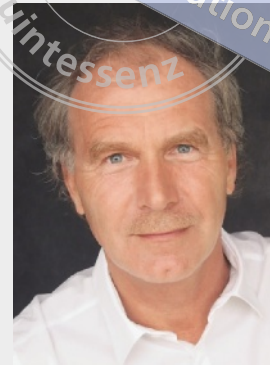


Erfolgsparameter einer präventiv orientierten Praxis



Online-Wissenstest
zu diesem Beitrag
siehe Seite 1136

Copyright by
not for publication
Quintessenz



Lutz Laurisch
Dr. med. dent.

Praxis Dres. Laurisch
Arndtstraße 25
41352 Korschenbroich
E-Mail: info@dr-laurisch.de

Indizes

Präventives Praxiskonzept, präventives Denken, präventive Konzepte, Teammanagement, Organisation, Motivation, Kommunikation, Führungsstil

Zusammenfassung

Eine erfolgreiche präventionsorientierte Praxisführung ist das Ergebnis vieler einzelner Parameter. Präventives Denken und Handeln bildet hierbei nicht die einzige Voraussetzung. Motivation, Organisation, Kommunikation, der Teamgedanke und der individuelle Führungsstil des Praxisinhabers bestimmen die erfolgreiche Umsetzung von präventiven Handlungs- und Betreuungskonzepten. Die innere Grundeinstellung zur Prävention sowie die Authentizität des gesamten Erscheinungsbildes der Praxis und des Praxisteam sind weitere Erfolgsparameter.

Das präventive Denken

Die präventiv orientierte Praxis wird von der Grundphilosophie der Krankheitsvermeidung bestimmt. Die ubiquitär vertretene Meinung, dass ein sauberer Zahn keine Karies bekommt, trifft zu. In der Praxis zeigt sich allerdings, dass es im Glatt- und Kauflächenbereich leichter als im Approximalbereich ist, das Auftreten kariöser Läsionen zu verhindern. Risikoabhängig genügt es in der Regel nicht immer, professionelle Maßnahmen auch in kürzeren Abständen zu empfehlen. Hier ist vielmehr eine ausreichende Compliance des Patienten in seinen Hygieneanstrengungen und seiner Ernährungssorgfalt erforderlich, um eine Karies im Approximalbereich zu vermeiden.

Für die Erstellung eines individuellen Präventionskonzeptes benötigt man neben der klinischen Untersuchung und der Ermittlung subklinischer Faktoren wie der Anzahl kariesrelevanter Keime sowie der Speichelmenge und -beschaffenheit auch Kenntnisse über weitere Faktoren wie die Ernährungsanamnese und die Verwendung von Fluoriden seitens des Patienten. Durch die klinische Diagnostik in Verbindung mit den

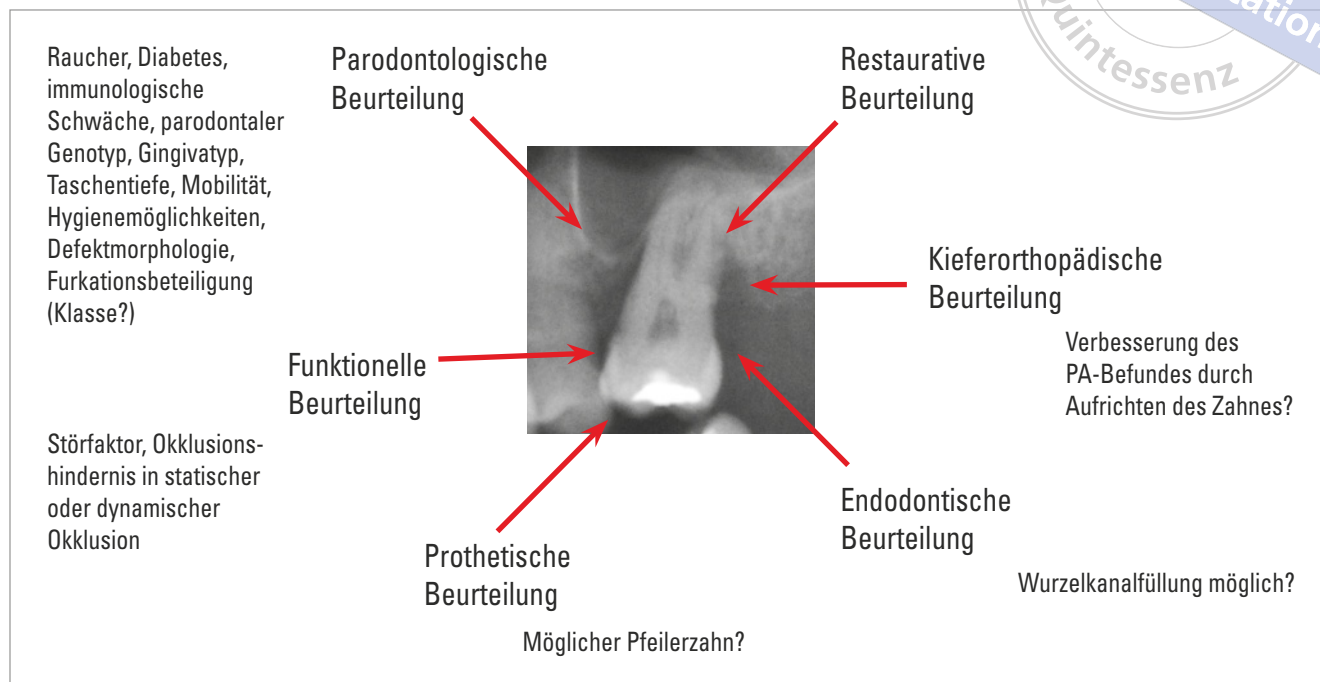


Abb. 1 Umfassende prognostische Beurteilung des Zahnes 27

anderen Risikoparametern kann außerdem entschieden werden, inwieweit an einzelnen bereits initial erkrankten Stellen präventive therapeutische Maßnahmen noch indiziert sind oder ob minimalrestaurative Behandlungsschritte eingeleitet werden sollten.

Im Gegensatz zur Kariesprävention ist parodontale Gesundheit nicht in allen Fällen ausschließlich durch eine supragingivale Plaquekontrolle beeinflussbar. Individuelle Parameter wie Rauchen, Stress oder Diabetes und die genetisch determinierte immuninflammatorische Antwort des Wirtes wirken sich auf das Auftreten sowie die Progredienz einer parodontalen Erkrankung aus. Dies bedeutet für die Prävention, dass nicht in allen Fällen einer Parodontalerkrankung die parodontale Stabilität dauerhaft gesichert ist. Risikodiagnostische Maßnahmen wie z. B. die Bestimmung des Genotyps oder auch von inflammatorischen Faktoren (z. B. Interleukin-2-Polymorphismus) helfen, das individuelle Risiko zu bestimmen, unsere Therapie zu optimieren und die Prognose des Patientenfalles einzuschätzen⁹. Gleichzeitig kann dem Patienten dadurch vermittelt werden, welcher Behandlungsaufwand in Zukunft auf ihn und die Praxis

zukommen wird, um einen parodontal akzeptablen Gesundheitsstatus zu etablieren und aufrechtzuerhalten.

Prävention endet aber nicht auf der „Patientenebene“, also bei der klassischen Prophylaxe. Präventives Handeln auf der „Zahnebene“ bedeutet, für jeden Zahn unter Berücksichtigung präventiver, konservierender, kieferorthopädischer und prothetisch-restaurativer Konzepte eine prognostische Beurteilung zu finden (Abb. 1), denn erst dann kann eine Therapieentscheidung getroffen werden. Dies heißt aber auch, dass der Zahnarzt in der Lage sein muss, losgelöst von eigenen Behandlungsvorlieben und Spezialisierungen eine objektive fachliche Gesamtbeurteilung vorzunehmen (Abb. 2a und b).

Aufgrund der wissenschaftlichen Datenlage definieren sich die Ziele der präventiven Praxis in Bezug auf die Kariesprophylaxe wie folgt:

- kariöse Läsionen vollständig vermeiden;
- Restauration erst dann, wenn durch präventive Maßnahmen keine Remineralisation mehr zu erwarten ist;
- Gefährdungen bzw. Probleme des Patienten erkennen und mit geeigneten präventiven Maßnahmen darauf reagieren.

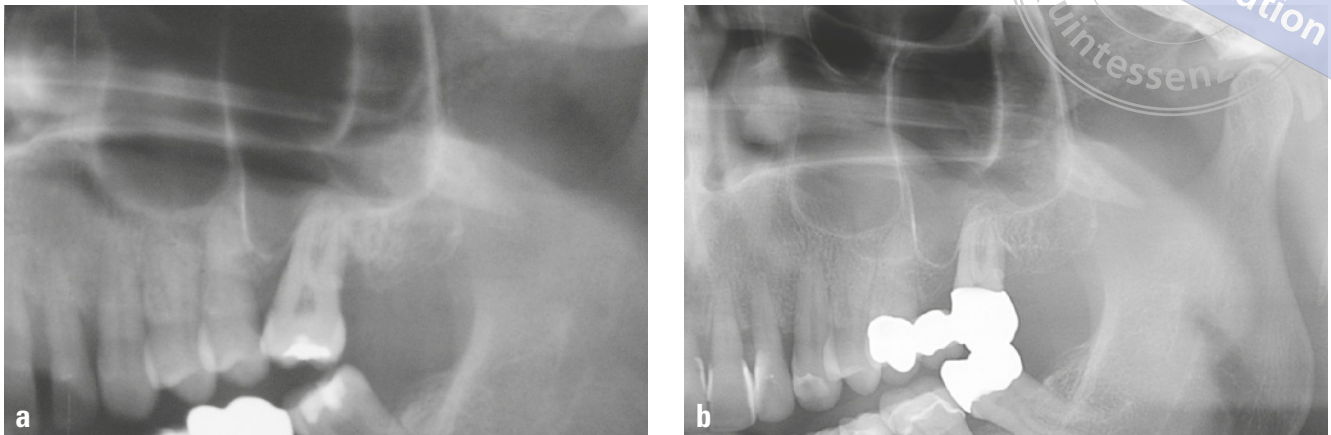


Abb. 2a und b Aufgrund der strategischen Bedeutung des Zahnes erfolgte nach parodontaler Behandlung (gesteuerte Geweberegeneration) eine kieferorthopädische Aufrichtung. Der Unterkiefer wurde in zentrischer Kondylenposition eingestellt und prothetisch gesichert. Röntgenbefunde von 2006 (a) und 2015 (b) 8 Jahre nach Behandlungsabschluss



Abb. 3a bis f Bilder einer 48-jährigen Frau, deren letzter Zahnarztbesuch 25 Jahre zurücklag. Nach Abschluss der Sanierungsmaßnahmen nimmt die Patientin seit 8 Jahren hochmotiviert am regelmäßigen Recall teil

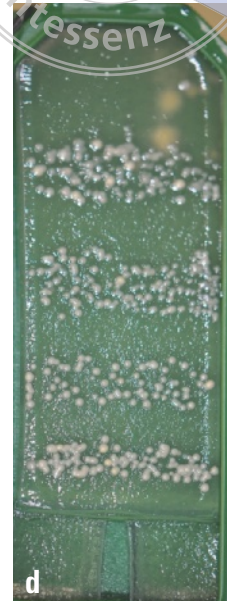
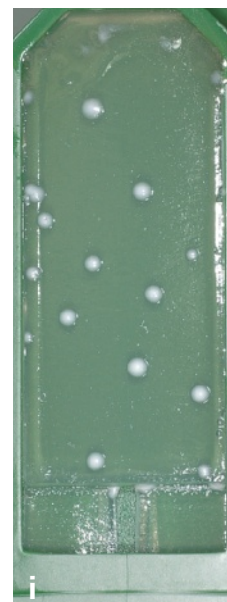


Abb. 4a bis i Behandlungsverlauf bei einem zu Therapiebeginn 4-jährigen Jungen von 2004 (a bis c) über 2010 (e) bis 2016 (f bis h) sowie mikrobiologischer Befund (Laktobazillen auf CRT) aus den Jahren 2004 (d, Abstrichmethode) und 2016 (i, Speicheluntersuchung des Gesamtbiotops). Die beim Vergleich zwischen den Abbildungen 4d und i deutlich werdende reduzierte Laktobazillenzahl ist Ausdruck einer zahngesunden, zuckerarmen Ernährung



Entsprechend lauten die Ziele im Hinblick auf die Parodontalprophylaxe:

- Parodontitis vollständig vermeiden;
- Parodontitis in ihrer Progredienz beeinflussen;
- Kenntnisse über die Möglichkeiten besitzen, den Krankheitsverlauf durch präventive therapeutische Maßnahmen zu verlangsamen, zu stoppen bzw. eine Regression zu bewirken.

Das präventive Denken muss dem Patienten als Praxisphilosophie kommuniziert werden. Zahnverlust ist kein Schicksal und ein früher Prophylaxebeginn oder rechtzeitiger Behandlungsbeginn wünschenswert, jedoch kommt man in keinem Alter mit der Prävention zu spät (Abb. 3a bis f und 4a bis i). Es gilt, dem Patienten diese Anliegen als letztlich zentrale Botschaft der Praxis zu vermitteln.

Die Präventionsstrategie

Prävention behandelt nicht die Erkrankung selbst, sondern das Risiko zu erkranken. Weiter kann durch geeignete Präventionsmaßnahmen eine bestehende initiale Veränderung der Zahnhartsubstanz im Sinne einer Demineralisation an einer Progression gehindert werden. Dies ist nur möglich, wenn die Risikofaktoren, welche den Erkrankungsverlauf beeinflussen, bekannt sind. Dazu gibt es im kariesprophylaktischen wie auch im parodontalprophylaktischen Bereich ausreichende Konzepte^{4,5}.

Das Ergebnis einer solchen Risikodiagnostik zeigt auf, welche Behandlungsstrategien erforderlich sind, um das Erkrankungsrisiko zu minimieren. Hierbei übernimmt die Praxis Verantwortung durch Handeln, während bei der konventionellen Prävention ohne Risikoermittlung eher die Beratung und die Reaktion auf pathologische Veränderungen in der Mundhöhle im Mittelpunkt der Bemühungen stehen⁶.

Die konsekutive Betreuung von Patienten zeigt auch, dass unterschiedliche Altersklassen vollständig andere Risikofaktoren aufweisen. Während bei Kindern und Jugendlichen eher die Kariesproblematik und eventuell kieferorthopädische Schwierigkeiten (z. B. Kreuzbiss anterior oder seitlich, Dreh- und Kippstände, welche die

Möglichkeit von Mikrobiotopen schaffen und damit der Karies Vorschub leisten) sowie durch längeres Lutschen/Nuckeln oder Mundatmung verursachte myofunktionelle Probleme vorherrschen, sind es bei älteren Patienten Versorgungsdefizite, Komplikationen an Kronen und Brücken, parodontale Probleme sowie Schwierigkeiten, welche durch Nachlassen der Speichelproduktion (Wurzelkaries, Veränderungen der Ernährung) bedingt sind. Das Wissen um altersspezifische Beschränkungen erleichtert daher ein rechtzeitiges Erkennen patientenindividueller Probleme und ermöglicht so eine gezielte Auswahl geeigneter präventiver Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen.

Die Organisation der präventiv orientierten Praxis

Das Gespräch ist die Voraussetzung zu einer besseren präventionsorientierten statt restaurativ ausgerichteten Zahnheilkunde. Daher obliegt es dem Zahnarzt, bereits in der ersten Beratungssitzung dem Patienten dieses Praxiskonzept zu erläutern und nahezubringen. Anhand des individuellen Patientenbefundes können Ursachen von Karies und Parodontitis am konkreten Beispiel erläutert und damit gleichzeitig Versäumnisse in der Vergangenheit im präventiven Bereich dargelegt werden. Dies stellt einen nicht zu unterschätzenden Motivationsfaktor dar. Gleichzeitig sollte auch im Rahmen einer Funktionsdiagnostik geklärt werden, ob eventuelle Funktionsstörungen für parodontale Erkrankungen (vertikaler Knochenverlust, Zahnlockerung) oder kranio-mandibuläre Probleme verantwortlich sind².

Vor weiteren kurativen Behandlungsmaßnahmen empfiehlt es sich, zunächst eine Prophylaxesitzung durchzuführen. In dieser Sitzung ist es Aufgabe der qualifizierten Prophylaxekräfte, die Gesprächsinhalte der Zahnarztsitzung zu vertiefen, festgestellte Gefährdungen und das damit verbundene Erkrankungsrisiko zu erklären sowie vom individuellen Patientenbefund Prophylaxeziele abzuleiten. Bildvergrößernde Darstellungsmöglichkeiten wie z. B. die Verwendung einer intraoralen Kamera sind dabei wertvolle Erklärungs- und Motivationshilfen⁷. Durch ihren Einsatz kann dem Patienten eindrucksvoll gezeigt werden, dass er von

bestimmten Erkrankungen betroffen ist, was bei Patienten oft eine „Betroffenheit“ auslöst. Damit wird ein wichtiger Motivationsparameter geschaffen. Bei Vorliegen von Funktionsproblemen (funktioneller Kurzbezug) oder Zahnlockerungen aufgrund von Fehlbelastungen des Patienten sollte nach Abschluss der ersten Prophylaxesitzung begleitend zu allen anderen noch erfolgenden Behandlungsmaßnahmen eine Okklusionstherapie eingeleitet werden.

Erst nach dieser ersten Prophylaxesitzung, für die wegen des vielfältigen Gesprächs- und Aufklärungsbedarfs in der Regel 60 Minuten angesetzt werden sollten, erfolgt die Terminierung notwendiger restaurativer Behandlungsmaßnahmen. Parallel dazu werden weitere Prophylaxesitzungen vereinbart, in denen dann nicht mehr so sehr das Gespräch, sondern – neben der Beantwortung von Fragen und Unklarheiten seitens des Patienten – praktische präventive Schritte im Vordergrund stehen. Diese durchzuführenden Prophylaxemaßnahmen haben nichts mit dem unter der Bezeichnung professionelle Zahnreinigung (PZR) bekannten „professionellen Zähneputzen“ gemein, sondern stellen weitreichendere Behandlungsschritte dar. Hierzu gehören beispielsweise supra-/subgingivale Belagsentfernung, parodontale Vorbehandlung, Ernährungsanamnese, Prüfung subklinischer Risikoparemeter wie etwa die Kontrolle auf Streptococcus mutans bzw. Ermittlung der Laktobazillenzahlen mit dem CRT (Caries Risk Test, Fa. Ivoclar Vivadent, Ellwangen), Bestimmung parodontalpathogener Keime, Applikation antibakterieller Lacke und Gele (koronal/subgingival), Fluoridierungskonzepte und antibakterielle Therapien (ggf. unter Verwendung von Applikationshilfen)⁸.

Nach Abschluss der ersten präventiven und initialen restaurativen Behandlungsphase findet im Rahmen einer Reevaluation gemeinsam mit dem Patienten und der behandelnden Prophylaxekraft ein Gespräch zur Planung weiterer notwendiger Schritte statt. Hierzu gehören z. B. eine weitergehende Parodontalbehandlung (Scaling und Wurzelglättung), daran anschließende offene parodontale Behandlungen (resektiv/regenerativ) und mukogingivale Maßnahmen (Zahnhalssdeckungen, Verbreiterung der fixierten Gingiva mit unterschiedlichen Techniken, Beseitigen von hoch ansetzenden Schleim-

hautbändern, Zahnfleischverdickungen etwa durch submuköse Transplantate). Erst nach Beendigung dieser parodontalen und ggf. auch funktionstherapeutischen Maßnahmen sind weitere indikationsabhängige Behandlungsschritte indiziert (prothetische, kieferorthopädische bzw. Implantatbehandlung). Das Recall sichert das einmal erreichte Behandlungsziel und stellt eine unabdingbare Voraussetzung für einen dauerhaften therapeutischen Erfolg dar (Abb. 5).

Im parodontalen Bereich kommt es darauf an, Veränderungen der immunologischen Reaktion in der dento-gingivalen Problemzone rechtzeitig zu erkennen und mit entsprechenden präventiven Maßnahmen darauf zu reagieren. In Bezug auf die Kariesprävention und die Ernährungssituation zeigt sich oft, dass nicht in allen Fällen eine dauerhafte Veränderung des Mundhygieneverhaltens (auch abhängig von der Ernährungssituation des Patienten) zu etablieren ist. Vielfältige, von der Zahnarztpraxis nicht zu beeinflussende Lebensumstände des Patienten können das Erkrankungsrisiko verändern und so zu einer Verschlechterung der oralen Situation beitragen.

Die Motivation

In der täglichen Praxis ist die Motivation des Praxisinhabers entscheidend für die Umsetzung der Prävention und damit für deren Erfolg. Folgende Faktoren sind in diesem Zusammenhang besonders wichtig:

- die Erfahrung, die der einzelne Zahnarzt in seinem Beruf gesammelt hat;
- seine Literaturkenntnisse und die Art der Ausbildung (auch postuniversitär), die er bekommen hat;
- seine Wertvorstellungen und seine Intuition;
- die in der Praxis verfügbaren Hilfsmittel;
- die Zeit, die dem Zahnarzt überhaupt neben seiner kurativen Aufgabe zur Verfügung steht;
- betriebswirtschaftliche Zwänge und Vorgaben;
- das Vorhandensein von qualifiziertem Hilfspersonal zur Umsetzung der zahnärztlichen Konzepte.

Der Zahnarzt als Führungskraft entscheidet also letztlich mit seiner Motivation über eine erfolgreiche Einführung und Umsetzung präventiver Behandlungs- und

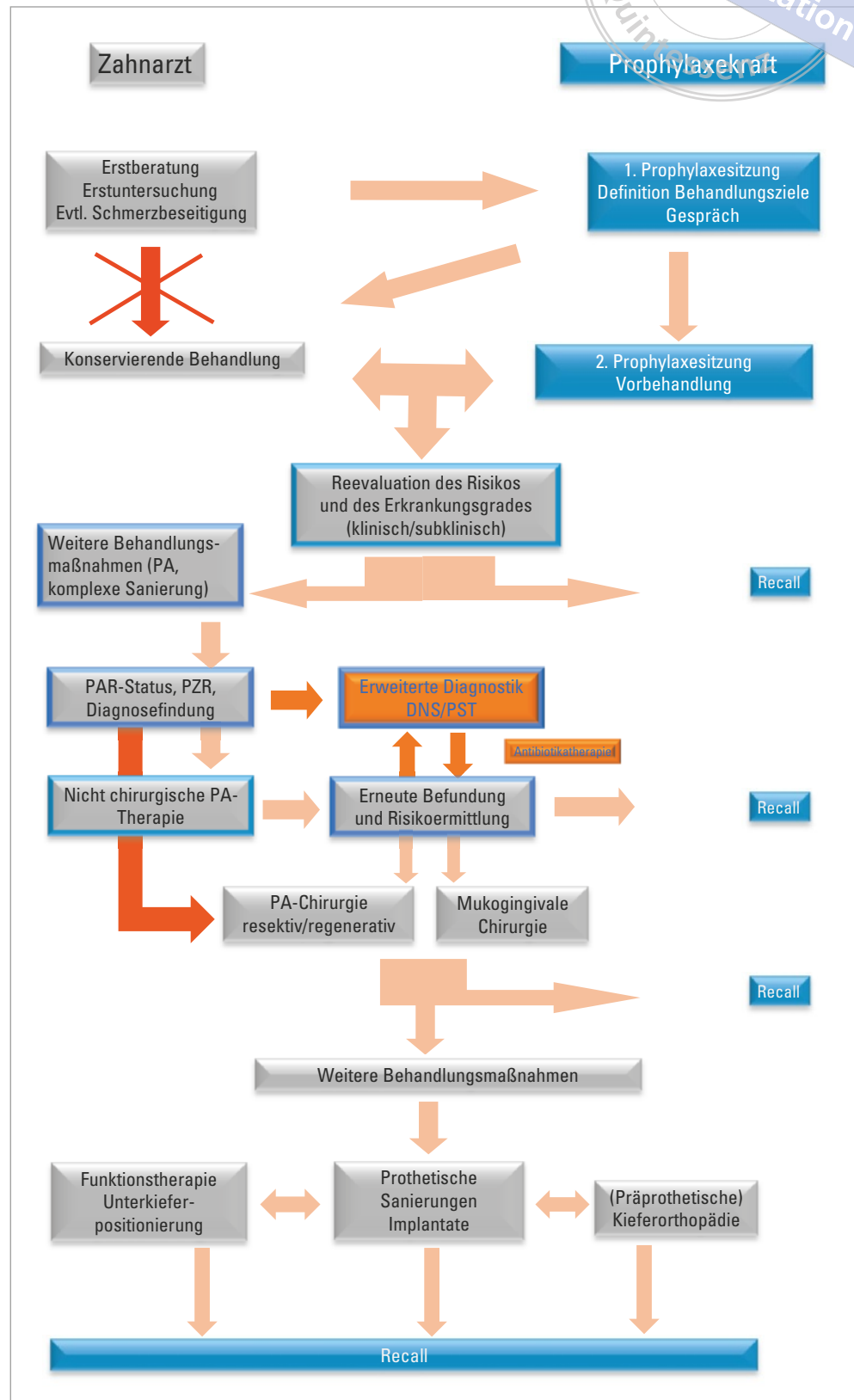


Abb. 5 Das Organigramm zeigt die Organisation und die Teamaufgaben einer präventiv orientierten Praxis. Blau hinterlegt ist der Aufgabenbereich der Prophylaxe-Kräfte und braun derjenige des Zahnarztes, während die Bereiche, die im Team besprochen und auch entschieden werden sollten, braun mit blauer Umrandung hinterlegt sind. Rote Pfeile stellen nicht zulässige Behandlungsfolgen dar.



Betreuungskonzepte. Für ihn kommt es darauf an, Werte und Einstellungen, die er vertritt, jeden Tag vorzuleben, was eine unmögliche Aufgabe ist, wenn man nicht an das glaubt, was man tagtäglich vertreten muss.

Die Kommunikation

Diese Grundeinstellung des Zahnarztes – und damit letztlich auch des Praxisteam – beeinflusst den Erfolg der Kommunikation mit dem Patienten. Hier ist Authentizität gefragt, die dann erfolgreich vermittelt wird, wenn beide Aspekte der Wahrnehmung, unmittelbarer Schein und eigentliches Sein, vom Patienten in Übereinstimmung befunden werden. Erst die Konkordanz zwischen dem gesprochenen Wort und der Grundeinstellung des Sprechenden bewirkt einen nachhaltigen Motivationseffekt beim Patienten und auch beim Sprechenden. Und das geht letztlich nur, wenn alle an das glauben, was wir unseren Patienten vermitteln möchten.

Aus der Verhaltenspsychologie ist bekannt, dass eine Botschaft lediglich zu 7 % durch die Worte, aber zu 93 % durch die Eigenschaften der Stimme (38 %) und die Körpersprache (55 %) wirkt. Deshalb hat die innere Grundeinstellung – also der Glaube an die Möglichkeiten der Prävention – einen entscheidenden Einfluss auf den Erfolg des Konzeptes³. Stimmen die verbalen und die nonverbalen Anteile der Botschaft überein, so kann man beim Patienten das Bedürfnis nach gesunden oralen Verhältnissen wecken. Erst dadurch wird er in die Lage versetzt, sich mit den präventiven Zielen und Behandlungskonzepten der Zahnarztpraxis zu identifizieren und sich so in ihnen wiederzufinden.

In der Gesprächsführung beim ersten Kontakt mit dem Patienten kommt es daher nicht sofort darauf an, diesem die Konzepte und das eigene Wissen zu vermitteln, sondern vielmehr darauf, ihm zuzuhören und zu erfahren, was er über die in seiner bisherigen Zahnarztpraxis gesammelten Erfahrungen zu erzählen hat. Damit werden weitergehende Informationen gesammelt, die es uns dann gestatten, situationsbedingt – durch „Abholen“ des Patienten in Bezug auf seine Probleme einen Einstieg in unser Behandlungskonzept und unsere Präventionsstrategie darzulegen. Die Kernziele der Gesprächsbotschaft sollten deshalb darin bestehen,

fachliche Hintergrundinformationen zu vermitteln, welche es dem Patienten ermöglichen, die eigene Erkrankung zu erkennen und unsere geplanten Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen als individuelle gesundheitsfördernde Handlung zu schätzen und zu akzeptieren.

Die zunehmende Tendenz zu einer viel zu frühen Spezialisierung auf Teilbereiche der zahnmedizinischen Fachrichtungen macht es allerdings für den Zahnarzt immer problematischer, eine objektive, von den eigenen Behandlungsschwerpunkten oder -vorlieben losgelöste Aufklärung und Beratung des Patienten durchzuführen. So besteht die Gefahr, dass ein umfassendes Präventions- bzw. Therapiespektrum nicht bekannt ist oder dem Patienten nur in Ansätzen vermittelt werden kann.

In den folgenden Beratungssitzungen sollten sowohl der Zahnarzt als auch die Prophylaxekraft sogenannte Du- bzw. Sie-Sätze vermeiden, denn die Mitverantwortung der Praxis für die Zahngesundheit des Patienten verbietet diese Art der Kommunikation. Solche Sätze übertragen die Verantwortung für einen eventuell auftretenden Misserfolg („Sie müssen hier besser putzen!“) schon im Vorfeld vom Sprechenden auf den Angesprochenen, und dies entspricht nicht der Intention eines präventiven Praxiskonzeptes.

Die Frage nach einer ausreichenden Honorierung der ersten Prophylaxesitzung ist zwar berechtigt, versperrt aber auch den Blick auf weitere Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen, welche potenziell möglich wären, wenn der Patient eine andere Sichtweise bekommen würde und damit zu einer differenzierteren Betrachtung seiner oralen Gesundheit in der Lage wäre.

Der Führungsstil und das Team

Prävention und präventive Maßnahmen sind oft delegierbare Schritte. Die Verantwortung für die gesamte Behandlung bleibt jedoch beim Zahnarzt und ist nicht delegierbar. Die Delegierbarkeit setzt allerdings ein Praxisteam voraus, welches die Kompetenz besitzt, dem Patienten das präventive Gedankengut zu vermitteln. Das Praxisteam erhält so eine Schlüsselposition im Praxiskonzept: Es wird Leistungsträger der Gesund-

heitsangebote in der Zahnarztpraxis und ist so über die bisherige Assistenz Tätigkeit hinaus mitverantwortlich für den Behandlungserfolg. Außerdem sind die einzelnen Teammitglieder auch Sympathieträger und für die menschliche Nähe zum Patienten zuständig. Wie wichtig die Funktion des Teams ist, zeigt die Tatsache, dass ein Patientenverlust zu 70 % auf das Verhalten des Praxispersonals zurückzuführen ist.

Die Kompetenzerweiterung des Praxisteam kann allerdings nur gelingen, wenn der Zahnarzt die Rahmenbedingungen schafft, die es den Mitarbeitern ermöglichen, die Positionen adäquat auszufüllen. Ein autoritärer Führungsstil schafft diese Bedingungen nicht. Erst eine partizipative Führung des Teams erlaubt es, Veränderungen bei den Mitarbeitern von innen heraus in Gang zu setzen, so dass diese dann in der Lage sind, Verantwortung zu übernehmen und qualitätsbewusst zu arbeiten. Die Mitgestaltung des eigenen Arbeitsbereiches und entsprechende Möglichkeiten zur Fortbildung erhöhen die Motivation und Bereitschaft zur Mitarbeit.

Diese „intrinsische“ Motivation steht diametral im Gegensatz zur „extrinsischen“ Motivation. Bei Letzterer wird durch Umsatzbeteiligungen ein zweifelhafter Anreiz zur Mehrarbeit geschaffen, was dazu führen kann, dass aus eigenem pekuniären Interesse Behandlungen vorgeschlagen werden, welche medizinisch nicht immer nachvollziehbar bzw. notwendig sind.

Folgende Faktoren haben in einem funktionierenden Praxisteam große Bedeutung:

- die Motivation (z. B. „spannende“ Aufgaben);
- sich gegenseitig Anerkennung geben;
- die Fähigkeit, unterschiedliche Talente zu nutzen (stark hilft schwach);
- neue Ideen einbringen und nutzen;
- die Möglichkeit, seine eigenen Arbeitsbereiche selbst zu gestalten;
- eine klare Aufgabenverteilung;
- offene Kommunikation pflegen;
- kritikfähig sein und den Mut haben, selbst (auch den Chef) zu kritisieren;
- Vertrauen in die Teammitglieder haben.

Das Pflegen einer offenen Kommunikation bedeutet für den Zahnarzt, Kritik hinnehmen zu müssen, da Kritikfähigkeit eine entscheidende Voraussetzung für die Teamfähigkeit darstellt: „Hierarchische Führung ist nicht mehr zeitgemäß, sondern die Menschen wollen sich wertgeschätzt fühlen. Das geht im Dialog, das funktioniert nicht durch Anweisungen und Befehle.“¹.

Fazit

In allen geschilderten Bereichen entscheidet letztlich die Authentizität des Zahnarztes und des Praxisteam darüber, ob eine präventiv orientierte Praxis erfolgreich sein wird oder nicht. Wie in einem Symphonieorchester trägt jeder einzelne zum Gesamtbild bei, die Verantwortung für das gesamte Konzept liegt jedoch beim Zahnarzt als dem Dirigenten.

Literatur

1. Götz W. Wo Mitarbeiter ihr Gehalt selbst festlegen [Interview]. Rheinische Post vom 23.03.2015. Internet: www.rp-online.de/wirtschaft/unternehmen/goetz-werner-wo-mitarbeiter-ihr-gehalt-selbst-festlegen-aid-1.4963184. Abruf: 24.05.2016.
2. Harrel SK, Nunn ME. The effect of occlusal discrepancies on periodontitis. Relationship of occlusal treatment to the progression of periodontal disease. J Periodontol 2001;72: 495-505.
3. Hussein RJ, Schneller T. Einflussfaktoren auf die Prophylaxe. Dtsch Zahnärztl Z 2016 (eingereicht).
4. Krasse B. Die Quintessenz des Kariesrisikos. Berlin: Quintessenz, 1986.
5. Laurisch L. Die Bestimmung des individuellen Kariesrisikos – Voraussetzung für eine Prophylaxe nach Maß. Oralprophylaxe 1988;10:126-133.
6. Laurisch L. Praxisorganisation Prophylaxe – Vorstellung eines praxisnahen Konzeptes. Prophylaxe-Dialog 1998;2:8-10.
7. Laurisch L. Organisation und Interaktion im Team. In: Bundeszahnärztekammer (Hrsg). Qualifizierte Prophylaxe in der Zahnarztpraxis. Ein Leitfadens der Bundeszahnärztekammer. Berlin: BZÄK, 2003:26-28.
8. Laurisch L. Prophylaxe ist mehr als PZR. Dental Magazin 4/2008.
9. Page RC, Kornman KS. The pathogenesis of human periodontitis: an introduction. Periodontol 2000 1997;14:9-11.