magazin für professionelle zahnprophylaxe

prophy

1 2005

> Die erste Prophylaxesitzung – **14 Punkte zum Erfolg** seite 4

> Triumphzug **des Fluorids** seite 6

> **Raucherentwöhnung –** Motivation ist alles seite 9

> **Infektionsschutz** in der Praxis seite 10

elmex® Systempflege

elmex® von Anfang an

Aminfluorid – Schutzschild für Kinderzähne
Fluoride setzen den kritischen pH-Schwellenwert, an dem sich der Zahnschmelz auflöst, herunter. Dadurch kann die Phase der Remineralisierung ausgedehnt und die Phase der Demineralisierung reduziert werden. Nach neuesten Erkenntnissen und Empfehlungen [1] soll der Fluoridgehalt einer Kinderzahnpasta 500 ppm betragen. Die elmex® Forschung trägt dem schon lange Rechnung und entwickelte die elmex® Kinder-Zahnpasta mit einem Fluoridgehalt von 500ppm (Olaflur). Dieses Aminfluorid verteilt sich nicht zufällig im Mund, sondern bildet einen Film über alle Oberflächen. Direkt am Zahn bildet das Fluorid gemeinsam mit Calcium (aus dem Speichel) eine Calcium-Fluorid-Deckschicht (CaF_2), die den Zahn vor Säureangriffen schützt. Studien haben gezeigt, dass sich eine schützende Calcium-Fluorid-Deckschicht nur in einem leicht sauren Milieu bilden kann [2]. Der leicht saure pH-Wert der elmex® Kinder-Zahnpasta ermöglicht erst die Bildung dieser Schutzschicht.

Schützen Sie Ihre kleinen Patienten vor Karies mit elmex® Kinder-Zahnpasta!

ELM 041004

Informieren Sie sich auch online
über die Empfehlungen der DGZMK unter
http://www.dgzmk.de/mitteilg/Patinfo%20Fluoride.pdf

[1] Stellungnahme der DGZMK, Stand: 27.03.2000
[2] Rølla et al; J Clin Periodontol 20 (1993), 105-108

Gebro Pharma
Für Fragen: Tel. 05354-5300-0
E-Mail: pharma@gebro.com

elmex®. Lachend zum Zahnarzt.

magazin für professionelle zahnprophylaxe

prophy 1 2005

auftakt

Der Prophylaxegedanke, in der Zahnheilkunde von jeher stärker verankert als in manch anderer medizinischen Disziplin, gewinnt im Zuge des wissenschaftlichen und technischen Fortschritts noch immer an Bedeutung. Auch das mediale Interesse an diesem spannenden Thema steigt kontinuierlich. Bislang gab es in Österreich aber kein Medium, das sich die zahnärztliche Prophylaxe gebündelt und mit der Zielgruppe der Prophylaxe-Assistentinnen im Blick zum Thema gemacht hätte. Mit **prophy** soll sich das nun ändern.

„**prophy** – das Magazin für professionelle Zahnprophylaxe“ erscheint künftig **vierteljährlich** und soll in kompakter Form den gesamten **Tätigkeitsbereich der Prophylaxe-Assistentinnen** abdecken, von den zahnmedizinischen Grundlagen über die Anwendung neuer Geräte und Materialien bis hin zu Fragen der Ergonomie und der Patientenführung. Und ebenfalls neu: In **prophy** finden Sie nicht nur Beiträge von ÄrztInnen, sondern vor allem auch Artikel Ihrer KollegInnen.

Für die Relevanz und die Richtigkeit der Inhalte steht ein **wissenschaftlicher Beirat,** in dem die Zahnkliniken des Landes ebenso vertreten sind wie einzelne Fachgesellschaften. Die ÖGP, die ÖGZMK und der PASS-Club Tirol gestalten darüber hinaus eine fixe Seitenanzahl mit spezifischen Themen und Veranstaltungshinweisen.

Viel Spaß beim Lesen dieser ersten und noch vieler weiterer Ausgaben von **prophy** wünscht

Ihr Dr. Wolfgang Müller,
Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Parodontologie (ÖGP)

fokus

4 14 Punkte zum Erfolg
Die erste Prophylaxesitzung

brisant

6 Der Triumphzug des Fluorids
oder wie braune Zähne eine neue Ära einläuteten

konkret

8 Ihrem Rücken zuliebe
Arbeitsergonomie in der Zahnheilkunde

am puls

9 Motivation ist alles
Raucherentwöhnung in der zahnärztlichen Praxis, Teil 1

professionell

10 Infektionsschutz in der Praxis
prophy im Gespräch mit dem Hygiene-Experten

intern

14 PASS Tirol – Der Weg zur professionellen Prophylaxe-Assistentin
Ein Job mit hohen Ansprüchen an die Qualität

15 ÖGZMK – Aus- und Fortbildung nach Grazer Vorbild

Impressum: **Medieninhaber und Herausgeber:** PBK Ideenreich Werbeagentur, Davidgasse 87–89, 1100 Wien; **Redaktion:** Dr. Albert Brugger, **Redaktionsanschrift:** MedMedia Verlag, Alser Straße 21/8, 1080 Wien, **Entwurf, Satz:** PBK Ideenreich Werbeagentur GmbH, Davidgasse 87–89, 1100 Wien, **Druck:** Hutter Druck, St. Johann in Tirol, A-6380, Birkenstraße 5, **Wissenschaftlicher Beirat:** Prof. S. Kulmer, Prim. E. Favero, Prof. M. Haas, Prof. G. Arnetzl, Dr. W. Müller, Prof. P. Städler, Prof. W. Sperr, Prof. P. Solar

MED Geprüft WISS

Texte, die mit diesem Symbol gekennzeichnet sind, wurden entweder von Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats verfasst oder durch diese inhaltlich auf seine wissenschaftliche Haltbarkeit überprüft.

Die Ansprüche der Patienten steigen, und zusätzlich werden diese immer kritischer. Aufgrund dessen kommt neben dem ärztlichen Erstgespräch der ersten Sitzung der Prophylaxe-Assistentin entscheidende Bedeutung zu, ob der Patient für das Praxisteam gewonnen werden kann.

MED Geprüft WISS

Die Erstsitzung – 14 Punkte zum Erfolg

Die erste Prophylaxesitzung erfolgreich gestalten

Der Handtellergriff:

von **Univ.-Prof. DDr. Siegfried Kulmer**
Vorstand der Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Innsbruck

DDr. Renate Kulmer
PASS Susanne Fink
PASS Sabine Hochfellner

Um die erste Prophylaxesitzung erfolgreich gestalten zu können, sollte die Prophylaxe-Assistentin in jedem Fall über das ärztliche Erstgespräch informiert sein – vor allem dann, wenn sie nicht selbst daran teilgenommen hat. Sie müssen auch über alle, insbesondere infektiöse Krankheiten des Patienten Bescheid wissen. Weitere Voraussetzung für den erfolgreichen Ablauf des Erstgesprächs ist ein ausgearbeitetes Konzept (siehe Kasten), um trotz Zwischenfragen dem roten Faden folgen zu können.

Hauptanliegen und Motivation

Nach der Begrüßung des Patienten knüpft die Prophylaxe-Assistentin an das ärztliche Erstgespräch an. Als Erstes wird das Hauptanliegen des Patienten nochmals besprochen. Der zentrale und persönliche Nutzen für den Patienten (z. B. Gesundheit, Ästhetik, wieder kauen können, attraktiv sein, Vitalität vermitteln etc.) soll herausgearbeitet werden und der Motivation zur Verhaltensänderung bei der Mundhygiene dienen. Es muss absolut klar sein, dass für einen langfristigen Erfolg die aktive Mitarbeit des Patienten Voraussetzung ist! Aufgabe der PASS ist es, dem Patienten den Weg zu seinem gewünschten Ziel zu weisen.

Drei Punkte sind für die erfolgreiche Motivation ausschlaggebend:

1. Der Patient erkennt nach dem Anfärben der Plaque in seinem eigenen Mund den **Zusammenhang zwischen Plaque und den pathologischen Erscheinungen.**

2. Während der Mundhygieneinstruktion erkennt der Patient: **Er selbst ist in der Lage, mit seiner Zahnbürste die Bakterienrasen zu stören und zu reduzieren.**

3. Der Patient bekommt den **Auftrag, die positiven Veränderungen seiner Gingiva** in den nächsten Stunden und Tagen **genau zu beobachten**.

Es genügt also nicht, dem Patienten ein Standardprogramm anzubieten. Die Prophylaxe-Assistentin muss vielmehr genau auf die individuelle Situation und Problematik des Patienten eingehen. **Den Zahnstein mit Strahl-,**

1) Der Patient kommt – Begrüßung des Patienten – die Prophylaxe-Assistentin stellt sich nochmals vor – Frage nach dem Befinden des Patienten.
2) Patient nimmt Platz – vor seinen Augen werden die Instrumente auf das Tray gelegt und die Chlorhexidin-Lösung wird vorbereitet.
3) Patient spült 1 Minute mit einer 0,2%igen Chlorhexidin-Lösung.
4) Nochmals Frage nach dem Anliegen, dem Wunsch des Patienten stellen – Prophylaxe-Assistentin nimmt das Thema des zahnärztlichen Erstgespräches wieder auf.
5) Aufklärung über das individuelle Problem, z. B. wie kam der Patient zu seinen Füllungen, Zahnfleischentzündungen etc. – Aufklärung über die Ursachen (Plaque/Biofilm) – fachlich richtig, aber in einer für den Patienten verständlichen Sprache.
6) Inspektion der Mundhöhle des Patienten – Patient und Prophylaxe-Assistentin gemeinsam – immer vom Gesunden zum leicht erkrankten Bereich, dann zu deutlichen Veränderungen.
7) Besprechung der mitgebrachten Zahnbürste – Aufklärung über die Kriterien einer guten Handzahnbürste bzw. einer Ultraschallbürste.
8) Die Prophylaxe-Assistentin erklärt dem Patienten, dass sie ihm den Zusammenhang zwischen Plaque/Biofilm und den pathologischen Erscheinungen in seinem Mund demonstrieren möchte. Dazu müssen die mikrobiellen Beläge angefärbt werden und die Prophylaxe-Assistentin ersucht den Patienten höflich um seine Zustimmung. Vaseline als Schutz vor der Farbe auf die Lippen des

Mit dem Handtellergriff übt der Patient einen zu großen, aggressiven Druck aus. Dadurch wird die Putzleistung reduziert und darüber hinaus werden die Hart- und Weichgewebe geschädigt.

Die Schreibfederhaltung: In der leichten Schreibfederhaltung kann der Patient die Bürste mit leichtem Druck führen und die Schallzahnbürste kann ihre optimale Reinigungskraft entfalten. Die Prophylaxe-Assistentin korrigiert den exakten Ansatz und die zarten Abrollbewegungen.

Schall- und Ultraschallgeräten zu entfernen, Nicht-Karies-Risikostellen mit Gummihütchen zu polieren oder eine alleinige professionelle, mechanische Zahnreinigung durchzuführen macht noch keine professionelle Erstsitzung aus! Genauso wichtig ist es, den Patienten entsprechend zu informieren und zu motivieren und ihn über eine effektive Mundhygiene zu instruieren.

Am Ende der Erstsitzung sollte der Patient das positive Gefühl haben, dass er selbst durch das gewonnene Wissen und die neuen manuellen Fähigkeiten aktiv zu seiner Mundgesundheit beitragen kann. Und er sollte der folgenden Mundhygienesitzung mit Spannung und Neugierde entgegensehen und überzeugt sein, dass er nach dem Anfärben der Bakterienrasen den Erfolg seiner neuen Mundhygienefähigkeiten bestätigt bekommt.

1. Sitzung der Prophylaxe-Assistentin

Patienten auftragen – Anfärben der Plaque/des Biofilms – gemeinsam Resultat begutachten – immer von positiv zu negativ.

9) Patienten vorzeigen lassen, wie er bisher mit seiner Bürste gereinigt hat – analysieren (Ansatz der Bürste, Bewegung, Anpressdruck, systematisches Vorgehen) – positiv/negativ.

10) Demonstration des Ansatzes der Bürste – 90 ° auf den Kauflächen und 45 ° bukkal und lingual (die Borstenbüschel zeigen in Richtung Zahnfleischsulcus) – zahnachsengerecht aufgestellte Bürste (natural brushing) in der Ober- und Unterkieferfront lingual

CAVE: Der Anpressdruck der Bürste darf 2 Newton oder 200 g nicht übersteigen. Alle Patienten drücken zu fest – ab 200 g kommt es zu einer deutlichen Schädigung der Zahnhartsubstanz und der Weichgewebe.

Der Patient sitzt am Stuhl und blickt über einen Handspiegel, der in Stirnhöhe gehalten wird, auf seine Unterkieferfrontzähne – die Prophylaxe-Assistentin setzt die Bürste in einem Winkel von 90 ° an der Unterkieferfront an und demonstriert, dass die Borstenbüschel nicht in die Zahnzwischenräume und den Sulcus eindringen – nun Drehen der Bürste bis zu einem Winkel von 45 ° und dabei den Patienten animieren, dass er genau beobachtet, wie dadurch die Borstenbüschel automatisch in die Zahnzwischenräume und den Zahnfleischsulcus eindringen. Diese Demonstration mehrmals wiederholen.

11) Bewegung des Bürstenkopfes – Demonstration der vibrierenden Bewegungen, die so klein sind, dass die Borstenbüschel die Zahnzwischenräume NICHT verlassen.

12) Patient übt unter Aufsicht der Prophylaxe-Assistentin den Bürstenansatz und die vibrierenden Bewegungen mit der Handzahnbürste in der Unterkieferfront, oder er übt mit einer Schallzahnbürste. Oszillierende Zahnbürsten bedürfen einer anderen Handhabung.

13) Erklären, Demonstration und praktisches Üben des systematischen Vorgehens – Hilfestellung durch die Prophylaxe-Assistentin

- Kauflächen Oberkiefer
- Kauflächen Unterkiefer
- lingual
- distale Seiten der hintersten Zähne nicht vergessen!
- bukkal und labial

Die bukkalen Zahnflächen werden IMMER zuletzt gereinigt, da über 90 % der Putzschäden bukkal und labial zu finden sind.

14) Professionelle mechanische Zahnreinigung

In der Erstsitzung wird nicht subgingival gearbeitet, um den Geweben – vor allem den kollagenen Fasern – Gelegenheit zur Regeneration zu geben (SP Ramfjord).

In der Erstsitzung sollte der Patient nicht mit weiteren Themen überfordert werden. Auf Mundhygienehilfsmittel wie Zahnseide, Interdentalraumbürstchen, Zungenschaber, Superfloss, etc. wird nach individuellem Bedarf in den folgenden Mundhygienesitzungen eingegangen.

Was als Beobachtung begann und sich langsam zu einer Idee formte, endete fünf Jahrzehnte später in einer Revolution, welche die Zahnheilkunde an die Spitze der Präventivmedizin katapultierte. Dies ist die Geschichte vom Fluorid, die erzählt, wie ein Mineral es schaffte, weltweite Beachtung zu finden.

Der Triumphzug des Fluorids

oder wie braune Zähne eine neue Ära einläuteten

MED Geprüft WISS

von Dr. Daniel Bachteler

die wirkweise

Früher wurde angenommen, dass Fluoride vor Karies schützen, indem sie in Form von Fluorapatit direkt in den Zahnschmelz eingebaut werden und ihn dadurch härter und säureresistenter machen. Mit dem Ziel, den Einbau von Fluoriden in die Zähne während der Schmelzbildung zu fördern, wurde die systemische Fluoridierung eingeführt.

In der Zwischenzeit wurde jedoch nachgewiesen, dass es hauptsächlich gelöste Fluoride in Speichel und Plaque sind, die vor Demineralisation schützen und nicht etwa die fest gebundenen im Zahnschmelz.

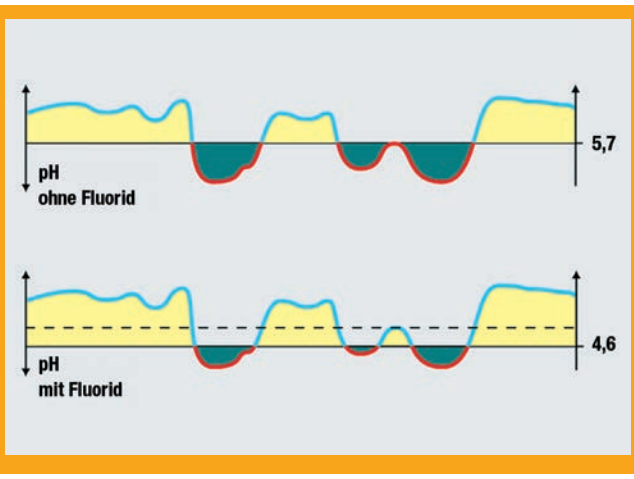
Fluoridionen reagieren mit Kalziumionen, es bilden sich kalziumfluoridhaltige Präzipitate, die entweder direkt am Zahn gebildet oder dort abgelagert werden. Kalziumfluorid ist bei neutralem pH-Wert im Speichel praktisch unlöslich. Unter sauren Bedingungen, zum Beispiel unter dem Einfluss bakterieller Säuren, löst es sich langsam auf und setzt Fluoridionen dort frei, wo sie gebraucht werden: am Zahnschmelz.

Vier verschiedene Fluoridverbindungen haben Eingang in Zahnpflegeprodukte gefunden. Am weitesten verbreitet sind die anorganischen Fluoridverbindungen Natriumfluorid (NaF), Natriummonofluorphosphat (NaMFP) und Zinnfluorid (SnF_2). Auch organische Fluoridverbindungen wie Aminfluorid werden in Zahnpflegeprodukten verwendet.
Vor allem Zinn-II-Fluorid hat sich als jener Wirkstoff erwiesen, der am besten und wirkungsvollsten in die Zahnhartsubstanz eingebaut wird.

NaF ist geschmacklos und wird deshalb verbreitet in Zahnpflegeprodukten eingesetzt, weil der Eigengeschmack nicht überdeckt werden muss. Sind NaF-Pasten sauer formuliert, haben sie also einen niedrigen pH-Wert, so kann die Bildung einer Kalziumfluoriddeckschicht beobachtet werden. NaMFP ist ebenfalls geschmacklos und ist zudem kompatibel mit Carbonat- oder Phosphat-Putzkörpern. Leider ist die Depotwirkung dieser Fluoridverbindung nur gering. Der größte Vorteil des Zinnfluorids besteht in seiner antibakteriellen Wirkung, welche sich gerade bei entzündlichen Erkrankungen im Mund bewährt hat. Sein leicht metallischer Geschmack lässt sich durch Beimengung von ätherischen Ölen leicht verdecken. Aminfluoride sind so genannte Tenside, also oberflächenaktive Substanzen. Sie lagern sich spezifisch an allen oralen Oberflächen an und transportieren das Fluorid somit gezielt zum Wirkort. Ihr natürlich saurer pH-Wert ermöglicht die Bildung einer gut anhaftenden CaF_2–Deckschicht, die sich durch eine besonders hohe Substantivität auszeichnet (Depotwirkung).

Fluoride im Kontext

Nach wie vor ist Karies eine der häufigsten Krankheiten unserer Zivilisation, doch epidemiologische Untersuchungen sprechen für sich: Seitdem Fluorid vor allem in Zahnpflegeprodukten enthalten ist, wird ein steiler Abfall der DMFT-Werte verzeichnet. Eines der wichtigsten Ziele der Weltgesundheitsorganisation WHO für das Jahr 2020 ist das Erreichen von 80 % kariesfreien Gebissen in der Gruppe der 6-Jährigen. Nur das Zusammenspiel von chemischer und mechanischer Plaquekontrolle sowie eine konsequente und intensive Zahnpflege ermöglichen es uns, Karies wirkungsvoll zu bekämpfen. Durch Fluoridanwendung alleine kann das ehrgeizige WHO-Ziel wohl kaum realisiert werden. Gerade in den westlichen Industrieländern muss eine Umstellung auf breiter Basis, z. B. der Ernährungsgewohnheiten (Softdrinks, Einfachzucker etc.) stattfinden, um die Kariesprävalenz weiter reduzieren zu können.



Fluorid wirkt:
Sein Einfluss auf Remineralisation und Demineralisation

Ihr Beitrag:
20 % der Bevölkerung weisen 80 % aller Kariesdefekte auf – das betrifft leider fast vollständig die so genannten (sozialen) Randgruppen. Wecken Sie das Bewusstsein derer, die in Ihre Praxis kommen, für die Vorgänge in der Mundhöhle, klären Sie über richtige und falsche Mundhygiene auf. Informieren Sie über die Möglichkeiten von Individual- und Gruppenprophylaxe oder den Einfluss der verschiedenen Produkte! 20 % sind in den Griff zu kriegen – sicherlich ein ambitioniertes, aber kein unerreichbares Ziel! Führen Sie fort, was vor über 100 Jahren begann.

die geschichte

Der Beginn:

Es begann im Jahre 1901 in Colorado Springs, USA, als der junge Zahnarzt Dr. F. McKay bräunliche Flecken auf den Zähnen der Einwohner bemerkte, die er als „Colorado Brown Stain“ bezeichnete. Noch erstaunlicher war, dass „Colorado Brown Stain“ den betroffenen Zähnen eine zunächst unerklärliche Resistenz gegenüber Karies bescherte. Es sollte bis 1931 dauern, bis McKay den geheimnisvollen Verursacher dieser Verfärbungen beim Namen nennen konnte: Fluorid! Hohe Fluoridkonzentrationen im Trinkwasser waren es nämlich, die verantwortlich für die unästhetischen Schmelzverfärbungen waren.

Die Fortsetzung:

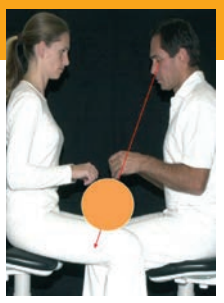
Dr. H. T. Dean war der Nächste, der die „olympische Fackel“ der Fluoridforschung in Händen hielt. 1936 lüftete er mit seinem Team ein weiteres Geheimnis: Erst Fluoridkonzentrationen von über 1 ppm (parts per million; entspricht 1 Milligramm pro Liter) im Trinkwasser führten zu Fluorosen! Dies gab der Forschung den entscheidenden Impuls in die richtige Richtung: Sich McKays Studien in Erinnerung rufend, wurde Dean immer klarer, dass ein direkter Zusammenhang zwischen der Entstehung von Fluorosen und der Kariesresistenz der betroffenen Zähne bestehen musste. Ob der künstliche Zusatz von Fluorid zum Trinkwasser helfen würde, die Karieshäufigkeit in der Bevölkerung zu reduzieren?

Die Gegenwart:

Nun überschlugen sich die Ereignisse: Dean beantragte erfolgreich ein Großprojekt: 1945 wurde in der Stadt Grand Rapids das Trinkwasser fluoridiert und 30.000 Schulkinder während eines Zeitraums von 15 Jahren beobachtet. Nach nur 11 Jahren war die Kariesrate bereits um mehr als 60 % gesunken! Von da an war der Triumphzug des einst unbeachteten Minerals nicht mehr aufzuhalten.

konkret

Obwohl unsere tägliche Arbeit in allen Belangen von ergonomischen Hintergründen und Erfordernissen geprägt ist, führt die Arbeitsergonomie in vielen zahnärztlichen Praxen eine Art Schattendasein.



Ihrem Rücken zuliebe

Arbeitsergonomie in der Zahnheilkunde

MED Geprüft WISS

von **Dr. med. univ. Martin Smetan**
Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Graz

Die Ursprünge der Ergonomie in der Zahnheilkunde reichen zurück in das Jahr 1921. Mit der Dissertation des späteren Direktors der Bonner Zahnklinik, W. Balters, über die rationelle Gestaltung zahnärztlicher Arbeitsplätze und durch den Beitrag über rationelle Praxisführung durch den späteren Leiter der Mainzer Zahnklinik, M. Hermann, im Jahr 1929, begann die Entwicklungsphase der Arbeitsergonomie. In den Jahren 1964 bis Anfang der 1980er Jahre wurden etliche Arbeiten zum Thema Arbeitswissenschaft publiziert. In den Folgejahren wurde es dann bis zum heutigen Zeitpunkt relativ ruhig um das Thema Ergonomie am Arbeitsplatz.
Wir beschränken wir uns hier auf die Bereiche, die uns als Zahnarztln oder Prophylaxe-Assistentin leider oft schmerzhaft an die Fehler unserer Haltung am Behandlungsstuhl erinnern.

Ergonomische Basiskonzepte

Es gibt vier Basiskonzepte der Arbeitsweise am Arbeitsplatz, die sich im Laufe der Jahre in verschiedenen Teilen der Welt herauskristallisiert haben. In der Folge möchte ich auf die Arbeitstechnik nach Hilger eingehen, der zur Zeit in Europa nach wie vor sehr aktiv in Forschung und Lehre mit der Arbeitsergonomie befasst ist. Nach Hilger gelten folgende Grundregeln:

- Zuerst wird der Patient entsprechend der zu behandelnden Region richtig gelagert. Dabei befindet sich der Patient in einer fast liegenden Position. Die Einstellung des zu behandelnden Kiefers erfolgt dann mit der Nackenstütze.
- Die Arbeitshaltung soll ohne Torsion in der Lendenwirbelsäule, ohne zu starkes Nach-vorne Beugen (Bauchpresse) und mit am Rumpf angelegten Oberarmen erfolgen.
- Das Sitzen ist bis auf wenige Aufgaben dem Stehen vorzuziehen.
- Zwangshaltungen mit statischen Überbeanspruchungen sind zu vermeiden.
- Die Beine sollten nicht parallel zum liegenden Patienten am Behandlungsstuhl positioniert sein.
- Die Finger sollen bei Feinarbeit im Arbeitsbereich abgestützt sein.
- Die Position, die die Prophylaxe-Assistentin einnimmt, befindet sich, bezogen auf die Uhr, in Position 9–12 Uhr unter meist direkter Sicht auf die zu behandelnde Region.

Ergonomie in der Teamarbeit

Auch das Zusammenarbeiten mit einer zahnärztlichen Helferin erfolgt unter genau vorgegebenen Richtlinien. Dabei ist unter Bedachtnahme auf eine möglichst ergonomische Sitzposition der Helferin zu gewährleisten, dass mit optimalen Halte- und Absaugtechniken eine optimale Prozessqualität erreicht wird.

Ständige Übung und Reevaluation

Nun entsprechen nicht jede/jeder Zahnarztln oder jede Prophylaxe-Assistentin dem normierten Wesen, auf das ein Konzept zugeschnitten ist. Unter Einbeziehung der verschiedenen Eigenheiten und Neigungen sollte sich jeder das für ihn geeignete und seiner Ausrüstung gerecht werdende arbeitsergonomische Konzept suchen. In unserem körperlich wie geistig anspruchsvollen Beruf bedarf es auch bei der konsequenten Umsetzung der ergonomischen Richtlinien einer ständigen Übung und Reevaluation dessen, was wir täglich tun. Wenn sich also an der Situation, dass nur ca. 15 % der Menschen nach ihrer Ausbildung bereit sind sich fortzubilden, nichts Grundsätzliches ändert, werden die gesundheitlichen Probleme, die unserem Beruf eigen sind, auch in Zukunft eines der großen Themen unserer Tätigkeit bleiben.

terminologie

Ergonomie

Die Ergonomie ist ein Teilgebiet der Arbeitswissenschaft zur menschengerechten Gestaltung der Arbeitsbedingungen. Dabei sollten Methoden und Erkenntnisse zur Anpassung der Arbeitsbedingungen an die Fähigkeiten der Menschen geschaffen werden. Dies geschieht mit dem Ziel, belastungsbedingte, gesundheitsschädigende Beeinträchtigungen systematisch auszuschalten.

Gleichzeitig soll die Entfaltung der menschlichen Arbeitsfähigkeit gefördert werden, wobei eine möglichst hohe Arbeitszufriedenheit angestrebt wird.

Untersuchungen der WHO haben ergeben: rund 50 % aller Raucher wollen im Grund ihres Herzens vom Nikotin loskommen. Sie können sich aber nicht entschließen, wie sie es tun sollen. Wie können wir unsere Prophylaxe-PatientInnen dabei unterstützen?

am puls

Motivation ist alles

Raucherentwöhnung in der zahnärztlichen Praxis | Teil 1

MED Geprüft WISS

Prophylaxe-Assistentinnen können dissonanten und damit potenziell ausstiegswilligen RaucherInnen mit umfangreichen Informationen und Tipps Hilfestellung geben. In eine zahnärztliche Ordination kommen Raucher öfter als in eine allgemeinmedizinische Praxis. Besonders im Rahmen einer unterstützenden Parodontaltherapie (UPT) sehen wir diese Patienten möglicherweise alle vier Monate. Das sind gute Gelegenheiten, Raucher zum Aufhören zu motivieren.

Wir verkaufen Gesundheit

Unser Anliegen ist es, mit entsprechenden Maßnahmen, Gesundheit an Zähnen und Zahnhalteapparat zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Und Rauchen ist ein Hochrisikofaktor, der unseren Behandlungserfolg generell in Frage stellt. Es ist erwiesen, dass Raucher schlechtere Chancen für eine erfolgreiche Parodontalbehandlung haben als Nichtraucher.

Unbequeme Informationen

Den meisten Rauchern ist bekannt, dass langfristiges Rauchen negative Auswirkungen auf die Allgemeingesundheit hat. Sie wissen aber nicht oder nicht genau, was wirklich am Rauchen schadet, was im Körper passiert, wenn eine Zigarette geraucht wird.
Unsere Aufgabe ist es also, mit Informationen aufzurütteln, nachdenklich zu machen – z. B. damit, dass Tabakrauch etwa 4.000 Chemikalien enthält, darunter

- Kohlenmonoxid, das den meisten als Auspuffgas bekannt ist und bei Personen, die in Selbstmordabsicht Autoabgase ins Innere ihres Autos leiten, letztlich zum Tod führt. Langfristige Kohlenmonoxidbelastungen, wie sie bei Rauchern vorkommen, können zu einer Schwächung des Herzmuskels führen.
- Auch das Wissen, dass eine von den vielen Chemikalien Arsen ist, könnte einem Raucher bewusst werden lassen, was er seinem Körper Schlimmes antut.
- Eine weitere Information, die den Rauchern vor Augen führt, wie schädlich Rauchen ist: Im Tabakrauch sind 10.000mal mehr Schmutzteilchen enthalten als in der gleichen Luftmenge an einem Verkehrsknotenpunkt einer Großstadt.

Die Unschuldigen

Und was Rauchern so gar nicht bewusst ist: wie sehr sie ihre liebsten Mitmenschen mitschädigen – den nichtrauchenden Partner und besonders die Kinder. Durch das Zwangsmitrauchen sterben Jahr für Jahr über 5.000 Menschen vorzeitig, mehr als 400 davon qualvoll an Lungenkrebs. (Quelle: Robert-Koch-Institut, Deutschland)

Motivation

Als Prophylaxe-Assistentin wissen Sie um die negativen Auswirkungen des Rauchens auf die Mundgesundheit. Daher ist es Ihre Pflicht, sich in der Raucherberatung zu engagieren.

Argumente

Neben der allgemeinen und speziellen Information über den Einfluss des Rauchens können Sie mit vielen positiven Ausblicken allein schon für den Mundbereich motivieren, mit dem Rauchen aufzuhören:

- keine unschönen Verfärbungen mehr
- kein unangenehmer Mundgeruch mehr
- weniger „böse“ Bakterien im Mund
- kein trockener Mund mehr
- Verringerung des Zahnfleisch- und Knochenschwunds
- gesundes, festes und rosa aussehendes Zahnfleisch
- kein Mundhöhlenkrebs etc.

Welche Möglichkeiten der Raucherentwöhnung es gibt und welche wir davon in der zahnärztlichen Ordination anwenden können, berichten wir in der nächsten Folge.

von **Erika Maier**
Prophylaxe- und Parodontologie-assistentin in Wien

kontakt:
ppa@aon.at

Müssen sich ZahnärztInnen, zahnärztliche AssistentInnen und Prophylaxe-Assistentinnen davor fürchten, sich bei ihrer Arbeit mit schwerwiegenden Infektionen wie HIV oder Hepatitis anzustecken? Nicht, wenn sie die grundlegenden Sicherheitsvorkehrungen befolgen. Als Prinzip gilt: Behandle jede Patientin/jeden Patienten so, dass eine potenziell vorliegende übertragbare Erkrankung keine Gefahr darstellen kann. Wichtigstes Hilfsmittel dabei: Schutz für Hände, Mund und Augen.

MED WISS Geprüft

Infektionsschutz in der Praxis

prophy im Gespräch mit dem Hygiene-Experten DDr. Martin Haditsch

von **DDr. Martin Haditsch**
Facharzt für Hygiene, Mikrobiologie und Tropenmedizin in Leonding

prophy: Welche infektiösen Krankheiten bzw. Krankheitserreger sind in der zahnärztlichen Praxis relevant?

Haditsch: Einerseits Erkrankungen, deren Erreger über die Atemluft bzw. Tröpfcheninfektion übertragbar sind (v.a. Tuberkulose, Influenza), andererseits jene, die über den Austausch von Blut und anderen Körpersekreten übertragen werden (wie HIV/AIDS und Hepatitis). Hautinfektionen haben geringen Stellenwert, da sie meist augenscheinlich sind und entsprechende Vorkehrungen ergriffen werden können. Auch Erreger von Durchfallerkrankungen sind in der Regel nicht relevant, vielleicht mit Ausnahme von Noroviren, die beim Kontakt mit Erbrochenem hoch infektiös sein können.

prophy: Inwieweit kann man darauf hoffen, dass ein/e zahnärztliche/-r PatientIn eine HIV-oder Hepatitis-Infektion von sich aus anspricht?

Haditsch: Grundsätzlich sind Personen mit einer durch Blut übertragbaren Erkrankung angewiesen, dies bei potenzieller Gefährdung ihrer Umgebung und damit auch dem zahnärztlichen Team mitzuteilen. Tatsächlich kann man sich nicht darauf verlassen, dass dies geschieht. Aus meiner Sicht noch problematischer sind jene Personen, die selber gar nicht wissen, dass sie z. B. das Hepatitis-C-Virus im Körper tragen und damit über Jahre hinweg eine potenzielle Infektionsquelle für ihre Umgebung darstellen – ein aufrechter (und mittels Serokonversionskontrolle entsprechend gesicherter) Impfschutz gegen Hepatitis B sollte für das zahnärztliche Team ohnehin Standard sein. Die Möglichkeit, mit einer/-m (vielleicht unerkannten) Hepatitis-C-TrägerIn konfrontiert zu werden, ist daher immer gegeben, zumal man weiß, dass es in Österreich und darüber hinaus in den vergangenen Jahrzehnten immer wieder zur Übertragung der Hepatitis C gekommen ist.

Offensichtlich ist das Risiko im zahnärztlichen Bereich gering. Das hängt möglicherweise auch damit zusammen, dass zahnärztliches Personal mit dem Prophylaxe-Gedanken generell besser vertraut ist als andere Berufsgruppen. Das Tragen von Handschuhen z. B. ist in zahnärztlichen Praxen seit langem ein etablierter Standard. Außerdem arbeiten ZahnärztInnen und Prophylaxe-Assistentinnen unter ständiger Sichtkontrolle durch den Patienten – das ist der Disziplin sicherlich förderlich.

prophy: Muss man also davon ausgehen, dass jede Patientin/jeder Patient potenziell infektiös ist?

Haditsch: Das ist das Grundkonzept des Selbstschutzes, im Übrigen nicht nur in der zahnärztlichen Praxis. Ein gesonderter Behandlungsmodus für „Infektiöse“ ist nicht nur aus ethischer und psychologischer Sicht problematisch, er birgt auch das Risiko, bei mutmaßlich „Nichtinfektiösen“ den Selbstschutz zu vernachlässigen. Wir wissen, dass die Übertragung von Infektionskrankheiten am häufigsten von Personen ausgeht, bei denen (noch nicht) bekannt ist, dass sie infektiös sind. Das gilt nicht zuletzt für die Tuberkulose, die durch die Aerosolentwicklung und die Anregung des Hustenreizes während der Behandlung im zahnärztlichen Bereich besonderen Stellenwert hat. In Spitälern ist die Aufregung immer groß, wenn ein Fall von Tuberkulose diagnostiziert wird. Zu diesem Zeitpunkt kann man aber therapeutisch eingreifen und damit auch die Infektiosität drastisch senken. Dagegen konnten sich die Erreger aber zuvor im Falle von Hygienemängeln ungehindert verbreiten.

prophy: Was ist bei der Behandlung infektiöser Patienten zu beachten? Welche Selbstschutzmaßnahmen sind zu befolgen?

Haditsch: Nach meinen Erfahrungen ist die Verwendung von Handschuhen bei der Arbeit am Patienten weitestgehend Standard. Zur Verbreitung des Mundschutzes kann ich nur so viel sagen, dass in serologischen Untersuchungen der Universität Graz bei Zahnärzten überproportional häufig Antikörper gegen Legionellen gefunden wurden, die wahrscheinlich über Aerosole aus dem Kühlkreislauf des Winkelstückes aufgenommen worden sind. Genauso wichtig ist der Augenschutz, da die Augenschleimhäute – wiederum aufgrund der Aerosol-Problematik – als Eintrittspforte für infektiöse Keime in Frage kommen.

Darüber hinaus beschränkt sich die Infektionsgefahr nicht auf die direkte Arbeit am Patienten. So gelten bei der Nachbearbeitung von Abdrücken, aber auch bei der Aufbereitung des Instrumentariums dieselben Vorsichtsmaßnahmen, solange auch nur das geringste Risiko einer Kontamination mit Blut oder Speichel besteht.

Sicherlich von vielen Praxen noch nicht adäquat umgesetzt werden Maßnahmen zum Schutz des zahnärztlichen Teams vor grippalen Infekten und vor der „echten" Grippe (Influenza), die von hustenden oder niesenden PatientInnen ausgehen. Aus unternehmerischer Sicht ist es absolut kostendeckend, dem gesamten Personal eine Grippeimpfung anzubieten (und das Team zur Impfung zu motivieren). Darüber hinaus würde ich dafür plädieren, hustenden oder niesenden Patienten (wenn Influenza grassiert, sogar allen Patienten) im Wartezimmer einen Mundschutz anzubieten. Mir ist klar, dass das derzeit für viele Menschen ungewohnt ist und die Zeit dafür vielleicht auch noch nicht reif ist, auf der anderen Seite ist nicht zuletzt im Zusammenhang mit SARS klar geworden, wie effektiv ein richtig angewendeter Mundschutz bei der Eindämmung solcher Erkrankungen ist. Es sollte jedenfalls versucht werden, die Problematik entsprechend zu kommunizieren („die Maßnahme dient Ihrem Schutz"), und natürlich muss das Team mit gutem Vorbild vorangehen.

prophy: Sind bei der Behandlung bekannter Risikopersonen intensivierte Schutzmaßnahmen (z. B. doppelte Handschuhe, Einmalbekleidung etc.) sinnvoll?

Haditsch: Thermisch desinfizierbare Arbeitsbekleidung (d. h. Kochwäsche) bietet ausreichenden Schutz, muss aber auch im Ordinationsbereich gewaschen bzw. in keimdichten Waschsäcken zur professionellen Reinigung gegeben werden! Doppelte Handschuhe haben eine gewisse Berechtigung: Durchdringt ein spitzer Gegenstand eine Gummimembran, kommt es zu einem „Abstreifeffekt", der etwas stärker ausfällt, wenn zwei Lamellen durchstochen werden. Allerdings haben viele der Gegenstände mit Verletzungspotenzial relativ raue Oberflächen, die den Abstreifeffekt limitieren. Und bei Hohlinstrumenten (z. B. Nadeln) bieten doppelte Handschuhe keinen nennenswerten zusätzlichen Schutz.

hiv-postexpositions-prophylaxe (PEP)

Handlungsalgorithmus

für den Fall einer möglichen Übertragung von Blut oder Speichel:

1. **Blutprobe von PatientIn UND BehandlerIn**
2. **Ist die Behandlerin im gebärfähigen Alter: Schwangerschaftstest**
3. **HIV-Test bei PatientIn UND BehandlerIn (zum Nachweis des HIV-Status zum Zeitpunkt der Verletzung)**
4. **Ist die/der PatientIn HIV-positiv und liegt bei der Behandlerin keine Schwangerschaft vor, wird sofort (idealerweise innerhalb von 4 Stunden – nach 72 Stunden ist die PEP praktisch wirkungslos) die antiretrovirale Therapie begonnen. Bei Schwangeren soll für die Entscheidung hinsichtlich der Notwendigkeit einer antiretroviralen Therapie ein Spezialist beigezogen werden.**

prophy: Über welche Möglichkeiten der Postexpositionsprophylaxe sollten Zahnarztpraxen verfügen?

Haditsch: Das volle Notfallprogramm ständig abrufbar zu halten ist aus meiner Sicht den einzelnen Praxen nicht zumutbar. Allerdings müssen die Handlungsabläufe klar sein, wenn es z. B. zu einer Stichverletzung gekommen ist, die einen Kontakt des Behandlers mit Patientenblut oder -speichel ermöglich (siehe Kasten). Für Oberösterreich wurde hierzu vor einigen Jahren ein flächendeckender Kataster erstellt, in dem alle zur Postexpositionsprophylaxe befähigten Einrichtungen aufgelistet sind. Darüber sollten auch die zuständigen Landessanitätsdirektionen Auskunft geben können.

Im Fall einer potenziellen Hepatitis-C-Übertragung muss man sich auf die Nachkontrolle beschränken; unmittelbarer therapeutischer Handlungsbedarf ist nicht gegeben. Darüber hinaus ist jede Stichverletzung – schon im Hinblick auf mögliche Rentenansprüche etc. – zu melden.

Parodontale Medizin

Wechselwirkungen zwischen systemischen und parodontalen Erkrankungen - ein neues Gebiet in der Parodontologie

Seit langem beobachten und beschreiben Ärzte eine Wechselbeziehung zwischen Parodontopathien und systemischen Erkrankungen. Diese Problematik wird im Sinne der Herdtheorie nach Rush und Hunter schon seit über 100 Jahren diskutiert.
Der Einfluss systemischer Umstände auf das Milieu der Mundhöhle und auf das Parodontium ist wissenschaftlich belegt.

Der Einfluss systemischer Erkrankungen, wie Diabetes oder HIV auf die Schwere parodontaler Infektionen ist bekannt. Die wissenschaftliche Forschung sammelte Beweise, dass unbehandelte parodontale Erkrankungen Individuen systemisch gesundheitlich beeinflussen können. Sie können zur Entstehung oder Fortentwicklung verschiedener Allgemeinerkrankungen beitragen. Dieses neue Gebiet parodontaler Forschung wird mit dem weit gefassten Begriff „Parodontale Medizin" (periodontal medicine) definiert. Es fokussiert die Wechselbeziehung zwischen parodontaler Gesundheit und allgemeiner Gesundheit.

Jüngste Untersuchungen beweisen, dass parodontale Infektionen einen möglichen Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Arteriosklerose, Herzinfarkt und Schlaganfall darstellen. Patienten mit schwerer Parodontitis haben zweimal häufiger eine tödliche Herzattacke und dreimal häufiger einen Schlaganfall als parodontal Gesunde. Viele Studien zeigen, dass die Parodontitis einen negativen Einfluss auf den Verlauf des Diabetes hat. Dass die Parodontitis heute als diabetische Komplikation gilt, unterstreicht die Wechselbeziehung zwischen beiden Erkrankungen. Auch hält man heute einen Zusammenhang von Parodontalerkrankungen und Frühgeburten mit Untergewicht für wahrscheinlich.

Diese neuen Erkenntnisse lassen parodontale Therapien in einem anderen Licht erscheinen. Werden parodontale Infektionen in Zukunft gemeinsam mit systemischen Entzündungen gesehen, wird die Behandlung erkrankter Zähne auch eine allgemeinmedizinische Intervention sein. Das zahnärztliche Behandlungsteam muss die Patienten dafür identifizieren. Neue Diagnostika und die Adaptation von Behandlungsprotokollen sind Herausforderungen an das parodontale Behandlungsteam.
Darüber hinaus wird der fachübergreifende Kontakt zum Allgemeinmediziner und zum Facharzt notwendig.

In den folgenden Ausgaben der Zeitschrift „prophy" wird im Detail auf die neuesten Erkenntnisse systemischer Auswirkungen infektiöser parodontaler Erkrankungen eingegangen. Jede Ausgabe widmet sich jeweils einer Erkrankung.
Die OEGP ladet Sie herzlichst ein, diese faszinierende Ära der Erforschung und Entwicklung auf dem Gebiet der parodontalen Medizin mitzuverfolgen. Wir hoffen, dass Sie nicht nur Freude daran finden, sondern auch neue Erkenntnisse in Ihren Praxisalltag einbringen können.

- Parodontale Erkrankungen und Systemische Erkrankungen
- Kardiovaskuläre Erkrankungen
- Diabetes mellitus
- Frühgeburt und vermindertes Geburtsgewicht
- Atemwegserkrankungen
- Stress und Psyche

Privatdozent Dr. Gernot Wimmer
Repräsentant der Österreichischen Gesellschaft für Parodontologie
in der Europäischen Gesellschaft für Parodontologie
Medizinische Universität Graz

Österreichische Gesellschaft für Parodontologie

Sehr geehrte zahnärztliche Assistentin!
Sehr geehrte Prophylaxe-Assistentin!

Die Österreichische Gesellschaft für Parodontologie (OEGP) wird diese beiden Seiten, welche zum Heraustrennen gedacht sind, in Zukunft gestalten.
Wir bedanken uns an dieser Stelle beim Herausgeber der Zeitschrift „prophy" für diese Möglichkeit.
Wir wissen, dass die Zeitschrift „prophy" sich ausschließlich an zahnärztliche MitarbeiterInnen wendet. Die OEGP wird daher versuchen, Beiträge sowohl für zahnärztliche Assistentinnen als auch für erfahrene Prophylaxe-Assistentinnen zu gestalten.

Wir möchten nochmals in Erinnerung rufen, dass fast jeder Mensch in seinem Leben schon einmal mit einer Zahnfleischentzündung zu kämpfen hatte. Wichtig ist aber, dass diese Entzündung (Gingivitis) nicht weiter fortschreitet und sich dann als Parodontitis (früher fälschlicherweise als „Parodontose" bezeichnet) manifestiert.

Obwohl bei jedem Menschen mit unzureichender Mundhygiene eine Gingivitis entstehen kann, ist es nicht sicher, dass sich daraus auch eine Parodontitis entwickelt. Parodontitis ist eine multifaktorielle Erkrankung. Sie wird nicht nur durch Bakterien verursacht, auch Faktoren wie Stress, Rauchen, Gewohnheiten, Ernährung, Genetik, systemische Erkrankungen und die Art der Bakterien spielen eine Rolle. Dabei ist die parodontale Infektion ein wichtiger Risikofaktor für Allgemeinerkrankungen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schwangerschaftsprobleme, Hirnschlag, pulmonale (obere Luftwege) Infektionen und Diabetes Mellitus (siehe auch den Beitrag von Dr. Gernot Wimmer).

Es ist sehr wichtig, dass der Zahnarzt die Anzeichen einer Gingivitis oder Parodontitis rechtzeitig erkennt und den Patienten sachlich darüber informiert. In nur kurzer Zeit kann mittels der parodontalen Grunduntersuchung (PGU) der notwendige Behandlungsbedarf festgestellt werden. Dann sollte der Patient instruiert und motiviert werden, um seine individuelle bedarfsorientierte Mundhygiene täglich auszuführen.

Die OEGP möchte Ihnen regelmäßig wichtige Informationen vermitteln, damit Sie diese Grundthematik dem Patienten besser näher bringen können. Unsere Mappe mit folienverschweißter PGU und Parodontalstatus senden wir Ihnen gerne kostenlos zu. Bitte geben Sie uns per E-Mail: PAss-oegp@oegp.at oder per Fax: 01/ 319 0080 Ihre Daten bekannt.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Walter Wadsak
Vizepräsident der OEGP

Vor- und Zuname:	
Privatadresse:	
Telefon:	E-mail:
Ordination:	
Telefon:	E-mail:
Ausbildung: ☐ Zahnärztliche Assistentin	☐ Prophylaxe-Assistentin

Österreichische Gesellschaft für Parodontologie

intern

Ausbildung zur Prophylaxe-Assistentin
Fortbildungsprogramme für ÄrztInnen,
Prophylaxe-Assistentinnen,
zahnärztliche AssistentInnen,
ZahnGesundheitsErzieherInnen

Der Weg zur professionellen Prophylaxe-Assistentin

Ein Job mit hohen Ansprüchen an die Qualität

Aus-, Fort- und Weiterbildung sind die wichtigsten Punkte, wenn man bei der Zahnprophylaxe immer „up to date“ sein will. Der PASS Tirol ist schon seit vielen Jahren eine der aktivsten Institutionen, wenn es gilt, ein qualitativ hochwertiges Fortbildungsprogramm auf die Beine zu stellen.

Der wichtigste Bereich dabei ist die Ausbildung zur Prophylaxe-Assistentin. Mit dem Ausbildungsprogramm des PASS Tirol wird der/die zahnärztliche AssistentIn in die Lage versetzt, unter ärztlicher Aufsicht mit Patienten gemeinsam Mundhygienesitzungen zu organisieren und durchzuführen. Zum Lernprogramm gehören darüber hinaus natürlich auch der Erwerb von Kenntnissen in den Bereichen professionelle, manuelle und maschinelle, bedarfsorientierte Zahnreinigung sowie das gesamte Grundlagenwissen für die Prophylaxe von der Anatomie bis zur Patientenmotivation (siehe Tabelle).

Abschluss mit Diplom

Praktische, schriftliche und mündliche Prüfung mit Diplom der Universitätszahnklinik und der Ärztekammer Tirol. Dieser Kurs umfasst 120 Ausbildungsstunden, wobei 80 Unterrichtseinheiten den Pflichtstunden (Prophylaxe – Parodontologie) für die Erfüllung der freiwilligen Diplomausbildung entsprechen. 40 Ausbildungsstunden werden über das Pflichtenheft eingebracht. Kursdauer: 6 Wochenenden, Kursleiter: Univ.-Prof. DDr. Siegfried Kulmer. Die Anmeldung erfolgt durch die dienstgebenden ÄrztInnen. Voraussetzung: 3 Jahre Praxis und positiver Abschluss des Grundkurses.

Information und Anmeldung

Verein ZahnGesundheit Tirol, Fischnalerstraße 4, A-6020 Innsbruck; Tel./Fax: 0512 291 206, 0699/11 49 49 83, E-Mail: info@zahngesundheit-tirol.at, Internet: www.zahngesundheit-tirol.at

fortbildung

Fortbildungsevents 2005/2006

Sommer-Akademie am Wörthersee
„Rhetorik und Gesprächsführung”
25./26./27. August 2005
Strandhotel Sille – Reifnitz/Maria Wörth

Herbst Akademie im Bregenzerwald
„Kommunikation und Motivation”
29. September – 1. Oktober 2005
Nur für PASS-Club-Mitglieder

3. Innsbrucker Milchzahn-Symposium
2./3. Dezember 2005
Congress Innsbruck
(mit Sonderveranstaltung
„25 Jahre Zahn-Prophylaxe in Tirol”)

2nd European Conference of Preventive and Minimally Invasive Dentistry und 14. Innsbrucker Zahn-Prophylaxetage
23./24./25. Februar 2006
Congress Innsbruck

übersicht der kursinhalte

- Rechtliche Voraussetzungen (Einführung für ÄrtzInnen und AssistentInnen)
- Anatomische und physiologische Grundlagen
- Ökologie der Mundhöhle
- Der Biofilm (Plaque), Zahnstein, Konkrement
- Ätiologie der Karies, Gingivitis und Parodontitis
- Information – Motivation – Instruktion
- Pädagogische, didaktische und psychologische Grundlagen
- Patientenlagerung und richtige Sitzposition
- Sichtbarmachen der Plaque – Putztechnik – Hilfsmittel
- Strategien und fachliche Grundlagen der Prophylaxemaßnahmen
- Instrumentation – manuell und maschinell
- Demonstration und praktische Übungen an Modellen und am Phantom
- Professionelle bedarfsorientierte mechanische Zahnreinigung
- Organisation und Systematik der Mundhygienesitzungen
- Gruppenarbeit, Rollenspiele, Diaklinik (Fallbesprechungen)
- Instrumente schleifen
- Demonstration am Patienten
- Praktisches gegenseitiges Üben der Teilnehmerinnen
- Befunderhebung mit Plaque- und Blutungsindex
- Fluoride und Chemoprävention
- Ernährungslenkung
- Update für die dienstgebenden ÄrztInnen (5 Stunden)
- Pflichtenheft („Hausaufgaben” in Theorie und Praxis)

Auskünfte bzw. Anmeldung:
Universitätsklinik für ZMK Graz/Frau Brigitte Pall
A-8036 Graz, Auenbruggerplatz 12
Tel.: +43 (316) 385-81425, Fax: -4058,
kontakt: brigitte.pall@meduni-graz.at

intern

ÖGZMK

Aus- und Fortbildung nach dem Grazer Modell

Die Dentalhygieneschule der Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Graz ist in Österreich wohl eine der renommiertesten Ausbildungsstätten für den Prophylaxe-Bereich überhaupt. Auch 2006 steht wieder ein umfassende Palette an Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für diesen wichtigen Bereich der Zahnmedizin auf dem Programm.

Unter der Kursleitung von Univ.-Prof. Dr. M. Haas wird im Unterricht besonders auf eine praxisorientierte Kursführung Wert gelegt. Dabei stehen der Kursleitung erprobte Universitätslektoren, Gastreferenten und geprüfte Prophylaxe-Assistentinnen zur Seite, die alle nach dem neuesten Wissensstand informieren. Es werden sowohl Kurse und Workshops für ZahnärztInnen als auch für angehende Prophylaxe-Assistentinnen angeboten. Besonders effizient gestaltet sind die Workshops, bei denen die aktuellen Entwicklungen der Parodontologie in Kleingruppen erarbeitet und diskutiert werden.

Voraussetzungen für zahnärztliche AssistentInnen:

Die Teilnahme an der Ausbildung zur Prophylaxe-Assistentin beginnend mit Parodontologie und Prophylaxe I erfordert eine abgeschlossene 3-jährige Berufsausbildung!

fortbildungskurse

Kurse für ZahnärztInnen und Ausbildungsprogramm zur Prophylaxe-Assistentin 2006 der Dentalhygieneschule Graz (Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

Kurse für ZahnärztInnen
Grundkurs:
Grundlagen zur Prophylaxe und Mundhygiene
Parodontale Diagnostik und Dokumentation
Professionelle Zahnreinigung - Initiale Therapie
Ultraschall – maschinelle Bearbeitung – Handinstrumente
Individualprophylaxe, Ernährungsberatung
Recall (Zeit- und Praxisorganisation)
Fortsetzungskurs: € 890,– pro Person
Ätiologie der Parodontalerkrankungen
Diagnostik und Initiale Paro-Therapie
Orale Mikrobiologie – Erweiterte Diagnostik
Erstellung von Risikoprofilen
Handinstrumente oder maschinelle Instrumentation?
Medikamentöse Therapie – Full mouth disinfection (FMD)
Operationen mit Live Demo
Lappenoperationen – Access Flap
Apikaler Verschiebelappen
Furkationstherapie
Regenerative Techniken – Wachstumsfaktoren
Mukogingivale Chirurgie
Differenzialdiagnosen der Parodontitis
Retention, Schienung
Behandlungsplanungen aus der Praxis
Klinische Ergebnisse
Op.-Kurs: € 520,– pro Person
Chirurgiedemonstration in kleinen Gruppen –
Lappenchirurgie und regenerative Techniken
Mukogingivalchirurgie – Rezessionsdeckung
Kursgestaltung und Termine auf Anfrage
KURSZEITEN – ZahnärztInnen:
Grundkurs: € 690,– pro Person
13.–14.01.2006 und
20.–21.01.2006
(Freitag / Samstag 9.00–18.00 Uhr)
Fortsetzungskurs für ZahnärztInnen:
€ 890,– pro Person
27.–28.01.2006 und
03.–04.02.2006
(Freitag / Samstag 9.00–18.00 Uhr)
Op.-Kurs für ZahnärztInnen:
€ 520,– pro Person
24.03.2006 bzw. nach Vereinbarung
(9.00–17.00 Uhr)

Seminarunterlagen für alle Kurse: € 130,- pro Person

Ausbildung zur Prophylaxe-Assistentin
Parodontologie und Prophylaxe I:
Grundlagen der Prophylaxe und Mundhygiene
Ursachen und Arten der Parodontalerkrankungen
Befunderhebung, Patientengespräch
Ernährung, Instrumentenkunde
Herstellen sauberer Verhältnisse in der Mundhöhle
Professionelle Zahnreinigung - Initiale Therapie
Parodontologie und Prophylaxe II:
Patientenführung und Motivation
Professioneller Telefonkontakt
Körpersprache und Menschenkenntnis
Persönlichkeitstraining für ein überzeugendes Auftreten
Effizientes Zeitmanagement
Fluoridierung und Chemoprävention
Parodontologie und Prophylaxe III:
Ätiologie – parodontales Behandlungskonzept
Erweiterte Diagnostik – Speicheltests
Medikamentöse Therapie – Full Mouth Disinfection (FMD)
Initiale Therapie – Ultraschall, Deep Scaling
Instrumentenpflege und chirurgisches Operationsbesteck
Grundlagen und Instrumentierung der Parodontaloperationen
Recall, Praxisorganisation
Parodontologie und Prophylaxe IV (mit Prüfung):
Selbstständiges Arbeiten am Patienten
Gemeinsame Behandlungsplanungen
Zahnärztliche Fotografie
EDV-Dokumentation und Internet
Röntgendiagnostik – parodontaler Röntgenstatus
KURSZEITEN – Prophylaxe-Assistentin:
Parodontologie und Prophylaxe I:
€ 620,– pro Person
13.–14.01.2006 und
20.–21.01.2006
(Freitag / Samstag 9.00–18.00 Uhr)
Parodontologie und Prophylaxe II:
€ 330,– pro Person
03.–04.03.2006
(Freitag 9.00 –18.00 Uhr / Samstag 09.00–18.00 Uhr)
Parodontologie und Prophylaxe III:
€ 620,– pro Person
27.–28.01.2006 und
03.–04.02.2006
(Freitag / Samstag 9.00 –18.00 Uhr)
Parodontologie und Prophylaxe IV:
€ 440,– pro Person
05.–06.05.2006
(Freitag / Samstag 9.00 –18.00 Uhr)

elmex® mentholfrei

Homöopathie-verträglich

Im Rahmen einer homöopathischen Therapie beeinträchtigen Kampfer, Menthol und andere ätherische Öle die Wirkung homöopathischer Arzneimittel. Deswegen sollte auf die Verwendung von herkömmlichen Zahnpasten verzichtet werden. Um den Patienten eine effektive Mundpflege zu gewährleisten, ist elmex® mentholfrei Zahnpasta geruchs- und geschmacksarm und frei von ätherischen Ölen. Damit entspricht sie den Anforderungen der Homöopathie. Gleichzeitig besitzt elmex® mentholfrei mit Aminfluorid einen Wirkstoff, der zuverlässig vor Karies schützt. elmex® mentholfrei wird zur täglichen Mund- und Zahnpflege angewendet, zum Schutz vor Karies, zur Förderung der Remineralisation und zur Schmelzhärtung.

elmex® mentholfrei Zahnpasta ist im Drogerie- und Lebensmittelhandel erhältlich.

mentholfrei

Gebro Pharma

Weitere Informationen: Gebro Pharma GmbH,
6391 Fieberbrunn, Tel.: 05354 5300-0, info@elmex.at

elmex®. Lachend zum Zahnarzt.