

PRÄVENTIONSPRAXIS // Das Wissen, dass Prophylaxe tatsächlich funktioniert, ist zahnmedizinisches Allgemeinwissen geworden. Es muss die Frage gestellt werden, weshalb nicht in allen deutschen Praxen eine systematische Prävention für alle Altersgruppen angeboten wird. Einer der Hauptgründe ist, dass die „präventive“ Praxis einen höheren Organisationsgrad erfordert. Der Zahnarzt in der kurativen Praxis entscheidet allein und benötigt von seinen Mitarbeitern und von den Patienten nur eine passive Compliance. In der Prävention kann nur erfolgreich im Team mit dem Patienten gemeinsam (aktive Compliance) gearbeitet werden. Im vorliegenden Beitrag stellen die Autoren ihr präventives Praxiskonzept vor.

ORGANISATION IST NICHT ALLES – OHNE ORGANISATION IST ALLES NICHTS

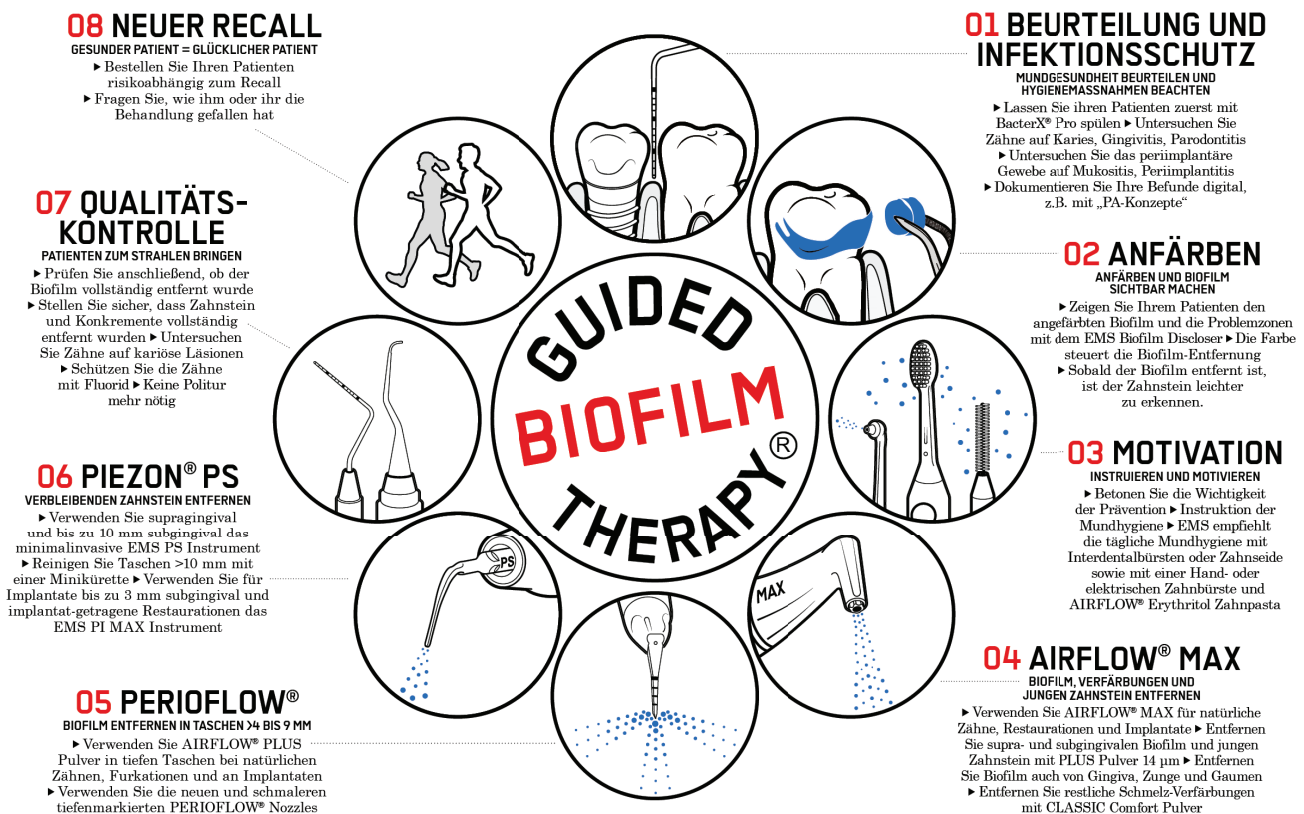
Dr. Nadine Strafela-Bastendorf, Dr. Klaus-Dieter Bastendorf / Eisingen

Die Ursachen von Karies und Parodontitis sind weitestgehend bekannt. Heute ist die „Ökologische Plaque Hypothese nach Marsh“ für die Ätiologie der wichtigsten oralen Erkrankungen akzeptiert. Nach dieser

Hypothese ist der vitale sub- und supragingivale dysbiotische Biofilm die Hauptursache für die wichtigsten oralen Erkrankungen (Karies, Gingivitis, Parodontitis, periimplantäre Mukositis, Periimplantitis). Im symbioti-

schen Biofilm findet eine ökologische Verschiebung der Bakterien zur Dysbiose statt, die zu einer Störung der Homöostase führt. Das gemeinsame präventive Ziel von Patienten und Behandlern muss der optimale

Abb. 1: Guided Biofilm Therapy (GBT)



Schutz von Hart- und Weichgewebe sein oder anders ausgedrückt, ein perfektes Bio-filmmangement. Bei adäquater Prophylaxe wären weit über 90% aller Zahnschäden vermeidbar.²⁻⁴ Diesen fachlichen Paradigmenwechsel weg von der restaurativen hin zur präventiven Orientierung der Zahnheilkunde haben die meisten Zahnärzte verstanden. So war bereits 1998 für 92,3% der befragten Zahnärzte die Zahnheilkunde ohne Prophylaxe kaum noch vorstellbar.⁵ Auch die Zahlen der Deutschen Mundgesundheitsstudien (DMS I-Studie von 1989 bis zur DMS V-Studie 2013/2014) zeigen, dass sich die orale Gesundheit im Zeitraum von 25 Jahren erheblich verbessert hat.⁶

Praxiskonzept

Unser Praxiskonzept basiert auf der Grundlage der Arbeiten von Axelsson und Lindhe.²⁻⁴ Die beiden Pioniere der Prophylaxe haben nicht nur gezeigt, dass mit dem Zusammenspiel von häuslicher und professioneller Prophylaxe lebenslange orale Gesundheit möglich ist. Sie haben auch konkrete Anleitungen für die Integration der Prophylaxe in den Praxisalltag gegeben. Um die Prophylaxe erfolgreich umzusetzen, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- Die Praxis benötigt eine präventionsorientierte Praxisphilosophie
- Prophylaxe ist organisierte Teamarbeit (geschultes, motiviertes Personal)
- Ein systematisches Ablaufprotokoll für die Erst- und Erhaltungstherapie
- Qualitätskontrolle durch Nachuntersuchungen
- Wirtschaftlichkeit der Prävention

Praxisphilosophie

Nur wenn das gesamte Praxisteam die Philosophie der Praxis kennt, wenn alle wissen, wohin die Reise gehen soll, sind Erfolge wie sie von Axelsson und Lindhe erreicht wurden, auch im Praxisalltag möglich. Unsere Kurzform der Praxisphilosophie lautet: Mundgesundheit ein Leben lang ist möglich. Der Verlust eines Zahnes ist der äußerste Misserfolg. Konkret heißt unser Ziel: 99-77-22. Wir wollen, dass 99% unserer Patienten im Alter von 77 Jahren noch 22 eigene Zähne haben.

Prophylaxe ist Teamarbeit

Praxiserfolge – insbesondere die Erfolge in der Prophylaxe – sind nur in einem qualifizierten und motivierten Team möglich. Aufgrund der schwierigen Personalsituation im Bereich Mitarbeiter in zahnärztlichen Praxen ist das Personalmanagement eine der schwierigsten Aufgaben. Die Probleme beginnen mit der Mitarbeitersuche. Sind die Mitarbeiter gefunden, muss das Team geführt werden. Die Mitarbeiter müssen geschult und motiviert werden, um die Mitarbeiterqualität zu verbessern. Diese zweite Aufgabe des Personalmanagements ist auch nicht einfach, lässt sich aber mit einer guten Struktur lösen.

Unser Ziel für die Aus- und Weiterbildung unseres Prophylaxe-Teams lautet: Das Team muss sowohl theoretische wie auch praktische Fertigkeiten auf dem von der Praxis vorgegebenen (gewünschten) Niveau haben bzw. erlernen. Unsere Vorgehensweise (Strategie), um dieses Ziel

Abb. 2: Kariesrisiko-Diagnostik (Waage).

Abb. 3: Airflow-Anwendung. Abb. 4: PIEZON/PS-Anwendung.



externen Aufstiegs-Fortbildung der Landes Zahnärztekammer Stuttgart.

Systematisches Ablaufprotokoll für die Erst- und Erhaltungstherapie – Unser aktuelles Praxis-Prophylaxe-Konzept

Wir arbeiten seit 2015 nach der „Guided Biofilm Therapy“ (GBT).⁷ Die GBT wurde von der Firma EMS in Nyon, der Swiss Dental Akademie (SDA), das ist die Fortbildungsgesellschaft der Firma EMS, Hochschulen, v.a. Universität Brescia, und Praktikern erarbeitet (Abb. 1). Bei der GBT handelt es sich um ein systematisches, standardisiertes Ablaufprotokoll auf der Basis der „Recall-Stunde nach Axelsson/Lindhe“²⁻⁴ bestehend aus 8 Schritten (Modulen). Die Recall-Stunde von Axelsson und Lindhe wurde dem wissenschaftlichen Fortschritt und der technischen Weiterentwicklung in den vergangenen 50 Jahren angepasst. Die GBT ist sowohl bei Neupatienten als auch bei Patienten in der Erhaltungstherapie einsetzbar. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Erhaltungstherapie. Die Module sind entsprechend der altersspezifischen, risikoorientierten Diagnosen individuell anwendbar.

Die einzelnen Schritte der GBT

Die neuen Schritte (Veränderungen gegenüber der Recall-Stunde von Axelsson/Lindhe) sind fett gekennzeichnet:

Die Behandlung beginnt mit der Begrüßung des Patienten und dem **Infek-**

tionsschutz für unsere Mitarbeiter. Vor jeder Behandlung lassen wir unsere Patienten mit einer 0,2%igen CHX Lösung (BacterXPro[®]) spülen. Dadurch ist eine Keimreduktion im Aerosol um ca. 60% möglich.⁸

1. Reevaluation der relevanten PA- und Kariesbefunde einschließlich einer **schriftlichen Bestätigung der Wiederholungsanamnese**. Der Plaque-Index wird erst nach dem Anfärben erhoben. Wir arbeiten in unserer Praxis mit dem PARO-Status und einem individuellen Bogen zur Erfassung des allgemeinen Karies-Risikos. Dieser Erfassungsbogen wurde an der Universität Bern (Abb. 2) aufgrund unserer früher verwendeten Software „Dentodine“ erarbeitet.
2. **Anfärben** des supragingivalen Biofilms, um einen exakten Plaque-Index zu erstellen, um die Patienten zur gezielten Verbesserung der häuslichen Mundhygiene zu motivieren und **um Biofilm professionell ebenfalls gezielt (geführt) zu entfernen**. Supragingivaler Biofilm wird nur entfernt, wo er durch Anfärben sichtbar gemacht wurde.^{2, 3, 9-11}
3. Reinformation, Reinstruktion und Remotivation der Patienten zur individuellen häuslichen Mundhygiene mithilfe von Anfärben und unserem **dualen System**, d.h., dass alles, was wir mit unseren Patienten kommunizieren, wird ihnen nochmals schriftlich mitgegeben. Auch speichern wir unsere Mundhygieneempfehlungen, um die Reinformation und Remotivation gezielt auf Basis der alten Informationen durchführen zu können.
4. Da Biofilme heute eindeutig als Hauptursache der häufigsten Zahnerkrankungen feststehen, **beginnen wir mit der subgingivalen und supragingivalen Biofilmentfernung**. Wir arbeiten ausschließlich mit der **Airflow-Technik und Erythritol-Pulver** (Abb. 3). Nur bei äußerst seltenen Fällen mit sehr starken supragingivalen Verfärbungen wenden wir Natriumhydrogenkarbonat-Pulver an. Wichtig ist aber, immer zuerst eine Biofilmentfernung mit PLUS-Pulver durchzuführen, um sicher zu sein, dass das Natriumhydrogenkarbonat-Pulver nur auf gesundem Schmelz angewendet wird.¹²⁻¹⁶
5. In tiefen Resttaschen >4mm kommt ein spezielles **Handstück (PerioFlow[®])** mit einer tiefenmarkierten Nozzle und PLUS-Pulver[®] zum Einsatz.^{17,18}
6. Dann folgt die **gezielte supragingivale und subgingivale Zahnsteinentfernung**. Hier steht die Substanzschonung stark im Vordergrund, das heißt, dass wir supragingivalen Zahnstein nur entfernen, wo wirklich Zahnstein ist (wo wir Zahnstein sehen!). Subgingival orientieren wir uns an unseren PA-Befunden und an unseren Tastsonden-Befunden (Hu-Friedy explorer 11/12) (wo wir Zahnstein fühlen!). Wir arbeiten mit piezokeramischem Ultraschall wegen der besonders substanzschonenden Bewegungsrichtung (PIEZON[®]/PS-Instrument)⁹⁻²¹ (Abb. 4).
7. Die Qualitätskontrolle erfolgt durch die Mitarbeiter im Sinne einer Selbstkontrolle. Dann erfolgt die Abschlussuntersuchung und die abschließende Diagnose (Risikobestimmung) durch den Zahnarzt aufgrund der gesammelten

Abb. 5a und b: Exakte Karies-Diagnostik ist nur auf sauberen Oberflächen möglich.



Befunde. In unserer Praxis erfolgt jetzt auch die zahnbezogene Abschlussuntersuchung der Zahnhartsubstanzen nach dem „International Caries Detection and Assessment System“ (ICDAS) und die entsprechende Dokumentation. Diese Untersuchung setzt eine perfekter Zahnreinigung voraus²² (Abb. 5). Den Abschluss bilden chemisch unterstützende Maßnahmen (z. B. Fluoridierung).

Zum Schluss wird ein neuer Recall-Termin vereinbart. Die Grundlage für den individuellen Recall-Abstand ist die erfolgte PA- und Kariesrisiko-Bestimmung (Schritt 8). Der Einhaltung der Recall-Termine kommt eine große Bedeutung zu. Das gilt im besonderen Maße für die „Unterstützende Parodontale Erhaltungstherapie“ (UPT). Die UPT ist folgerichtig seit 01.07.2021 Bestandteil des BEMA. Die Stufe 4 der Leitlinien der EFP und DG PARO sieht eine risikoorientierte UPT im Abstand von drei bis zwölf Monaten vor. In der PAR-Versorgungstrecke (Richtlinien des G-BA) ist das Risiko und damit die UPT-Intervalle über die Progressionsrate (Grad A, B, C) der neuen Klassifikation definiert.

Qualitätskontrolle durch Nachuntersuchungen

Bei den Arbeiten von Axelsson und Lindhe handelte es sich um eine wissenschaftliche universitäre Arbeit. Ob die gleichen Erfolge auch unter Praxisbedingungen zu erreichen sind, ist fraglich. Es gibt nur wenige Praxen, die das System nach Axellson/Lindhe in den Praxisalltag integriert und auch Anwendungsbeobachtungen über die zu erzielenden Ergebnisse durchgeführt haben. Die Arbeiten von Laurisch und Bastendorf zeigen, dass, wenn das System Axelsson/Lindhe in den Praxisalltag übertragen wird, mit ähnlichen Ergebnissen wie unter universitären Bedingungen, gerechnet werden kann.²³⁻²⁵

Wirtschaftlichkeit der Prävention

Im Gegensatz zum universitären Modellversuch von Axelsson/Lindhe muss die Prävention zum Gewinn der Praxis beitragen. Dass sie das kann, wurde bereits im

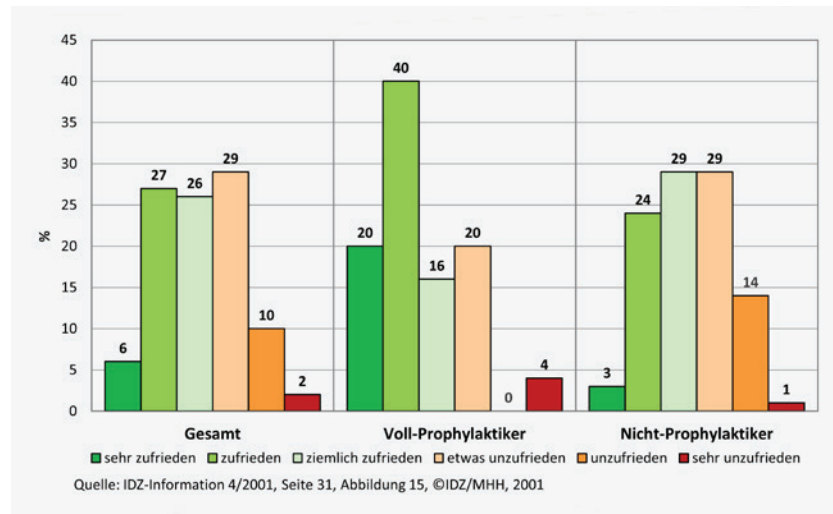


Abb. 6: Berufszufriedenheit von Zahnärzten.

Jahr 2000 festgestellt. Eine Modellrechnung mit den konkreten Zahlen einer präventionsorientierten Praxis zeigte, dass die Prävention zur wirtschaftlichen Sicherung der Praxis einen erheblichen Beitrag leisten kann.²⁶ Das Ergebnis von drei Artikeln zur Wirtschaftlichkeit der Prophylaxe aus dem Jahr 2018 lautete: „Die Prophylaxe kann auch bei kleineren Praxen den Praxisgewinn deutlich erhöhen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es gelingt, Arbeitsabläufe und Auslastung nachhaltig zu organisieren und optimieren.“²⁷

Zusammenfassung

Soll die Prävention den Stellenwert in der Praxis einnehmen, der ihr aufgrund der wissenschaftlichen Untersuchungen zukommt, muss dem fachlichen Paradigmenwechsel ein organisatorischer folgen. Im Rahmen der Änderung der Praxisorganisation müssen alle Prozesse (Behandlungsabläufe) für das gesamte Praxisteam exakt definiert, nachvollziehbar beschrieben und umgesetzt werden (Praxisphilosophie, Teamarbeit, systematisches Ablaufprotokoll, Qualitätskontrolle, Wirtschaftlichkeit). Von einer fachlich und organisatorisch auf hohem Niveau durchgeführten Prophylaxe profitieren alle. Die Patienten sind viel zufriedener^{28,29} als bei restaurativen und/oder chirurgischen Therapien und haben eine bessere orale Gesundheit, die auch stark

mit einer besseren Allgemeingesundheit verbunden ist.³⁰ Das Team, da die Mitarbeiter eine interessante, verantwortungsvolle Tätigkeit mit enormen Imagezuwachs ausführen. Der Praxisinhaber, da er die beste Zahnmedizin anbietet, die es gibt.

Es werden die Ursachen (Biofilm), nicht die Folgen behandelt. Auch die Berufszufriedenheit von „Prophylaktikern“ ist deutlich besser (Abb. 6).³¹ Nicht zu unterschätzen ist die Tatsache, dass ein Teil des Gewinns mit der Gesundheit – nicht der Krankheit der Patienten – verdient werden kann.

Literatur kann in der Redaktion unter dz-redaktion@oemus-media.de angefordert werden.

DR. NADINE STRAFELA-BASTENDORF
DR. KLAUS-DIETER BASTENDORF

Gairenstraße 6
73054 Eislingen
info@bastendorf.de
www.strafela-bastendorf.de