

Erosionen und andere spezielle Defekte

Die Prävention muss

angepasst werden **Autor:** Dr. Gerhard Hetz

Die gängigen Prophylaxevorstellungen sind bisher ausgerichtet auf die Prävention der Karies bzw. deren Eindämmung, daneben wird die Parodontitis, wenn auch (leider) in geringerem Maße, mit einbezogen. In den Prophylaxesitzungen wird jedoch noch kaum auf neue Probleme eingegangen: keilförmige Defekte und Erosionen, beides Krankheitsbilder, die weder mit Karies noch mit Parodontitis zu tun haben und doch eine immer größere Relevanz erhalten. Daneben haben wir auch kein wirk-

lich passendes Konzept zur geriatrischen Zahnheilkunde bzw. der Prävention der typischen Alterskaries an den freiliegenden Wurzeloberflächen.

Wir haben also eine Ausweitung des Prophylaxebegriffs zu betreiben - Kinder und Jugendliche haben diese Probleme (noch) nicht so ausgeprägt, aber bei jungen Erwachsenen beginnt das Problem Erosion sehr drängend zu werden, und bei Erwachsenen mittleren Alters sind es

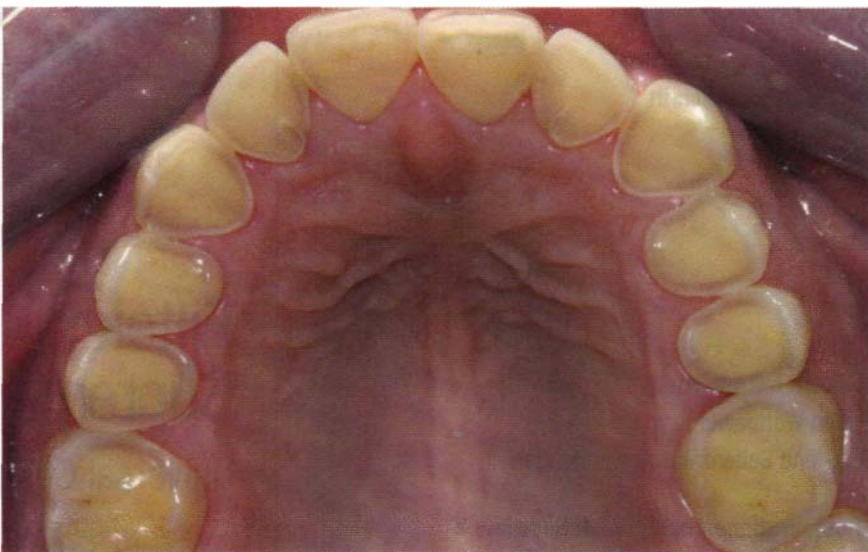
die keilförmigen Defekte sowie bei älteren Erwachsenen und Senioren ist es die Alterskaries nebst der dann ausgeprägten Parodontitis, um die man sich als Zahnarzt kümmern muss.

Und verbindend bei all diesen neuen Krankheitsbildern ist die zunehmende Fehlernährung die Hauptursache.

In der Parodontologie bzw. bei der Betreuung der Patienten muss auf diese neuen Krankheitsbilder Rücksicht genommen werden. Beispiel Erosion - zur Prävention dieses Massenphänomens (siehe Abb. 1.) sind ganz andere Prophylaktika einzusetzen, und diese interferieren nicht selten mit speziellen Prophylaktika der Parodontitis.



Leichte Erosion (Abbildung: GABA®)



Schwere Erosion (Abbildung: GABA®)

Diagnose und Risikofaktoren der Zahnerosion

Erosionen zeichnen sich dadurch aus, dass Zahnschmelz verloren geht - erste Anzeichen sind milchige Verätzungen, später gehen diese in flächige Verluste über. Für die Praxis ist das klinische Erscheinungsbild das wichtigste Merkmal für die Diagnose von Erosionen. Dies ist besonders in den Frühstadien einer erosiven Zahndestruktion von Bedeutung. Typische Zeichen einer Zahnschmelzerosion sind:

- > Das Auftreten eines glatten, seidenglänzenden und manchmal matten Zahnschmelzes bei intaktem Zahnschmelz am Zahnfleischrand
- > Dellenbildung auf den Okklusalfächern

In einer Studie in der Schweiz wurden 391 zufällig ausgewählte Personen bezüglich Erosionen untersucht (Lussi et al., 1991). 8 % der 26- bis 30-jährigen und 14% der 46- bis 50-jährigen zeigten mindestens eine vestibuläre Erosion bis ins Dentin. Diese Patienten hatten durchschnittlich vier befallene Zähne. Okklusale Erosionen waren noch häufiger. 30% der jüngeren und 43% der älteren Gruppe zeigten hier Erosionen mit Entblößung des Dentins. Palatinale Erosionen mit Dentinbeteiligung waren

Christine Baumeister

(Teil 1)

Parodontalbehandlung: Von der Erstdiagnostik bis zur Nachsorge

Nach den Ergebnissen der vierten Deutschen Gesundheitsstudie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) weisen etwa 30 % aller Erwachsenen und damit 15 Millionen Patienten die Zeichen einer fortgeschrittenen Parodontitis auf. Und wie immer im Leben hat jede schlechte Nachricht auch eine gute Seite: Das PAR-Risiko der Patienten steigt nämlich deshalb, weil die Erfolge der Prophylaxe dafür sorgen, dass die Menschen ihre Zähne einfach länger behalten. In diesem Beitrag und im Folgebeitrag (pi 2/2010) wird aufgezeigt, wie unter Berücksichtigung der Behandlungsrichtlinien und der

Bema-Leistungsbeschreibungen die PAR-Behandlung zu Lasten der GKV systematisch durchgeführt und korrekt abgerechnet werden kann.

VORAUSSETZUNGEN FÜR DIE PAR-THERAPIE ALS GKV-LEISTUNG

Ziel der Behandlung von Parodontitiden nach den PAR-Richtlinien ist es, die entzündlichen Erscheinungen zum Abklingen zu bringen, ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern sowie einem weiteren Al-

Beste Reinigung bei geringster Abrasion.



Wissenschaftlich bewiesen:

Das Putzprinzip der Pearls & Dents Pflegeperlen bietet die gründlichste Reinigung bei gleichzeitig geringsten Abrasionswerten. Effektiv aber sehr 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 entzündungshemmende Wirkstoffe wie Kamillenextrakte, Bisabolol und Panthenol für eine tägliche optimale Karies- und Parodontitis-Prophylaxe. RDA: 45

Pearls & Dents — besonders zu empfehlen

- für gesundheitsbewusste Zähneputzer
- bei Fissurenversiegelungen und Kunststofffüllungen, Kronen und Implantaten
- gegen Verfärbungen und Beläge durch Rauchen, Kaffee, Tee und Rotwein
- für Träger von Zahnspangen



Bestell-Fax: 0711 75 85 779-26

Bitte senden Sie uns:

- U kostenlose Fachinformationen für Zahnärzte
- | | kostenlose Proben und Patienteninformationen
- 1 | zum Sonderpreis für den Praxisverkauf:
_____ Kartons mit je zwölf 100ml Tuben
im praktischen Thekenaufsteller.

Praxisstempel

Datum / Unterschnfc

PI Heb 10

Dr. Liebe Nachf. GmbH & Co. KG
D-70746 Leinfelden-Echt. • Tel. 0711 7585779-11

Abrechnung

veolarknochenverlust und damit dem Zahnverlust vorzubeugen. Voraussetzung für die durchzuführende Parodontitistherapie ist das Fehlen von Zahnstein und sonstiger Reizfaktoren sowie die Anleitung des Patienten zur richtigen Mundhygiene. Entscheidend betont wird in den Richtlinien die Bedeutung der Mitarbeit des Patienten. Ist dieser dazu nicht bereit, hat der Zahnarzt die Behandlung abzubrechen und das Behandlungsziel neu zu bestimmen. Sowohl dieser Beitrag als auch die Fortsetzung in der *pi*Ausgabe 2/2010 beschäftigt sich aus abrechnungstechnischer Sicht mit folgenden Abschnitten der PAR-Behandlung:

- Erstdiagnostik/Vorbehandlung/Initialtherapie
- PAR-Diagnostik/Therapieplanung
- PAR-Therapie
- Sicherung des Behandlungserfolges/PAR-Nachsorge.

ERSTDIAGNOSTIK/VORBEHANDLUNG/ INITIALTHERAPIE

Beim ersten Patienten-Zahnarzt-Kontakt beginnen die zahnärztlichen Maßnahmen (mit Ausnahme von Akut- oder Notfällen) grundsätzlich mit der Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Als Bema-Position steht hierfür Nr. 01 (Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung) zur Verfügung.

Erhebung des parodontalen Screening-Index (PSI)

Bei der Untersuchung sollen die Befunde erheben werden. Sie umfasst die Erhebung des parodontalen Screening-Index (PSI). Hierfür wird Nr. 04 (Erhebung des PSI-Code) gerechnet. Der orientierenden Überblick über das Vorliegen und/oder die Schwere einer parodontalen Erkrankung sowie den Behandlungsbedarf. Bei Code 1 und 2 liegt eine Gingivitis, bei 3 und 4 eine (behandlungsbedürftige) Parodontitis vor. Eine Leistung nach Nr. 04 kann einmal in zwei Jahren abgerechnet werden.

Geb.-Nr. 105 Kürzel Mu

Die Erhebung des Screening-Index umfasst die Erhebung des Screening-Index (PSI) und die Erhebung des Screening-Index (PSI-Code) ab-107. Der PSI bietet einen orientierenden Überblick über das Vorliegen und/oder die Schwere einer parodontalen Erkrankung sowie den Behandlungsbedarf. Bei Code 1 und 2 liegt eine Gingivitis, bei 3 und 4 eine (behandlungsbedürftige) Parodontitis vor. Eine Leistung nach Nr. 04 kann einmal in zwei Jahren abgerechnet werden.

Leistungsbeschreibung

Lokale medikamentöse Behandlung von Scheimhauterkrankungen, Aufbringung von auf der Mundschleimhaut haftenden Medikamenten oder Behandlung von Prothesendruckstellen. Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches. Entfernen harter Zahnbeläge.

Hinweise

je Sitzung abrechnungsfähig

• fähig je Sitzung abrechnungsfähig

je Sitzung abrechnungsfähig
ABER: Das Entfernen harter Zahnbeläge ist pro Kalenderjahr nur einmal abrechnungsfähig

Röntgendiagnostik

Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört eine Röntgenuntersuchung, wenn die klinische Untersuchung für eine Diagnose nicht ausreicht oder bestimmte Behandlungsschritte dies erfordern. Der Röntgenbefund erfordert aktuelle - in der Regel nicht älter als sechs Monate - und auswertbare Röntgenaufnahmen. Hier kommen (vorzugsweise) Einzelaufnahmen (Rö-Status) oder OPG-Aufnahmen in Frage.

Ä

925 Röntgendiagnostik der Zähne

- a) bis zwei Aufnahmen
- b) bis fünf Aufnahmen
- c) bis acht Aufnahmen
- d) Status bei mehr als acht Aufnahmen

Ä 935

Orthopantomogramm sowie Panorama aufnahmen oder Halbseitenaufnahmen aller Zähne des Ober- und Unterkiefers

Die Darstellung beider Kiefer durch ein Orthopantomogramm schließt die gleichzeitige Anfertigung eines Rö-Status nach Nr. Ä 925d aus.

Neben den diagnostischen Leistungen stehen für akute Behandlungsmaßnahmen am Parodontium folgende GKV-Leistungen zur Verfügung: • **Entfernen von Reizfaktoren**

Vor dem Beginn der eigentlichen Parodontalbehandlung sind das Parodontium reizende, eine Parodontitis fördernde Faktoren zu beseitigen.

Hierzu gehören auch folgende Leistungen:

- Endodontie bei apikaler Aufhellung (Bema-Nrn. 28 bis 35),
- Extraktionen, wenn eine Verbesserung der parodontalen Situation am Nachbarzahn erwartet wird (z. B. X1 bis X3),

- das Beseitigen überstehender Füllungsrän- der (Nr. 106/sK) sowie
- Füllungen bei approximaler Karies (Nrn.13abisd).

• Mikrobiologische Diagnostik

Eine mikrobiologische Diagnostik (z. B. DNS-Son- dentest für die mikrobiologische Diagnostik von Markerkeimen der Parodontitis und Periimplanti- tis) sowie die lokale Antibiotikatherapie sind grundsätzlich nicht Bestandteil der vertrags- zahnärztlichen Versorgung.

Die Maßnahmen werden nach vorheriger schriftlicher Vereinbarung nach § 4 Abs. 5 BMV-Z bzw. § 7 Abs. 7 EKVZ privat berechnet. Die Berechnung des DNS-Son- dentests erfolgt nach der GOÄ-Nr. 298 (Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobio- logischen Untersuchung - gege- benenfalls einschließlich Fixierung) 17-27, 37-47 pro Entnahmestelle. Die Kosten für die Papierspitzen sind nicht zusätzlich berechenbar. Die Kosten für die Auswertung werden dem Patienten in der Regel direkt durch das mikrobiologische Labor in Rechnung gestellt.

Zahn	Geb.-Nr.	Anz.	Leistung	Faktor	Betrag
	100 405	1	Mundhygienestatus	2,3	25,87 €
		28	Entfernung harter und weicher Beläge	2,3	39,20 €
	407	4	Entfernung subging. Konkremente	1,0	24,76 €
	201	2	Behandlung überempfindlicher Zahnflächen	2,3	12,92 €
Gesamtbetrag					102,75 €

nahme vom 11.06.2004 folgende Auffassung: „Zur ausreichenden Vorbehandlungszeit wird die Auffassung vertreten, dass keine konkrete Vorbe- handlungszeit mehr nach den Richtlinien vorge- sehen ist. Entscheidend für den Gutachter ist das Fehlen von Zahnstein. **Da die Zahnsteinentfer- nung nur einmal im Jahr abrechnungsfähig ist, bedeutet dies in der Regel, dass zum Er- reichen der Zahnsteinfreiheit die profession- elle Zahnreinigung notwendig wird.** Da- durch kann auch die regelmäßige Mitarbeit des Patienten überprüft werden. Dem Gutachter ob- liegt es, während der körperlichen Begutachtung die Reizfaktorenfreiheit festzustellen.“

Für die Vorbehandlungssitzungen kommt folgende Berechnung in Frage:

Zahn	Geb.-Nr.	Anz.	Leistung	Faktor	Betrag
	100 405	1	Mundhygienestatus	2,3	25,87 €
		28	Entfernung harter und weicher Beläge	2,3	39,20 €
	407	4	Entfernung subging. Konkremente	1,0	24,76 €
	201	2	Behandlung überempfindlicher Zahnflächen	2,3	12,92 €
Gesamtbetrag					102,75 €

Professionelle Zahnreinigung (PZR)/Individu- alprophylaxe

Die Abrechnung einer PZR ist im Bema nicht gere- gelt und kann nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet werden. Dies gilt auch für die Individualprophylaxe bei Erwachsenen. Hierbei handelt es sich ebenfalls um „Selbstzah- lerleistungen“.

Für die Individualprophylaxe beim Erwachsenen sind die Leistungen nach der GOZ-Nr. 100 inner- halb eines Jahres einmal, die Leistungen nach der GOZ-Nr. 101 innerhalb eines Jahres dreimal be- rechnungsfähig. Die Leistungen umfassen die Er- hebung von Mundhygiene-Indizes, das Anfärben der Zähne, die praktische Unterweisung mit indi- viduellen Übungen und die Motivierung des Pati- enten.

Die Voraussetzungen für eine den Richtlinien ent- sprechende systematische Parodontitisbehand- lung können also oftmals nur dann geschaffen werden, wenn der GKV-Patient bereit ist, sich selbst an den Kosten einer Vorbehandlung bzw. an der Initialtherapie zu beteiligen. Hierzu vertre- ten die PAR-Gutachter der KZBV in einer Stellung-

Erläuterungen:

Nr. **100 GOZ**: einmal pro Jahr berechnungsfähig, bei weiteren Sitzungen innerhalb eines Jahres ist die Nr. 101 GOZ zu berechnen.

Nr. **405 GOZ**: diese Leistung umfasst im Gegensatz zur Nr. 107 (Zst) im Bema auch die Entfernung der weichen Beläge und die Politur der Glattflächen. **Nr. 407 GOZ**: Verfügt die Mitarbeiterin über eine ent- sprechende Ausbildung, darf sie nach dem Delegati- onsrahmen der Bundeszahnärztekammer klinisch sichtbare subgingivale Beläge entfernen. Hierfür darf die Nr. 407 GOZ „hilfsweise“ angesetzt werden. Da es sich jedoch bei der Leistung nicht um einen par- odontal-chirurgischen Eingriff handelt, ist dies im Faktor zu berücksichtigen. Er ist deutlich unter 2,3 abzusenken.

Nr. **201 GOZ**: Gerade nach einer Zahnreinigung kla- gen Patienten über überempfindliche Zahnflächen/- häuse. Sind Beschwerden durch eine Privatleistung verursacht worden, ist die GOZ auch für deren Besei- tigung heranzuziehen. Deshalb kann hierfür nicht die Nr. 10 (ÜZ) Bema abgerechnet werden. Wird aus pro- phylaktischen Gründen eine Fluoridierung durchge- führt, ist hierfür die Nr. 102 GOZ (Fluoridierung) zu berechnen.

Christine Baumeister
ZMV, Praxismanagerin
und Business-Coach
Heitken 20
45721 Haltern am See
E-Mail:
c_baumeister@t-online.de

Fortsetzung in pi 2/2010



LJJ

LU
-
LJ
Z)

20

Prophylaxe ein Leben lang - gelebtes Motto oder Leerformel?

Die IV. Mundgesundheitsstudie liefert auf den ersten Blick erfreuliche Zahlen ob des Rückganges der Karieserfahrungen. Die Zahl derdardob extrahierten Zähne sank, die Anzahl gefüllter Zähne stieg. Ein klarer Trend hin zur Zahnerhaltung? „Von besonderer Bedeutung ist“, so die Interpretation der Studienautoren, „sicherlich der allgemeine Wandel der sozialen Wertvorstellungen, der einer gesunden Mundhöhle eine hohe Bedeutung beimisst.“ Neben diesen patientenseitigen Veränderungen haben moderne therapeutische Verfahren und Instrumentarien einen hohen Anteil an dieser eigentlich erfreulichen Entwicklung.

Doch ein wenig zumindest trägt der Schein. Die Fälle von Wurzelkaries zum Beispiel sind steigend; immerhin ein Fünftel der Erwachsenen und nicht ganz die Hälfte der Senioren haben mindestens eine kariöse oder gefüllte Wurzelfläche. Diese Beispiele zeigen, dass sich die Behandlungsschwerpunkte verschoben haben. Parodontaldefekte und periimplantitische Fälle werden künftig verstärkt im Fokus des Praxisalltages stehen. Für deren erfolgreiche Therapie bedarf es vor allem auch der Motivation und Mitwirkung der Patienten. Prophylaxe betrifft den gesunden und den sanierten Zahn, den natürlichen Pfeiler und das Implantat. Keinesfalls außer Acht gelassen werden dürfen zudem die Patienten mit totalprothetischer Versorgung, deren Compliance krankheits- oder altersbedingt eingeschränkt ist. Prophylaxe erfordert unter diesen Aspekten individuell zugeschnittene Präventions- und Behandlungsansätze, deren einzelne Komponenten durchaus unterschiedlich sein können.

/// FRÜHERKENNUNG UND SYSTEMISCHE ZUSAMMENHÄNGE

Im Patientengespräch kann der Patient über die möglichen Risiken unzureichender Parodontitis-Prophylaxe aufgeklärt werden. Allerdings gilt auch hier wie in jedem anderen Gespräch, dass die Argumente nachvollziehbar und verständlich vorgebracht werden müssen. Das verlangt ein sehr spezifisches Eingehen auf den einzelnen Patienten, rational wie emotional. Zusammenhänge mit Allgemeinerkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Schwangerschaften sind evident. So war kürzlich über eine Totgeburt zu lesen, die die amerikanischen Mediziner auf die Anwesenheit von Fusobakterien zurückgeführt haben. Zudem erkranken laut DGMKG (Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie) immer mehr Patienten an Mundhöhlenkarzinom.

/// PROPHYLAXE, DIE SICH RECHNET

Prophylaxe in ein Praxiskonzept einzubinden oder es sogar ins Zentrum zu stellen, kann sich als durchaus rentabel erweisen. Die in der Mundgesundheitsstudie festgestellte „dental awareness“ lässt zumindest hoffen, dass die Patienten - unabhängig von den Erstattungsleistungen einer GKV - bereit sind, in Prophylaxemaßnahmen auch privat zu investieren. Vor allem dann, wenn ihnen im Gespräch dargelegt wird, dass solche „Investitionen“, rechtzeitig getätigt, einen vor späteren, deutlich höheren Belastungen bewahren können.

Dies gilt gerade auch unter dem Aspekt der zunehmenden Zahl von Parodontalerkrankungen. Hier kann der Patient mit einer regelmäßigen Professionellen Zahnreinigung (PZR) vor allem nach einer Parodontalbehandlung aktive Vorsorge betreiben. Ähnlich verhält es sich nach einem implantologischen Eingriff. Ein regelmäßiger Recall mit begleitender PZR der Restbezaugung schafft postoperativ die Grundvoraussetzungen, einer eventuellen Periimplantitis zuvorkommen zu können.

85 Prozent aller Erwachsenen in Sachsen-Anhalt leiden nach Einschätzung der dortigen Zahnärztekammer aktuell unter Zahnfleischentzündungen. Die hohe Zahl stehe im Zusammenhang mit der älter werdenden Bevölkerung, sagte kürzlich Präsident Frank Dreihaupt im Vorfeld des Zahnärztetages in einem Gespräch mit der Nachrichtenagentur ddp in Magdeburg. Diese Tendenz bleibt, betrachtet man die demographische Entwicklung, sicherlich nicht auf Sachsen beschränkt.

Eine professionelle Zahnreinigung (PZR), durchgeführt von entsprechend geschulten Mitgliedern des Praxisteams (ProphylaxeassistentenAinnen), ist durchaus kostendeckend durchzuführen. Ob es sich rechnet, wenn sie der Behandler selbst erledigt, hängt von der jeweiligen Praxissituation ab.

Zum anderen sollte bei Beibehaltung der bestehenden GbR-Gesellschaftsform zwingend die Praxisbezeichnung angepasst werden. Für Gesellschaften, die bereits vor Einführung der Partnerschaft den Zusatz „Partner“ führten, reicht es aus, wenn dem Namen der Hinweis auf die GbR beigefügt wird, also „Zahnarzt & Partner GbR“. Für Praxen, die den Zusatz „& Partner“ erst nach Einführung der Partnerschaft wählen, muss ein vollständig neuer Name gefunden werden.

PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE UND IMPLANTOLOGIE

In diesem Zusammenhang sei auch die nicht nachvollziehbare Entscheidung des OVG NRW, wonach die Bezeichnung „Praxis für Zahnheilkunde und Implantologie“ unzulässig sei, genannt. Auch hierbei handelt es sich um eine Praxisbezeichnung, die äußerst beliebt und weitverbreitet ist. Allerdings ist auch die Praxisbezeichnung zumindest nach Auffassung des OVG NRW mit Beschluss vom 26.09.2008, Az.: 13 B 1165/08 unzulässig. In dem Streitgegenständlichen Fall wurde die Zahnärztekammer durch eine Zeitungsanzeige des Zahnarztes auf dessen Praxisbezeichnung aufmerksam. Die Kammer untersagte ihm die Verwendung der Bezeichnung in jeder Art der Außendarstellung und ordnete die sofortige Vollziehung der Entscheidung an, sodass der Zahnarzt mit sofortiger Wirkung die Verwendung dieser Bezeichnung zu unterlassen hatte. Während das erstinstanzliche Gericht dem hiergegen gerichteten Antrag des Zahnarztes stattgab, bestätigte das OVG NRW die Unterlassungsverfügung der Zahnärztekammer.

Nach Auffassung des Gerichts ist die Praxisbezeichnung „Praxis für Zahnheilkunde und Implantologie“ geeignet, Patienten zu verunsichern und zu verwirren und sei daher irreführend. Das Gericht begründete seine Entscheidung damit, dass der Durchschnittspatient mit der Bezeichnung einer von der Zahnärztekammer zugelassene Bezeichnung eine besondere Qualifikation oder den Schwerpunkt in diesem Tätigkeitsbereich verbinde. Da es für die Implantologie jedoch keine besondere Qualifikation gibt, entstehe durch die Bezeichnung eine unzumutbare Irreführung für den Patienten.

Zudem würde mit der Bezeichnung „Praxis für Zahnheilkunde und Implantologie“ aufgrund der Verbindung durch das Wort „und“ bei dem Durchschnittspatienten der Eindruck erweckt werden, es handle sich bei den genannten zahnärztlichen Tätigkeitsbereichen um zwei getrennte, aber gleichgewichtige Bereiche. Da es sich bei der Implantologie tatsächlich um einen Teilbereich der Zahnheilkunde handle, den im Grundsatz jeder Zahnarzt ohne besondere zusätzliche Qualifikation durchführen darf, würde auch insoweit ein fehlerhafter Eindruck vermittelt werden, sodass die Bezeichnung auch aus diesem Grunde irreführend und damit unzulässig sei.

/// FAZIT

Die beiden Beispiele machen deutlich, wie wichtig es ist, vor der Auswahl der Praxisbezeichnung den Wunschnamen



durch einen fachkundigen Rechtsanwalt prüfen zu lassen, um Auseinandersetzungen mit der Ständevertretung oder Mitbewerbern zu vermeiden. Die Entscheidungen zeigen auch, dass eine ursprünglich zulässige Wahl der Praxisbezeichnung durch gesetzliche Neuerungen oder aktuelle Urteile unzulässig werden kann. Hierbei ist unerheblich, ob andere Kollegen die gleiche Bezeichnung verwenden, da offensichtlich die Beliebtheit eines Praxisnamens kein Anhaltspunkt für seine Zulässigkeit ist. Spätestens bei Erneuerung der Geschäftsausstattung sollte der Praxisinhaber daher seine eigene Praxisbezeichnung hinterfragen und prüfen, ob diese noch zulässig ist, um notwendige Änderungen planvoll und nicht als Ergebnis einer schlimmstenfalls kostenpflichtigen Abmahnung vorzunehmen.

AUTORIN

Katri Helena Lyck
Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht

KONTAKT

Medizinanwälte OOO

Lyck & Pätzold

Medizinanwälte L&P
Nehringstraße 2
61348 Bad Homburg
Tel.: 06172/139960
Fax: 06172/139966
E-Mail: kanzlei@medizinanwaelte.de
Internet: www.medizinanwaelte.de

Jj
∞∞

o
:ö
m
o

19



SDR - Smart Dentin Replacement

Mit SDR wird von Dentsply erstmals ein Seitenzahn-Komposit zum Dentin-Ersatz vorgestellt, das Handlingeigenschaften eines fließfähigen Komposits mit einem minimalen resultierenden Schrumpfstress kombiniert. Daher kann es in bis zu 4 mm starken Schichten verarbeitet werden. Die „Smart-Dentin-Replacement-Schicht“ wird als Unterfüllung nach Auftrag eines herkömmlichen Dentin-/Schmelz-Adhäsivs in Klasse-I- und -II-Kavitäten appliziert und ist kompatibel mit allen methacrylatbasierten Universal- oder Seitenzahnkompositen, die als Ersatz des okklusalen Schmelzes die adhäsive Füllung vollenden. Hieraus ergeben sich im Praxisalltag interessante Vorteile für die wirtschaftliche und gleichzeitig hochwertige Herstellung von ästhetisch ansprechenden Seitenzahnrestaurationen.

Ludwig Hermeler

24

/// PRODUKTTECHNOLOGIE

Die Neuentwicklung von Dentsply basiert auf der „Stress-Decreasing-Resin-Technologie“. Hierbei wird ein sogenannter Polymerisationsmodulator in das Gerüst des polymerisierbaren Kunststoffes chemisch eingebettet, der synergistisch mit dem Photoinitiator Campherchinon interagiert und somit einen langsameren Anstieg des Elastizitätsmoduls und eine Spannungsreduzierung ohne Beeinträchtigung der Polymerisationsgeschwindigkeit oder Konversionsrate bewirkt. Aufgrund des signifikant geringeren Polymerisationsstresses weist SDR die physikalischen und mechanischen Eigenschaften auf, um als fließfähiges, in der Bulk-Technik angewandtes Unterfüllungsmaterial im Seitenzahnbereich eingesetzt werden zu können. Der Ansatz, diese Veränderungen im Bereich der bewährten Methacrylat-Chemie zu entwickeln, erlaubt die Kompatibilität mit bestehenden methacrylatbasierten Adhäsiven und Kompositen, die bereits in den Zahnarztpraxen verwendet werden.

/// KLINISCH RELEVANTE EIGENSCHAFTEN IN VITRO

2004 erfolgte die Spannungsmessung mit dem National Institute of Standards and Technology (NIST) Tensometer (Eichmiller F.C., 2004; Lu H. et al., 2004). Die durch diese Methode eruierten Daten zeigen für SDR einen signifikant niedrigeren Polymerisationsstress als bei allen geprüften konventionellen Flow- und Universal-/Seitenzahn-Kompositen. 2009 führte Prof. Ernst von der Universität Mainz eine spannungsoptische Untersuchung durch (Ernst C.-P. et al., 2009).

Er bestätigt eine signifikant geringere schrumpfungsbedingte Spannung von SDR im Vergleich zu den Referenzkompositen und bescheinigt der Neuentwicklung von Dentsply klinische Vorteile in den Handhabungseigenschaften, vor allem in Kavitäten mit Unterschnitten. Im Stress-Strain-Analyser (Hie N, 2007) beweist SDR - wie in den beiden anderen unabhängigen Testungen - den niedrigsten Spannungsaufbau. Die Konversionsrate von SDR in Abhängigkeit von der Inkrementstärke wurde mit der ATR-NIR-Analyse untersucht. Eine weitere Studie (Reis A, 2009) bestätigt in ähnlicher Weise das Ergebnis, dass SDR selbst bei 5 bzw. 6 mm starken Inkrementen eine exzellente Aushärtung bietet. Letzteres ist von entscheidender Bedeutung, sodass die Empfehlung, in der Bulk-Technik bis 4 mm Schichtdicken einzubringen, eine optimale Polymerisation von SDR sicherstellt. Weitere Untersuchungen zur Randdichtigkeit nach thermomechanischer Ermüdung (Frankenberger R., 2008) belegen die hervorragende Eignung von SDR für Unterfüllungen in der beschriebenen Technik.

/// PATIENTENFALL

Abbildungen 1 und 2 zeigen die Ausgangssituation mit insuffizienten Restaurationen der Zähne 14 und 16. Die Versorgung Zahn 15 ist auf der Bissflügelaufnahme (Abb. 3) unauffällig, die Anfärbung mit Kariesdetector offenbart keine unzulänglichen Randdefekte



Abb. 1: Ausgangssituation

tendenziell der Vorzug gegeben. Die kürzlich geführte Auseinandersetzung zwischen der DGI und dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zum Thema „Implantatgetragene Suprakonstruktionen bei prothetischem Zahnersatz für verkürzte Zahnreihen“ ob unzureichender Studienlage oder lückenhafter Literaturanalyse ändert nichts an der Tatsache, dass in der zahnärztlichen Praxis die implantologische Versorgung bei verkürzten Zahnreihen auf eine hohe Patientenzufriedenheit stößt. Hier kann sinngemäß das CIST-Kriterium angewendet werden: Eine Extraktion ist in diesem Sinn eine klinische Option, das Gewebe für eine nachfolgende Implantation regenerativ vorbereiten zu können. Was letztendlich zählt, ist eine optimale Basis für eine funktionsgerechte, dauerhaft stabile und im Auge des Patienten ästhetische Prothetik zu schaffen.

/// TIPPS FÜR DAS PATIENTENGESPRÄCH

Auch wenn es für manchen Leser den Anschein von „Eulen nach Athen tragen“ hat: Diese zehn Tipps der Bundeszahnärztekammer zur Kariesminimierung sollten jedem Praxismitarbeiter für das Patientengespräch geläufig sein (Die Broschüre Vorbeugen ist besser als Bohren, der diese Tipps entnommen sind, und weitere Patienteninformationen zu diesem Themenkomplex finden Sie auf der Website der Bundeszahnärztekammer unter bzaek.de und bei Colgate unter colgate.de):

- Ernähren Sie sich ausgewogen, vermeiden Sie zuckerhaltige, klebrige Zwischenmahlzeiten.
 - Fragen Sie in Ihrer Zahnarztpraxis nach der für Sie am besten geeigneten Methode, die Zähne zu putzen und die Zahnzwischenräume zu reinigen.
 - Tauschen Sie alle drei Monate die Zahnbürste aus. Die Borsten sind verbogen und reinigen nicht mehr so gut, außerdem können sie das Zahnfleisch verletzen.
 - Putzen Sie Ihre Zähne mindestens zweimal am Tag gründlich. Nach den Mahlzeiten sollte mindestens eine halbe Stunde mit der Zahnpflege gewartet werden.
 - Fragen Sie Ihr Praxisteam nach speziellen Empfehlungen für die Reinigung der Zahnzwischenräume.
 - Verwenden Sie Zahnpasta mit einem Fluoridgehalt von 1400 bis 1500 ppm (Angaben stehen meist auf den Zahnpastentuben).
 - Fluoridgelee aus der Apotheke wird einmal wöchentlich angewendet und verleiht den Zähnen einen besonderen Fluoridschutz.
 - Kauen Sie nach dem Essen ein zuckerfreies Kaugummi. Dadurch erhöht sich Ihr Speichelfluss: Speisereste werden weggespült und Säuren neutralisiert.
 - Lassen Sie zweimal jährlich eine Professionelle Zahnreinigung (PZR) in der Zahnarztpraxis durchführen.
 - Nehmen Sie regelmäßig die kostenlosen Kontrolluntersuchungen bei Ihrem Zahnarzt wahr.
- So motiviert, wird der Patient Prävention als das verstehen, was sie ist: eine kostengünstige Vorsorge zu seinen Gunsten.

M/

M

Der neue Intensiv-Schutz für schmerzempfindliche Zähne!

Listerine unterstützt Ihre Prophylaxe-Konzepte jetzt auch gezielt bei hypersensitiven Zähnen: **Listerine Total Care Sensitive**, 2-mal täglich 30 Sekunden nach dem Zähneputzen, **bekämpft die Ursachen und den Schmerz!** Dadurch wird auch Patienten mit schmerzempfindlichen Zähnen eine tägliche, umfassendere Mundhygiene ermöglicht.

Der Intensiv-Schutz:

0 bietet Schutz gegen schmerzhaft Reaktionen auf heiß, kalt, süß und sauer © stärkt den Zahnschmelz durch Natriumfluorid und macht ihn widerstandsfähiger, auch an schwer erreichbaren Stellen © erhält das Zahnfleisch gesund • hilft Zahnfleischschwund vorzubeugen und schützt so vor freiliegenden Zahnhälsen sorgt für lang anhaltend frischen Atem bekämpft wirksam schädliche Bakterien* im Mund und reduziert Zahnbelag
Dabei bleibt die Mundflora im Gleichgewicht

*) Bakterien, die Zahnbelag, Zahnfleischentzündungen und Mundgeruch verursachen

Stark in der Prophylaxe. Mild in der Langzeitanwendung.

LISTERINE

/// KARIÖSE LÄSIONEN

Durch Versiegelung mit Kunststoffen werden nach der Schmelz-Ätz-Technik die okklusalen Zahnflächen der Molaren effektiv vor einer Kariesentstehung geschützt. Ergebnisse neuer Studien erlauben nunmehr den Schluss, dass damit sogar die Progression der Läsionen bereits befallener Okklusalfächen und in Folge das Auftreten einer Kavitation erfolgreich verhindert werden können. Dabei eventuell eingeschlossene Bakterien sollen ob fehlender Nährstoffe keine kariogene Aktivität mehr entwickeln können. Allerdings nutzt sich die Beschichtung im Laufe der Zeit ab und muss beim Recall kontrolliert und gegebenenfalls erneuert werden.

/// APPROXIMALKARIES - EIN FALL FÜR SICH

Dieses Verfahren ist jedoch nicht ohne Weiteres auf kariöse Läsionen im Approximalraum zu übertragen. Das Risiko, aufgrund nicht entfernter Kunststoffreste Sekundärkaries zu provozieren, lässt sich nicht gänzlich ausschließen. Sind hingegen bereits Kavitationen in der Schmelzoberfläche zu verzeichnen, so lassen sich diese nicht mehr durch Versiegelung therapieren. Hierbei muss bei konventionellem Vorgehen aber besonders im Approximalbereich viel gesunde Zahnhartsubstanz entfernt werden. Als alternativer Behandlungsansatz wurde an der Berliner Charite unter PD Dr. habil. Hendrik Meyer-Lückel und Dr. Sebastian Paris und der Universität Kiel das Infiltrationsverfahren entwickelt. Es ist als Behandlungssset (Icon; DMG, Hamburg) erhältlich. Ziel der mikro-invasiven Behandlung ist das Auffüllen - Infiltrieren - der durch Karies demineralisierten Schmelzregionen mit einem lichthärtenden Kunststoff, der durch die Kapillarkräfte in die Schmelzkaries penetriert. Hierbei spielt das Entfernen der pseudointakten und dichten Oberflächenschicht im Schmelz eine entscheidende Rolle, da das Infiltrat sie sonst nicht durchdringen kann. Der eingebrachte Kunststoff blockiert die Diffusionswege für kariogene Säuren und arretiert so die Karies.

Die Progression früher Karies kann damit ohne Bohrer mikro-invasiv in nur einer Behandlungssitzung gestoppt werden. Für Kinder und ängstliche, schmerzempfindliche Patienten sicher eine willkommenerere Methode als Bohren. Allerdings ist die Infiltrationsbehandlung laut Herstellerempfehlung auf Defekte der röntgenologischen Stadien E 1 bis D 1 (entspricht in etwa den ICDAS-Codes 1-4) beschränkt und nicht als Präventionsmaßnahme in defektfreien Bereichen anzuwenden.

/// ICDAS INTERNATIONAL CARIES DETECTION AND ASSESSMENT SYSTEM

ICDAS wurde 2002 entwickelt und 2005 zu ICDAS II modifiziert. Ziel ist, kariöse Veränderungen an Okklusal- und Glattflächen der Zähne, an den Wurzeloberflächen sowie an Restaurationen und Versiegelungen in ihrem Ausmaß zu beschreiben.

Die Parameter der sechs ICDAS II Codes sind: Code 0: Gesunde Zahnflächen ohne sichtbare Karies, unveränderte Schmelzverhältnisse, keine Verfärbungen nach Trocknung.



Die erste Mundspülung mit 6-in-1 -Schutz!

Die neue Generation von Listerine Mundspülungen unterstützt Ihre Prophylaxe-Konzepte jetzt noch umfassender bei der täglichen Pflegeroutine Ihrer Patienten. **Listerine Total Care**, 2-mal täglich 30 Sekunden nach dem Zähneputzen, bietet effizienten **Rundum-Schutz für Zähne und Zahnfleisch**.

Der 6-in-1 -Schutz:

das Zahnfleisch gesund
eralisiert und stärkt die Zähne durch Natriumfluorid it die
Bildung von Zahnstein und erhält so das iche Weiß der
Zähne lang anhaltend für frischen Atem Bekämpft
wirksam schädliche Bakterien* im Mund
Dabei bleibt die Mundflora im Gleichgewicht.

* Bakterien, die Zahnbelag, Zahnfleischentzündungen und Mundgeruch verursachen

Stark in der Prophylaxe. Mild in der Langzeitanwendung.

LISTERINE



< LU

GO
LU
LU
LU
D

22



- Code 1:** Erste Verfärbungen nach Trocknung.
- Code 2:** Opake oder braune Verfärbungen der ansonsten intakten Schmelzoberfläche am feuchten Zahn.
- Code 3:** Demineralisation mit kleinen Schmelzdefekten ohne freiliegendes Dentin. Opazitäten und Verfärbungen nach Trocknung deutlich sichtbar.
- Code 4:** Durchscheinen der Kavität, Schatten im Dentin, minimaler Schmelzeinbruch möglich.
- Code 5:** Kavitätenbildung mit freiliegendem Dentin.
- Code 6:** Ausgedehnte Dentinkaries mit großflächiger Kavitätenbildung.

/// BIOFILM, PARODONTITIS UND PERIIMPLANTITIS

Bakterieller Biofilm gilt übereinstimmend als Auslöser für Parodontitiden und Periimplantitiden. Insofern kann weitgehend mit den gleichen präventiven Maßnahmen gesteuert werden. Allerdings sind Risikofaktoren wie eine genetische Disposition (erhöhter Interleukin-1 -Spiegel) und starker Nikotinabusus mit ins Kalkül zu ziehen, will man die Proliferationspotenz des Biofilms erfolgreich kontrollieren können.

Andrea Mombelli und Nikolaus Lang haben zur Prävention und Therapie periimplantärer Risiken mit CIST (Cumulative Interceptive Supportive Therapy Protocol) einen Vier-Stufen-Plan entwickelt. Sie setzten dabei auf regenerative statt resektive Maßnahmen. Die niedrigste

Stufe wird u.a. definiert mit: Biofilm vorhanden, geringe Konkremente, kein periimplantärer Knochenabbau, keine Suppuration. Therapeutisch genüge hierfür eine PZR sowie patientenseitig die Optimierung der Mundhygiene. In der höchsten, vierten Stufe mit Blutungen beim Sondieren, Taschentiefen > 5 mm und periimplantärem Knochenverlust von 2 mm und mehr sind neben einer Antibiotikagabe parodontalchirurgische Eingriffe zur Regeneration des Hart- und Weichgewebes unumgänglich. Eine Explantation ist in diesem Sinn eine klinische Option, das Gewebe für eine spätere, nochmalige Implantation regenerativ vorbereiten zu können. Zahnerhalten oder Implantieren ist eine immer wieder auflodernde Diskussion, doch die Wogen glätten sich zusehends. Die Implantologie ist als eine mögliche Therapieform anerkannt. Welche Option jedoch der Behandler wählt, ob Zahnerhalt oder Implantation, hängt nach wie von individuell so verschiedenen Parametern auf Patientenseite ab, dass eine pauschale Empfehlung nicht gegeben werden kann - es sei denn, die orale Situation ist so offensichtlich, dass es auch bisher keine Diskussion darüber gab.

Anzumerken wäre in diesem Zusammenhang, dass häufig nach auch erfolgreich therapierten, umfangreichen Parodontaldefekten die Zähne nur noch eine stark reduzierte Pfeilerfunktion haben. Liegen diese in einer sonst defektfreien geschlossenen Zahnreihe, wird dem Zahnerhalt

Flexibilität

in und

in dieser Stichprobe mit nur knapp zwei Prozent befallener Zähne selten.

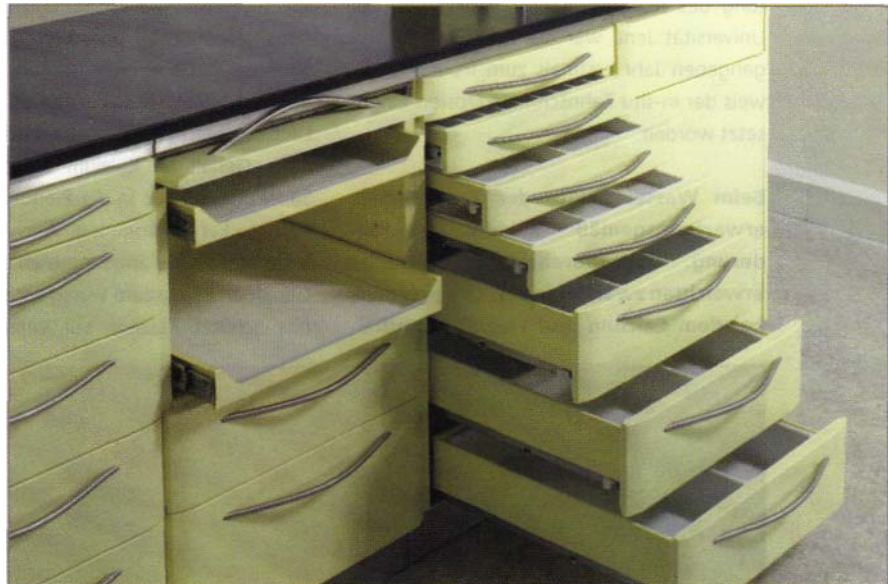
Ebenfalls häufig waren keilförmige Defekte zu sehen. In der Schweiz hatten 19% der 26- bis 30-jährigen und 47% der 46- bis 50-jährigen Probanden tiefe keilförmige Defekte (> 1 mm) (Lussi et al., 1993a).

Erosionen schreiten fort, wenn keine präventiven Maßnahmen erfolgen. Bei der Nachuntersuchung von 55 Personen mit erosiven Läsionen fanden Lussi & Schaffner (2000) eine signifikante Progression dieser Defekte nach sechs Jahren. Das Fortschreiten der Erosionen korreliert mit dem Konsum saurer Nahrungsmittel und Getränke sowie dem Alter. Diese Studie zeigte auch, dass die Progression der erosiven Defekte bei Patienten signifikant erhöht war, die vier oder mehr saure Speisen oder Getränke pro Tag konsumieren, eine geringe Pufferkapazität des Speichels aufweisen und Zahnbürsten mit harten Borsten benutzen.

Mechanismus der Zahnschmelzerosion

Die Struktur des Zahnschmelzes wird durch Säureeinwirkung so geschwächt, dass er weich wird und schließlich kleine Teile dieser natürlichen Schutzschicht herausbrechen („Chipping“ analog dem Vorgang bei Füllungsmaterialien). Materialwissenschaftler der Friedrich-Schiller-Universität Jena und der Universität Bristol untersuchen seit längerem diese durch Säure ausgelösten Zahnschmelzerosionen. Aufgrund dieser Erkenntnisse bieten sich Lösungsmöglichkeiten, wie Softdrinks durch den Zusatz natürlicher Mineralien, zahnfreundlicher werden könnten. In einer Studie, im britischen "Journal of Oral Rehabilitation" (Vol. 31/2005) sind diese Vorschläge publiziert.

In ihrer Studie setzten die Materialwissenschaftler 120 verschiedene Zahnproben drei unterschiedlichen "Mustergetränken" aus: Einem Mineralwasser, bei dem aufgrund fehlender Säure keine Zahnerosion zu erwarten war, sowie ein zitronensäurehaltiges Getränk mit einem für viele bekannte Soft-Drinks typischen pH-Wert. Das dritte Getränk hatte auch den gleichen Säuregehalt und pH-Wert wie das zweite, enthielt aber zusätzlich geringe Mengen an Calcium und Phosphat. Die



QUALITÄT

Die komplette Fertigung in Deutschland ist eines der wesentlichen Qualitätsmerkmale unserer Möbellinien. Hinzu kommen Langlebigkeit sowie zeitloses und unverwechselbares Design,



FLEXIBILITÄT

Ihre räumlichen Gegebenheiten sind für uns eine Herausforderung. Wir planen mit Ihnen gemeinsam, transportieren und montieren pünktlich zum gewünschten Termin.



LE

Schaffen Sie in Ihrer Praxis ein individuelles Ambiente, Unsere Mitarbeiter beraten Sie vor Ort. Wählen Sie aus 180 RAL Farben - nur bei uns und ganz ohne Aufpreis.

Le-IS Stahlmöbel GmbH Friedrich-Ebert-Str. 28a D-99830 Treffurt

Tel: + 49 (0) 369237 80884) Fax: + 49 (0) 369237 51304 E-Mail: service@te-is.de j Web' www.le-is.de

Medizin A Praxis

Le-IS Stahlmöbel

GmbH Dental Y

Zahnschmelzproben wurden für festgelegte Zeitabschnitte (1/2 bis 10 Minuten) den Getränken ausgesetzt. Anschließend wurde die Härte der Zahnschmelzproben mit dem erwähnten Nanoindenter untersucht, einer Diamantspitze mit einem Durchmesser von einem zehnmillionstel Meter. Unter der Leitung des Materialwissenschaftlers von der Universität Jena war die Methode im vergangenen Jahr erstmals zum frühen Nachweis der in-situ Zahnschmelz-Erosion eingesetzt worden.

Beim Wasser zeigte der Zahnschmelz erwartungsgemäß keinerlei Veränderung. Die säurehaltigen Getränke erweichten zwar beide den Zahnschmelz; bei dem Calcium und Phosphat enthal-



Wurzelkaries sub-+supragingiva (Abbildung: GABA*)

tenden Getränk dauerte dies aber etwa doppelt so lange, wie bei dem Getränk, das nur die Zitronensäure enthielt.

Es wurden spezielle Prophylaktika für dieses Problem entwickelt, z.B. Spüllösungen mit Zinn-/Zink-Gehalt, dazu Fluoride, und auch Titansalze haben gezeigt dass sie Potenzial haben (zur Prävention der Wurzelkaries). Nur: ohne Problembewusstsein bezüglich Ernährung können diese das Gebiss nicht dauerhaft schützen. Problembewusstsein heißt, dass Zahnarztteam und Patient wissen müssen, welche Risiken von der Ernährung auch hinsichtlich Säure ausgehen (Zucker ist ja als Kariesinitiator bekannt), daneben sollte bekanntwerden, dass „Zuckerfrei“ noch lange nicht wirklich zuckerfrei bedeutet (als Zucker ist nach Lebensmittelrecht nur die Saccharose zu bezeichnen, wobei andere Zucker, wie Maltodextrin, Fructose, Glucosesirup etc. alle ebenfalls als stark kariogene Zucker

einzustufen sind); und „Bio“ nicht zwangsläufig gesund sein muss (Honig als typisches Bioprodukt ist das kariogenste Lebensmittel überhaupt). Hier ist erheblicher Informationsbedarf gegeben.

Die Ansicht, „Natur“ Getränke wie Säfte seien gesünder als Erfrischungsgetränke, ist dabei ebenfalls zu überdenken, da dies so pauschal einfach nicht stimmt. Milch hingegen ist trotz des Gehalts an kariogener Lactose (Milchzucker) kaum kariogen - der hohe Gehalt an Kalzium kompensiert die Säurewirkung aus in der Plaque vegorenem Milchzucker vollkommen. Auch Joghurt ist anders als früher angenommen trotz hohem Gehalt an Milchsäure wenig kariogen - auch hier schützt Kalzium vor einer negativen

Wirkung. Nur übermäßig zuckerhaltig sollte das Joghurt natürlich nicht sein. Eine sehr differenzierte Betrachtungsweise ist also angezeigt.

Da man den Menschen ja kaum verbieten kann, solche ungesunden Lebensmittel bzw. Getränke zu sich zu nehmen sind Hinweise zu dem sichereren Umgang damit sinnvoll.

Hierzu gehört, dass man die Empfehlung ausspricht, nicht mit einem Halm permanent neue Säure zuzuführen - das Trinken aus dem Glas in einem Zug ist da deutlich überlegen (erinnern wir uns an die Kinderteekaries, die auch nur dadurch so schlimm aufgetreten ist, weil man durch die Gabe im Sauger eine permanente Umspülung der Zähne bewirkt hat). Hier muss der zunehmenden Sitte, mit Bechern mit herausragenden Halmen herumzulaufen, entgegengewirkt werden. So etwas könnte man ohne Schaden nur mit

Wasser, ungesüßtem Tee oder ähnlichem machen. Auch der beliebte Kaffee aus dem Pappbecher mit Trinkschnäuzchen im Deckel, stark gesüßt, wie üblich, ist der Zahngesundheit sehr abträglich. Allerdings wirkt Milch im Kaffee wieder etwas reduzierend auf das Kariesrisiko.

Bei einem Bewusstsein für die Gefahren aus der Nahrung, insbesondere aus den Getränken, kann man die richtigen Verhaltensweisen trainieren:

- Trinken nicht über längere Zeiträume, sondern mit großen Abständen zur Regeneration
- > möglichst Getränke mit enthaltenen Schutzfaktoren (Kalzium, Phosphate) bevorzugen
- > nach dem Genuss säurehaltiger Lebensmittel mindestens 20 Minuten warten bis zum Zähneputzen (erweichtes Zahnmineral wird sonst zusätzlich weggeputzt)
- > wenig abrasive Zahnpasten verwenden
- > zusätzliche spezielle Prophylaktika einsetzen
- > Speichelflussrate abschätzen und ggf. bestimmen (Speichel ist der wichtigste Schutz für die Zähne, jedoch schon im frühen Erwachsenenalter finden wir Patienten mit reduziertem Speichelfluss - Gründe hierfür sind Pharmaka, Drogen, Stress, Kaffee (!) sowie im Extremfall Tumornachsorgebehandlungen. Daneben nimmt die Speichelsekretion mit zunehmendem Alter ab, insbesondere Frauen nach dem Klimakterium sind davon betroffen).

Um dem Nachdruck zu verleihen ist es angezeigt, den Patienten die bereits vorhandenen Defekte zu zeigen (Bilder, intraorale Kamera etc.) sowie Ernährungsprotokolle von den Patienten anfertigen zu lassen. Anhand dieser Unterlagen kann man dann zusammen mit dem jeweiligen Patienten Verhaltensmuster entwickeln, die dem Verfall bzw. der Destruktion Einhalt gebieten bzw. diese verlangsamen.

Neben der Ernährung sind weitere mögliche Ursachen

' der stille Reflux

- häufiges Erbrechen bzw. Bulimie

Hier wirkt die aggressive Magensäure unmittelbar auf die Zahnoberflächen ein (Magensäure hat einen pH um 1 bis 1,5 und besteht aus Salzsäure). Erkennen kann man diese Ursache daran, dass hier insbesondere palatinale bzw. linguale Flächen betroffen sind, während bei nutritiven Schäden alle Zahnflächen bzw. bevorzugt die Außenflächen der oberen Incisivi betroffen sind.

Der Reflux von Mageninhalt ist ein doppeltes Problem - neben den Zähnen wird auch der Ösophagus angegriffen, was die Wahrscheinlichkeit für ein Ösophaguscarcinom nicht unwesentlich erhöht. Hier kann der Zahnarzt, der als erster (und vermutlich einziger) ausgehend von den Zähnen, einen Reflux diagnostizieren kann, aktiv lebensverlängernd wirken. Vom bewussten Erbrechen sind vorzugsweise Bulimiker betroffen, aber auch Migränepatienten oder Alkoholiker gehören dazu. Kann man trotz Anzeichen von Reflux (betroffene Palatinalflächen) kein bewusstes Erbrechen feststellen, so ist an den stillen Reflux zu denken. Es sind davon viel mehr Menschen betroffen als allgemein bekannt. Dabei handelt es sich um einen ungenügenden Verschluss des Mageneingangs. Gefördert wird der stille Reflux (dieser findet im Schlaf statt und wird von den Patienten gar nicht bemerkt) durch späte Mahlzeiten, Alkoholgenuss am späten Abend, Rauchen und Kaffee vor dem Zubettgehen. Auch Stress wirkt sich so aus.

Patienten mit solchen Symptomen sollten an den Kollegen aus der Allgemeinmedizin überstellt werden, da wir in der Zahnheilkunde keine Gebührenposition für eine therapeutische Betreuung zur Verfügung haben und aus o. a. Gründen auch eine spezielle Diagnostik (Gefahr für Ösophagusneoplasma) erforderlich ist.

Keilförmige Defekte

Erosion und keilförmige Defekte haben im Prinzip die gleiche Genese. Treten solche Defekte im Zahnalsbereich auf, wird der Effekt noch durch okklusale Phänomene verstärkt (Zähne sind im Zahnalsbereich starken horizontalen Kräften ausgesetzt, was zu Biegebelastungen führt, und diese wiederum haben dann ein Abplatzen geschwächter Zahnschubstanz zur Folge). Verstärkt wird dann der Schaden durch horizontale Putzbewegungen und abrasive Zahnpasten.

Erosionen und keilförmige Defekte finden wir bereits bei jungen Erwachsenen und die Zahl nimmt mit steigendem Alter stark zu. Keilförmige Defekte haben eine starke Relevanz für die Parodontien. Sind freiliegende Zahnhälse per se schon sehr sensibel, so gilt dies verstärkt für die Defekte im Wurzel-dentin - der Abstand zur Pulpa schmilzt mit zunehmende Ausprägung des Defekts, die Dentinkanälchen werden so immer weiter geöffnet. Damit wird nicht selten das Zahn-



Alterskaries subgingival



Wurzelkaries sub-+supragingiva

pflegeverhalten negativ beeinflusst - wenn es beim Zähneputzen schmerzt, lässt der Putzeifer nach. Dies kann zu Karies und Gingivitis bis hin zu marginaler Parodontitis führen. Zudem macht die Versorgung der Defekte Probleme: Komposit wirkt sehr stark reizend auf das Weichgewebe, ein absolut dichter Randabschluss nach zervikal ist nur in Ausnahmefällen möglich und auch Kompomer ist keine echte Alternative. Parodontalfreundlich - so weit man überhaupt von parodontalfreundlich im Zusammenhang mit Restaurationen sprechen kann - sind lediglich Glas-Ionomer. Füllungs-materialien. Dabei ist auch bei dieser Materialklasse darauf zu achten, dass der Übergang Zahn/Füllung am Gingivarand ohne jegliche Stufe und glatt gestaltet werden sollte.

Alterskaries

Und die typische Alterskaries an den freiliegenden Wurzeloberflächen? Auch hierbei wirkt falsche Ernährung als Hauptursache, verstärkt wird die Problematik durch die bisher fast ausschließliche Ausrichtung der Mundprophylaktika auf Kinder und Jugendliche, also auf den Schmelzschutz - die Senioren brauchen aber einen Dentinschutz!

Auch das Problem der typischen Alterskaries wird drängender. Die demoskopische Entwicklung zusammen mit der seit Jahrzehnten geübten zahnmedizinischen Prophylaxe sorgt dafür, dass es immer mehr ältere und alte Menschen gibt, die noch über eigene natürliche Zähne verfügen. Dabei kommt es zu physiologischem Rückgang der Gingiva mit dem Resultat freiliegender Wurzeloberflächen - und diese sind insbesondere im Interdentaltbereich sehr anfällig für kariöse Defekte. Hier haben wir eine analoge Situation wie bei der Kinderkaries - dort ist es die Approximalkaries, die Sorgen bereitet, hier ist es die interdentale Wurzelkaries. Diese ist bei der klinische Untersuchung schwer zu entdecken - hier ist die Röntgendiagnostik Mittel der Wahl. Insbesondere bei leichten Parodontaldefekten kann sich die Wurzelkaries auch unterhalb des Gingivalsaums ausbreiten - klinisch ist das überhaupt nicht erkennbar. Nur die Bissflügelaufnahme oder das OPG kann hier helfen. Auch bei der Wurzelkaries findet die Fehlernährung ihren Ausdruck - breiige, klebrige und vor allem süße Nahrung bzw. Getränke schaffen die Voraussetzung für die Ausbreitung der Karies.

Ernährung

Zu Ernährung ist nicht nur feste Nahrung zu zählen sondern auch und insbesondere Getränke. Kaum Jemand in der modernen Welt trinkt noch das einzig natürliche und gesunde Getränk „Wasser“ - schon die Absatzzahlen der Industrie zeigen, dass zunehmend „Erfrischungsgetränke“ und „Säfte“ konsumiert werden. Hier fehlt jedoch das Problembewusstsein. Ganz salopp ausgedrückt: Bier ist viel gesünder als Apfelsaftschorle. Und ganz erstaunlich mag es klingen, dass Colagetränke weniger zahnschädlich sind als Fruchtsäfte.

Deshalb ist es erforderlich, sich einmal die Getränke ganz genau anzuschauen: Alle Fruchtsäfte enthalten natürlicherweise viel Säure - beim Verzehr von Obst ist das nicht tragisch, weil durch den Kauvorgang sowie die im Obst vorhandenen Zelluloseanteile eine Selbstreinigung der Zähne bzw. eine ordentliche Clearance in der Mundhöhle stattfindet. Anders bei Säften: da liegt die Säure unmittelbar vor, Säfte haben einen pH selten über 4. Dies kann zahnpräventiv etwas kompensiert werden durch Zusatz von Kalzium, besser wäre es jedoch allemal, wenn die Leute Wasser tranken. Dabei ist es ziemlich gleichgültig, ob man Apfelsaft, Orangensaft oder andere beliebte Säfte trinkt - alle sind stark sauer. Erfrischungsgetränke sind ebenfalls sauer, auch hier liegt der pH unter 4 - und dazu kommen noch hohe Gehalte an Zucker.

Die Säuren bewirken eine Auflösung bzw. Auflockerung der mineralischen Zahnschubstanz, was dann zu kariesfreien Defekten führt - hier sind insbesondere keilförmige Defekte und Erosionen zu nennen.

Die Fragen nach zahngesunder Ernährung kann kein Patient korrekt beantworten. Es ist einfach zu wenig über Ernährung bekannt. Deshalb ist es dringend empfohlen, sich bei Risikopatienten oder solchen, die bereits Schäden zeigen, ein Ernährungsprotokoll anzufertigen. Dort trägt ein Patient alles ein, was er/sie gegessen und getrunken hat, möglichst mit Angabe, wo (Restaurant, Zuhause) und ob es Fertiggerichte (bei häuslicher Zubereitung) oder Frischprodukte handelt. In der Praxis wird dann die Bewertung vorgenommen:

Restaurants verwenden prinzipiell stets Zucker, d.h. wer aushäusig isst, hat stets ein erhöhtes Risiko. Die moderne Gastronomie setzt nämlich auf die „4S“ - süß, sauer, salzig scharf -, und was dabei herauskommt ist eine

besonders zahnschädliche Ernährung. Dazu die „gesunden“ Getränke, wie frisch gepresste Säfte (extrem sauer!) oder Erfrischungsgetränke (ebenfalls extrem sauer), und bei der „Schorle“ (Saft gemischt mit Wasser) bleibt der pH auch unter 4. Interessanter Aspekt in diesem Zusammenhang: Bier ist alkalisch, also besonders zahnfreundlich, ebenso Tee (natürlich ohne Zuckerzusatz! Und ohne Zitrone!) - grüner Tee z.B. wird in ganz Asien ungesüßt getrunken, Wein wiederum enthält sowohl Säure als auch Zucker, ist also weniger gut geeignet, nur im Kombination mit Käse - das hat man wohl schon früh gewusst - ist Wein unbedenklich. Ideal ist tatsächlich reines Wasser. Und naturbelassenes Essen... Aushäusig Essen ist also besonders zahnschädlich. Gleichzeitig sind Gastronomietoiletten wenig geeignet für die Zahnpflege. Und unmittelbares Zähneputzen ist auch nicht anzuraten.

Die Mitarbeiter der Praxis müssen also gut Bescheid wissen!

Fertignahrung hat für uns den Vorteil dass die Zusätze auf der Packung aufgedruckt sein müssen. Hier sollte der Patient die Packung eines verzehrten Gerichts exemplarisch mitbringen - man kann nur staunen, was da alles im Essen zu finden ist. Überwiegend findet sich Zucker in irgendeiner versteckten Form - es muss nicht die Saccharose (Haushaltszucker) sein, es finden sich unter anderem gerne „Maltose“, „Melassensirup“, „Glucose“, „Fructose“, usw. Dazu kommt Geschmacksverstärker (meist Glutamat, das bei sensiblen Patienten Migräne auslöst), diverse „E“-Nummern an Färb- und Konservierungsstoffen, kurz, Fertiggerichte sind Chemieprodukte mit großen Gesundheitsrisiko.

Wer selbst die Nahrung aus Naturprodukten zubereitet, muss auf die Rezepturen achten: bei Salat kommt es auf das Dressing an (reden wir nicht vom Fertigprodukt, das ist stets Zuckerkonzentrat), da ist ein Joghurt oder Sahnedressing überlegen, möglichst ohne Zuckerzusatz, Majonaisseprodukte sind wegen Zucker und Säure obsolet, die Vinaigrette wäre nur akzeptabel, wenn im Salat Käse enthalten ist usw., Säure und Zucker sind eben zu meiden.

Da kaum Jemand seine Nahrung nur aus Naturprodukten zubereitet und praktisch stets auch Fertiggerichte (processed Food) mitverwendet werden, kann man vermutlich auch hier keine zahngesunde Ernährung finden. Das Ernährungsprotokoll hat deshalb primär

die Aufgabe das Problembewusstsein zu schärfen.

Therapie

Die Therapie bereits eingetretener Schäden ist abhängig von der Compliance der Patienten. Bei guter Compliance, d.h. die Prophylaxe verbessert sich erkennbar, kann man mit Komposit oder Veneers eine Korrektur der kariesfreien Defekte vornehmen, bei weniger guter Compliance ist an Kronen zu denken. Bei allen therapeutischen Maßnahmen ist jedoch daran zu denken, die Parodontien möglichst zu schonen, da man sonst neue Problemfelder schafft. Im Fall von Zahnhalsdefekten ist deshalb auch ein GIZ durchaus sinnvoll, da die Abrasionsfestigkeit (bei guter Compliance!) durchaus ausreichend, jedoch eine deutlich bessere Parodontienfreundlichkeit gegeben ist. Insbesondere bei den altersbedingten Defekten subgingival im Approximalbereich bzw. interdental an der Zahnwurzel ermöglicht der Einsatz eines GIZ minimal invasive Möglichkeiten, z.B. durch eine Tunnelpräparation mit Schonung der klinischen Krone bzw. der distalen Kauleiste.

Spezielle Prophylaxe

Die Industrie hat auf die Problematik reagiert und bietet heute zahlreiche spezielle Prophylaxemittel an: spezielle Zahncremes, Gele, Spülungen und Liquids sowie auch spezielle Zahnbürsten werden angeboten. Der Praxis obliegt es dabei, das Problem mit den Patienten anzusprechen und Empfehlungen abzugeben.

Das Wichtigste zum Schluss: wenn solche Defekte frühzeitig diagnostiziert werden, kann man weiterer Zerstörung wirksam vorbeugen - und dies ist die beste Therapie.

Informationsbroschüren wie Ernährungsprotokolle etc. sind gegen eine kleine Schutzgebühr beim Autor erhältlich.

Weitere Informationen

GH Praxismanager GmbH

Winkstraße 5

D-81373 München

Tel.: +49(0)89-746641-17

Fax: +49(0)89-746641-18

E-Mail: info@gh-praxismanager.de

Mehr Leistung für weniger Geld

...lautet die Devise für Patienten, die bei einer der vielen teilnehmenden Krankenkassen versichert sind und Ihre Zahnersatzversorgung und/oder Prophylaxebehandlungen bei einer der Zahnarztpraxen in Anspruch nehmen, die dem dent-net®-Verbund angeschlossen sind. Welche Zahnärzte dies genau sind, ist schnell und einfach über eine Suchfunktion auf den dent-net*-Internetseiten zu sehen. Hier befindet sich im Übrigen auch eine Liste aller teilnehmenden Krankenkassen.

*Bei Regelleistungen der GKV plus 30 % Bonus

**Intensiv-Prophylaxe gemäß den-Ausführungsvorgaben der Bundeszahnärztekammer

Weitere Informationen

IMEX Dental und Technik GmbH
 Bonsiepen 6-8
 D-45136 Essen
 Telefon: +49 (0)201 74999-0
 Telefax: +49 (0)201 74999-38
 E-Mail: info@imexdental.de
 Internet: www.imexdental.de

Implantate

I Kursteil Alterszahnheilkunde ergänzt Curriculum Implantologie

Die durchschnittliche Lebenserwartung für neugeborene Jungen beträgt 76,89 Jahre, für Mädchen sogar 82,25. Abgesehen davon, dass die Natur die Geschlechter nicht ganz gerecht zu behandeln scheint, lässt sich für den behandelnden Zahnarzt eines ganz klar ableiten: Zahnmedizin speziell für Senioren wird in Zukunft immer wichtiger. Es versteht sich von selbst, dass dies insbesondere für die Implantologie gilt. Die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie (DGZI) hat bereits darauf reagiert und in ihr bewährtes Curriculum Implantologie den Kursteil „Alterszahnheilkunde/Altersimplantologie mit Prothetik“ aufgenommen.

Darum hat die DGZI für den Kursteil „Alterszahnheilkunde/Altersimplantologie mit Prothetik“ Wert auf eine hochkarätige Kursleitung gelegt und drei ausgewiesene Experten in diesem speziellen Fachbereich gewonnen: Prof. Dr. Helmut Stark, Bonn, Prof. Dr. Werner Götz, Bonn, und Dr. Peter Minderjahn, Stolberg. Sie informieren die Seminarteilnehmer unter anderem umfassend darüber, wie eine altersgerechte Praxis heute im Allgemeinen aussehen muss, was bei Medikamenteneinnahme oder bei der zahnärztlichen Anästhesie zu beachten ist und wie der Implantologe bei der Indikationsstellung, Behandlungsplanung und - in Abstimmung mit dem Labor - bei der prothetischen Versorgung optimal vorgeht. Zu den speziellen Themen zählen die Implantatinsertion bei unterschiedlich stark atrophierten Kiefern, Verbindungsmöglichkeiten und Halteelemente (z.B. Stege Konuskronen und Kugelanker), die gesamte Implantatnachsorge sowie ästhetische Aspekte, nicht zuletzt auch die Wirtschaftlichkeit.

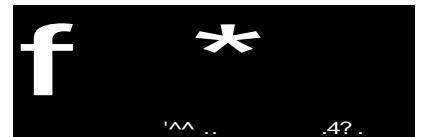
Innerhalb dieses neuen Moduls bekommen die Teilnehmer ein fundiertes Wissen um die demografische Entwicklung und den aktuellen Stand der Wissenschaft in der Alterszahnheilkunde in Deutschland vermittelt. Dies schließt unter anderem Veränderungen in Anatomie und Physiologie beim Patienten ein - und selbstverständlich im Besonderen die zahnmedizinisch relevanten Implikationen.

Alterserscheinungen wie z.B. Xerostomie und andere Erkrankungen treten entweder erst im höheren Alter auf oder verschlimmern sich. Es ist für den behandelnden Zahnarzt von großer Bedeutung deren orale Auswirkungen zu kennen. Hinzu kommen eine oft verschlechterte Ernährungssituation, psychische Probleme und nicht zuletzt auch die Ästhetik („Greisengesicht“). Auf der anderen Seite sind unsere heutigen Senioren viel aktiver, als man sich das vor dreißig oder fünfzig Jahren noch hätte vorstellen können. Der Wunsch nach jugendlichem Aussehen und Lebensgefühl wird stärker, und dies fordert naturgemäß besonders den Implantologen.

Die Seminare erstrecken sich jeweils von Freitagnachmittag bis Samstagmittag. Die nächste Gelegenheit zur Teilnahme bietet sich im September 2009 in Bonn.

Weitere Informationen

Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.
 Feldstr. 80 D-40479 Düsseldorf Telefon:
 +49(0)211 16970-77 Telefax:
 +49(0)211 16970-66 E-Mail:
 sekretariat@dgzi-info.de Internet:
 www.dgzi-info.de



/KISTRAL

Die selbst schneidenden MIS-Implantate SEVEN und MISTRAL wurden speziell für ein breites Spektrum unterschiedlichster Knochentypen und Knochen-Augmentations-Verfahren konzipiert. Sie garantieren eine ebenso einfache Anwendung wie auch besonders hohe Zuverlässigkeit. Und unterstreichen damit eindrucksvoll das MIS-Motto: „Make it simple“.



Make it Simple

M.I.S. Implant Technologies GmbH
 Paulinenstraße 12 a • 32427 Minden
 Tel.: 0571-9727690 • Fax: 0571-9727691
 Service @mis-implants.de
 www.mis-implants.com

Zahnfleischprobleme und Diabetes

Fachleute schätzen, dass über 80 Prozent der Bevölkerung von Zahnfleischproblemen betroffen sind - meist ohne es zu wissen. Grund hierfür ist, dass Zahnfleischprobleme oft nicht rechtzeitig erkannt werden, denn es treten selten Schmerzen auf, oder diese werden als unabänderlich hingenommen.

Autor: Dr. Ruth Hinrichs, Medizinisch-Wissenschaftliche Abteilung, GABA International, Therwil (Schweiz)

Hauptursache für die Reizungen und Entzündungen (Gingivitis) sind Plaque-Bakterien. Diese Bakterien produzieren neben Säuren, die den Zahnschmelz angreifen und Karies entstehen lassen, auch Stoffwechselprodukte, die in den Zahnfleischsaum eindringen und das Bindegewebe zwischen Zähnen und Zahnfleisch zerstören. Wird der bakterielle Belag nicht regelmäßig entfernt, kann sich der Entzündungsprozess auf den Zahnhalteapparat ausdehnen (Parodontitis). Es kommt zum Rückgang von Zahnfleisch und zum Verlust von Stützgewebe und Knochensubstanz. Die Folgen sind bekannt, denn die Zähne verlieren ihren Halt, werden locker und fallen aus oder müssen gezogen werden.

Gerade bei Diabetikern ist eine optimale Mundhygiene zur Vermeidung von Gingivitis und Parodontitis sehr wichtig. Oft reagieren sie auf bakterielle Reize



heftiger als gesunde Personen und leiden unter einer Wundheilungsstörung. Zahnfleischabszesse, Zahnfleischentzündungen mit Geschwüren oder Risse in den Mundwinkeln können die Folgen eines nicht optimal eingestellten Blutzuckerspiegels sein. Daraus resultierende Funktionsdefekte in der Immunabwehr und Gefäßveränderungen im Zahnfleisch führen zu Durchblutungsstörungen, die einen schnellen Transport von entzündungshemmenden Faktoren verhindern und die körpereigenen Abwehrmechanismen gegenüber bakteriellen Angriffen am Zahnfleisch schwächen.

Viele Studien belegen eine Wechselwirkung zwischen Diabetes mellitus und Parodontitis. So beeinflussen parodontale Erkrankungen den Zuckerstoffwechsel bei Diabetikern und erschweren die optimale Einstellung der Blutzuckerwerte. Umgekehrt lässt sich eine Parodontitis bei schlecht eingestellten Diabetikern, anders als bei gut eingestellten, nur erschwert behandeln.

Eine optimale Mundhygiene (z. B. mit meridor), eine konsequente zahnmedizinische Betreuung sowie ein gut eingestellter Blutzuckerspiegel sind die wichtigsten Voraussetzungen für Diabetiker, um eine erhöhte Anfälligkeit für Parodontalerkrankungen zu vermeiden.

SELBSTTEST - wie gesund ist ihr Zahnfleisch?

1. Ist Ihr Zahnfleisch dunkelrot (anstatt blassrosa) und geschwollen?

J/NEIN

2. Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder bei der Benutzung eines Zahnstochers bzw. anderer Hilfsmittel zur Zahnreinigung?

J/NEIN

3. Ist Ihr Zahnfleisch zurückgegangen?

J/NEIN

4. Beobachten Sie eine zunehmende Lockerung Ihrer Zähne?

J/NEIN

5. Tritt eine gelbliche, eiterähnliche Flüssigkeit am Zahnfleischsaum aus, wenn Sie Ihr Zahnfleisch massieren?

J/NEIN

6. Hat sich Ihre Zahnstellung verändert, und haben sich dabei Lücken gebildet?

J/NEIN

7. Haben Ihre Eltern oder Geschwister Zähne frühzeitig durch Zahnlockerung verloren?

J/NEIN



Auswertung SELBSTTEST:

Wenn Sie alle Fragen mit „NEIN“ beantworten können, haben Sie keine akuten Veränderungen an Zahnfleisch und Zahnhalteapparat.

Wenn Sie von den Fragen 1 und 2 mindestens eine mit „JA“ beantwortet haben, liegt eine Entzündung des Zahnfleisches vor. Diese kann durch Mundhygienemaßnahmen verbessert werden.

Wenn Sie nur Frage 3 mit „JA“ beantwortet haben, könnte eine Schädigung des Zahnfleisches durch falschen, insbesondere zu kraftvollen Einsatz der Zahnbürste die Ursache sein.

Wenn Sie mindestens eine der Fragen 4 bis 6 mit „JA“ beantwortet haben, leiden Sie sehr wahrscheinlich an einer Parodontitis im fortgeschrittenen Stadium. Wenn Sie außerdem die Frage 7 mit „JA“ beantwortet haben, verstärkt sich diese Vermutung.

Wenn Sie nach diesem Test eine Erkrankung Ihres Zahnfleisches vermuten, sprechen Sie mit Ihrem Zahnarzt. Nur er kann mit Sicherheit feststellen, ob eine Gingivitis oder Parodontitis vorliegt.

Studie belegt: meridol reduziert Plaque und Gingivitis signifikant

12-wöchige *In vivo*-Untersuchung zeigt: meridol **Verbund** verbessert Piaquestatus und Blutungsneigung deutlich

Zweimal tägliches Zähneputzen mit meridol Zahnpasta in Verbindung mit zusätzlicher abendlicher Anwendung von meridol Mundspül-Lösung verbessert den Mundhygiene-Status bei Patienten mit Gingivitis oder chronischer Parodontitis erheblich. Zu diesem Ergebnis kommt das Team um Prof. Jadwiga Danach von der Universität Stettin in einer aktuellen wissenschaftlichen Arbeit. In der zwölfwöchigen randomisierten, offenen und kontrollierten Studie wurde der Effekt der amin- und zinnfluoridhaltigen Produkte an Probanden mit entsprechender Symptomatik und unzureichender Mundhygiene getestet. Die Verbesserung von Approximal-Plaque-Index (API) und Sulkus-Blutungs-Index (SBI) im Versuchszeitraum war signifikant.

Zu Beginn der Studie wurde bei allen Testpersonen Piaquestatus und Blutungsneigung; mittels API bzw. SBI ermittelt.

Die 18- bis 59-jährigen Teilnehmer wiesen alle eine Gingivitis oder chronische Parodontitis in Remission auf. Ihr Mundhygienestatus war schlecht. Die Testgruppe startete mit einem API von 84 Prozent, die Kontrollgruppe mit 79 Prozent. Der SBI betrug bei der Testgruppe zu Beginn der Untersuchung 67 Prozent, bei der

Kontrollgruppe 58 Prozent. Im Untersuchungsverlauf putzte die Testgruppe ihre Zähne zweimal täglich mit meridol Zahnbürste und meridol Zahnpasta und spülte jeden Abend zusätzlich mit meridol Mundspül-Lösung. Die Kontrollgruppe verwendete eine handelsübliche Zahnpasta mit 1450 ppm Fluorid aus Natriumfluorid und führte ansonsten keine ergänzenden Mundhygienemaßnahmen mit einer Mundspül-Lösung durch. Die Indizes wurden erneut nach zwei und vier Wochen sowie am Ende der Studie erhoben.

In beiden Gruppen kam es nach zwei Wochen zu einer Verbesserung von Piaquestatus und Blutungsneigung. Doch nur in der Testgruppe konnte dieser positive Effekt in den folgenden Wochen weiter ausgebaut und sogar stabilisiert werden. So lag der API bei den Anwendern des meridol-Verbundes nach zwölf Wochen bei nur noch 48 Prozent, das entspricht einer Verbesserung um 36 Prozentpunkte, der SBI verringerte sich auf 21 Prozent und damit um 46 Prozentpunkte. In der Kontrollgruppe verschlechterten sich die Werte hingegen im weiteren Versuchszeitraum wieder und erreichten nach zwölf Wochen annähernd die Ausgangswerte.

„Die guten Testergebnisse der meridol-Produkte erklären sich durch die ausgeprägten antibakteriellen sowie plaque- und entzündungshemmenden Eigenschaften von Aminfluorid in Verbindung mit Zinnfluorid“, erklärt Bärbel Kiene, Director Scientific Affairs bei GABA international. „Diese Wirkstoffkombination zeichnet sich außerdem durch eine sehr gute Verträglichkeit aus, so dass sich alle Präparate hervorragend zur Langzeitanwendung eignen. Dass meridol Mundspül-Lösung alkoholfrei und bereits bei einmal täglicher Anwendung wirksam ist, macht sie zudem besonders unkompliziert in der Handhabung.“

Literatur:

Banach J, Wiernicka-Menkiszak M, Mazurek-Mocho! M, Trabska-Swistelnicka M, Bettleja-Gromada K. *Czas Stomatol* 60 (2007), 11-19.

Weitere Informationen

GABA GmbH

Berner Weg 7

D-79B39 Lörrach

Telefon: +49 (0)7621 907-0

Telefax: +49 (0)7621 907-499

E-Mail: info@gaba-dent.de

Internet: www.gaba-dent.de

Aus der Praxis - Für jede Praxis!?

Zu Zeiten, in denen die Freiberuflichkeit **durch** immer neue gesetzliche Veränderungen eingeschränkt wird und das Portemonnaie des Patienten auch nicht mehr so „locker sitzt“, sind Lösungen wie die im folgenden Interview ein „Segen“ für all diejenigen, die sich den Herausforderungen der heutigen Zeit weiterhin stellen.

Interview mit: Dr. med. Wolfgang Schulz, Quedlinburg

Dental Barometer: Herr Dr. Schulz, haben Sie neben Ihrem Praxisschwerpunkt (Hypnose - DGZH) in der Vergangenheit bereits Implantationen durchgeführt?

Dr. Schulz: In meiner Praxis ist die zahnärztliche Implantologie seit 2001 ein fester Bestandteil. Einfache Indikationen führe ich selbst durch, die schwierigen Fälle, wie z. B. Augmentationen oder Sinuslift, werden von einem befreundeten Kieferchirurg in unserer Praxis durchgeführt. Dies ist für mich eine äußerst effiziente Art der praktischen Fortbildung. Für unsere Patienten ist dies hinzu sehr angenehm in vertrauten Räumen und durch ein bekanntes Behandlungsteam versorgt zu werden. Dabei ist es uns in der Vergangenheit nie gelungen mehr als 10 - 15 Implantate pro Jahr zu versorgen.

Dental Barometer: Mit welchen Implantatsystemen arbeiten Sie?

Dr. Schulz: Als wir 2001 damit begannen, verwendeten wir das Ankylos-Implantatsystem und später, ca. 2004, kamen Systeme der Firma Camlog hinzu. Seit 2007 dann noch die Champions⁸ Implantatsysteme.

Dental Barometer: Wie sind Sie nun auf einteilige Systeme aufmerksam geworden und warum haben Sie sich hierbei für Champions* entschieden?

Dr. Schulz: Auf der Suche nach einfacheren und dadurch preiswerteren Lösungen für unsere Patienten, beschäftigten wir uns auch mit einteiligen Implantatsystemen. Durch einen Artikel in der Fachpresse wurde ich auf das Champions⁸ Implantatsystem aufmerksam. Ich begann zu recherchieren und mich so gut es ging zu informieren. Hierbei überzeugte mich neben dem Implantatdesign die Möglichkei-

ten, einfache und erfolgreiche Lösungen für die Probleme meiner Patienten zu finden. Besonderes Augenmerk richtete ich auf die MIMP- Methode, die eine sofortige Primärstabilität und damit schnellere Versorgung der Implantate ermöglicht. Das Alles führte zu meinem Entschluss, dieses Implantatsystem näher kennenlernen zu wollen und ich meldete mich zum Kurs bei Dr. Nedjat in Flonheim an.

Dental Barometer: Können Sie uns Ihre Eindrücke des Seminars bei Dr. Nedjat schildern?

Dr. Schulz: Der „Champions-Motivation-Kurs“ begeisterte mich sofort. Neben der Motivation zum Implantieren wurden viele Beispiele für verschiedene Behandlungssituationen und damit deren Lösung vorgestellt. Vor allem aber der angenehme, begeisternde und kollegiale Ton Dr. Nedjats zu dieser Fortbildung, hinterließen einen bleibenden Eindruck auf mich, der dann durch persönliche Gespräche in kollegialer Runde noch verstärkt wurde.

Für mich persönlich gestaltete sich der praktische Teil des Workshops zu einem besonderen Highlight. Neben der Vorstellung von aktuellen Patientenfällen, deren prothetische Versorgungen gerade durchgeführt wurden, bildeten die Live OPs den eigentlichen Höhepunkt. Gerade auch deshalb, weil mehrere verschiedene implantologische Situationen vorgestellt und behandelt wurden, sodass man einen relativ großen Überblick über die Möglichkeiten dieses Implantatsystems sowohl implantologisch als auch prothetisch bekam.

Dental Barometer: Haben Sie danach sofort auf die MIMP Methode umgestellt, wie reagierten Ihre Patienten und was macht dieses System für Sie so interessant?



Dr. med. Wolfgang Schulz

Dr. Schulz: Nach meinem Besuch des Anwenderkurses integrierte ich sofort die unblutige MIMP Methode (Minimal Invasive Methode der Implantation) in meinen Praxisablauf mit dem sofortigen Erfolg, mehr Patienten zu Implantatversorgungen motivieren zu können. Dank dieser Methode konnte ich die Zahl der Implantationen im Jahr der Einführung verdreifachen.

Patienten, die bereits Erfahrungen mit „herkömmlichen“ Implantaten gesammelt haben, waren völlig überrascht über die kurze und schmerzarme Einheilphase. Vor allem begeisterte Sie, dass die definitive Versorgung spätestens 14 Tage nach der Implantation abgeschlossen war. Heute gehören Implantationen mit Champions* zum festen Bestandteil meines Praxisangebotes und dessen Nutzung seitens meiner Patienten belegt dies.



Gingivitis muss nicht sein!

Schutzlack und Mundpflege Gel im Einsatz bei Multibracket-Patienten

Autor: Joanna-Claire Toddd, Dr. Gabriele David

Gingivitis ist ein häufig auftretendes Problem während der kieferorthopädischen Behandlung. Festsitzende Brackets bedeuten eine un-

vermeidbare Zunahme der Retentionsstellen für bakteriellen Biofilm. Damit stehen sowohl Praxisteam als auch Patienten vor besonderen Herausforderungen (Abb. 1).

Brackets und Bänder erschweren die Mundpflege generell und behindern ausserdem die natürliche Reinigung durch Speichel und Muskelbewegungen. Chlorhexidinhaltige Präparate wie zum Beispiel der Plus und Cervitec Gel von Ivoclar Vivadent für Multibracket-Patienten, bakterielle Kontrolle zu halten.



Schutzlack Cervitec bieten eine Lösung Plaque unter

Schutzlack mit applizieren

Das antibakterielle sein Nutzen für die (Kneist 2008). Der eines effektiven % Chlorhexidin und 1 den Risikostellen

Aufgrund des Wirkstoffe auch Lack wird alle 2 bis 3



Chlorhexidin professionell

Breitbandspektrum des Chlorhexidins und Zahnheilkunde sind sehr gut dokumentiert Wirkstoff gehört zu den Mitteln der Wahl Biofilm-Managements. Cervitec Plus mit 1 % Thymol wird in der Praxis ganz gezielt an appliziert (Abb. 2).



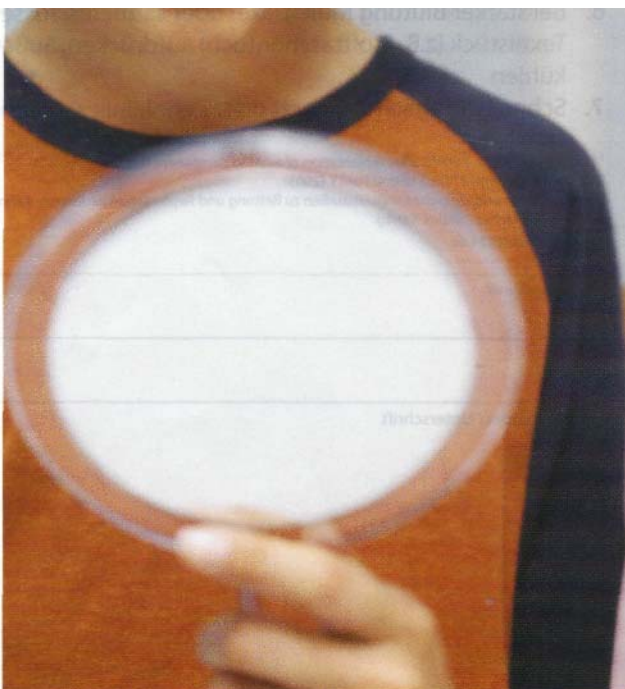
Fliessverhalten des Lackes erreichen die schwer zugängliche Bereiche. Der farblose Monate aufgetragen, was sehr einfach zu realisieren ist, da die Patienten während der kieferorthopädischen Behandlung häufig in der Praxis erscheinen. Bei einer akuten Gingivitis kann eine Applikation des Lackes entlang des Zahnfleischsaumes in kürzeren Zeitabständen angezeigt sein. Dabei kommt es in der Regel sehr schnell zu einem deutlichen Rückgang der Symptome (Sköld & Twetman 1998; Twetman et al. 1997). Die professionelle Lackapplikation erlaubt eine

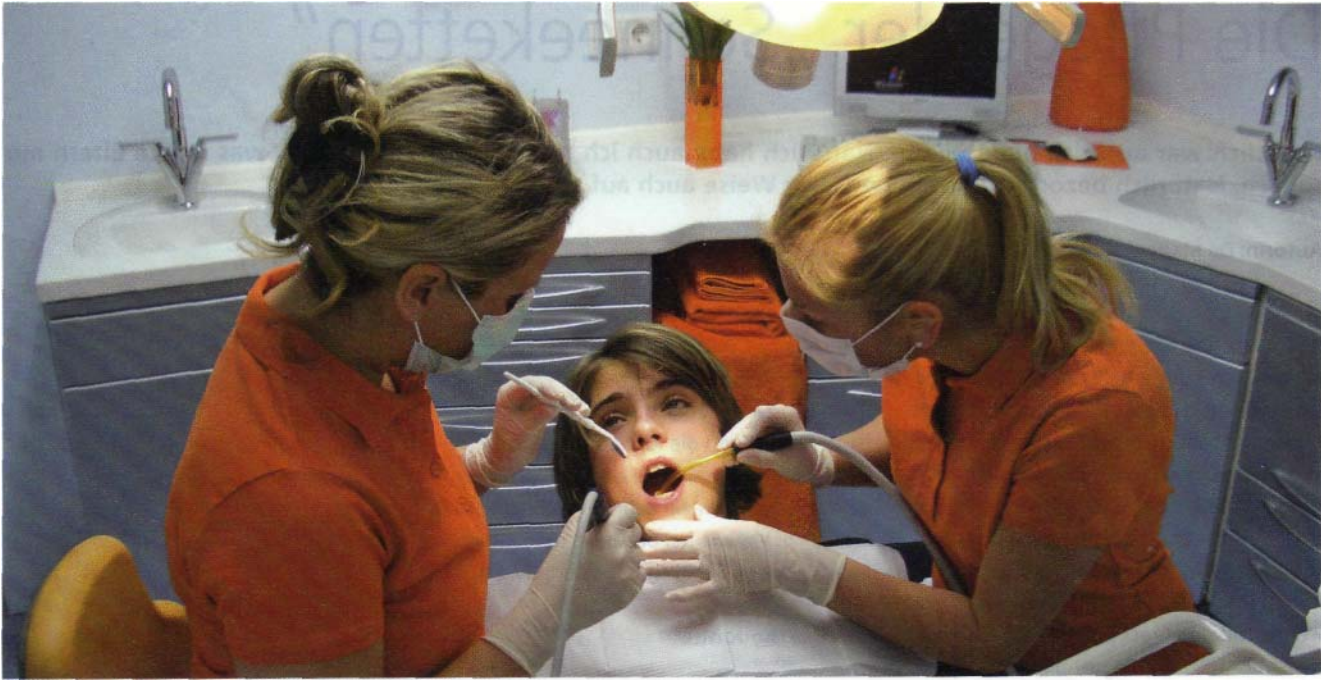
wirkungsvolle Kontrolle des bakteriellen Biofilms, der sowohl die Zahnhartsubstanz als auch die Gingiva gefährden kann. Der Vorteil dieser Massnahme besteht in der Unabhängigkeit von der Compliance der Patienten.

Zuhause mit Mundpflege Gel unterstützen

Die häusliche Anwendung von Cervitec

Abb. 1: Brackets stellen Praxisteam und Patienten bei der Mundpflege vor besondere Herausforderungen. Cervitec Gel enthält 0,2 % Chlor-





Die klassische Zahnsteinentfernung gehört wie auch die Anwendung von Zahnseide zu jeder Prophylaxesitzung dazu.

auftretendes Problem hinsichtlich der korrekten häuslichen Mundhygiene stellen kieferorthopädische Apparaturen dar. Mit Lob zum richtigen Zeitpunkt und kontinuierlichem Oben muss der Mund in dieser Phase allerdings nicht zur Problemzone werden. In der schwierigen Zeit der Pubertät ist das Leben ohnehin nicht das einfachste. Signalisieren Sie Verständnis für die einzelnen kleinen Probleme und lassen Sie dabei die Aufklärung über richtiges Gesundheits-, Mundhygiene- und Ernährungsbewusstsein nicht außer Acht. Bei jeder Prophylaxesitzung sind vier wichtige Bausteine zur Initialtherapie unverzichtbar. Dazu gehören zum einen das Erkennen des Kariesrisikos, zum anderen die darauf abgestimmte Prophylaxe mit Ernährungsanalyse und -beratung. Aber auch das Auftragen verschiedener pharmazeutischer Mittel, wie zum Beispiel Fluorid und Chlorhexidin, sowie die häusliche Mundhygiene sind Bestandteile der Initialtherapie.

Zur Bestimmung des Kariesrisikos können verschiedene Kariesrisikotests angewendet werden. Da die Qualität des Speichels ein entscheidender Faktor für die Entstehung von Karies ist, sollten diese Tests nach Möglichkeit nicht nur kariesverursachende Bakterien wie Lactobazillen und Streptococcus Mutans, sondern auch die Speichelfließrate und Pufferkapazität des Speichels bestimmen. Auf das Erheben von geeigneten Indizes kann bei der Kariesrisikobestimmung ebenfalls nicht verzichtet werden. Ein aussagekräftiger, zeitsparender und einfacher

Plaqueindex (API) sowie Gingival-Parodontalindex (SBI-PSI) sollten bei jeder Prophylaxesitzung erhoben und zusammen mit dem Kariesrisikotest analysiert und bewertet werden.

Je nach Befund wird nun in der Prophylaxe die Reinigung der Zähne durchgeführt. Dazu gehört nicht nur das gründliche Entfernen supra- und subgingivaler Beläge, sondern auch das Beseitigen von unschönen Verfärbungen und die anschließende Glattflächen- und Interdentalpolitur. Die Aufklärung des Patienten und gegebenenfalls der Eltern über schädliche Gewohnheiten (z.B. Nuckelflaschen, Schnuller, Daumenlutschen), Ernährung, Fluoridierung und häusliche Mundhygiene und deren Hilfsmittel erfolgt vor oder nach der Reinigung. Hierbei ist unbedingt darauf zu achten, die Zuhörer nicht zu überfordern und nur gezielt zu beraten. Dann erreichen Sie über mehrere Sitzungen den gewünschten Effekt. Bei der Anwendung von pharmazeutischen Produkten sollten gezielt Mittel verwendet werden, die dem Alter und den Fähigkeiten des Patienten entsprechen. Gerade bei unseren Kindern sollten wir auf alkoholfreie Produkte zurückgreifen. In der Praxis haben sich hier Fluorid- und Chlorhexidinlacke bewährt. Sie sind meist farblos, haben eine sehr gute Retention und bieten dank ihrer Depotwirkung sogar über mehrere Wochen und Monate Schutz für die Zähne. Das Auftragen der Lacke auf die Zahnoberfläche erfolgt durch die Prophylaxefachkraft nach der Reinigung der

Zähne. Im letzten Schritt werden unsere Patienten sowie die Eltern über eine gründliche häusliche Mundhygiene aufgeklärt. Wir als zahnärztliches Prophylaxepersonal kennen uns im Dschungel der unzähligen Zahnbürsten, Interdentalpflegeprodukten, Spüllösungen und Pasten aus und können unsere Patienten mittels einer Notwendigkeitsanalyse sowie Tipps zur richtigen Anwendung sicher durch diesen Urwald führen.

Bei unseren zahlreichen Praxis-Coachings und Seminaren zeigt sich immer wieder, dass auf dem Gebiet der Kinderprophylaxe bei Zahnärzten und Kieferorthopäden noch ein großer Nachholbedarf besteht. Ein gut ausgearbeitetes Konzept, ein strukturierter Behandlungsablauf sowie psychologisch geeignetes und geschultes Fachpersonal sind das A und O einer modernen Dentalpraxis. Genau das ist unsere Stärke. Wir zeigen Ihnen und Ihren Teams Lösungen auf, mit denen Sie Ihre Abläufe und Beratungsleistungen optimieren können, um Zeit, Geld und Kraft zu sparen.

Weitere Informationen

DENT-x-press GmbH
Barbara Malik
 Johannes-Boos-Platz 3
 D-85391 Allershausen
Tel.: +49(0)8166-9957-20
Fax: +49(0)8166-9957-21

Die Pflege der „Schneeketten“

Natürlich war auch ich einmal jung. Natürlich habe auch ich nicht auf all das gehört, was meine Eltern mir sagten. Natürlich bezog sich das in gewisser Weise auch auf die Pflege meiner Zähne.

Autorin: Dr. Martyna Kotzian

Allerdings war das schlagartig zu Ende; als ich meine festsitzende Zahnspange bekam. Ich weiß, dass dieser Terminus nicht ganz korrekt ist, aber ich versuche in der Praxis so zu reden, dass meine Patienten, vor allen Dingen die Kleinen, mich verstehen. Warum das plötzliche Ende meiner Pflegeabstinenz? Nun, meine Mutter ist Zahnärztin. Und sie konnte mir plausibel machen, dass, wenn ich mir mit den Brackets nicht die Zähne zu mehr als 100 % pflegte, dieselben später zwar gerade, dafür aber garantiert mit dunklen kariösen Stellen „glänzen“ würden.

Nicht nur, sondern auch ...

Karies, entsteht ja bekanntlich bei ungenügender Mundhygiene durch Plaqueretention an den verwinkelten Stellen um die Glieder der „Schneeketten“ herum. Apropos Schneeketten: Mit diesem Ausdruck für die oft ungeliebten Brackets habe ich die jungen Patientinnen und Patienten immer auf meiner Seite. Aber auch über das Problem der Gingivitis klärte meine Mutter mich auf und ja, schon damals achtete ich auf mein Aussehen, die Aussicht auf rot geschwollenes, blutendes Zahnfleisch ermahnte mich stets zum Kampf gegen die Gingivitis. Und das war gar nicht so einfach!

Gab es noch nicht

Kinder und ihre speziellen Bedürfnisse waren seinerzeit in der Dentalindustrie anscheinend noch nicht bekannt. Nur so kann ich mir erklären, dass Produkte zur Mundhygiene damals noch nicht schmeckten. Die Erklärung dafür lautete stets, dass sie ja nicht dazu verführen sollten; sie als „Bonbonersatz“ zu missbrauchen. Als ob das ein Teenager mit Brackets tun würde! Heute ist das anders. Jedenfalls das mit den übel schmeckenden Mundspüllösungen. Gerne kann ich bei der Prophylaxe unserer kleinen Patienten mit Bebänderungen heute spezielle Zahnbürsten, Zahnzwischenraumbürsten, Zahnpasta und vor allem eine wirksame Mundspüllösung einsetzen. Als

„allgemeine“ Praxis führen wir selbst keine KFO Behandlungen durch. Aber weil unser Patientenstamm zum großen Teil aus Kindern besteht und die Kieferorthopäden naturgemäß die Prophylaxe an die Überweiser delegieren, haben wir sehr viel mit der speziellen Prophylaxe bei bebänderten Kindern zu tun. Lassen Sie mich berichten:

VITIS orthodontic

Die in Deutschland mittlerweile bereits seit einiger Zeit sehr erfolgreiche Firma DENTAID stellt mit ihrer „VITIS orthodontic“ Serie die oben genannten Produkte für die Träger von Zahnspangen, losen oder „festen“ zur Verfügung. Was aber ist das Besondere an VITIS orthodontic?

Fangen wir einmal mit der VITIS orthodontic access Zahnbürste an: Als Spezialzahnbürste hat sie einen kleinen Bürstenkopf, damit unsere Patienten auch die hinteren Zähne und die Zahninnenflächen gut reinigen können. Die Bürste ist V-förmig - die mittleren Borsten sind kürzer als die äußeren - und hat vorne einen Monotip. Mit ihr lassen sich das gesamte Gebiss und die KFO-Geräte gründlich säubern. Der Monotip hat Borsten mittlerer Stärke, der V-förmige Teil des Bürstenkopfs weiche. Selbstverständlich sind die Borstenenden einzeln abgerundet. Weitere Eigenschaften machen VITIS orthodontic access nach Angaben der Hersteller zu einer besonderen Zahnbürste.

- > Jede Zahnbürste hat eine Schutzkappe. Damit ist sie auch praktisch für unterwegs.
- > Der Griff der VITIS orthodontic access Zahnbürste besteht aus einem einzigen Material. Es hat keine Spalten, wie das bei Griffen mit unterschiedlichen Materialien der Fall ist. Deswegen können sich auch keine Bakterien ansiedeln.
- > Der hochwertige Kunststoff, eine Besonderheit, lässt sich zudem nach den individuellen Bedürfnissen der Patienten so zurecht biegen wie es jeweils für ein optimales „Erreichen“ der Problemstellen erforderlich ist.



Dr. Martyna Kotzian

- > VITIS orthodontic access Zahnbürsten gibt es in 6 verschiedenen Farben. Damit konnten wir noch alle unserer kleinen KFO ler begeistern.

Gute Pflege

Zu der richtigen Zahnbürste gehört natürlich auch die passende Zahnpasta. Unsere KFO Kinder sind nicht mehr so jung als dass für Sie die spezielle Kinderzahnpasta in Frage käme. Aber die „scharfe“ wollen sie auch (noch) nicht. Da haben wir mit VITIS orthodontic Zahnpasta etwas wirklich Passendes. Sie wurde für die besonderen Bedürfnisse von Trägern von festsitzenden kieferorthopädischen Spangen (Brackets) entwickelt. VITIS orthodontic Zahnpasta enthält sehr viel Fluorid, um den Zahnschmelz widerstandsfähiger gegen Karies zu machen und wirkt antibakteriell, sodass Zahnfleischentzündungen vorgebeugt werden. VITIS orthodontic Zahnpasta hat sehr gute Putzeigenschaften, um die Plaque besser zu entfernen und ist cremiger, wodurch sie sich gut um Drähte und Brackets verteilt und das Putzen erleichtert. Der Clou an dieser Zahnpasta ist, dass sie eine wesentlich verbesserte Compliance dadurch „bringt“, dass sie einen interessanten, frischen Apfel-Minz-Geschmack hat!