf Flächen bis hin zur Reinigung von Implantatoberflächen. In Verbindung mit Wasser werden die Beläge ohne Veränderung der Schmelzoberfläche und ohne Traumatisierung von Weichgewebe gelöst. Dies ist gerade für Ältere, die nicht mehr so resistent gegen traumatische Reize sind und bei denen die körpereigenen Reparaturmechanismen eingeschränkt sind, von besonderer Bedeutung. Die komplette Ummantelung des Pulverstrahls ermöglicht eine verbesserte Fokussierung bei gleichzeitiger Reduktion der Pulver-Spray-Wolke. Die um 360° drehbare Kanüle ermöglicht ein unproblematisches Arbeiten auch an schwer zugänglichen Stellen. Zur Entfernung hartnäckiger Verfärbungen und sub- bzw. supragingivalen Zahnsteines findet der SONICflex Schallscaler seinen Einsatz. Nach dem Lösen des Zahnsteines können mit dem Wasserstrahl des Instrumentes lose Bakterien und Zahnsteinpartikel aus den subgingivalen Zahnfleischtaschen herausgespült werden. Selbst in der höchsten Leistungsstufe ist für die Patienten lediglich ein ruhiger, gleichmäßiger Ton zu vernehmen. Dies trägt erheblich zur entspannten Situation bei. Neben der Durchführung professioneller Zahnreinigung erstreckt sich die zahnmedizinische Prävention natürlich auch auf Karies- und Parodontalerkrankungen, durch deren Früherkennung und rechtzeitige Behandlung schwerwiegende Folgen wie Zahnverlust vermieden werden können. Im Rahmen der Parodontaltherapie ermöglicht der KaVo

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

KEY Laser 3 die gezielte und vollständige Konkremententfernung ohne Risiko und thermische Nebenwirkungen. Durch eine kontaktfreie Laserpräparation und so kurzer Pulsdauer, dass die Reaktionsschwelle der Nerven nicht erreicht wird, ist die Behandlung sehr schmerzarm. Ein wichtiger Punkt für ängstliche Patienten. Zumeist kann auf Anästhesiemaßnahmen verzichtet werden. Die schonenden, berührungs- und nekrosefreien Eingriffe ermöglichen eine schnellere Wundheilung ohne postoperative Beschwerden. Trotz der Durchführung einer geschlossenen, minimalinvasiven Behandlung, bei der eine visuelle Kontrolle der Wurzeloberfläche nicht möglich ist, kann durch das integrierte Detektionsverfahren des KEY Laser 3 der Reinigungserfolg optimiert werden. In der Karietherapie bietet der Einsatz von Ozon gerade auch für Ältere und Angstpatienten eine schmerzfreie Alternative zum konventionellen Bohren und Füllen. Das KaVo HealOzone-Gerät stellt nicht nur ein hochwirksames und völlig schmerzfreies Behandlungskonzept für Fissuren-, Glatflächen- und Zahnhalskaries dar, sondern bietet mit der Anwendung in der Endodontie zur Desinfektion von Wurzelkanälen eine weitere Therapieform zur Erhaltung von Zähnen. Durch den kontrollierten Einsatz von Ozon werden Bakterien und Pilze abgetötet, Viren inaktiviert und Blutungen gestoppt. Dabei ist die Ozonkonzentration von 2.100 ppm zwar äußerst wirkungsvoll gegen Kariesbakterien,

aber dennoch gefahrlos für die Mundhöhle. Durch den Einsatz des HealOzone-Gerätes zur Desinfektion des Wurzelkanals nach der Aufbereitung, kann eine komplette endodontische Behandlung in nur einer Sitzung durchgeführt werden. Dies bedeutet für Zahnarzt und Patient eine wesentlich geringere Behandlungsdauer. Zusammen mit der Schmerzfreiheit der Therapie sind dies wichtige Argumente auch in der Alterszahnheilkunde. Die zahnärztliche Versorgung wird zunehmend durch die veränderte Altersstruktur unserer Bevölkerung beeinflusst. Diesem Aspekt sollten Investitionen in die Praxis bereits heute Rechnung tragen. KaVo bietet dem Anwender auch dahingehend Zukunftssicherheit.

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

**Für eine ca. 100-fach stärkere  
Remineralisation: Tiefenfluorid  
mit optimierter Applikation**

Zur leichteren Applikation liefert HUMANCHEMIE das bewährte Tiefenfluorid in der Groß-Sparpackung mit zusätzlichen Tropfpipetten aus. Diese werden nach dem Transport in der Praxis einfach anstelle der üblichen Tropfverschlüsse aufgeschraubt und verschließen somit die Flaschen bei Nichtge-

brauch. Mit der Tiefenfluoridierung beschreitet HUMANCHEMIE einen grundsätzlich anderen Weg. Der Begriff „Tiefenfluoridierung“ und das Imprägnierungsverfahren selbst stammen von ORCA-Preisträger und Ehrenmitglied Prof. Dr. Dr. med. dent. h.c. A. Knappwost (Universität Hamburg, früher Tü-



bingen). Ziel ist es, den für die Remineralisation notwendigen Ausgleich des Defizits an OH-Ionen durch strukturell gleichwertige F-Ionen zu erzeugen. Dann fällt sog. Remineralisationsapatit aus. Allein darauf beruht die kariesprophylaktische Wirkung der Fluoride. Durch Tiefenfluoridierung tritt eine Fällung von höchstdispersen Kalziumfluorid und Magnesiumfluorid in die Tiefe der Poren der Auflockerungszone der Zahnhartsubstanz ein. Dies geschieht durch eine direkt aufeinander folgende Doppeltouchierung ohne zu trocknen. Der Patient kann sofort essen. Im Gegensatz zu der Anwendung üblicher Fluoride wird dem Zahnmineral kein Kal-

*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, HKV nur 20 Sek. Muster bitte anfordern!

**Dr. Ihde Dental GmbH**

Erfurter Str. 19 + 05396 Echting/München  
Tel. 069/219761-0 + Fax: 069/219761-33 + E-Mail: info@ihde-dental.de

Bitte fordern Sie unseren Gesamtkatalog an!



zium entzogen. Ausführliche Informationen bei

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

**Zahnaufhellung –  
der professionelle Weg zum Weiß**

Parallel zu den Fachdentals in den einzelnen Bundesländern veranstaltet Ivoclar Vivadent Workshops zum Thema „Zahnaufhellung“. Die Veranstaltungen richten sich an das Praxisteam.

In den eineinhalb Stunden dauernden Workshops werden folgende Themen behandelt:

- das Bleichen von vitalen Zähnen,
- Indikation und Grenzen des Bleaching,
- Lösungen zur Linderung von Oberempfindlichkeiten,
- Wirkungsweise und Anwendung von Bleachingmaterialien,
- Dokumentation, Aufklärung und Kommunikation mit dem Patienten,
- Workshop mit Produkten verschiedener Hersteller.



**Termine**

- 09.09. Hamburg, Mercure Hotel
  - 16.09. Düsseldorf, Schellenburg Hotel
  - 23.09. Leipzig, NH Hotel
  - 21.10. Stuttgart, Kongresszentrum Messe
  - 28.10. Berlin, Villa Kastania Hotel
- Jeder Teilnehmer erhält eine Packung VivaStyle Paint on Plus oder VivaStyle 30% sowie ein Infopaket mit Bleaching-Abrechnungsempfehlungen, eine Broschüre zum Thema Umsatzsteuer sowie ein VivaSens Testpack. Die Teilnahmegebühr beträgt 45,- € pro Person. Die Veranstaltung erhält nach BZÄK und DGZMK zwei Fortbildungspunkte.

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

**Zahnstein schonend entfernen**

PerioScan ist der erste Ultraschallsclaler, mit dem Konkremete erkannt und auch entfernt werden können. Bei der Standard-Zahnsteinentfernung, der professionellen Zahnreinigung oder der Vorbereitung einer Parodontitisbehandlung arbeitet das Gerät sehr substanzschonend. Patienten legen zunehmend Wert auf eine minimalinvasive Behandlung. Mit dem PerioScan kann man auch bei tiefen Zahnfleischtaschen, also bei sol-



chen um die fünf Millimeter, noch geschlossen behandeln. Das neue Ultraschallsystem besteht aus einer kompakten Steuer- und Auswerteeinheit, einem ergonomisch geformten Handstück und dem Fußschalter. Bei der PerioScan-Vollversion, deren Markteinführung bevorsteht, wird eine Sensorelektronik zwischen Konkrementen und Zahnhartsubstanz unterscheiden können: Die Auswertungssoftware erkennt die jeweils berührte Oberfläche am Schwingungsmuster. Per Fußschalter kann der Behandler nun vom Detektions- in den Therapiemodus wechseln. Um die Zahnsubstanz zu schonen, gilt es vor allem eine Übertherapie zu vermeiden. Der PerioScan ist deshalb in der Abtragekraft stufenlos einstellbar.

*Sirona Dental Systems GmbH  
Fabrikstr. 31  
64625 Bensheim  
E-Mail: contact@sirona.de  
Web: www.sirona.de*

**Aktuelle Neuerscheinung 2006:  
Erfolgreiche Praxisführung mit  
Balanced Scorecard**

Kontinuierliche Einschränkungen im Gesundheitswesen und ständig neue gesetzliche und institutionelle Auflagen

gefährden zusätzlich die wirtschaftliche Basis eines selbstständigen Praxisinhabers. Denken Sie nur an die Verpflichtung zu einem professionellen Qualitätsmanagement oder an die neuen Bankenrating-Richtlinien. Auch die Patienten sind von den aktuellen Festzuschussregelungen irritiert und verschreiben ihre Zahnarztbesuche. Höchste Zeit, um etwas zu tun? Jetzt gibt es die Lösung: Das neue, bei der Oemus Media AG erschienene Buch „Die Balanced Scorecard (BSCmed) – als Managementinstrument in der Zahnarztpraxis“, Herausgeber Prof. Dr. Helmut Börkircher, Ötisheim-Schönenberg. Dieses Buch und die beiliegende Software basieren auf einem Kennzahlensystem, das Ihnen die Chance gibt, frühzeitig Fehlentwicklungen zu erkennen und somit entgegenzusteuern. Bisher wurden Praxen eher über finanzwirtschaftliche Kennzahlen bewertet, welche die Vergangenheit beschreiben und deshalb zu wenig zukunftsorientiert sind. Die Balanced Scorecard-Methode hingegen ist ein wirksames, zukunftsorientiertes Management- und Führungsinstrument und bedeutet so viel wie ausgewogenes Kennzahlensystem.

Ausgewogen deshalb, weil neben dem Bereich Finanzen noch weitere Schwerpunkte (Mitarbeiter, Patienten, Prozesse



und zusätzlich die Perspektive Privat) in Betracht gezogen werden. Die beiliegende Vollversion myBSCmed Software (gültig bis 31.12.2006) dient der sofortigen Umsetzung der Balanced Scorecard-Theorie in die Praxis und ermöglicht zugleich eine individuelle Anpassung an die unterschiedlichen Bedürfnisse. Für nur 19,90 Euro zzgl. Versand können Sie das Buch und die CD unter folgender Adresse bestellen:

*Oemus Media AG  
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig  
E-Mail: grasse@oemus-media.de  
Web: www.oemus-media.de*

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

# „Hygiene in der Zahnarztpraxis nach RKI-Richtlinien“

Der neue Hygieneplan der Bundeszahnärztekammer enthält klare Vorgaben für die Durchführung und Dokumentation der Hygienemaßnahmen und ist somit unentbehrlich für jede Praxis. Auf Grund der Aktualität der Problematik bietet die Oemus Media AG mit Frau Iris Wälter-Bergob, bekannt als renommierte Referentin auf diesem Gebiet, vier Spezialseminare an.

Während dieser Veranstaltungsreihe in Dresden am 13.09.2006, Halle (Saale) am 20.09.2006, Berlin am 27.09.2006 und Leipzig am 29.9.2006, jeweils von 14.30 Uhr bis 19.30 Uhr, werden die Teilnehmer ausführlich über Besonderheiten und Wichtigkeiten der RKI-Richtlinien, den neuen Hygieneplan, Praxisbegehung, Anwender- und Betreiberpflichten, Aufbereitung der Medizinprodukte, Sterilisation, Chargenkontrollen, Lagerung sowie die Dokumentationspflicht und über Arbeitsanweisungen informiert.

Der Seminarinhalt im Überblick:

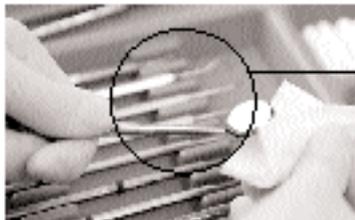
- Aktuelle RKI-Richtlinien
- Vorbereitung auf die Praxisbegehung

- Verhalten bei Kontrollbesuchen
- Diverse Checklisten
- Dokumentation.

Den Teilnehmern wird eine äußerst informative Veranstaltung geboten, die das Praxisteam sich nicht entgehen lassen sollte. Sie entspricht den Leitsätzen und Empfehlungen der KZBV vom 23.09.2005 einschließlich der Punktebewertungsempfehlung des Beirates Fortbildung der BZÄK vom 14.09.2005, gültig ab 01.01.2006. Bis zu 4 Fortbildungspunkte können vergeben werden.

*Info/Anmeldung:*  
 Oemus Media AG  
 Holbeinstr. 29  
 04229 Leipzig  
 Tel.: 03 41/4 84 74-3 09  
 Fax: 03 41/4 84 74-2 90  
 E-Mail: event@oemus-media.de

ANZEIGE



## HYGIENE

### in der Zahnarztpraxis nach RKI-Richtlinien

13.09.06 Dresden

20.09.06 Halle (Saale)

27.09.06 Berlin

29.09.06 Leipzig

#### EINLEITUNG

Zahnarztpraxen sind neuerdings angewiesen, ihre medizinischen Instrumente noch genauer zu desinfizieren und zu sterilisieren. Dieses Ziel verfolgt der Gesetzgeber mit dem überarbeiteten Medizinproduktegesetz (MPG).

Die OemusMedia AG veranstaltet in verschiedenen Städten dazu Seminare für Zahnärzte, Implantologen, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen und Kieferorthopäden.

Es wird über die Vorbereitung der Praxisbegehung, die neue Aufbereitung von Medizinprodukten, RKI-Richtlinien und das Verhalten bei Praxisbegehungen referiert.

#### INHALT UND ABLAUF:

REFERENTIN: Iris Wälter-Bergob/Wärthsee

- Aktuelle RKI-Richtlinien
- Vorbereitung auf die Praxisbegehung
- Verhalten bei Kontrollbesuchen
- Diverse Checklisten
- Dokumentation

Beginn: 14.30 Uhr

Pause: 16.00 Uhr bis 16.30 Uhr

Ende: ca. 19.00 Uhr bis 19.30 Uhr

#### ORGANISATORISCHES

TEILNEHMERGEBÜHR: 99,- €  
 inkl. Tagungspauschale zzgl. MwSt.

VERANSTALTER:  
 OEMUSMEDIA AG  
 Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig  
 Tel.: 03 41/4 84 74-3 09  
 kontakt@oemus-media.de

ZIMMERBUCHUNG  
 PFS – Prime Reservation Service  
 Ansprechpartner: Frau Katrin Menzhäuser  
 Tel.: 02 11/51 35 90-61  
 Fax: 02 11/51 35 90-62  
 E-Mail: Menzhäuser@prime-con.de

#### FORTBILDUNGSPUNKTE

Die Veranstaltung entspricht den Leitsätzen und Empfehlungen der KZBV vom 23.09.05 einschließlich der Punktebewertungsempfehlung des Beirates Fortbildung der BZÄK vom 14.09.05 und der DGZMK vom 24.10.05, gültig ab 01.01.06.  
 Bis zu 4 Fortbildungspunkte.

### Anmeldeformular per Fax an 03 41/4 84 74-2 90

Für das Symposium „Hygiene in der Zahnarztpraxis nach RKI-Richtlinien“ am

- 13.09.06 in Dresden
- 20.09.06 in Halle (Saale)
- 27.09.06 in Berlin
- 29.09.06 in Leipzig

melde ich folgende Personen verbindlich an:

Name/Nomame/Tätigkeit

Name/Nomame/Tätigkeit

Name/Nomame/Tätigkeit

Praxisstempel

Datum/Unterschrift

E-Mail:

DHJ 300

#### ACHTUNG:

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen entnehmen Sie bitte unter [www.oemus.com](http://www.oemus.com)

### 3. Oral-B Symposium in der Alten Oper in Frankfurt am Main

#### „Mundgesundheit im Alter – Herausforderungen und Chancen“

*Volle Publikumsränge und ein lehrreiches Bühnenprogramm: Mehr als 800 Zahnärzte und Praxisteams besuchten am 13. Mai 2006 das 3. Oral-B Symposium in der Alten Oper in Frankfurt am Main, um Neues über die Älteren zu erfahren.*

REDAKTION



Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa

„Mundgesundheit im Alter – Herausforderungen und Chancen“ berichtete dabei auf informative und unterhaltsame Art rund um Themen der Gerostomatologie, die auf Grund der demographischen Entwicklung in Deutschland immer mehr an Bedeutung gewinnt. Unter dem wissenschaftlichen Vorsitz von Chairman Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa, Charité Berlin, Campus Benjamin Franklin, informierten renommierte Referenten über jüngste Erkenntnisse aus dem Bereich der Alterszahnheilkunde – und gaben wertvolle Tipps zur Umsetzung in der täglichen Praxis.

„Trotz des zunehmenden Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung ist die zahnmedizinische Versorgung von Seniorinnen und Senioren lange Zeit ein wenig beachtetes Problem geblieben“ – so eine Botschaft im schriftlichen Grußwort von Bundesfamilienministerin Dr. Ursula von der Leyen an die Teilnehmer des 3. Oral-B Symposiums. „Nehmen Sie die Herausforderung des demographischen Wandels an“, forderte die prominente CDU-Politikerin darin weiter, und Prof. Dr. Andreas Kruse vom Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg und Vorsitzender der Sachverständigenkommission „Alter“ der Deutschen Bundesregierung, appellierte in seinem Vortrag während der Veranstaltung ebenfalls: „Die ältere Generation muss verstärkt in den gesellschaftlichen Mittelpunkt gestellt werden!“

Denn die sich verändernde Altersstruktur in Deutschland und anderen westlichen Ländern lässt die zahnärztliche Praxis nicht außen vor – auch hier gewinnt die Gruppe der Patienten „50+“ immer mehr an Bedeutung. Grund

für Prophylaxe-Experte Oral-B nach den erfolgreichen Symposien in den Jahren 2002 zur Kinderprophylaxe und 2004 zum Einfluss der Mundgesundheit auf die systemische Gesundheit jetzt gemeinsam mit der blind-a-med-Forschung und in Kooperation mit dem Arbeitskreis Gerostomatologie der DGZMK die Gruppe der älteren Patienten in den Fokus zu stellen. „Mundgesundheit im Alter – Herausforderungen und Chancen“, lautete das Thema, das am 13. Mai 2006 mehr als 800 Teilnehmer in die Alte Oper nach Frankfurt am Main lockte. „Wir möchten Informationen nicht rein akademisch, sondern vielmehr praxisbezogen weitergeben“, kündigte Jörg Scheffler, Professional Manager Procter & Gamble Oral Care, in seiner Begrüßung das mit 6 Fortbildungspunkten dotierte Vortragsprogramm an.

Acht renommierte Redner, allesamt Vorreiter in der universitären Forschung bzw. der zahnmedizinischen Praxis, beschrieben daraufhin die allgemeine demographische Entwicklung in Deutschland, deren Einfluss auf das Patientenkontext, altersgerechte Strategien in der konservierenden und prothetischen Behandlung älterer Patienten sowie Prophylaxekonzepte und Richtlinien zur Umsetzung für die Praxis. „Wie für die gesamte Altersmedizin inzwischen gültig, geht man auch für die Mundhöhle davon aus, dass das normale, physiologische Altern zu weit weniger starken funktionellen Einbußen führt als bisher angenommen, und dass auch der Zahnverlust nicht mehr unbedingt ein Attribut des älteren Menschen sein muss“, berichtete dabei Prof. Dr. med. Werner Götz, Zahnklinik, Poliklinik für Kieferorthopädie, Oralbiologische Grundlagenforschung, Universität Bonn. Davon abzugrenzen seien jedoch systemische Alterskrankheiten, die sich auf die Mundhöhle auswirken können, sowie lokale orale Erkrankungen, für die im Alter ein erhöhtes Risiko besteht, wie z.B. Wurzelkaries, Mundtrockenheit oder bösartige Neubildungen. Speziell über Fehl- und Mangelernährung von Betagten und Hochbetagten referierte anschließend Prof. Dr. med. Cornel Sieber vom Klinikum Nürnberg-Nord: „Während der Magen-Darm-Trakt nur unbedeutend altert, sind Veränderungen und Pathologien im Bereich des Mundes praktisch obligat, wenn nicht spezifisch präventiv vorgegangen wird.“ Ohne einen gut funktionierenden Kauapparat werde wiederum meist zu wenig und qualitativ nicht ausbalanciert gegessen.

Über die Herausforderung für das Praxisteam, Patienten vom Baby bis zum 100-Jährigen zu betreuen, berichtete Priv.-Doz. Dr. Ina Nitschke, MPH Bereich Seniorenzahnmedizin, Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde, Universität Leipzig, sowie Präsidentin des Arbeitskreises Gerostomatologie in der DGZMK. In ihrem Beitrag gab sie viele praktische Tipps zum Umgang mit dem älteren Patienten – von der altersgerechten Gesprächsführung, über die sensible Terminvergabe, überschaubare Kostenvereinbarungen unter Einbeziehung weiterer Personen bis zur adäquaten Gestaltung der Praxisräume. Dr. Ralf Rössler von der Universitätsmedizin Berlin, Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie, Charité Berlin, Campus Benjamin Franklin, verwies wiederum auf den bislang ebenfalls unterschätzten Bereich der häuslichen Prophylaxe. Immerhin sei heute ein 60-Jähriger durchschnittlich noch für weitere 26 Jahre Patient der Praxis. „Dafür ist die Entwicklung eines individuellen Prophylaxe-Konzeptes sowohl häuslich als auch für die Praxis notwendig.“ Die täglichen Maßnahmen zur Mundhygiene seien in jedem Alter sowohl für die „Mundgesundheit“ als auch für die „allgemeine Gesundheit“ von großer Bedeutung: „Die Zahnbürste, elektrisch oder manuell, bleibt hier das Hilfsmittel der ersten Wahl.“

Die Zähne älterer Patienten aus Sicht der prothetischen Zahnheilkunde beschrieb Prof. Dr. Frauke Müller von der Section Medicine Dentaire, Division de Gérontologie et Protèse adjointe, Universität Genf, sowie Vorstandsmitglied im European College of Gerodontology. Sie ver-



Jörg Scheffler, Prof. Dr. Frauke Müller, Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa, Dr. Cornelius Haffner, Priv.-Doz. Dr. Ina Nitschke, Prof. Dr. Christoph Benz, Prof. Dr. med. Werner Götz, Dr. Dieter Langsch (v.l.n.r.)

wies darauf, dass auch die letzten Zähne noch unbedingt zu erhalten seien. „Es gibt eine große emotionale Bindung an die letzten eigenen Zähne.“ Für die prothetische Behandlung wiederum sei ein Plan zu erstellen und insbesondere auf eine altersgerechte Gestaltung zu achten – so sollte eine Teilprothese ein einfaches, konsequentes Design, eine glatte Oberfläche, ausreichend stabile Elemente und Herausnehmhilfen aufweisen sowie erweiterbar sein. Den Zähnen älterer Patienten speziell aus Sicht der konservierenden Zahnheilkunde widmete sich



Blick ins Podium

im Anschluss Prof. Dr. Christoph Benz von der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Universität München. Als Vizepräsident des Arbeitskreises für Gerostomatologie verwies er darauf, dass die Vorstellung, die Welt ohne eigene Zähne verlassen zu müssen, nicht haltbar sei. „Der alte Mund ist kein Elendsgebiet. Immer mehr Menschen haben immer mehr eigene Zähne.“ Allerdings müssten wichtige Informationen zur Zahnpflege noch besser an den älteren Patienten herangetragen werden. Und insbesondere bei Pflegebedürftigen in Heimen würden Zähne schnell zum „Problem-Magneten“ werden – hier müsse verstärkt mobil gedacht und gehandelt werden, doch seien Zahnärzte für diese Aufgaben derzeit nicht richtig ausgebildet, mahnte er. Als letzter Referent stellte Kollege Dr. Cornelius Haffner, ebenfalls von der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Universität München, in einem Gastvortrag ein mit dem Deutschen Präventionspreis 2005 prämiertes Gruppenprojekt als mögliche Lösung vor: Dieses „Duale Konzept“ bietet Pflegebedürftigen eine zahnmedizinische Versorgung durch Prävention – bestehend aus einer Schulung der Pflegekräfte zur besseren Durchführung der täglichen Mundhygiene und einer regelmäßigen Prophylaxebetreuung vor Ort – und Therapie, die auf dezentral-tätige „Patenzahnärzte“ und Kompetenzzentren für komplexere Behandlungen aufbaut. Unter dem Motto „Humor hilft Heilen“ konnte schließlich auch noch der bekannte Mediziner-Comedian Dr. Eckhardt von Hirschhausen wichtige Hinweise zum täglichen Umgang miteinander beisteuern – mal lustig, mal besinnlich, aber immer lehrreich stellte er seine Sicht auf den Alltag dar, und der Mund spielte dabei eine zentrale Rolle: „Humor beginnt mit einem Lächeln!“ Dass man damit auch Geld verdienen darf, sei selbstverständlich, immerhin sehe er durchaus einen Zusammenhang von „Kaukraft und Kaufkraft“. Vom abwechslungsreichen Vortragsprogramm im eleganten Ambiente der Oper dürften letztlich alle Teilnehmer profitiert haben, womit sich auch die einführenden Worte von Chairman Prof. Dr. Andrej M. Kielbassa nach dem 3. Oral-B Symposium erfüllt hatten: „Ich bin überzeugt, dass Sie alle von dieser Veranstaltung wichtige Informationen mitnehmen werden!“

# Prophylaxe im Fokus

## 9. DEC Dentalhygiene-Einsteiger-Congress am 17./18. November 2006 in Berlin



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 gezielte Stärkung des Praxisteams durch Schulung und Übertragung von Kompetenzen werden zusätzlich günstige Voraussetzungen für den Praxiserfolg geschaffen. Im Zentrum der Betrachtungen des 9. DEC Dentalhygiene-Einsteiger-Congresses, der in diesem Jahr gemeinsam mit der 23. Jahrestagung des BDO und dem 10. LEC Laserzahnheilkunde-Einsteiger-Congress am 17./18. November im neuen Maritim-Hotel Berlin stattfindet, stehen daher Präventions- und Therapiestrategien zur Vermeidung bzw. Behandlung kariöser und parodontaler Erkrankungen. Die zahlreichen wissenschaftlichen Vorträge, Seminare und Workshops widmen sich nahezu allen Facetten dieser Problematik und geben ausreichend Gelegenheit, genannte Parameter für

einen dauerhaften Behandlungserfolg in der Zahnheilkunde im Allgemeinen und speziell für die Parodontologie und Prophylaxe zu diskutieren.

Die Themenpalette reicht von Diagnostik und Dokumentation in der Prophylaxe und Parodontologie, professioneller Zahnreinigung sowie Abrechnung vertraglicher und außervertraglicher Prophylaxe- und Dentalhygiene-Leistungen bis hin zur optimalen Patientenberatung und Leitfäden in der Praxishygiene. Seitens Industrie und Referenten wird den Teilnehmern eine umfassende Informationsplattform geboten, da vermitteltes Wissen später in einzelnen Workshops umgesetzt und im Detail diskutiert werden kann. 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 2007 „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. Die Veranstaltung entspricht den Leitsätzen und Empfehlungen der KZBV vom 23.09.2005 einschließlich der Punktebewertungsempfehlung des Beirates Fortbildung der BZÄK vom 14.09.2005 und der DGZMK vom 24.10.2005, gültig ab 01.01.2006. Bis zu 16 Fortbildungspunkte können vergeben werden.

Bitte senden Sie mir nähere Informationen zum Programm des 9. DEC zu:

**Fax: 03 41/4 84 74-2 90**

Praxisstempel

E-Mail

Weitere Informationen zum Programm erhalten Sie unter  
Tel.: 03 41/4 84 74-3 09  
[www.oemus.com](http://www.oemus.com)

*Korrespondenzadresse:*

*Oemus Media AG*

*Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig*

*E-Mail: [event@oemus-media.de](mailto:event@oemus-media.de), Web: [www.oemus.com](http://www.oemus.com)*





# Wrigley Prophylaxe Preis 2006

## Verleihung auf der 20. Jahrestagung der DGZ in Mainz

*Der mit 8.000 Euro dotierte Wrigley Prophylaxe Preis wurde zum 13. Mal im Rahmen der 20. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) vom 11. bis 13. Mai 2006 in Mainz verliehen. Wrigley Oral Healthcare Programs fördert mit dem renommierten Wissenschaftspreis die Forschung und Umsetzung innovativer Programme in der präventiven Zahnmedizin.*

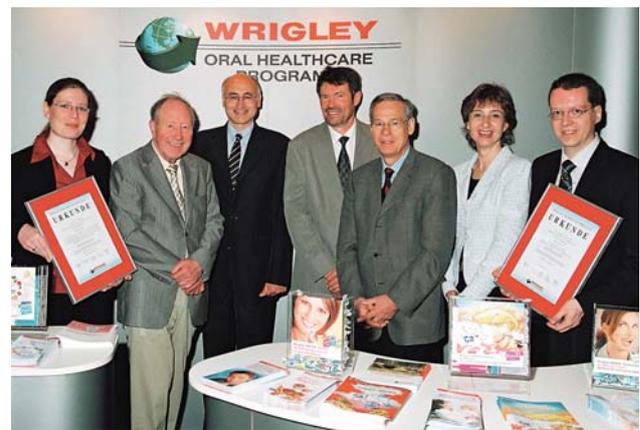
REDAKTION

Nach dem übereinstimmenden Urteil der Jury gingen dieses Jahr 13 hochwertige Bewerbungen ein. Die langjährig etablierte wissenschaftliche Jury, bestehend aus dem amtierenden DGZ-Präsidenten Prof. Dr. Hans-Jörg Staehle (Heidelberg), Prof. Dr. Joachim Klimek (Gießen), Prof. Dr. Klaus König (Nijmegen, Niederlande), Prof. Dr. Lutz Stößer (Jena) und als Vertreter der Krankenkassen Dietmar Knappe (Siegburg), lobten vor allem die vielen innovativen Konzepte und die gute Darstellung der in diesem Jahr eingereichten Arbeiten.

Die Wahl der Juroren fiel auf zwei Bewerber, die sich die Auszeichnung und das Preisgeld von 8.000 Euro teilen: Dr. Nadine Schlüter aus der Arbeitsgruppe von Privat-Dozentin Dr. Carolina Ganß (Poliklinik für Zahnerhaltungskunde und Präventive Zahnheilkunde der Universität Gießen) für ihre Studie über den Einfluss von Pepsin auf das Fortschreiten von Dentinerosionen und die Wirksamkeit von Fluoridierungsmaßnahmen sowie Dr. Andreas Lamanda aus der Arbeitsgruppe von Prof. Dr. Adrian Lussi, der an der Klinik für Zahnerhaltung der Universität Bern das menschliche Protein-Puffer-System im Speichel untersuchte.

### *Magenenzyme können Einfluss auf Zahnerosionen haben*

Patienten, die an Reflux oder Bulimie leiden, haben oft sehr ausgeprägte erosive Schäden an den Zähnen, die zum Teil weit bis in das Dentin reichen und schnell vorschreiten. Erosive Mineralverluste führen im Dentin zur Exposition der organischen Matrix, die eine wichtige Rolle bei De- und Remineralisierungsvorgängen spielt. Enzyme, die diese Matrix degradieren können, wie Pepsin, gelangen bei Patienten mit chronischem Erbrechen regelmäßig in die Mundhöhle. Dr. Nadine Schlüter konnte in ihrer Studie zeigen, dass Pepsin tatsächlich in der Lage ist, die organische Matrix im Dentin zu degradieren. Diese Degradation hatte im vorliegenden Versuch zwar keinen Einfluss auf die Progression eines säurebedingten Mineralverlustes, jedoch waren Fluoride nach der Einwirkung von Pepsin nicht mehr wirksam. Auf Grund der vorliegenden Ergebnisse wäre es wünschenswert, zusätzliche präventive Strategien zu



*Wrigley Prophylaxe Preis-Verleihung 2006 (von links:) Preisträgerin Dr. Nadine Schlüter (Gießen). Die Juroren: Prof. Klaus König (Nijmegen), Prof. Hans-Jörg Staehle (Heidelberg), Prof. Joachim Klimek (Gießen), Prof. Lutz Stößer (Jena), Jutta Reitmeier (Wrigley Oral Healthcare Programs), Preisträger Dr. Andreas Lamanda (Bern).  
Foto: Wrigley Oral Healthcare Programs.*

entwickeln, die die Wirkung von Pepsin im Mund hemmen.

### *Erster Schritt in Richtung naturidentischer Speichelersatz*

Dr. Andreas Lamanda hat sich in seiner Forschungsarbeit der Entwicklung eines synthetischen Protein-Puffer-Systems und einer neuen Titrations-Analyse-Methode gewidmet. Speichel puffert den pH-Wert in der Mundhöhle und schützt die Zähne vor Säure. Patienten, die an reduziertem Speichelfluss (Xerostomie) leiden – beispielsweise infolge einer Strahlentherapie oder auf Grund von Arzneimittelnebenwirkungen –, entwickeln innerhalb kürzester Zeit Karies. Zwei der drei Puffersysteme, die es in der Mundhöhle gibt – das Carbonat- und das Phosphat-System – sind gut erforscht, nicht jedoch das dritte – das Protein-Puffer-System. Die von Dr. Lamanda in seiner Studie ausgewählten Proteine puffern genau in dem Bereich, in dem das Phosphat- und Carbonat-System keine Wirkung mehr zeigt. Durch die Identifizierung dieses dritten, hochpotenten Protein-Puffers sei ein bahnbrechender erster Schritt in Richtung eines synthetischen Speichels gemacht, betonte Lamanda. Denn durch eine

wirksame Speichelsubstitutionstherapie könnte künftig bei Patienten mit Xerostomie eine Kariesentwicklung erfolgreich verhindert werden.

### *Anhebung der Preisdotierung für 2007 auf 10.000 Euro*

Der Wrigley Prophylaxe Preis zählt nicht zuletzt auf Grund seiner langen Tradition zu den wichtigsten Prophylaxeauszeichnungen in Deutschland.

„Das Interesse an unserer Ausschreibung ist ungebrochen hoch. Jahr für Jahr wird eine große Zahl an hervorragenden Arbeiten eingereicht, die den Gedanken der Prophylaxe in Wissenschaft und Praxis voranbringen“, freute sich Jutta Reitmeier, Leiterin Wrigley Oral Healthcare Programs Deutschland, auf dem Empfang zu Ehren

der diesjährigen Preisträger auf der DGZ-Jahrestagung in Mainz.

„Um die Bedeutung des Preises weiter zu stärken, haben wir uns entschlossen, die Gesamtprämie ab dem kommenden Jahr auf 10.000 Euro anzuheben.“ Teilnahmebedingungen für den Wrigley Prophylaxe Preis

2007 können Sie anfordern bei: kommed, Dr. Bethcke, Ainmillerstr. 34, 80801 München (Fax: 0 89/33 03 64 03) und sind unter [www.wrigley-dental.de](http://www.wrigley-dental.de) einsehbar. Ein-sendeschluss ist der 1. März 2007.



## *2. Internationale Frühjahrstagung der DGÄZ brillierte mit Ästhetik, Wissenschaft und Praxistipps*

*Er gratulierte in seinen Eröffnungsworten zu dieser außergewöhnlichen Veranstaltung und bezeichnete sie als „Highlight im Fortbildungsangebot“: DGZMK-Vizepräsident Dr. Bernhard Fuchs war offenkundig stolz auf dieses junge Kind unter dem Dach der deutschen Zahnmedizinischen Wissenschaft. Die DGÄZ erfülle die Erwartungen an Wissenschaft und praxisnahe Fortbildung, das Thema Ästhetik sei zudem ein großes interdisziplinäres Bindeglied in der Zahnheilkunde.*

### REDAKTION

Bei der DGÄZ seien die gemeinsamen Anliegen in den besten Händen, sagte Dr. Fuchs, und er freue sich sehr auf die exzellenten Referenten des Tagungs-Programms. Nicht nur die Referenten – auch die über 500 Teilnehmer machten dem Titel der Veranstaltung „2. Internationale Jahrestagung“ alle Ehre: Aus 17 Ländern waren sie zum Symposium „Rot trifft Weiß“ vom 5. bis 7. Mai 2006 an den Tegernsee gereist und hörten Top-Referenten aus Italien, Israel, Großbritannien, der Türkei und der Schweiz. Das Team um Dr. Siegfried Marquardt, Vorstandsmitglied

der DGÄZ und Inhaber der Z.a.T., dem Fortbildungsinstitut Zahngesundheit am Tegernsee, hatte passend zum Thema für einen attraktiven rot-weißen Rahmen gesorgt, vor allem aber für ein herausragendes Programm: Die Referenten gehörten zur Crème de la Crème der internationalen Ästhetik, viele sind zudem Vorstandsmitglied der bewusst extrem anspruchsvollen European Academy of Esthetic Dentistry (EAED). Sie lieferten sich einen olympiareifen Wettstreit an Zahnmedizinischer Leistung – ohne dabei die Zuhörer zu vergessen, die auch Einfaches und Brauchbares für ihre Praxis mitnehmen wollten. Die Praktiker kamen vielfach zu ihrem Recht, und wer am Abschluss-Sonntag das schöne Wetter zu Gunsten der Live-OP mit Dr. Ueli Grunder opferte, konnte miterleben: Auch die Top-Meister der Branche haben nicht nur Superfälle, sondern müssen im Alltag an ganz normalen Patientenfällen zeigen, was sie drauf haben. Dass sich hier und nicht nur bei den oskarreife Diashows der echte wahre (und mutige) Meister zeigt, war beeindruckend mitzuerleben. Wer sich auch diesen Programmpunkt noch gegönnt hatte, ist ganz sicher um viele Anregungen bereichert nach Hause gefahren.

### *Anmerkung der Redaktion:*

Leider hat sich in der Marktübersicht der Ausgabe 2/2006 des Dentalhygiene Journals ein Fehler eingeschlichen: Die Zahnbürste Ultrasonex Phaser wird von der Dent-o-care Dentalvertriebs GmbH vertrieben und nicht von der Gillette Gruppe Dtl. GmbH & Co. OHG.



## Kongresse, Kurse und Symposien

Datum	Ort	Veranstaltung	Thema	Info/Anmeldung
08./09. 09. 2006	Leipzig	3. Leipziger Forum für Innovative Zahnmedizin	Aktuelle Standards der minimalinvasiven Implantologie – innovative und patientenorientierte Behandlungsmethoden von Strukturerhalt bis Sofortimplantation	Tel.: 03 41/4 84 74-3 08 Fax: 03 41/4 84 74-3 90
13./14. 10. 2006	München	4. Jahreskongress der DGZI für die Implantologische Assistenz		Tel.: 03 41/4 84 74-3 08 Fax: 03 41/4 84 74-3 90
14. 10. 2006	Stuttgart	Team Approach Tag	Prophylaxekonzept, Ernährungslenkung, Mikrobiologie, Bleaching	Tel.: 07 11/28 04 09-19 Fax: 07 11/2 80 40-14
26.–28. 10. 2006	München	47. Bayerischer Zahnärztetag	Funktionsanalyse, -therapie und Kiefergelenk	Tel.: 03 41/4 84 74-3 08 Fax: 03 41/4 84 74-3 90
04. 11. 2006	Dresden	Symposium Orofaziales Syndrom		Tel.: 03 41/4 84 74-3 08 Fax: 03 41/4 84 74-3 90
17./18. 11. 2006	Berlin	9. DEC Dentalhygiene-Einsteiger-Congress	Dentalhygiene	Tel.: 03 41/4 84 74-3 08 Fax: 03 41/4 84 74-3 90
17./18. 11. 2006	Dresden	15. Deutscher Kongress für Präventive Zahnheilkunde	Zahnheilkunde 2006 – ... sind unsere Therapie-konzepte noch zeitgemäß?	Tel.: 0800/3 08 00 30
18. 11. 2006	Berlin	Seminar „Die Erfolgspraxis“	Praxismanagement und -marketing	Tel.: 03 41/4 84 74-3 08 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@charite.de

Redaktionsleitung:

Katja Kupfer  
Tel. 03 41/4 84 74-3 27

Redaktion:

Kristin Urban · Tel. 03 41/4 84 74-3 25  
Antonia Köpp · 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 2006 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 Verfasseramen 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.





