

Prophylaxe in der Praxis

Wer seinen Patienten eine individuelle, sinnvolle Prophylaxe bieten möchte, muss sowohl die zahnärztlichen Leistungen selbst darauf abstellen als auch seine Praxis entsprechend ausrüsten. In diesem Sinn beleuchtet der folgende Beitrag von der Diagnostik über die Besonderheiten der Befundung bis hin zur Therapie und Abrechnung das Gebiet der Prophylaxe. So wird beispielsweise erläutert, welche Hilfsmittel sinnvoll sind, um frühzeitig Karies zu erkennen, und dass sich ein Zeithonorar anbietet, damit der Zahnarzt auch wirklich auf seine Kosten kommt.

Wer Prophylaxe verstärkt durchführen möchte, muss zudem über geeignete Räumlichkeiten verfügen sowie mittels Informationsschreiben, Postern und Broschüren zum Thema informieren. Zur Durchführung einer professionellen Zahnreinigung bedarf es zusätzlicher Geräte und Instrumente. Die Ausführungen beinhalten u. a. eine Checkliste für alle Komponenten, die die Prophylaxepaxis benötigt.

Seit etwa 15 Jahren ist Karies bei Kindern in Deutschland deutlich zurückgegangen. Als Ursache werden Prophylaxemaßnahmen in der Zahnarztpraxis, im Kindergarten und in der Schule angesehen. Prophylaxe ist also wirksam und sinnvoll. Aber wie integriert man Prophylaxe erfolgreich in die eigene Praxis?

Hierzu müssen fachliche, persönliche und organisatorische Aspekte stimmen. Sicherlich benötigen alle Patienten eine Grundprophylaxe. Aber selbstverständlich müssen nicht alle Patienten viermal im Jahr zur PZR kommen. Auch die Risiken sind unterschiedlich verteilt: Bei manchen Patienten sind die Interdentalräume oder die Wurzeloberflächen am stärksten gefährdet, bei anderen die Fissuren. Folglich müssen wir in der Praxis individuell bestimmen, was der Patient benötigt. Dazu muss eine Diagnose durchgeführt werden, die Informationen über die Schwere und das Risiko von Karies bzw. von Parodontitis liefert. Der Therapieplan muss dem Patienten erklärt werden, damit er versteht, wie oft er zur Prophylaxe kommen muss, und damit die Prophylaxeassistentin oder ZMF weiß, was sie für diesen Patienten tun kann.

Grundlage jeder Therapie ist in der Medizin eine korrekte Diagnose und eine den Bedürfnissen und Wünschen des Patienten angemessene Therapie. Bei Karies und Parodontitis als häufigste orale Erkrankungen ist eine Therapie der Symptome, wie der Kavität oder der Zahnfleischta-sche, nicht ausreichend, um diese auf

Dauer zu beseitigen. Es ist vielmehr notwendig, zuerst die kausalen Faktoren für die Entstehung der Karies und Parodontitis festzustellen. Dies sind v. a. pathogene Bakterien sowie weitere modifizierende Faktoren. Diese gilt es durch präventive und therapeutische Maßnahmen so weit zu reduzieren, dass Karies bzw. Parodontitis gestoppt wird und das Risiko verringert wird.

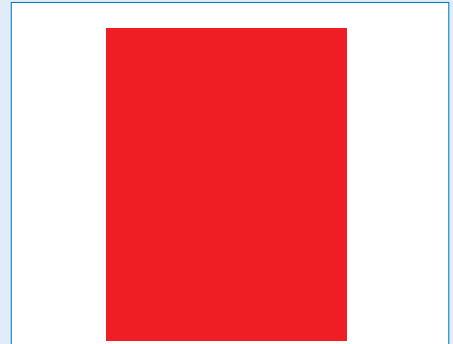
Grundlage des Erfolges der Prophylaxe ist eine qualifizierte Befundung und Diagnose. Heute gibt es Praxissoftware, die eine Speicherung und damit einen Vergleich alter mit neuen Befunden ermöglicht (z. B. Solutio). Aber auch mit eigenständigen Systemen (z. B. Oral Health Manager) oder auf Papier ist eine gute Diagnose möglich. Die Dokumentation ermöglicht es uns, im Laufe der Behandlung Veränderungen festzustellen und die Kooperation des Patienten und die Qualität der Prävention zu beurteilen. Daraus ergeben sich Indikationen für durchzuführende Präventionsmaßnahmen. Ein Teil der Befundungsmaßnahmen, z. B. die Feststellung der vorhandenen Plaque oder die gingivale Blutungsneigung, kann an Mitarbeiter delegiert werden. Die Diagnose und Bestimmung der Therapie ist aber immer eine ärztliche Leistung.

Praktische Umsetzung

Diagnostik

1. Anamnese

Neben allgemeinmedizinischen Faktoren



Prof. Dr. Elmar Reich

1979 Studium und zahnmedizinisches Staatsexamen an der Universität Tübingen
 Graduierten-Programm der Universität Michigan in Ann Arbor/USA mit den Fachgebieten: Restaurative Zahnheilkunde und Parodontologie
 1984 Oberarzt und Habilitation (1991) an der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Universität Regensburg
 1992–1994 Oberarzt und Professor an der Abteilung für Zahnerhaltung und Parodontologie Universitätsklinik Eppendorf, Hamburg
 1994–2000 Leiter der Abteilung für Parodontologie und Zahnerhaltung an der Universität des Saarlandes; Vorsitzender des Institutes für Präventive Zahnheilkunde und Direktor des WHO-Kollaborations-Zentrums für die Standardisierung in der Zahnheilkunde
 1997–2003 Vorsitzender der Wissenschaftskommission des Weltzahnärzteverbandes (FDI)
 Forschungsaufenthalte in der Abteilung für Präventive Zahnheilkunde der Universität Zürich (Prof. Dr. T. Marthaler) und am Royal Dental College in Aarhus/Dänemark (Parodontologie: Prof. Dr. T. Karring, Orale Mikrobiologie: Prof. Dr. M. Kilian).
 2000–2003 Leiter der Geschäftseinheit Dentale Systeme, Fa. KaVo
 Seit 2004 Zahnarzt in eigener Praxis
 Wissenschaftlichen Hauptarbeitsgebiete: Epidemiologie und Prophylaxe von Karies und Parodontopathien; Therapie der Karies mit neuen Füllungsmaterialien und -methoden; die (regenerative) Therapie der Parodontalerkrankungen

sollte dabei auch nach Ess- und Trinkgewohnheiten gefragt werden: Wie häufig wird zwischen den Mahlzeiten gegessen und getrunken?

2. Karies- und Parodontalbefunde

2.1. Zahnbefunde

Wichtig für die Kariesdiagnose ist die Unterscheidung zwischen Initiailläsion (beschränkt auf den Schmelz) und Kavitationen und/oder Läsionen im Dentin. Grundlage ist die klinische Untersuchung, ergänzt um Bissflügelröntgenaufnahmen und eventuell die Laserfluoreszenzmessung.

2.2. Mundhygiene und Plaque-Indizes

Aussagekräftiger als Plaque-Indizes sind Indizes, welche die gingivale Entzündung messen, da hierbei Verbesserungen erst nach regelmäßigem Putzen auftreten.

Zu berücksichtigen sind: Sulkusblutungsindex oder Papillenblutungsindex, Blutung beim Sondieren (BOP bei Parodontaltaschen).

3. Karies- und Parodontitis-Risikobestimmung

Die Bestimmung des Karies- oder Parodontitisrisikos setzt eine Bewertung der unterschiedlichen Risikofaktoren voraus. Dazu zählen das Alter und das Ausmaß der Karies oder Parodontitis des Patienten sowie die Menge pathogener Keime. Faktoren, welche die Erkrankung ebenfalls beeinflussen, sind die Qualität der Mundhygiene und die Ernährung. Im Rahmen einer Risikobestimmung werden diese Faktoren ermittelt und anhand bestimmter Gewichtungsfaktoren eingeordnet. Das Risiko kann danach als hoch, mittel oder gering eingeschätzt werden. Die Höhe des Risikos entscheidet über die Präventionsmaßnahmen, welche zum Teil durch den Patienten selbst, zum Teil in der Praxis professionell durchgeführt werden können. Die Relation zwischen häuslichen und professionellen Präventionsmaßnahmen hängt von der Kooperation und den Fähigkeiten des Patienten ab.

Die Bestimmung der Karies oder Parodontitis auslösenden Bakterien sowie der Speichelfließrate und der Pufferkapazität des Speichels kann helfen, das Erkrankungsrisiko genauer zu bestimmen. Diese Werte unterstützen auch die Motivation des Patienten.

4. Aktivitätsbestimmung

Die Aktivität der Karies kann sicher erst

durch eine wiederholte Bestimmung des Ausmaßes der Karies und damit retrospektiv beurteilt werden. Jedoch ist es bei jeder klinischen Untersuchung möglich, aufgrund der Struktur der Läsion eine Einschätzung der Kariesaktivität vorzunehmen. Aktive kariöse Läsionen sind abhängig von der Qualität der Mundhygiene und vor der Untersuchung meist mit Plaque bedeckt. Sie haben im Schmelz ein stumpfes, raues Aussehen, während inaktive Läsionen eher glänzend wirken und normalerweise plaquefrei sind.

5. Zusätzliche Befunde

Bissflügelröntgenaufnahmen oder andere Röntgenaufnahmen und Laserfluoreszenzmessungen eignen sich zur Bestimmung der Schwere der Karies.

6. Diagnose und Therapieplanung

Der Zahnarzt bewertet für die Diagnose alle Befunde, wie vorhandene Karies, Qualität der Restaurationen und Aktivität der Läsionen, sowie das individuelle Risiko. Abhängig vom Karies- bzw. Parodontitisrisiko und der aktuellen Diagnose sind verschiedene Präventions- und Therapiemaßnahmen möglich. Im Gespräch mit dem Patienten wird der Zahnarzt die Einstellung des Patienten beurteilen und eine geeignete Therapie auswählen. Neben den zahnärztlichen Überlegungen sind die Compliance und finanziellen Überlegungen des Patienten zu berücksichtigen.

Durchführung der Befundung

Da Karies nicht erst mit einer Kavität beginnt, vielmehr in diesem Stadium prophylaktisch gar nicht mehr zu kontrollieren ist, sollten schon Schmelzläsionen ohne Kavitätenbildung diagnostiziert werden. Nur diese Initiailläsionen können mit Prophylaxemaßnahmen am Fortschreiten gehindert und so erfolgreich kuriert werden.

An Milchzähnen werden heute v. a. Fissuren, aber auch Approximallflächen kariös. Die seltenen Fälle von massiver frühkindlicher Karies verlangen eine umfassende Sanierung und Betreuung. Bei den

bleibenden Zähnen sind bis ins Alter von ca. 12 bis 15 Jahren v. a. die Fissuren und Grübchen der Molaren betroffen. Danach nimmt die Kariesprävalenz an den Approximallflächen im Seitenzahngebiet rasch zu. Die Diagnose der Fissurenkaries (Abb. 1) ist heute wegen des unbemerkten



Abb. 1: Fissurenkaries.

Fortschreitens ins Dentin (hidden caries) schwieriger als vor Jahren. Die Sonde ist kein geeignetes Instrument, um diese Fissurenkaries zu diagnostizieren. Man kann damit allenfalls Schmelzläsionen verschlimmern, indem man sie versehentlich in Kavitäten verwandelt. Nach gründlicher Reinigung der Fissuren mit Polierpaste oder Pulverstrahlgerät ist Karies an Farbveränderungen des Schmelzes zu erkennen. Zusätzliche wichtige diagnostische Informationen kann die Laserfluoreszenz (KaVo DIAGNOdent) liefern (Abb. 2). Bei Karies im Dentin kann auch eine gute orthoradiale Bissflügelröntgenaufnahme eine okklusale Karies zeigen.

Für die Diagnose der Approximalkaries sind Bissflügelröntgenaufnahmen weiterhin das Mittel der Wahl. Berücksichtigt man die Aktivität der Karies und das in-



Abb. 2: Diagnostische Messung, Karies im Dentin.

dividuelle Kariesrisiko, so sind Wiederholungen dieser Röntgenaufnahmen in ca. zwei- bis vierjährigem Abstand sinnvoll. Auch die Durchleuchtung der Approximalkontakte (Diaphanoskopie) kann wichtige Befunde liefern. Die Laserfluoreszenz (DIAGNOdent Pen) muss noch den Beweis bringen, dass sie Bissflügelröntgenaufnahmen ersetzen kann.



Präventionsmaßnahmen

Präventionsmaßnahmen dienen erstens der Verringerung der Risikofaktoren und zweitens der Ausheilung vorhandener kariöser, gingivaler oder parodontaler Läsionen. Bei den Präventionsmaßnahmen muss unterschieden werden zwischen den Maßnahmen, die der Patient zu Hause durchführt und professionellen Maßnahmen, die in der zahnärztlichen Praxis von entsprechend qualifiziertem Personal durchgeführt werden.

Fluoride bilden sowohl zur professionellen Anwendung in der Praxis (Elmex fluid, Duraphat) wie zum häuslichen Gebrauch die Basisprophylaxe (Abb. 3). Neuere Studien zeigen, dass zur Kariesprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen eine Chlorhexidin-Anwendung während einer professionellen Interdentalreinigung Karies im Approximalraum deutlich reduzieren kann – und dies auf Jahre. Recht viel versprechende Resultate zur Remineralisation und Behandlung von Überemp-

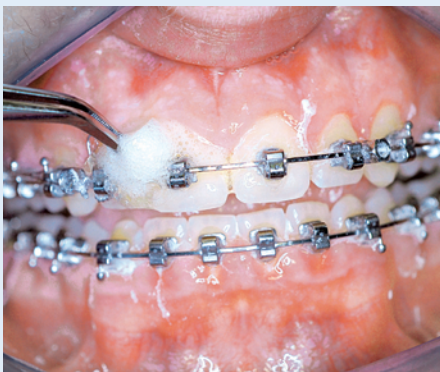


Abb. 3: Applikation von Elmex fluid.

findlichkeiten sind nach einer Studie in Australien mit dem CPP-ACP-Komplex (GC Tooth Mousse) erzielt worden (LIT).

Durchführung der professionellen Zahnreinigung

Vor der professionellen Zahnreinigung sollte dem Patienten im Mund die Stellen aufgezeigt werden, die trotz der Zahnreinigung zu Hause noch Plaque zeigen. Das kann entweder über eine bestehende Multimedia-Einrichtung geschehen oder mittels Handspiegel. Unter Umständen ist es sinnvoll, Plaqueanlagerungen durch Revelatoren anzufärben. Im Rahmen der Motivation und Instruktion des Patienten wird ihm dann eine Mundhygienetechnik gezeigt, mit der er diese Beläge entfernen kann. Neben einer geeigneten Mundhygienetechnik sind häufig zusätzliche Maßnahmen zur Reinigung der Zahnzwischenräume angezeigt. Abhängig von der Größe des Interdentalraums reicht hier die Palette von Zahnseide bis zu großen Interdentalbürsten und sogar Zungenreinigern. Die Patienten sollten auch über geeignete Zahnpasten mit alters- und risikogerechtem Fluoridgehalt (Kinderzahnpaste mit 500 ppm Fluorid nur im Kindergartenalter) informiert werden.

Die professionelle Zahnreinigung muss an allen Risikoflächen durchgeführt werden. Aus diesem Grunde ist eine Reinigung der Zahnflächen von Plaque mittels Gummikelch allein nicht ausreichend. Insbesondere die Zahnzwischenräume bei Jugendlichen und Erwachsenen wie auch die Fissuren bedürfen einer intensiven Reinigung. Der Reinigungseffekt rotierender Instrumente, wie z. B. von Gummikelchen, im Interdentalraum und in Fissuren ist aber begrenzt.

Vor den weichen Belägen (Plaque) müssen die harten Beläge (Zahnstein) entfernt werden. Dafür sind die Standardinstrumente zur Zahnreinigung indiziert. Diese sind insbesondere Ultraschall- und Schallgeräte, die heute mit relativ kleinen Spitzen auch die Bearbeitung enger Interdentalräume gut ermöglichen. Die Anwendung von Handinstrumenten verlangt gute Kenntnisse in der Handhabung und der Anatomie der interdentalen Strukturen.

Für die Reinigung der Fissuren haben

sich gerade Pulverstrahlgeräte sehr gut bewährt, während rotierende Instrumente nicht geeignet sind. Die Verwendung von Bürstchen stellt eine Alternative zum Pulvergerät dar, ist jedoch unhygienischer. Bei der Verwendung des Pulverstrahlgerätes muss darauf geachtet werden, dass die Strahlrichtung nicht in die Zahnfleischtaschen zeigt, um das Risiko von Emphysemen zu verringern.

Die kritischen Approximalräume sind nicht nur für Patienten schwierig zu reinigen, sondern auch für die Profis in der Praxis. Rotierende Polierbürstchen können nur bei sehr weiten Approximalräumen eingesetzt werden, wie sie bei einer fortgeschrittenen Parodontitis vorhanden sind. Oszillierende Instrumente (EVA-System) mit Plastikpolieransätzen können auch bei gesunden Papillen Verwendung finden, alternativ dazu auch Polierstreifen. Eine relativ neue Möglichkeit, um auch im Approximalraum die Plaque zu reduzieren stellen Pulverstrahlgeräte dar. Neue Studien aus Schweden berichten von sehr guten und auch langfristigen Erfolgen einer vier- bis sechsmaligen Applikation von Chlorhexidingel im Jahr, verbunden mit der mechanischen Reinigung der Approximalräume mittels Superfloss (LIT).

Die Zahnreinigung bewirkt eine Verringerung der Verfärbungen und lässt die Zähne sehr sauber und glatt erscheinen, wenn der Patient mit der Zunge darüber fährt. Dies motiviert den Patienten zur weiteren Mundhygiene (Abb. 4 u. 5).

Kommunikation

Eine moderne patientenbezogene Zahnheilkunde baut auf der Informiertheit des Patienten und der Zusammenarbeit mit ihm auf. In diese „sprechende Zahnheilkunde“ muss das ganze zahnärztliche Team eingebunden sein. Im Sinne einer interaktiven Praxisphilosophie sollte der Zahnarzt eine Beziehung zu seinem Patienten aufbauen, die den Patienten als verantwortlichen Partner anerkennt. Psychologisches Einfühlungsvermögen und Verständnis für die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten sind Voraussetzung für eine erfolgreiche Motivation.



Abb. 4 Applikation von CHX-Gel.



Abb. 5. Reinigung der Zwischenräume mit Superfloss.

Aus der Patientenperspektive sind die Erhaltung der Kaufunktion und die Beseitigung von Schmerzen wichtige Ziele. Oft kommen darüber hinaus in fast allen Altersklassen stark subjektiv geprägte Vorstellungen in Bezug auf die Ästhetik der Zähne und des Gesichtes zum Tragen. Diese subjektiven Wünsche und Ziele des Patienten müssen von zahnärztlicher Seite anerkannt und bei der Therapieplanung – da motivationsfördernd – berücksichtigt werden. Jedoch ist vor der klinischen Umsetzung gerade bei ästhetischen Wünschen sorgfältig zu prüfen, ob diese auch wirklich erfüllbar sind.

Betriebswirtschaftliche Aspekte

Der Paradigmenwechsel in der Zahnmedizin bedingt auch neue Modelle zur Berechnung präventiver Leistungen. Hierbei gilt der Grundsatz, dass Prävention sich betriebswirtschaftlich selbst tragen muss, so wie es bei konservierender Zahnheilkunde und Zahnersatz selbstverständlich sein sollte. Bei den bisherigen Ge-

bührenordnungspositionen in Bema und GOZ ist dies nicht der Fall. Daher sollte eine Berechnung nach Zeithonorar, differenziert nach den Besonderheiten der einzelnen Praxis, zur Grundlage des Honorars gemacht werden (s. Raster??).

Dabei gilt auch, dem Patienten bewusst zu machen, dass er durch sein eigenes Verhalten Einfluss auf die Höhe der Kosten der präventiven Leistungen hat. Dem Patienten sollte im Vorfeld eine medizinisch begründete Indikation von Präventions- und Therapiemaßnahmen als Versorgungsplan präsentiert werden. Ein informierter und motivierter Patient wird die Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren und der Prävention der Erkrankung verstehen und kann dann in eigener Verantwortung für seine Mundgesundheit über den Umfang der zahnärztlichen Leistungen entscheiden.

Optimale Infrastruktur einer prophylaxeorientierten Praxis

Für die Infrastruktur einer prophylaxeorientierten Praxis können folgende Komponenten empfohlen werden:

Räumliche Komponenten

- Mundhygieneraum für Patienten
- Prophylaxebehandlungszimmer.

Ausstattungskomponenten

- Zahnärztliche Behandlungseinheit mit intraoraler Kamera

Ob weitere Einrichtungen wirklich sinnvoll sind, wie z. B. ein Dialogplatz, ein Mundhygienetrainingsplatz oder eine Demoecke, muss jeder Praxisinhaber selbst entscheiden.

Rezeption

- Anmeldezettel mit zusätzlichen Fragen, ob Informationen über Prophylaxeprogramm gewünscht werden
- Recall-Formulare, praxisinterne Informationsschreiben zum Prophylaxeangebot
- Wandbilder oder Poster mit Prophylaxemotiven

Wartezimmer

- Poster und Bilder mit Prophylaxemotiven, Praxisbroschüre „Wir über uns“, u. a. mit Informationen zur Prophylaxe

- Patientenbücher zum Thema Zahnmedizin und zahnmedizinische Prophylaxe
- Info-Wandtafel

Mundhygieneraum

- Vergrößerungsspiegel, Wandspiegel, Sitzgelegenheit
- Einmalzahnbürsten, Zahnpasta, Zahnseide, Stim-u-dents
- CHX-Lösung
- Waschbecken mit Warmwasser, Seifenspender, Handtücher
- Eieruhr bzw. Stoppuhr
- Demokasten für Mundhygieneartikel

Prophylaxeraum

- Dies kann auch ein zahnärztlicher Behandlungsraum sein.
- (Prophylaxe-)Behandlungsstuhl, Lampe, Stühle für ZA und Helferin, Speibecken
- Absaugeinrichtung, evtl. Spiegel mit integriertem Suktur (Mirror Suction)
- Winkelstück, Mehrfachspritze, ausgestattet mit Luft-Wasser-Spray, Ultraschallgerät mit Arbeitsansätzen, Pulverstrahlgerät
- EVA-System, Polymerisationslampe, Waschbecken, Vorratsschränke, Polaroidkamera
- Röntgengerät, Röntgenbildbetrachter, Tray-System
- Transilluminationsgerät zur Diagnostik interapproximaler Karies, Bildmaterial
- Lupenbrille zur Kontrolle von Fissurenversiegelungen

Materialien

- Färbelösung, Fluoridierungsmittel, Applikationspinsel, Versiegelungsmaterialien
- Lösungen, Gele, fluoridhaltige Zahnpasta
- chem. Antiplaquemittel
- antimikrobielle Lacke.(z.B. Cervitec, EC-40)

Instrumente

- Bürstchen, Gummikelche, Gummipolierer, Polierpasten, Polierstreifen
- Scaler, Küretten, PAR-Sonden, EXS-3A-Sonde, EVA-Tips für supragingivale Plaqueentfernung, Ultraschallentfernung von subgingivaler Plaque mit

Perio-slim-line-oder Perio-pro-line-Arbeitsansätzen.

Formblätter

- PAR-Status, geeignete Indexsysteme
- Dokumentationsformulare, Ernährungstagebücher

Dialogplatz mit Demoecke (nicht unbedingt erforderlich, s. o.)

- Sitzgelegenheit mit Tisch für HelferIn und Patient für ein partnerschaftliches Gegenübersitzen
- Vergrößerungsspiegel (z. B. Profimed), Röntgenbildbetrachter
- Monitor, Videogerät, Bilddrucker
- direkter Zugriff zu den medialen und didaktischen Hilfsmitteln (s. u.)

Mediale und didaktische Hilfsmittel

- verschiedene Zahnbürsten, Zahnseiden, Briefwaage
- intraorale Kamera, Plaqueoskop
- elektrische Zahnbürsten, Spezialzahnseiden (Superfloss, Multi-floss, Tapes)
- Mundduschen, Zahnseidenhalter
- Demonstrationsmappen (ZE, PAR, Prophylaxe), eigenes Bildmaterial, Informationsmaterial (Prospekte etc.)
- Videos, Tonkassetten

Mundhygienetrainingsplatz

(nicht unbedingt erforderlich bzw. kann sowohl in den Mundhygieneraum als auch in den Dialogplatz integriert sein)

- alle Artikel zur allgemeinen Mundhygiene (Zahnbürste, Zahnseide etc.)
- alle Artikel zur Interdentalraumhygiene und ZE-Hygiene (Zahnzwischenraumbürste, Einbüschelbürste, Superfloss etc.)
- Handspiegel, Vergrößerungsspiegel
- Briefwaage zur Demonstration der Bürstkraft

Genereller Behandlungsablauf bei einem Neupatienten

Präventive Vorbehandlung

- Restaurationsphase: konservierende Behandlung, parodontale Behandlung, chirurgische Behandlung, kieferorthopädische Behandlung, gnathologische Behandlung
- Nachsorge (Recall)

Ziel: Stabilisierung und Gesunderhaltung des oralen Gesundheitsniveaus, das in der Behandlung erreicht werden konnte.

Maßnahmen: Regelmäßige Überprüfung des Gesundheitsstatus' des Patienten unter Zuhilfenahme klinischer und mikrobiologischer Parameter. Das Zeitintervall der individuellen Betreuung richtet sich nach dem individuellen Erkrankungsrisiko und der Patientenmitarbeit. Dieses Zeitintervall ist nicht nur individuell verschieden, sondern kann sich auch bei einem Patienten im Laufe der Jahre immer wieder – je nach festgestelltem Risiko – verändern.

Behandlungsinhalte Recall:

- Schwerpunkt professionelle Leistungen
- Speichel-Kontrolltests
- regelmäßiger PA-Status und Röntgenkontrolle
- regelmäßige Wiedervorstellung beim ZA

Somit ergibt sich folgendes Organisationschema für die präventionsorientierte Behandlung und Betreuung bei einem neuen Patienten:

1. Erstuntersuchung

- **Erkrankungsgrad feststellen:** Patienteninformation (Befund, Planung), klinischer Befund, Röntgen
- **Patientenberatung:** Ziel der Beratung sollte es sein, die nötige fachliche Hintergrundinformation zu vermitteln, um den Patienten so in die Lage zu versetzen, seine eigene Erkrankung in der Mundhöhle zu erkennen und die angebotenen Maßnahmen zur Erlangung und Erhaltung seiner Mundgesundheit auch als individuelle gesundheitsfördernde Maßnahmen zu schätzen und zu akzeptieren.
- **Ätiologie der Erkrankungen** (bakterieller Aspekt)
- **Therapieplanung:** Hinweis auf die Angebote der bedarfsgerechten Individualprophylaxe.

Es erfolgt eine Orientierung an den unterschiedlichen Voraussetzungen des Patienten (Krankheitsrisiko, Fähigkeiten und Fertigkeiten, Mitarbeitsbereitschaft) und

ein entsprechendes altersdifferenziertes Vorgehen.

Besondere Anforderungen an Zahnarzt und Mitarbeiter ergeben sich, wenn Patienten für die Prävention gewonnen werden sollen, die schon lange Zeit der Praxis treu verbunden sind. Sie kamen bisher regelmäßig zur Untersuchung und Zahnsteinentfernung. Diese Gruppe ist leichter für eine regelmäßige professionelle Zahnreinigung zu motivieren als für ein individuelles präventives Betreuungskonzept. Indikationsgerechte Zahnreinigungen bieten aber die Chance, früher oder später zu einer individuellen präventiven Betreuung zu kommen.

Für die Patientenmotivation zur Prävention bieten sich Patientengruppen mit besonderer Eigenmotivation an: präventive Vor- und Nachbetreuung von Patienten mit Parodontopathien oder mit mehr oder weniger umfangreichen restaurativen oder/und prothetischen Erfordernissen. Denn diese Patientengruppen möchten eine Wiederholung der umfangreichen und kostenintensiven Maßnahmen vermeiden. Eine weitere gut zu motivierende Patientengruppe sind Kinder, wobei der Motivationsschub über die Eltern erfolgt. Sehen die Eltern die Erfolge bei den Kindern, so wünschen sie im Allgemeinen auch für sich eine präventive Betreuung.

2. Strukturierte Durchführung der Präventionssitzungen

Kategorien zur Strukturierung der einzelnen Prophylaxeabausteine:

- Analyse der Patientenvoraussetzungen
- Beratung und Kenntnisvermittlung
- praktische Maßnahmen

Beispielhafte Inhalte und Zeitabfolge von Präventionssitzungen

A „Klarheit“ verschaffen über den Patienten. Ziele und Inhalte der Prävention für die HelferIn: Befund, individuelle Bedingungen, individuelle Gefährdungen

- Analyse der Patientenvoraussetzungen
- Erkrankungsgrad
- gewohnheitsmäßige Ernährung
- Hygienesituation
- Mundhygienetechniken

- Kenntnisstand und Mitarbeitsbereitschaft

Beratung und Kenntnisvermittlung

- individuelle Situation und Mundhöhlensituation
- Karies- und Parodontitisätiologie
- Technik zur Glattflächenreinigung

Praktische Maßnahmen

- Speicheltest
- supragingivale Zahnsteinentfernung/ professionelle Zahnreinigung
- bakterizide Präparate und/oder Fluoride

B Detailinformation und Anwendung ausgewählter Prophylaxemaßnahmen (entsprechend dem individuellen Bedarf und der zuvor festgestellten individuellen Gefährdung)

Analyse der Patientenvoraussetzungen

- Kontrolle des Übungserfolges
- subjektives Patientenurteil
- Ergebnisse des Speicheltests

Beratung und Kenntnisvermittlung

- Therapie bei ungünstigen Speichelwerten
- Ernährung (zuckerreduziert, Xylit, Kaugummi)
- Technik zur Zwischenraumhygiene
- Zahnpasten und Fluoridgelées

Praktische Maßnahmen

- supra- und subgingivale Zahnstein- bzw. Konkrement-Entfernung
- professionelle Reinigung, Politur, Fluoridierung
- Situationsabdrücke (Pa, Applikationshilfen)

C Parodontale Vorbehandlung und parodontale Behandlungsplanung (bei entsprechender Indikation)

Analyse der Patientenvoraussetzungen

- Kontrolle des Übungserfolges
- subjektives Patientenurteil
- Erstellung eines PAR-Status

Beratung und Kenntnisvermittlung

- Beschreibung des Krankheitsbildes PAR
- Therapieverlauf
- Nachbetreuung (Recall) (Abb. 6)



Abb. 6: Recall eines Erwachsenen mit Rezessionen und Zahnhalskaries.

Praktische Maßnahmen

- sub- und supragingivale Zahnsteinentfernung
- professionelle Zahnreinigung, Politur, Fluoridierung
- Applikation bakterizider Präparate

Zur perfekten Umsetzung dieser Organisationsstruktur sind folgende Prinzipien zur Koordination und Planung wichtig:

- Kontinuität der Betreuung (langfristige Mitarbeiter)
- adäquate Dokumentation und entsprechende Absprachen
- Zahnarztpraxis als Anbieter von Gesundheitsleistungen zum „Patientenwohl“

Interaktion im Team

Die Umsetzung einer präventiven individuellen Betreuung der Patienten erfordert ein Umdenken sowohl im Einsatz der Mitarbeiter der zahnärztlichen Praxis als auch im Umgang mit ihnen. Zahnärztliche Helferinnen werden über die eigentliche bisherige Assistenz Tätigkeit hinaus mitverantwortliche Mitarbeiter, die maßgeblich an der Qualität des Behandlungsergebnisses beteiligt sind. Prävention ist eine gemeinsame Aufgabe des gesamten Praxisteam. Im Idealfall wird der Patient zu einem Teil des Teams. Entsprechend den Erkenntnissen des Managements ist diese Teamarbeit am besten durch einen partizipativen Führungsstil zu erreichen. Diese aktive Mitgestaltung der Arbeitsbedingungen führt gleichzeitig auch zu einer veränderten Arbeitsmentalität: Menschen

engagieren sich mehr für die Arbeit, die sie aktiv beeinflussen können.

Ein partizipativer Führungsstil im Sinne einer „team leadership“ setzt daher Bedingungen voraus, die es dem Mitarbeiter überhaupt erst gestatten,

- Verantwortung zu übernehmen,
- qualitätsbewusst arbeiten zu können,
- kreativ zu sein,
- problembewusst zu sein,
- mit Engagement dabei zu sein.

Die Umsetzung des partizipativen Führungsstils bewirkt eine stärkere Identifikation mit der Zahnarztpraxis. Dieser Führungsstil fördert des Weiteren die Qualifikation der Mitarbeiter, erhöht die Arbeitszufriedenheit, schafft Bereitschaft zum Einsatz, verringert Ausfallzeiten und veranlasst die Mitarbeiter zu einer höheren Mitverantwortung für Behandlungsschritte.

Da die qualitative Leistung der präventiv orientierten Zahnarztpraxis entscheidend bestimmt wird von der Motivation in Verbindung mit den Fähigkeiten und Fertigkeiten der einzelnen Mitarbeiter der Praxis müssen diese auch die Möglichkeit haben, immer auf dem aktuellen und notwendigen Stand des Wissens zu sein.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Elmar Reich

Rolf-Keller-Platz 1

88400 Biberach

E-Mail: info@zahnprofilaxe.de