

1. Einleitung

„Alles, was Spaß macht, hält jung.“ (Curd Jürgens)

1.1. Menschliches Altern ist facettenreich

Sie schlagen eine Zeitung auf oder sehen fern, Sie können es nicht übersehen, wir leben in einer Zeit, in der die (Konsum-)Gesellschaft das Altern positiv ummalt: „Wenn Sie Sport treiben, sich bewegen, gesund ernähren, gewinnen Sie bis zu zehn Lebensjahre! Negativer Stress wird abgebaut, das Herz-Kreislauf-System und der Bewegungsapparat werden aktiviert, die Zellaalterung gestoppt.“ Was wollen wir mehr! Fest steht: Ein gesunder Mund ist wichtig für die Gesamtgesundheit, beeinflusst den Körper positiv und senkt das Risiko für diverse Krankheiten, und zwar in jedem Alter. Die Zahn- bzw. Mundgesundheit wird, seit Jahrzehnten belegt, ausschließlich in Teamarbeit erreicht: Zahnärztliche Prophylaxe (professional care) und eine konsequente häusliche Prophylaxe (oral self care) sind erste Voraussetzungen dafür. Zahnmedizinische Prophylaxe beruht auf wissenschaftlichen Erkenntnissen: Ausgebildetes Personal kann die Zähne, das Zahnfleisch und den Menschen gesund erhalten. „Wir“ können neue infektiöse Prozesse entdecken und diese rechtzeitig stoppen, denn persistierende subgingivale Entzündungen stellen ein hohes Risiko für die Allgemeingesundheit dar. Auf den ersten Blick nehmen wir die Aktiven, die am Leben Teilnehmenden, die Konsumenten, die Genießer wahr. Die Industrie nennt sie „Best Ager“. In der Praxis, d. h. auch in der Zahnarztpraxis, treffen wir aber auch die andere Gruppe: abgearbeitete, verbrauchte, müde, mürrische, körperlich eingeschränkte und kranke Menschen.

Unser Ziel in der zahnmedizinischen Prophylaxe ist eindeutig: „Lebenslange Sicherung der oralen Funktion und des damit verbundenen Komforts mit angemessenen Behandlungsmaßnahmen“ – das klingt sehr theoretisch. Aber was steckt dahinter? Hochwertige zahnmedizinische Versorgungsforderungen fordern zum Ersten individuelle Prophylaxe-Programme. Im Blick bleibt zum Zweiten, dass die Menschen mit immer mehr Zähnen älter werden. Diese Zähne werden nicht „gesünder“. Sie werden täglich gebraucht, verbraucht und mitunter auch missbraucht: beim Essen, beim Sprechen, beim Rauchen, beim Zähneknirschen oder auch als Ersatz für handwerkliche Instrumente. Stellen wir uns diesen Herausforderungen!



Abb. 1: Beispiel eines sogenannten Patchwork-Gebisses

Die „Patchwork-Zahnfamilie“ erzählt uns viel aus dem Leben unseres Patienten: Wie hat er seinen Mund die letzten Jahrzehnte gepflegt: womit und mit welchen Putztechniken? Hat er heiß/kalt gegessen, geraucht? Wie oft und wann hat er seine Zähne „repariert“ oder ersetzt mit Gold-Keramik, Amalgam oder Kunststoff? Und: Wie viel Zeit, Geld und Mühen hat der Patient bereits in seine Zahnarzt-Besuche investiert?

1.2. Gefühles und definitives Alter

Die Lebenserwartung der Menschen in unseren Breiten hat sich von 50 Jahren zu Beginn des 20. Jahrhunderts auf inzwischen fast 80 Lebensjahre gesteigert. Aber: Ab wann ist denn der Mensch alt bzw. wo ist denn der typische alte Mensch? Sie werden ihn nicht finden – es gibt ihn nicht. Das Altern ist weder ein Faktor zur Persönlichkeitsbestimmung noch eine fixe Lebensphase, sondern ein ganz individueller Prozess. In der Literatur ist zu finden, dass im menschlichen Organismus bis zum 50. Lebensjahr ein biologisches Gleichgewicht herrscht. Danach folgt der „Knick“, nicht nur äußerlich. Beruhigend in diesem Zusammenhang ist, dass die irreversiblen, fortschreitenden Alterungserscheinungen jeden „erwischen“.

Denken Sie, unabhängig vom Mund, an die abnehmenden Körperfunktionen. Und wie ist es im Mund? Die Schleimhaut verrät das kalendarische Alter nicht. Die eigenen Zähne sprechen dagegen deutlich. Bis zu sieben Jahre können das biologische und kalendarische Alter auseinander liegen. Die Gründe sind vielfältig: Die Lebensweisen, die Lebenseinstellung, das Umfeld, die Umwelteinflüsse. Eine weitere Unterscheidung ist das gefühlte Alter. Es zeigt Wirkung. Wer sich jung fühlt, hält sich auch körperlich und/oder geistig fit. Was sagt Ihnen in diesem Zusammenhang die Wortschöpfung Bio-Psychologie? Bis heute ist es nicht klar: Beeinflusst das Wohlfühl und die eigene Fröhlichkeit die Denkleistung positiv – oder: Werden das Wohlfühl und die Fröhlichkeit von der Denkleistung bestimmt?

1.3. Investitionen in Gesundheit

Positive Assoziationen mit dem Gefühl von Freiheit, Reisen, tun und lassen, was man will, kulturelle Aktivitäten, 50-Jährige entdecken das Segeln, 60-Jährige Harley-Davidson-Fahren, 70-Jährige Fitnesskurse. All diese Daten sind den Aufzeichnungen des Statistischen Bundesamtes zu entnehmen. Wie erklären wir aber einer Zielgruppe, die jahrelang den Zahnarztbesuch ohne Prophylaxe kannte, den Paradigmenwechsel?

Die Vision ist klar: Die Zukunft liegt im regelmäßigen gemeinsamen Miteinander: Was macht ein Liebespaar, egal in welchem Alter, wenn es auf der Bank sitzt und in die nächsten Jahrzehnte schaut? Ja, es schwelgt in positiven Gefühlen und Zukunftsbildern. Mit gezielten, positiven Fragen bzw. einer geschulten Gesprächsführung können wir unsere Patienten motivieren: Was wollen Sie mit Mitte Achtzig gerne im Restaurant essen? Wohin wollen Sie im Alter reisen, was erleben, was sehen? Wie schätzen Sie Ihre Gesundheit – speziell Ihre Mundgesundheit ein? Mit wie viel Hingabe wird ein Oldtimer gepflegt? Das Gold, die Keramik, das Implantat in Ihrem Mund würde Jahrzehnte halten, wenn die Prophylaxe in der Praxis und zu Hause auf Erfolgskurs läuft.



TOP-MEMO

Die WHO hat die „neuen“ Alten als extrem heterogene Gruppe definiert. WIR sollten uns mit den unterschiedlichen Facetten dieser Menschengruppe vertraut machen, um zu erkennen, welche Seniorpatienten diejenigen sind, die wir zu einer qualifizierten, altersgerechten Prophylaxe motivieren können. Von uns wird viel verlangt: Zusatzqualifikationen sind ein **Muss**.

2. Epidemiologie und Anamnese

Was untersucht die Epidemiologie? Sie erfasst die Häufigkeit, die Verteilung, die Einflussfaktoren von „Epidemien“ in der Bevölkerung. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden gezielt zur Steuerung von Gesundheitsproblemen, sozialen und volkswirtschaftlichen Folgen eingesetzt. Am Beispiel des DMF/T-Index wird deutlich, dass nicht ausschließlich Ersterkrankungen erfasst werden, sondern auch die Wiedererkrankungen der Hartgewebe sowie die überwundenen Schäden. Die Ätiologie befasst sich mit der Ursache von Erkrankungen. Zu Berufsschulzeiten – Sie erinnern sich – haben wir alle gelernt, die ätiologischen Faktoren einer Karies sind: ein Zahn, Bakterien, Zeit und Substrat.

2.1. Fakten zur Anamnese

Wie wir wissen, hängt an jedem Zahn/Mund ein ganzer Mensch. So liegen die Wechselwirkungen zwischen zahn- und humanmedizinischen Faktoren sowie die jeweils dazugehörige Betreuung, Prävention und Therapie eng beieinander. Die Vorgeschichten-Erhebung (Anamnese) ist die Basis (70 Prozent) für eine fundierte Diagnose. Ebenfalls ist sie für Reduktion von Gesundheitsschäden und Gesundheitsgefährdung zum einen für die Patienten und zum Zweiten für das zahnärztliche Team sowie ggf. entstehende Komplikationen relevant.

ARTEN DER ANAMNESE

Allgemeine Anamnese durch den Zahnarzt

Als Erstes – vor der Erfassung der gesamten Mundbefunde und der Symptome – steht die systematische Befragung des Patienten, die Anamnese. Diese wird von einem Zahnarzt durchgeführt. Bei der allgemeinen Anamnese stehen die systemischen Erkrankungen des Patienten im Blickfeld: Hat er Diabetes mellitus, kardiovaskuläre Erkrankungen, akute Leukämie, Thrombozytopenie, Agranulozytose, zyklische Netropenie, Infektionskrankheiten, genetische Erkrankungen, Osteoporose, Allergien, Gerinnungsstörungen, durchgemachte Krankheiten – Röteln, Masern. Hinzu kommen seine Lebenssituation (Stress und Stressbewältigung) und sein gesundheitlicher Zustand (Medikamenteneinnahme, Drogenmissbrauch, Rauchen, Alkoholabusus, Pubertät, Schwangerschaft, Klimakterium, Behinderungen). Nehmen Sie Ihren Anamnesebogen heraus und vergleichen Sie.

Spezielle Anamnese

Hierunter fallen die aktuellen Beschwerden, auch die subjektiven: Aus welchem Grund ist er heute gekommen? Was gibt es Besonderes, Wichtiges, Beunruhigendes? Welche Beschwerden (Beginn, Dauer, Lokalisation, Form)? Fühlt er zusätzlich eine körperliche Beeinflussung/Beeinträchtigung? Was hat er bereits selbst unternommen? Anschließend ist abzufragen, ob er Zahnfleischbluten, Zahnlockerungen, Zahnwanderungen, Mundgeruch, schlechten Geschmack bemerkt hat. Bei Parodontal-Patienten stellen sich

Zusatzfragen wie frühere Parodontalabszesse oder Parodontal-Behandlungen, bei Kariespatienten: Wann war die erste Füllung, Krone, Extraktion wegen Vollzersetzung?

Familienanamnese

Wer hat(te) welche parodontalen Erkrankungen in der Familie? Was wissen Sie über Ihre Eltern, Geschwister: Wie lange waren sie vollbezahnt? Welche Erbkrankheiten sind bekannt?

Konsequenzen der Anamnese

Viele obige Bereiche tangieren die richtig umzusetzenden Konsequenzen: Beratung, Betreuung, Diagnostik, Hygiene, Lagerung, Lokal-Anästhesie, verwendete Materialien (Latex, Composites, Inhaltsstoffe/Konservierungsstoffe in Anästhesiemitteln oder Fluoriden), Medikamente (www.bzaek.de/berufsstand/arzneimittelkommission), Recall, Termine, Therapieverfahren, Zusammenspiel Team, Hausarzt, Spezialisten, zuletzt die Ab- bzw. Berechnung.

Compliance

Um den Anamneseblock rund abzuschließen, ist der Blickwinkel der Mitarbeit der Patienten einzubeziehen. Wie ist Ihr erster Eindruck? Handelt es sich um einen reinen Schmerzpatienten? Was weiß er über Prophylaxe? Welche Erfahrungen hat er gemacht? Kann ich ihn in das Recall-System integrieren? Scheitert es auf den ersten Blick am Geld?

3. Diagnostik

„Ohne Diagnostik keine Behandlung.“

Ein oft gehörter, teils überhöörter Satz.

Ein Beispiel aus der Praxis verdeutlicht, worauf es ankommt. Frage des Patienten an der Rezeption der Praxis: „Implantiert der Herr Doktor?“ „Klar. Seit vielen Jahren. Sie können bei uns alles bekommen.“ Patient sitzt erwartungsfroh im Wartezimmer. Die kalte Dusche folgt im Gespräch mit dem Zahnarzt: „Die Anamneseerhebung, der Röntgenbefund und die Mundhygiene schließen in Ihrem Fall Implantate aus.“

3.1. Fundierte Befund-Erhebungen

Bevor im Folgenden, unterschiedliche Mundbefunde vor- und gegenübertestellt werden, stelle ich den Parodontalen Screening Index (PSI)

bzw. die Parodontale Grunduntersuchung (PGU) kurz vor. Dieses „Untergrund“-Screening teilt mit akzeptablem Zeitaufwand auf klare, einfache Weise die Patienten in reine Prophylaxe-Patienten (Karies- und Gingivitisprophylaxe) oder Parodontitis-Prophylaxe-Patienten mit integrierter bzw. gewesener Parodontitis-Therapie ein.

3.2. PSI/PGU

Das PSI/PGU-Ergebnis lässt den Zahnarzt eine Erstdiagnostik stellen und so kann er die vorläufige Klassifizierung dem Patienten mitteilen. Gehört der Patient in die Gruppe der Parodontitis-Patienten, ist die Aussage des Zahnarztes am nachhaltigsten für den Patienten: In Sekunden muss er verstehen, dass in seiner Zahnfleischtasche ein „Bakterien-Krieg“ herrscht, der für ihn optisch die Zähne länger und ggf. empfindlicher werden lässt bzw. lockert und den Zahnhalteapparat abbaut. Der Patient sollte sofort den Ernst der Lage begreifen: Er

hat ein lebenslanges Problem, das ausschließlich gemeinsam durch Praxis-Prophylaxe mit Parodontitistherapie und häuslicher Prophylaxe ein Aufhalten der Erkrankung bewirkt: Denn zerstört ist zerstört. Das ist die bittere Realität.

PSI-/PGU-Codes

- Code 0** parodontal gesund, keine Plaque, keine Blutung
- Code 1** parodontal gesund, Plaque, ggf. Blutung
- Code 2** parodontal gesund, Zahnstein, Plaque sub- und supragingival, Blutung, ggf. defekte Füllungs- und Kronenränder

Merkmale für Patienten mit diesen drei Codes:

- haben ein gesundes Parodontium,
- benötigen je nach Belag und Blutung wird eine professionelle Zahn- bzw. Mundreinigung durchgeführt.

Auch ein insuffizienter Zahnersatz (**Abb. 2**) wird dabei pauschal erfasst. Dadurch werden die Intervalle gekürzt und die Wirkstoff-Therapie wird erweitert.



Abb. 2: „Sombbrero-Kronen“

- Code 3** parodontal krank (3,5 – 5,5 mm), ZST, Plaque, Blutung ^[4]
- Code 4** parodontal krank (über 5,5 mm), ZST, Plaque, Blutung, ^[4]

Diese beiden Codes besagen, der Patient benötigt neben einer lebenslangen Parodontal-Prophylaxe zusätzlich eine Parodontitis-Therapie. Zusatzbefunde über Rezessionen, mukogingivale Probleme, Furkationsbefall, erhöhte Zahnbeweglichkeit werden mit einem Sternchen ^[4] erfasst. Bei diesen Patienten bitte eine spezielle PARO-Anamnese gesondert einfließen lassen.

Das PSI/PGU-Ergebnis lässt den Zahnarzt eine rasche Erstdiagnostik stellen: Er kann somit dem Patienten unmittelbar eine vorläufige Klassifizierung mitteilen. Gehört der Patient in die Gruppe der Parodontitis-Patienten, ist eine für den Patienten begreifbare Erklärung des Zahnarztes am nachhaltigsten. Der Patient sollte in Sekunden verstehen, dass in seiner Zahnfleischtasche ein „Bakterien-Krieg“ herrscht, der nicht nur optisch die Zähne länger erscheinen und empfindlicher werden lässt bzw. ggf. lockert sondern in der Realität seinen Zahnhalteapparat abbaut. Der Patient sollte den Ernst der Lage begreifen: Er hat ein lebenslanges Problem, das ausschließlich gemeinsam durch Praxis-Prophylaxe und Parodontitistherapie in häusliche Prophylaxe ein Aufhalten der Erkrankung ermöglicht. Denn: zerstört ist zerstört.

3.3. Extra- und intra-orale Befunde

Nach der weiteren zahnärztlichen Anamnese beginnt eine extra- und intraorale Untersuchung der Weichteile. Ideal ist es, wenn diese weitere Diagnostik vom Zahnarzt und der spezialisierten ZMP, ZMF, DH gemeinsam erhoben wird: Vier Augen sehen mehr. Der Blick auf den Kopfbereich und die Hände stimmen perfekt ein: Farbe und Durchblutung von Händen und Gesicht, Lippenrot, sichtbare Schwellungen oder Asymmetrien. Lassen Sie Ihre Augen über die Schleimhäute des harten und weichen Gaumens, der Wangen, über die Zunge, den Zungenrücken und die -seiten, den Mundboden und -vorhof schweifen. Wieso ist ein Schleimhautscreening notwendig? Sie entdecken ggf. Pilzinfektionen, virale Infektionen, Manifestationen systemischer Bedingungen, wie Lichen planus, Pemphigus vulgaris, allergische Reaktionen (**Abb. 3**).



Abb. 3: Schleimhautscreening

Auch die Gingivabeurteilung (gingivale Erkrankungen ausgelöst durch spezifische Bakterien, Traumen, Fremdkörper-Reaktionen), die Kontrolle des Frenulum, die Halitosis-Beurteilung und Speichelfließrate sind ein Baustein für Ihre individuelle Prophylaxe-Sitzung. Ein weiterer persönlicher Gewinn: Der Patient schätzt Ihre allumfassende Kompetenz über die professionelle Zahn- und Mundreinigung. Bevor Sie nun in die Beurteilung der aktuellen Mundhygiene übergehen, erfassen Sie, wie viele eigene Zähne, Ersetzte, Gebrauchte, Geflickte Ihr Patient im Mund hat. Das muss nicht alles in einer Sitzung passieren – kann auch bereits vorab von Ihnen bei der Einstimmung über das aktuelle Röntgenbild gemacht werden.

Zwei Vorteile mit einem Aufwand

1. Sie wissen schon mit einem Blick, wie viele Zähne „noch jungfräulich“ sind, wie die Natur sie geschaffen hat, welche Arten der professionellen Zahn- und Mundreinigung Sie durchführen dürfen, was Sie ggf. vorab tun sollten (z. B. Desensibilisieren). Sie wissen, welche „Cremes“ (Wirkstoffe) am besten aufgetragen werden.
2. Sie haben die perfekte Argumentationskette für Ihren Patienten: Von aktuell ggf. 28 Zähnen haben alle bereits Gebrauchsspuren. Sein Investment in zahnärztliche Prophylaxe ist die Basis, den Zustand zu stabilisieren.

An dieser Stelle ist ein Index für das Schleimhautscreening aus der Alterszahnheilkunde anzuführen. Er umfasst folgende 12 Bereiche, die in drei Kategorien „gesund – geringgradige Veränderung – Konsultation erforderlich“ eingeteilt werden: Stimme, Lippen, Mucosa, Zunge, Gingiva, Sauberkeit von Zähnen/Zahnersatz, Speichel, Schlucken, Karies, Prothesenpassung OK/UK, Prothesenhalt OK/UK, Frakturen am Zahnersatz.

Mehr dazu in Rammelsberg P et al., „Re-revised Oral Assessment Guide“, systematische Anleitung zur Untersuchung der Mundgesundheit, Poliklinik für zahnärztliche Prothetik, 26.04.2008

ZAHNSCHEMA

Befund																
Befund																
Befund																
Befund																
OK	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
UK	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Befund																
Befund																
Befund																
Befund																

f = fehlender Zahn	TK = Teleskop-/Konuskrone	SF = Schliff-Facetten
fl = fehlender Zahn, Lücke verengt	KK = Keramik-Krone	E = Erosionen
AF = vorhandene Amalgam-Füllung	KT = Keramik-Teilkrone	A = Abrasionen
KF = vorhandene Kunststoff-Füllung	KI = Keramik-Inlay, 1-, 2- oder 3-flächig	AT = Attritionen
GK = Guss-Krone	MK = Metallkeramik-Krone	Zahnlockerungen = I, II, III
GT = Guss-Teilkrone	MB = Metallkeramik-Brückenglied	R = Rezessionen (+ mm)
GI = Guss-Inlay, 1-, 2- oder 3-flächig	B = Brückenglied (Gold)	Sensibilitäten = +
VK = Verblend-Krone (Kunststoff)	V = Verschraubung	SA = Stellungsanomalien
VB = verblendetes Brückenglied (Kunststoff)		BG = Brückenglieder
G = Geschiebe	üK = überstehende Kronen	V = Veneer
St = Stegverbindung	üF = Füllungsänder	GK = Goldkrone
k = kariöser Zahn/kariöse Wurzel	F = Füllungen	KK = Keramikkrone
E = ersetzter Zahn an Prothese	SK = Schmelzkaries	I = Implantate
IM = Implantat	WK = Wurzelkaries	Reihenfolge bitte prüfen!

Tab. 1.: vergleiche dazu Arbeitsunterlagen im Anhang

In **Tabelle 1** sehen Sie ein Zahnschema, das jederzeit erweitert und individualisiert werden kann und in dem alle Prophylaxe-relevanten Befunde eingetragen werden können. *Siehe dazu im Anhang „Checklisten für Mundhygiene-/Propylaxe-Sitzungen, Teil 1“.*

Meine langjährigen Erfahrungen haben gezeigt, dass zum einen für ein wahrnehmbares deckungsgleiches Praxiskonzept diese Liste eine klare Vorgabe ist, zum Zweiten Patienten an diesem Schema mit einem Blick verstehen, dass die eigene Mundhygiene unterstützt werden muss: Oftmals gibt es ab 30 Jahren keinen Zahn mehr, der noch „jungfräulich“, das heißt ohne eine Gebrauchsspur, ist.



TOP-MEMO

Praxis-Prophylaxe ist viel mehr als häusliches Zähneputzen. Praxis-Prophylaxe ist das erfolgreich Zusammenspiel von Patient und Team, das „Mund-Material“ auf dem Status quo zu halten. Bei dem Einen mit mehr, bei dem Anderen mit weniger Unterstützung.

*Nur eine Sache ist gleich:
Praxis-Prophylaxe ist für jeden.*

3.4. PFRI und Plaque-Indizes

Die „Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie“ enthielt gute und schlechte Nachrichten. Die guten Nachrichten sind weniger Karies und weniger Zahnverlust durch Karies bei unseren jungen Patienten. Im Gegensatz dazu wurden bei den älteren Patienteneine hohe Karies-, Gingivitis- und Parodontitisprävalenzen aufgrund hoher Putzdefizite festgestellt (**Abb. 4**). Etablierte Biofilme verschieben das ökologische Gleichgewicht in der Mundhöhle in Richtung Pathogenität. Mittlerweile ist bewiesen, dass die effektive Mundhygiene – und damit das Verhindern des Biofilms – orale und systemische Erkrankungen verringert.



Abb. 4: Beispiel für Putzdefizite

3.4.1. PFRI (Plaque Formation Rate Index)

Ein praktikabler Plaque-Index für ältere Patienten, die langsam Vertrauen aufbauen und erst in der Mitte des Lebens in die Prophylaxe schnuppern, ist der 24-Stunden-Plaquebildungsrate-Index von Axelson, 1989. Er lässt den Patienten ankommen, stimmt ihn ein und brüskiert nicht mit schlechter Mundhygiene. Der PFRI zeigt auf, wie individuell Zahnflächen innerhalb von 24 Stunden nach einer Prophylaxe-Sitzung eine sichtbare geschlossene Plaqueschicht zeigen. Wenn Sie die Aussage des Index erweitern, entsteht bei Ihrem Patienten ein Gespür für seinen eigenen Mund.

Der Index ist einfach zu berechnen: Der Patient wird nach einer perfekten professionellen Zahn- und Mundreinigung mit der Vorgabe nach Hause entlassen, die nächsten 24 Stunden sein Leben wie gewohnt fortzusetzen: Ausnahme – keine Mundhygiene in dieser Zeit! Von Interesse ist zusätzlich die Dokumentation, wann was gegessen und getrunken wurde. Wenn der Patient dann wieder in die Praxis kommt, werden seine Zähne angefärbt und an sechs Stellen pro Zahn bewertet: mesio-bukkal, bukkal, disto-bukkal, mesio-lingual, lingual, disto-lingual. Einfach und schnell sind auch der Rechenweg und die Bewertung:

$$PFRI \% = \frac{E \text{ (Teilflächen mit Plaque)} \times 100}{\text{Zahl der bewerteten Zähne} \times 6}$$

KARIES- UND „GINGIVITIS“-RISIKO	
	Befund
sehr niedrig	1 – 10 %
niedrig	11 – 20 %
mittel	21 – 30 %
hoch	31 – 40 %
sehr hoch	> 40 %



TOP-MEMO

Der PRFI-Index wird zur Visualisierung der Plaque erhoben. Dafür muss der Patient zweimal innerhalb von 24 Stunden in die Praxis kommen.

TIPP Demonstrieren Sie ihrem Patienten anhand seiner „farbigen Zähne“, a. was passiert, wenn er mit Wasser spült, und b. was er für seine Mundgesundheit verändern kann. Geben Sie Ihrem Patienten Tipps zur Verbesserung der Mundgesundheit – ggf. mit neuen Hilfsmitteln.

3.4.2. Plaque-Indizes

Die bekanntesten Plaque-Indizes, die in jedem Lehrbuch stehen, sind QHI und API. Diese beiden Indizes sind jeweils ein Indiz dafür, welches Zahn- und Mundreinigung-Hilfsmittel „stiefmütterlich“ eingesetzt wird.

$$QHI \% = \frac{\text{Anzahl Fazialflächen mit Plaque} \times 100}{\text{Anzahl Zähne}}$$

QHI = Quigley-Hein-Index

$$API \% = \frac{\text{Interdentalräume mit Plaque} \times 100}{\text{Anzahl Interdentalräume}}$$

API = Approximalraum-Plaque-Index

Der Patient, der Zahnsteinberge vereint, hat Plaque und Gingivitis. Für mich gibt es heutzutage perfekte „Plaque-Enttarnen“, mit denen ich meinen älteren Patienten helfen kann, die Beläge sichtbar zu machen. Nehmen Sie zum einen den Luftbläser und blasen Sie in der UK- oder OK-Front die Plaque trocken: Da sie jetzt Weiß ist, erkennt der Patient sie ebenfalls. Ich kann ihm daran zeigen, dass er sie nicht mehr mit der Zahnbürste oder mit einem Interdentalraumhilfsmittel entfernen kann. Und – es perfekt ist, dass er bei mir ist. Ebenfalls ist es ideal, wenn Sie mit einer Zahnbürste, die die vorderen Borstenenden blau eingefärbt hat, auf den Glattflächen putzen und ihm auf den blauen Borstenspitzen die Plaque zeigen (**Abb. 5**).



Abb. 5: Zahnbürsten zur Plaque-Enttarnung

Für die Plaque-Kontrolle empfehle ich dem Patienten als längerfristige Hilfsmittel:

- **Schwarze Zahnseide** – um Plaque zu zeigen: „Hier sehen Sie es weiß auf schwarz.“
- **Interdentalbürsten mit teils schwarzen Borsten:** Auch hier ist auf den schwarzen Borsten die Plaque erkennbar. Der Zusatzeffekt ist, dass Blutungen auch an den weißen Borstenteilen zu sehen sind.

3.5. Blutungs-Indizes

Die klinischen Zeichen einer gesunden Gingiva sind bekannt: rosige Farbe, orangenschalenartige, straffe Oberfläche, scharf auslaufender Rand. Wenn Sie mit dem Finger von Weiß nach Rot gehen, spüren Sie keinen Übergang. Die Schmelz-Zement-Grenze (SZG) liegt ca. 2 mm unter den Gingivalrand, das interdental Dreieck ist vollständig gefüllt.

Die Blutung der Gingiva ist das wichtigste Merkmal einer beginnenden Entzündung (Gingivitis). Die zwei Indizes (PBI und SBI) geben eine deckungsgleiche Auskunft über den Gesundheitsgrad der Gingiva bzw. informieren uns über die Qualität der Mundhygiene unseres Patienten in den letzten Wochen.

Berechnung von PBI/SBI

$$PBI/SBI \% = \frac{\text{Anzahl Papillen, die geblutet haben} \times 100}{\text{Anzahl Papillen}}$$

PBI = Papillen-Blutungs-Index / SBI = Sulkus-Blutungs-Index

PBI/SBI praktisch demonstriert

- Nehmen Sie weiße Zahnseide, je nach Mundsituation eine dünne ungewachste oder ein Spezialfloss.
- Führen Sie die Seide ein, legen Sie sie um den Zahn, gehen Sie mit Gefühl in den Suku: Saugt sich die Seide voll?
- Sie zeigen dem Patienten das Ergebnis „Rot auf Weiß“.

3.6. Sondierungs-Tiefe und Attachment-Level

Mit dem aktuellen Röntgenbefund im Blick geht es zur Beurteilung des Zahnhalteapparates. Wie schon an anderer Stelle angesprochen, wird der PSI/die PGU ab Wechselgebiss alle zwei Jahre erbracht. In den Prophylaxe-Sitzungen werden zusätzlich bei einem PAR-Patienten mit einer graduierten Mess-Sonde (WHO- oder PAR-Sonde) die Sondierungstiefe (ST) und das Attachment-Level jährlich festgestellt.

Sondierungs-Tiefe

Die Distanz zwischen Gingivalrand und klinisch sondierbarem Taschenboden wird als Sondierungs-Tiefe erfasst. Bei gesunden Patienten beträgt diese maximal 3 mm. Die parodontale Erkrankung beginnt ab 3,5 mm.

Attachment-Level

Die Distanz zwischen SZG und klinisch sondierbarem Taschenboden erfasst den Attachment-Level (Abb. 6). Die Zahl setzt sich aus der Distanz von SZG und Gingivalrand (= Rezession) plus der jetzigen Sondierungs-Tiefe zusammen.



Abb. 6: Attachment-Level visualisiert

RECHENTIPP FÜR DEN PATIENTEN

Berechnung des absoluten Attachmentverlustes

Addieren Sie seinen Attachment-Level und seine Sondierungstiefe. Messen Sie seine gesamte Wurzellänge. So können Sie beispielsweise sagen: Ihre Wurzel ist 15 mm, 9 mm Knochen sind bereits verloren gegangen. Punkt. Bitte warten Sie nun, bis der Patient die zentrale Frage stellt: Wie viel kann noch verloren gehen, bevor mein Zahn wackelt? So hat Ihre Diagnostik auch einen nachhaltigen Nutzen für Ihren Patienten.

3.7. OPG – Rö-Status – Bissflügel-aufnahmen

Aktuelle Röntgenbilder sind immer eine Patienten-Diskussion wert. Nur – ohne Röntgenbefund keine klare Übersicht über das Ausmaß im Mund. Sie erkennen neben der parodontalen Situation (Sie schonen dadurch auch die parodontalen Gewebe, wenn Sie sondieren!) auch

den Zustand der zahnärztlichen Versorgung, die Interdentalräume, Karies-Rezidive, Sekundär-Karies. Klar ist aber auch, dass ein Röntgenbild der „Blick in den Rückspiegel“ ist. Es stellt ausschließlich abgelaufene Prozesse dar.

OPG

Das OPG ist ideal für den schnellen Gesamtüberblick und individuelle Motivation mit geringer Strahlenbelastung (Abb. 7). Ein Papierausdruck, auf dem Sie individuell malen können, hilft oftmals auch dem Patienten zu Hause sich mit seiner Herausforderung auseinanderzusetzen und auf andere Zähne die Situation zu übertragen. Der persönliche Umgang verrät vieles über den Menschen.



Abb. 7: Das OPG zum schnellen Gesamtüberblick bei geringer Strahlenbelastung

Rö-Status

Einzelzahnfilme oder Parallel-Rechtwinkel-Technik mit Langtubus oder ein Rö-Status sind die Basis für eine differenzierte Beurteilung. Die Frontzähne sind klar, es gibt keine Überlagerung durch die Halswirbelsäule und weniger Unschärfe oder Vergrößerungen wie beim OPG. Ganz klare Vorteile für diese Bilder sind: Sie erfassen die Distanz vom Knochen zur SZG und auch Furkationen bzw. den Attachment-Verlust bezogen auf die ganze Wurzellänge. Ein verbreiteter PAR-Spalt, Konkremente und vertikale Knocheneinbrüche sind zudem deutlicher zu erkennen.

Bissflügel-aufnahmen

Diese Art von Aufnahmen sind eine Alternative für PAR- und Karies-Diagnostik, wenn sie den gesamten Seitenzahnbereich (4 Bilder) erfassen.

3.8. Mikrobiologische Nachweise

Die unterschiedlichen mikrobiologischen Nachweise gegeneinander zu vergleichen und sie abzugrenzen, sprengt hier den Rahmen. Wichtig ist, dass es neben den bekannten Speicheltests (pH, Puffer, Fließraten, SM- und LB-Bestimmung, Aktivitätszeichen) weitere Entwicklungen gibt. Im Rahmen der Parodontologie haben einige Tests wie mikroskopische Verfahren einen hohen Motivationswert für Patienten, andere einen hohen Wert für die Diagnose und die daran anschließende Therapie: Kulturverfahren, Immunofluoreszenztest, Polymerase-Kettenreaktion, Enzymtests, serologische Verfahren (DNS-Sonden).

3.9. Mund- und Zahn-Fotos

Inwieweit haben Sie neben Ihrer digitalen Praxiskamera bzw. intraoralen Kamera auch schon das Foto-Handy Ihres Patienten zum Einsatz gebracht? Fotos zeigen nach der Prophylaxe-Sitzung die Situation, die jeder Patient behalten sollte. Beziehen Sie Ihren

Patienten mit ein: „Nur so geht es mit eigenen Zähnen in die Zukunft“. Fotografieren Sie mit einer graduierten Sonde die Schleimhaut-Auffälligkeiten. So können Sie jederzeit die Größe vergleichen (siehe **Abb. 3**). Des Weiteren ist es interessant für den Patienten, brisante (nicht nur plaquebedeckte!) Zähne auf dem Patientenhandy bzw. seinem E-Mail-Account zu sehen. So kann er sich im privaten Umfeld in Ruhe den Mund-Intim-Bereich anschauen und sich damit vertraut machen.

4. Das ABC der Prophylaxe-„Therapie“

Von vielen Patienten, aber auch in zahnmedizinischen Kreisen wird Prophylaxe immer noch mit PZR gleichgesetzt. Meines Erachtens ist das nicht richtig: Prophylaxe ist mehr – sie umfasst die nachhaltige und ganzheitliche Pflege des gesamten Mundes, der Schleimhautanteil beträgt immerhin 80 %. PZR ist auch kein eindeutig definierter Begriff bzw. wird professionelle Zahnreinigung in der Praxis je nach Praxis-Philosophie gehandhabt. Das Angebot reicht von „Kassenzahnstein“, „Air-Flowen“, „Ultraschallern“ mit ausschließlich supragingivaler Behandlung der einen oder inklusive subgingivaler Behandlung der anderen mit oder ohne Politur und mit oder ohne therapeutischen Wirkstoffen bzw. mit oder ohne Politur.

Umfassende Prophylaxe ist aber mehr, daher spreche ich in diesem Zusammenhang gerne von Prophylaxe-„Therapie“, die in jedem Fall ganzheitlich und individuell durchzuführen ist. Hier finden Sie meinen Versuch, die wichtigsten einzelnen Schritte der Prophylaxe-„Therapie“ zusammenfassend darzustellen. Das ABC soll Ihnen als Gedächtnis-Krücke helfen.

DAS ABC DER PROPHYLAXE-„THERAPIE“

- A** Anamnese: allgemein und spezifisch
- B** Befundung: von außen nach innen, von Rot nach Weiß
- C** Chemische Elimination von Bakterien im Aerosol: Patienten-Cocktail
- D** Depuration: Hart- und Weichgewebe – befund-/risikoorientiert und schonend
- E** Elimination der Bakterien: antimikrobielle Maßnahmen – Aerobier/Anaerobier
- F** Fluoridierung: individuell aller Teile Hartgewebe
- G** Gesundheitsgespräch: mundspezifisch und individuell mit Instruktion für häusliche Prophylaxe
- H** Hurra, der Recall klappt: Patient kommt wieder in _____ Wochen/Monaten

4.1. Mundpflege: individuelle Oberflächen erfordern individuelles Arbeiten

In den Mündern unserer Patienten finden wir unterschiedliche Situationen und Oberflächen vor – insbesondere ab der Lebensmitte. Schauen Sie sich die Oberflächen in **Abb. 8** an: Ist hier der Einsatz aller vorhandenen Maßnahmen wie Schall-, Ultraschallgerät, Hand-scaling, Polituren, Air-Flow gerechtfertigt? Ein ganz deutliches NEIN. Das oberste Gebot der Prophylaxe-„Therapie“ lautet: Schonen Sie das Hart- und Weichgewebe. Gehen Sie minimal-invasiv vor. Der Patient hat keinen Nutzen von unüberlegter Routine.



Abb. 8: Ausnahmen bestätigen die Regel – Mundsituation eines über 80-jährigen Patienten

Dieser Patient ist weit über 80 Jahre, seine Zähne haben altersbedingt Gebrauchsspuren und eine „Herbstlaub-Färbung“: Er ist karies- und parodontitisfrei. Eine große Ausnahme. Wie pflegen wir das „Mundmaterial“? Bis heute fehlen die weichen Gummikelche mit kleinem Durchmesser, die auf die schmalen Zahnhälse gesetzt werden können, ohne die Gingiva zu verletzen. Nehmen Sie die neue Generation von extraweichen Polierbürsten „soft“, die auch am Gingivalrand eingesetzt werden dürfen. Polieren Sie mit einem Prophylaxe-Winkelstück und einer Hochglanzpolitur (niedriger RDA). Anschließend als Fleißarbeit mit Zahnseide die Interdentalräume glänzend und glatt polieren und ein Drei-Monats-Fluorid auftragen. Fertig ist die PRZ im herkömmlichen Sinn. Fakt ist, dass die meisten älteren Patienten bzw. ihre Zähne unterschiedlichste Füllungstherapien – mitunter auch schon Zweiteersatz oder Wurzelfüllungen – hinter sich haben. Durch erhöhte Extraktionsraten gibt es bei dieser älteren Patientengruppe auch Erfahrungen mit Brücken, Kronen, Implantaten, Teleskopen oder Teilersatz. Dieser Ersatz und die eigenen Zähne „müssen“ in der Zahnarztpraxis gepflegt, gewartet und geschützt werden, um Nachfolgefüllungen bzw. weiteren Ersatz zu reduzieren. Denken Sie zum einen an Wurzelkaries, Wurzelerosionen, progrediente Randkaries bzw. Neukaries, zum anderen, dass nach wie vor die meisten Zähne immer noch durch unbehandelte Parodontitis verloren gehen. Werden diese Patienten älter, finden wir zusätzliche Hürden durch Reduktion der körpereigenen Abwehrfaktoren und oft schlechtere Mundhygiene!



Abb. 9: Zeig mir Deine Zähne ... Bildtexte neu?



Abb. 10 ... lange keine Prophylaxe- und keinen Zahnarzttermin gehabt

4.2. Reinigung des Mundes schonend und sanft inklusive gezieltem Wirkstoff-Einsatz

Die Möglichkeiten, wie wir nach der Anamnese (A) und der Befundung (B) von „Rot und Weiß“ vorgehen, sind vielfältig. Um die Bakterien im Aerosol (C) für 60 Minuten zu reduzieren, spült der Patient mit einem antimikrobiellen „Cocktail“: CHX 0,2% oder Listerine oder Meridol. Positive Nebeneffekte: Sie sind geschützt und der Patient fühlt sich wohler mit einem frischen und feuchten Mund. Bevor Sie sich nun entscheiden, welchen Weg der Mundreinigung Sie nehmen, ist es bei „Zahn“-empfindlichen Menschen wichtig, vorab die Sensibilitäten zu behandeln. Mit einer speziellen Desensibilisierungspaste können zweimal drei Sekunden die empfindlichen Stellen behandelt werden. Das bringt gleich zwei Vorteile: Der Patient ist entspannt und die Prophylaxe-Sitzung verläuft angenehmer für den Patienten und für Sie.

4.2.1. Schmelz-Oberflächen

FALLBEISPIEL SCHMELZ-OBERFLÄCHEN



Abb. 11: Eine wahre Herausforderung für die professionelle Mundreinigung

Von diesem Mund (**Abb. 11**) hören Sie förmlich die Worte: Ja, ich bin vor vielen Jahren für viel Geld repariert worden. Herrlich. Schauen Sie mal, das Gold ist nach wie vor perfekt. Parallel sind der Zahnbürsteneinsatz und die Interdentalraumreinigung bis heute geübt worden. Dabei hat das Zahnfleisch ein wenig gelitten: freiliegende Zahnhäse sind zu sehen und ab und an verspürt der Patient entsprechende Reizungen. Wie gehen Sie vor? Klar: wir sehen McCall'sche Girlanden, Rezessionen, Beläge in der Front, Blutung. Aber alles in allem ist das Bild akzeptabel.

Vorgehensweise mithilfe der ABC-Therapie

- A Anamnese** allgemein und spezifisch
- B Befundung** von außen nach innen, von Rot nach Weiß
- C Chemische Elimination von Bakterien im Aerosol**
- D Depuration**

Finden sich in Anamnese und Befundung (A, B) keine Gegenanzeigen für den Ultraschall-Einsatz (z. B. HIV, Hepatitis, aktive kariöse Läsionen), dann geht es nach der Aerosol-Senkung (C) mit einem passenden Ultra-/Schall-Ansatz in die Nischen, Ecken und Interdentalräume. Jetzt beginnen Sie mit dem Biofilm-Management, der Milieuveränderung im Sulkus.

Wissen Sie, welches Schall- bzw. Ultraschallgerät Sie in der Praxis haben? Ist es rundherum schallaktiv oder ausschließlich an den Seiten? Reduzieren Sie Ihr Schall- oder Ultraschallgerät auf maximale 40 % der Leistung. Arbeiten Sie systematisch, pinselnd,

überlappend, von koronal nach apikal, mit 20 bis 25 Pond Berührung und im 0- bis max. 15-Grad-Winkel. Kontrollieren Sie den Wasserzulauf, damit das Kühlsystem funktioniert und Sie zusätzlich freie Sicht haben.

Bevor Sie anschließend Ihre Handinstrumente zum Nacharbeiten ansetzen, sondieren Sie vorsichtig mit einem Explorer, wo sich ggf. noch kleine Zahnsteinreste befinden. Arbeiten Sie ausschließlich gezielt an diesen Stellen nach. Bedenken Sie, dass ein Arbeitszug von Handinstrumenten den zehnfachen Druck auf die Zahnoberfläche gibt! Deshalb ist es ein wichtiger Aspekt, in jeder Prophylaxe-Sitzung zu dokumentieren, in welchen Sextanten der Ultraschall und/oder ein Handscaling eingesetzt wurden (siehe Checklisten im Anhang). Danach werden mit einem weichen Polierkelch und mittlerer Polierpaste an den „Zahnsteinzähnen“, interdental mit Spezialfloss, die Zahnflächen verdichtet, am Schluss alle Hartgewebe mit Glanzpolitur geglättet und die Andockstellen für Bakterien verkleinert. Lassen Sie den Patienten im Sitzen mit lauwarmem Wasser alle Polierreste ausspülen. Nehmen Sie nun ein weiches Polierbürstchen und CHX-Gel, um mit geringer Umdrehungszahl von hinten nach vorne die Zunge zu polieren. Lassen Sie den Patienten die Zungenspitze selbst anfassen oder selbst mitarbeiten.

E Elimination der Bakterien

Nun werden nach Befund Wirkstoff-Kombinationen eingesetzt: Zähne relativ trocken legen. CHX-Lack zur Plaque-Hemmung und Bakterien-Elimination präventiv gezielt und hauchdünn auftragen. Die Goldversorgung sagt, die Kariesauslöser haben sich schon einmal in der Mundhöhle wohl gefühlt.

F Fluoridierung

Der Fluorideinsatz gehört zur Basisprophylaxe. Ob Sie einen Lack, ein Fluid oder ein hochdosiertes Gelee einsetzen, ist Ihre Entscheidung. Bedenken Sie, der letzte Eindruck bleibt. Suchen Sie auch das Fluorid danach aus, dass der Patient strahlend die Praxis verlässt.

ÜBUNG

Sie sind dran!

- Was sehen Sie?
- Welche Erkrankung?
- Welche Ursachen?
- Wie gehen Sie vor?
- Welche Wirkstoffe?
- Recall?



Abb. 12a und Abb. 12b

Vorgehensweise:

- A _____
- B _____
- C _____
- D _____
- E _____
- F _____
- G _____
- H _____

4.2.2. Dentin-Oberflächen

Vier Patienten, vier „Putzer“ – was tun?

Alle vier Patienten der hier beschriebenen Fallbeispiele haben gründlich geputzt – aber leider zu viel des Guten. Die dadurch entstandenen freiliegenden Zahnhälse sind eine große Herausforderung. Der Patient sieht einerseits die ästhetische Problematik, andererseits leidet er auch unter den entstehenden Empfindlichkeiten.

Aber auch Plaque-Ansammlungen, Abrasionen und Erosinabrasionen nehmen durch die Putzschäden sehr schnell zu, denn das freiliegende Dentin hat eine raue Oberfläche: Es ist zehnmal „weicher“ als Schmelz und demineralisiert – je nach Literatur – bereits ab einem pH-Wert von 6,4 abwärts.

Für die Prophylaxe gibt es in diesen Fällen zwei Hürden zu nehmen: Wie wird eine schonende Prophylaxe durchgeführt? Wie bewege ich meinen Patienten zu einer Verhaltensänderung?

FALLBEISPIELE DENTIN-OBERFLÄCHEN



a. © Dr. Peter Schmidt, München

Fallbeispiel 1 – Abb. 13a

Auf dem Bild links ist zu erkennen, dass das Goldinlay eine kleine Kante zum Zahn durch das Dahinschmelzen des Schmelzes (Erosion) bekommt. Parallel dazu sind das Dentin, die Wurzeloberfläche, das Attachment und die Gingiva zu erkennen. Sie sehen die Schleimhautverletzungen – auch jene älteren Datums.



b. © Dr. Peter Schmidt, München

Fallbeispiel 2 – Abb. 13b

Das Bild zeigt einen Patienten, der ebenfalls den Zahnbürsten-Einsatz falsch gemacht hat. Zusätzlich ist er (wieder) kariesaktiv geworden. Am Gingivalrand sehen Sie deutlich entstehende McCall'sche Girlanden und Stillman-Clefts. Die Gründe, die zu diesem Befund geführt haben, sollten vom Zahnarzt beleuchtet werden.



c. © Dr. Peter Schmidt, München

Fallbeispiel 3 und 4 – Abb. 13c und Abb. 13d

Diese Beispiele zeigen auch ein Gingivitis-freies Weichgewebe. Durch eine Überbeanspruchung des Gingivalrands keratinisiert dieser. Dies schützt die Schleimhaut vor weiterer Verletzung. Der „Rettungsring“ bietet jedoch eine ideale Nische für Plaque. Zu erkennen ist ferner, dass an den freiliegenden Zahnhälsen zusätzlich Abrasionen entstanden sind und dass sich am Schmelz an der bukkalen Einziehung ein „brown spot“ breitgemacht hat. Der obere Eckzahn im vierten Beispiel zeigt eine Attrition.



d. © Dr. Peter Schmidt, München

Vorgehensweise in allen 4 Fällen mithilfe ABC-Therapie

- A B C** in gewohnter Form
- D** Bevor Sie in diesen Fällen mit der Behandlung beginnen, ist es wichtig, vorab die Sensibilitäten zu behandeln: Mit einer speziellen Desensibilisierungspaste zweimal drei Sekunden die empfindlichen Stellen behandeln. Der Patient ist schmerzfrei und damit entspannt und die Prophylaxesitzung verläuft angenehm.

Den Biofilm, wenn Taschen vorhanden sind, dann vorsichtig mit Handinstrumenten ohne Kraft entfernen und ggf. danach gefühlvoll approximal Zahnsteinreste herausheben.

- E F G** in gewohnter Form anwenden
- H** Recalltermine alle 3 Monate

Abb. 13a bis Abb. 13d

4.2.3. Sanierte Zahn-Oberflächen

FALLBEISPIELE SANIERTE OBERFLÄCHEN



a.



b.

Abb. 14a und Abb. 14b

Fallbeispiel 1 – sanierte Oberflächen

Im Beispiel 1 stehen die Patientenzähne getrennt oder verbunden nebeneinander, unförmig, grazil, nach dem aktuellen Stand von 1975 oder 1990: viele mit Gebrauchsspuren, mit Gingivitis oder Parodontitis, kaputten überstehenden Rändern, mit abgebrochenen oder abgesprungenen Verblendungen. Sorgen Sie durch die verkürzten Recall-Intervalle für eine bessere Mundflora und wählen Sie unterstützend die richtige Wirkstoffkombination.

Vorgehensweise nach ABC-Therapie

- A** Herzinfarkt vor fünf Jahren, Oligosialie, Demenz
- B** PSI 2* oder PSI 3*, kein Zahn ohne Schaden, Plaque und Blutung bei 50 %, nicht prophylaxefähig
- C** CHX, Listerine, Meridol
- D** Ultraschall-/Schallscaler (reduziert), passender Ansatz, Handscaling, 2er-Politur, Zungenpolitur nach Bedarf
- E F G** in gewohnter Form
- H** Recalltermin alle 8 bis 12 Wochen



a.



b.

Abb. 15a und Abb. 15b

Fallbeispiel 2 – sanierte Oberflächen

Hier sehen Sie eine Goldversorgung, die über 20 Jahre alt ist, keinen Verschleiß, keinen sichtbaren Randspalt zeigt und keine weiteren Erkrankungen aufweist (vgl. dazu die Studie „Gold- versus Keramik-Teilkrone in klinischem Vergleich“, ZM, 4/2011), daneben erkennen Sie spätere kunststoffsanierte Füllungen, die wieder braune Punkte, Flecken zeigen. Ein Zeichen für eine perfekte parodontale Situation und Plaque-Armut: Die Zusammenarbeit mit der Praxis hat funktioniert.

Vorgehensweise nach ABC-Therapie

- A B** PSI 1, kein Zahn ohne Schaden, Plaque und Blutung unter 25 %, kein Zahnstein, alles prophylaxefähig
- C** CHX, Listerine, Meridol
- D** Ultraschall-/Schallscaler (reduziert), passender Ansatz „Biofillmanagement“, 2er-Politur, Zungenpolitur
- E F G** in gewohnter Form
- H** in 5 bis 6 Monaten



a.



b.

Abb. 16a und Abb. 16b

Fallbeispiel 3 – sanierte Oberflächen

Im Beispiel 3 sehen Sie eine Oberkiefer-Sanierung von vor 15 Jahren, die nicht prophylaxefähig ist – zu dicke und zu lange Kronen sowie Unterkiefer-Abrasionen und -Abfraktionen; ein „klassisches“ Flickwerk.

Vorgehensweise nach ABC-Therapie

- A** Diabetiker, insulinpflichtig seit 15 Jahren, HbA1c-Wert nicht bekannt, evtl. Rücksprache des Zahnarztes mit dem Hausarzt des Patienten
- B** PSI 2*, kein Zahn ohne Schaden, Plaque und Blutung über 50 %, Zahnstein, Kariesrisiko, ZE und Kons nicht prophylaxefähig
- C** CHX, Listerine, Meridol
- D** Ultraschall-/Schallscaler (reduziert), passender Ansatz, Handscaling, teils 3er- und teils 2er-Politur, Zungenpolitur nach Bedarf
- E F G** in gewohnter Form
- H** Recalltermin alle 2 bis 3 Monate

4.2.4. Implantate

Im Teil 1 wurde dieses Gebiet ja bereits ausgiebig besprochen. Daher wird hier nur die ABC Therapie anhand eines Fallbeispiels dargestellt. In diesem Fall wird zusätzlich deutlich, wie wichtig eine allgemeine Anamnese ist.

FALLBEISPIEL – IMPLANTATE



Abb. 17

Vorgehensweise nach ABC-Therapie

- A** Herzschrittmacher (implantierter Defibrillator) seit 2008, Nieren-Insuffizienz, Dialyse: Mo, Mi, Fr. Cave! Shunt-Arm
- B** Plaque, Blutung, Zahnstein
- C** CHX, Listerine, Meridol
- D** Passender Ansatz für Ultraschall-/Schallscler (reduziert), 2er-Politur, Zungenpolitur
- E** in gewohnter Form
- F** in diesem Fall nicht angebracht
- G** in gewohnter Form
- H** in 2 bis 3 Wochen – Termin nicht am Dialysetag!

TIPP

- Für häusliche Mundhygiene wie in der Praxis für die reine Plaque-Entfernung eignen sich dicke, breite Spezialfloss. Fühlen Sie vorab, ob das Floss über die ganze Fläche aufgegangen ist und keine harten Stellen hat. Ansonsten könnten Sie die Schleimhaut verletzen.
- Fädeln Sie das Floss erst mesial ein, nehmen Sie beide Floss-Enden kurz zwischen die Finger, gehen Sie vorsichtig auf- und abwärts an der Implantat-Fläche längs, wiederholen sie dies im distalen Zwischenraum.
- Fragen Sie bei den jeweiligen Implantat-Firmen nach, welches Reinigungs-Set sie empfehlen.

CAVE

- Periimplantäre Infektionen und Knochendefekte gehören ins Behandlungsspektrum der Zahnärzte.

4.2.5. PAR-Patienten

FALLBEISPIELE – PAR-PATIENTEN

Wenn Sie beide Patientenbilder betrachten: **Abb. 18a** ist sauber, gepflegt – **Abb. 18b** zeigt das Resultat einer ineffektiven Mundhygiene. Beide Patienten haben, wie schon an anderer Stelle beschrieben, „Bakterienkrieg“ in ihren Zahnfleischtaschen. Der bakteriell bedingte Knochenabbau kann ausschließlich in der Praxis durch gezielte Prophylaxe beeinflusst werden.

Wie sieht die richtige Prophylaxe-Sitzung aus? A und B und C sind ein MUSS. Nach der aktualisierten Anamnese werden die Befunde krankheitsbedingt angepasst: Ihre Risikoanalyse beinhaltet neben den Mundhygiene-Befunden auch den „Untergrund“, Sondierungstiefen und Aktivitätszeichen, Lockerungsgrade und Furkations-Befall sowie Sensibilitäten, plaquefördernde Faktoren, Schleimhaut-Verletzungen, Karies- und Röntgenbefunde sind intensiv in das Blickfeld zu ziehen.

Fallbeispiel 1 – PAR-Patient



Abb. 18a

- A B** Medikamente: ASS 100 nach Herzinfarkt 1999. Nach der aktualisierten Anamnese werden die Befunde krankheitsbedingt angepasst. Die Risikoanalyse beinhaltet neben den Mundhygiene-Befunden auch den „Untergrund“. Sondierungstiefen und Aktivitätszeichen, Lockerungsgrade und Furkations-Befall sowie Sensibilitäten, Plaque-fördernde Faktoren, Schleimhaut-Verletzungen, Karies- und Röntgenbefunde sind intensiv in das Blickfeld zu ziehen.
- C** CHX, Listerine, Meridol
- D** Desensibilisierung, Ultraschall-/ Schallscler (reduziert, nur an einigen wenigen Stellen), passender Ansatz, Hochglanzpolitur, Zungenpolitur nach Bedarf
- E F G** in gewohnter Form
- H** Recalltermin alle 3 bis 4 Monate

Fallbeispiel 2 – PAR-Patient



Abb. 18b

- A** Bluthochdruck = 105 mm Hg, Medikamente: Diuretika mit daraus resultierender Xerostomie
- B** PSI 3/4*, Zahnstein, Plaque, Blutung, prophylaxefähig
- C** CHX, Listerine, Meridol
- D** Desensibilisierungspaste, Ultraschall-/Schallscler (reduziert), passender Ansatz, Handscaling, 2er-Politur, Zungenpolitur nach Bedarf
- E F G** in gewohnter Form
- H** Recalltermin alle 2 bis 4 Wochen

5. Tipps für die Patienten

Mund-/Zahnoberflächen halten viel aus. Nicht alles. Sie sehen heute immer öfter blanke, blitzende Zähne mit Erosions-Abrasionen. Die einen putzen zu wenig, die anderen zu viel, zu fest, im falschen Moment (direkt nach einem chemischen Säureangriff), mit Pasten mit zu hohem RDA. Welche Lösungen gibt es für die „Zu-fest-Schrubber“? Welche Strategie haben Sie für die Patienten, die tags zimal chemische Säure an ihre Zähne durch Getränke, Obst, Essig, Medikamente u.a. m. bringen?

5.1. Häusliche Mundhygiene

Die Auswahl an Produkten für das „Mund-Gesundheits-Management“ ist vielfältig. Der Laie hat große Schwierigkeiten, den Dschungel der Anbieter zu durchschauen. Die Werbung pikst ihn gefühlsmäßig: Wie einfach ist doch der Biofilm im eigenen Mund zu entfernen?

5.1.1. Zahnbürsten

Jeder weiß es: Die richtige Maßnahme der Mundhygiene ist die mechanische Plaquekontrolle. Zahnbürsten mit den unterschiedlichsten Borstendesigns, elektrische, manuelle, werden angeboten. Studienergebnisse gibt es mittlerweile viele. In der letzten Zeit wurde immer wieder unterstrichen, dass elektrische Zahnbürsten besser abgeschnitten haben als Handzahnbürsten: Oszillierende stehen für weniger Neubildung von Plaque und Gingivitis, schallaktive für das Aufhalten der Biofilmbildung. Dennoch: Die Qualität steht und fällt mit der richtigen Unterweisung in der Praxis, der konsequenten Umsetzung des Patienten und dem Neukauf der Köpfe.

ELEKTRISCHE ZAHNBÜRSTEN	
Oszillierende	
Frequenz	ca. 75 Hz
Bewegung	50° bis 70° Rotationswinkel, ggf. pulsierend
Handling	„keine Eigenbewegung – Griff parallel zu der Zahnreihe, ggf. kleine Schwenkbewegung, wenn Zahngröße dieses erfordert
Timer	ja
Druckkontrolle	ja
Kopfwechsel	monatlich
Interdentalraumreinigung zusätzlich	ja
Schallaktive	
Frequenz	ca. 250 – 350 Hz
Bewegung	2 – 4 mm seitwärts schwingen
Handling	wie Handzahnbürste im 45°-Winkel nach Rot aufgesetzt, nach Weiß bewegen, druckarm am Gingivalsaum entlang
Timer	ja
Druckkontrolle	nein
Kopfwechsel	monatlich
Interdentalraumreinigung zusätzlich	ja

HANDZAHNBÜRSTEN

Bürstenform	planes versus konkaves Borstenfeld (individuell zahnangepasste Borstenform), einzeln stehende und endgerundete Borstenbüschel
Härtegrad	individuell nach Anamnese und Befund: mittel bis weich; Ausnahme: bei schlechter Mundhygiene und keinen Weich- und Hartgewebsschädigungen: hart bis mittel
Strategie und Zeit	Die Systematik des Putzens ist entscheidend für die Qualität. Gefühlte und definitive Putzzeiten liegen weit auseinander: In Europa wird immer noch unter einer Minute geputzt. Soll-Zeit sind zweimal drei Minuten
Druck	Richtig sind 100 bis 200 Pond – die Realität besagt, dass zwischen 300 und 500 Pond „geschrubbt“ wird
Wechsel	Monatlich, auch wenn die Borsten noch optisch „ansprechend“ sind – die Borsten sind bakteriell besiedelt

5.1.2. Interdentales

Keine Zahnbürste erreicht alle Zahnflächen im Mund. Egal welche Putzsystematik, welche Zahnputztechnik, welche Zahnbürste – 40 % der Oberflächen sind mit einem Zusatz-Hilfsmittel zu bearbeiten. Diese Nischen in der Mundhöhle sind die idealen Nistplätze für die Karies- bzw. Parodontitis-Bakterien. Eine natürliche Reinigung oder Spülung kann ausgeschlossen werden. Der erste Blickwinkel ist einfach – womit könnte der Patient den Zwischenraum reinigen? Nur wie verbinde ich diesen mit dem zweiten Blickwinkel – was würde der Patient gerne nehmen?

INTERDENTALE REINIGUNGSHILFEN – EINMALARTIKEL

Zahnseide	unterschiedliche Materialien wie Seide, Nylonfäden oder PTFE gewachst – ungewachst, ggf. farbig, mit/ohne Geschmack, mit/ohne Fluorid wann ist egal – Hauptsache benutzt Handling: eng geführt zwischen den Fingern, um Verletzungen zu vermeiden, mesial um den Zahn und hoch und runter geschoben, dann distal wiederholen!
Zahnseiden-Tape	„breit-gebügelte“ Zahnseide für größere Interdentalräume
Spezial-Floss	Voraussetzung gängiger Kontaktpunkt
Superfloss	besteht aus drei Teilen: Einfädler, Floss und ungewachste Zahnseide für Brückenglieder, die flach aufliegen
Implantat-Floss	setzen sich auch aus drei Teilen zusammen: Einfädler, geflauschtes Mittelteil, Einfädler wird durch den Interdentalraum gefädelt und nacheinander mesial und distal an dem jeweiligen Zahnhals oder Implantat/Pfeiler auf- und abwärts bewegt, keine Säge – Verletzung zu groß
Zahnhölzer	Merkmal: weiches Holz, dreikantig Handling: einspeicheln, abstützen, vorsichtig hin und her bzw. nach distal und mesial bewegen zur Stimulation des Col, fördert die Durchblutung und stimuliert den Speichel

INTERDENTALE REINIGUNGSHILFEN – MEHRFACHGEBRAUCH	
Micro-Brush	wie Zahnholz – einspeicheln entfällt, kann mehrmals benutzt werden
Interdentalraum-bürsten	nicht nur für offene Interdentalräume durch Papillenreduktion – heute immer feinere Durchmesser
	sind effektiv, wenn Handling stimmt: nur abgestützt benutzen
	unterschiedliche Formen und Größen für die unterschiedlichen Voraussetzungen: flaschenförmig, konisch, dreieckig
	nach einer Woche auszutauschen
Interspace-/ Monobürste	haben abgewinkelten Griff – Borstenende konisch zulaufend oder plan
	abgestützt anwenden
	ideal für Stellen, an denen Gingiva atrophiert ist, KFO-Apparaturen, rund um Implantate bzw. deren Deckschrauben, an Attachment von Deckprothesen, monatlich wechseln

5.1.3. Zahnpasten

Interessant zu dem Thema „jahrzehntelang Benutzte, Geputzte, Geflickte an Rot und Weiß“ (Schleimhaut und Zähnen) sind aktuelles RDA-Wissen und einige Zusatz- bzw. Wirkstoffe wie Tenside, Fluorid, Plaque-Reduzierer und Desensibilisierungsmittel.

JUNIOR-/ERWACHSENEN-ZAHNPASTEN	
RDA-Wert	reiner Labor-Parameter, verschiedene Laboratorien stellen Unterschiede bis zu über 200 Prozent bei ein und derselben Paste fest – ISO hat auf Zahnpasten-Graduierung verzichtet: Sicherheitsgrenzwert liegt bei RDA 250 keine pauschale Empfehlung – individuell aus-suchen nach aktuellem Mundbefund
Verwendung	zweimal täglich, nur ausspucken
Tenside	verstärken Reinigungswirkung, halten gelöste Plaque in Lösung, verringern die Oberflächen-spannung des Speichels – dadurch höhere Aufnahme der Wirkstoffe CAVE: Natriumlaurylsulfat kann die Wirkung von CHX hemmen
Fluorid	Amin-, Natrium-, Zinnfluorid, Natrium-monofluorophosphat
Plaque-Reduzierer – präventiv	CHX 0,05 – 0,06 %, Xylit, CPC, Zinkziträt, ätherische Öle, Zinn-, Amin-, Natriumfluorid, Triclosan, Sanguinarin, Natriumlaurylsulfat, Enzyme
Desensibilisierungsmittel – therapeutische Zusatzstoffe	Fluoridverbindungen, Kaliumnitrat, Strontiumchlorid, Kaliumchlorid, Arginin und Calciumcarbonat, CPP (Kaseinphosphopeptide), ACP (amorphes Kalziumphosphat)

Wie ist das mit den neuen Wundermitteln, die laut Werbung wieder „was drauf putzen“? Die Werbung verspricht viel – aber was weg ist, ist weg. Ob antibakteriell mechanisch oder chemisch – was die neuen Produkte wirklich können, wird zurzeit noch untersucht. Eine eindeutige Studienlage gibt es nicht. Was aus der Werbung für uns in der Prophylaxe zu lernen ist, liegt klar auf der Hand: Hoffnungen ankurbeln, positive Bilder malen, das Gefühl ansprechen. Der letzte Punkt – Und Sie wissen, das

Letzte behält der Patient – ist der Basiswirkstoff Fluorid. Unsere Zähne werden von morgens bis abends von den verschiedensten Säuren und Angriffen „attackiert“. Um sie bis zum Lebensende zu erhalten, brauchen sie Unterstützung: Fluoride remineralisieren schneller – Fluoride „imprägnieren“, machen also die Zahnhartsubstanz resistenter – Fluoride verringern die Säurebildung der Bakterien. Hier ist die Wissenschaft einer Meinung: Fluorid in der Zahnpaste ist ein Muss. Und je näher der Fluoridgehalt an 1.500 ppm oder 0,15 % herankommt, umso besser.

5.1.4. Mundspülungen

Wie schön wäre es, wenn wir nur noch spülen bräuchten? Von diesem Traum sind wir weit entfernt: Die Zahnbürste ist das Mundhygienemittel „Nummer 1“. Antibakterielle Mundspülungen ergänzen die tägliche Mundhygiene. Mundspülungen fallen in Europa unter die Kosmetikverordnung und sind frei verkäuflich. Sind sie fluoridiert und/oder mit Plaque-reduzierenden bzw. auch anderen Zusatzstoffen angereichert und bieten unterschiedliche Zusatznutzen. Ideal ist ihr Einsatz zwi-schendurch, wenn der Patient nicht putzen kann bzw. putzen soll.

PRÄVENTIVE ANTIBAKTERIELLE MUNDSPÜLUNGEN	
Fluorid (Amin-, Natrium-, Zinnfluorid)	zur Hemmung der Enzymaktivität der Bakte-rien – plaquereduzierend und -hemmend
	zur beschleunigten Remineralisation
	zur Stärkung von Hartgewebe
Detergentien (kationische: CPC, Hexetidin, anioni-sche: Natriumlau-rylsulfat)	kationische wirken besser antibakteriell und plaque„hemmend“ als anionische
	in Verbindung mit Zinksalzen erhöht sich die Wirkung
Metallionen (Zinn, Zink)	plaquehemmend (geringer als bei CHX)
Phenole (Triclosan)	Hemmung lebenswichtiger Enzyme für die Keime, schwach plaquereduzierender Effekt – wird durch Zinkziträt erhöht
Ätherische Öle (Thy-mol, Menthol, Euca-lyptol, Methylsalizylat)	antibakteriell, plaquehemmend, entzün-dungshemmend
Polyalkohole (Xylit, Sorbit)	Zuckerersatzstoffe
	Hemmung der Glykolyse – Störung der Bakterien-Akkumulation
Desensibilisierende Stoffe (Kaliumnitrat, Strontiumchlorid, Fluoridverbindungen)	Verschluss der Dentinkanälchen
	Schmerzentstehung verhindern
	Erosionsschutz

Für wen sind Mundspülungen? Grundsätzliche für alle zur Unterstüt-zung der täglichen Mundhygiene. Für Risikogruppen sind antibakteri-elle Spülungen eine geniale Lösung.

Die Zielgruppen sind eindeutig und vielfältig

- Multimorbide Patienten
- Patienten, die manuell eingeschränkt bzw. bettlägerig sind
- Patienten, die gezielt schonender mit ihrem Mundmaterial umgehen müssen
- Patienten, die Medikamenten-Nebenwirkungen haben
- Patienten, die Wirkstoff-Kombinationen zum Schutz und zur Schmerzlinderung benötigen
- Patienten, die zusätzlich noch etwas für Ihre Mundpflege tun wollen

5.1.5. Stärkendes

Unzählige Male diskutiert und in Frage gestellt, immer wieder als das „Stärkungsmittel Nummer 1“ für Zahnhartsubstanzen festgestellt: Fluorid. Es bleibt dabei: Zähne halten viel aus – aber nicht alles. Das Spurenelement Fluorid ist gemeinsam mit der Zahnbürste „der beste Freund“ des Menschen. Mehr dazu unter www.dgzmk.de.

Mit verändertem Ess- und Trinkverhalten (viele Intervalle, chemische Säurezusätze etc.) in unserer Wohlstandsgesellschaft, mit reduzierten Speichelfließraten (Stress, Nebenwirkungen Medikamente), mit der Verdoppelung unserer Lebenserwartung in den letzten 125 Jahren – Zähne benötigen Unterstützung je nach individueller Angriffs- und Abwehrlage, damit am Lebensende auch noch Material erhalten ist.

FLUORIDIERUNGSMÖGLICHKEITEN IM ÜBERBLICK	
Kinder-Zahnpasten	500 ppm oder 0,05 %
Junior-/Erwachsenen-Zahnpasten	bis 1.500 ppm oder 0,15 %
Spezial-Zahnpaste ab 16 Jahren	5.000 ppm oder 0,5 %
Spüllösungen	100 bis 500 ppm oder 0,01 bis 0,05 %
Gel	1.450 bis 12.500 ppm oder 0,145 bis 1,25 %
Schaum	12.300 ppm oder 1,23 %
Lack	1.000 bis 56.300 ppm oder 0,1 bis 5,63 %
Fluid	10.000 ppm oder 1,0 %

Was gibt es an Fluorid-Alternativen für den häuslichen Einsatz? Die Basisprophylaxe ist die Zahnpaste und fluoridiertes Kochsalz. Für die „Naturgesunden“ ohne Mund-Risiko reicht das auch.

Merke: Herkömmliche Fluoridtabletten spielen für die Zahnprophylaxe keine Rolle mehr. Es geht in diesem Zusammenhang viel mehr um die Vitamin-D-Prophylaxe. Bitte lesen Sie nach unter www.dgzmk.de.

5.2. Patienten-Kommunikation und Compliance

*„Nicht die Dinge ändern sich; wir ändern uns.“
(Henry David Thoreau)*

Es ist müßig, über Knigge-Regeln zu schreiben. Leben Sie diese! Auf ein Bitte folgt ein Danke. Und das Wunderbare an beiden Worten zusätzlich ist: Beide Worte sind kostenlos und nicht umsonst. Sie hinterlassen Spuren. Spuren, die den Patienten fühlen lassen, er erfährt eine Wertschätzung. Respekt. Achtung. Und wo finden wir diese Empathie noch?



TOP-MEMO

Erkennen der eigenen Stärken

- Was schätzen Patienten an Ihnen?
- Wieso wünschen sie sich gerade SIE als BehandlerIn?
- Was wissen Sie über Ihre Talente?
- Welche fünf Dinge können Sie gut?
- Wie werden Ihre Prophylaxe-Behandlungen unverzichtbar, unaustauschbar und einzigartig?

Sie kennen die vorgezeichneten Lebenswege Ihrer Eltern: Schule, Lehre/Studium, Beruf, eine bzw. maximal eine zweite Arbeitsstelle bis zur Rente. Das waren die Karrieren im letzten Jahrhundert. Heute reicht es nicht, etwas „Solides“ zu lernen. „Soft Skills“ sind gefragt: Die wiedererkennbaren Individual-Faktoren sind das wirkliche Potenzial, das „Markenzeichen“ eines jeden Einzelnen.

Sprache hat viele Facetten.

Die wichtigsten Regeln auf diesem Gebiet sind

- Es ist nicht wichtig, welche Worte Sie benutzen
- Es ist nicht wichtig, ob Sie sitzend oder stehend reden
- Stellen Sie Fragen, um zu erfahren, ob Ihre Wahrheit der Wahrnehmung des Patienten entspricht.

Die Wahrnehmung des Patienten hat erste Priorität! Er hört, was er hören will. Also denken Sie an das Ziel, das Ergebnis, die Verhaltensänderung des Patienten und los geht es.

5.2.1. Das Patientengespräch – kurz.knapp.knackig.

Einleitung – „Warming up“

- Danken Sie Ihrem Patienten, dass er gekommen ist!
- Loben Sie ihn, z. B. dass er im Internet sein Wissen erweitert hat.
- Machen Sie ihm Komplimente. Gerne auch mal „über den Tellerrand“ hinaus. Zeigen Sie doch mal Interesse für eine Kette, den neuen Haarschnitt. Das vermittelt ein Gefühl von persönlicher Wertschätzung.

Überleitung – „Nun wird's ernst“

- Offene Fragen stellen: Wie kommen Sie mit dem Gebrauch von Interdentalbürsten zurecht? Aus welchem Grund funktioniert der Einsatz von Zahnseide nicht so gut? Was kann ich heute für Sie tun? Nur durch sogenannte „W-Fragen“ finden Sie den Bedarf und die Stimmung des einzelnen Patienten heraus. Das, was Sie denken, was der Patient denkt, muss nicht das sein, was der Patient auf dem Herzen hat.
- Lassen Sie den Patienten fühlen, er wahrt zu jeder Zeit sein Gesicht: Unsere gemeinsame Aktivität und das Recall für Ihre Mundgesundheit passen. Ich genieße es zwischendurch, mal mehr in Ihrem Mund arbeiten zu können. So bleibe ich in Form.

Während der Behandlung – „Sie haben es unter Kontrolle“

- Erklären Sie: Wer sagt denn, dass Sie die geforderten Dokumentationen nicht für die direkte Kommunikation umdrehen können? Sie schreiben: 57 % Plaque, 35 % Blutung und Sie sagen: Von Ihren 28 Zähnen sind 13 Oberflächen glänzend, in jedem dritten Zwischenraum ist das Zahnfleisch gesund: straff, rosig.

Abschluss – „Wir sind ein erfolgreiches Team“

- Erläutern Sie noch einmal kurz, was Sie gemacht haben.
- Klären Sie auf. Loben Sie das Erreichte. Worauf hat der Patient zu achten, damit sein Status so bleibt? Was kann er noch tun?
- Empfehlen Sie die geeigneten unterstützenden Möglichkeiten, zeigen Sie Kompetenz und Produktwissen.
- Hallo – vereinbaren Sie einen Recalltermin – der Patient wird gerne wieder kommen.

BEISPIEL PATIENTENKOMMUNIKATION

Patientin: „Meine Freundin hat superweiße herrliche Kronen. Die möchte ich auch. Schauen Sie mal, ich habe extra ein Foto gemacht.“

Prophylaxe-Fachfrau: „Wie herrlich, dass Sie sich für einen gesunden, ausstrahlungsstarken Mund interessieren. Ja, ich kann mir auch gut neue Kronen für Sie vorstellen.“

Patientin: „Ja, am liebsten hätte ich sie sofort.“

Prophylaxe-Fachfrau: „Ihren Wunsch verstehe ich. Auf den ersten Blick würde ich auch sofort loslegen wollen. Nur – in Ihrem Fall ist Ihre Freude nur kurzfristig: Wie würden Sie mit einem wurmstichigen wunderschönen Bauernschrank, an dem die Farbe abblättert, umgehen. Sofort übermalen?“

Patientin: „Nein. Nie. Erst müssten ja mal die ‚Holzfresser‘ beseitigt werden.“

Prophylaxe-Fachfrau: „Ja, ich bin Ihrer Meinung. So fangen wir auch bei Ihnen sofort an. Erst gehen wir gemeinsam Ihre Erkrankung des Zahnhalteapparates an. Auf dieser Basis läuft dann Ihre gewünschte Endbehandlung: neue Kronen.“



Abb. 19: Mit offener Körpersprache erklären

Unser Gespräch bezieht sich nicht nur auf die Gegenwart. Wie schon erwähnt, ist die Zukunft nicht im Rückspiegel zu finden. Das Ziel dem Patienten gegenüber ist eindeutig – „Zur nächsten Prophylaxe komme ich nur zu Ihnen.“

Kriterien für das Patientengespräch

- 1. Beeinflussen Sie diese Aspekte, nicht den Menschen:** Lächeln Sie! Lächeln öffnet Türen! Die Art und Weise, in der wir kommunizieren, ist geprägt von der Grundeinstellung unseres Denkens: Wenn Sie die Kraft aufbringen, positiv zu denken, so werden Sie auch positiv und nach vorne gerichtet sprechen. Was hat es Gutes in den letzten Wochen bei Ihnen gegeben? Was war Ihr größter Spaß im letzten Monat? Welche Urlaubspläne haben Sie?
- 2. Reden Sie leidenschaftlich!** „Prophylaxe ist mein Steckenpferd. Aus meiner Erfahrung rate ich Ihnen ... Übertragen wir ein Beispiel aus dem täglichen Leben ...“
- 3. Hinterlassen Sie Markantes, Profiliertes – einen Eindruck!** „Was weg ist, ist weg. Sie haben Krieg in der Tasche: In der Praxis können wir nur Stillstand erreichen. Gemeinsam. Putzen Sie nur die Zähne, die Sie bis zum Lebensende behalten möchten. Zähne mit Knochen ist meine Vision. Welche haben Sie?“
- 4. Seien Sie ehrlich:** Ich wiederhole gerne Ihren Blickwinkel. Aus meiner Erfahrung rate ich Ihnen – Danke für Ihre Offenheit. Ich freue mich über unser Vertrauensverhältnis. Das Implantat sitzt auch nach 20 Jahren noch perfekt. Unsere Teamarbeit passt. Gerne unterstütze ich Sie. Jeder hat gute und schlechte Tage. Wir schauen nach vorne: Los geht es. Jetzt folgt mein Part. Ihrer in den nächsten 10 Wochen, zweimal täglich, mindestens zwei Minuten.

5.3. Recall: Das Abonnement für Lebensqualität

Auf der Beobachtung, dass die Patienten-Compliance immer wieder nachlässt, basiert der Recall-Gedanke. Untersuchungen bestätigen nach wie vor die alten Aussagen: Jeder vierte Patient nimmt seine selbst fixierten Termine nicht wahr. Sogar jeder zweite Termin wird nicht storniert und nicht wahrgenommen, der gemeinsam in der Praxis ausgemacht wurde. Jeder weiß es: Ohne Prophylaxe keine Zahnheilkunde. Ohne Recall keine Therapie- und Qualitätssicherung.

Ohne Recall keine Festigung des Vertrauens. Der Leitgedanke ist und bleibt die Prophylaxe. Die Vorteile sind ohne jeden Zweifel, die aktuelle Mundsituation zu erhalten (Attachmentlevel, Kariesfreiheit, keine weiteren Abrasionen, Attritionen, Erosionen, Rezessionen). Nur zu wissen, beinhaltet nicht das Handeln. Und das ist hier die Basis. Der Patient muss bis zum Recall verstanden haben, dass es um seine Mundgesundheit geht, dass er die Verantwortung zu übernehmen hat. Wir in der Praxis – wir unterstützen und „machen den Weg frei“.

Fakt ist, dass jeder fünfmal mehr Zahnverlust ohne regelmäßige Prophylaxe hat. In Zahlen heißt das: Nach unterlassenem Recall haben 45 % der Patienten wieder ein Rezidiv. Der jährliche Knochenverlust pro Patient/Jahr liegt ohne Recall bei ca. 0,1 bis 0,15 mm, mit Recall bei ca. 0,05 mm. Keine Information in dem Zusammenhang für den Parodontitis-Patienten ist: „Eine gute Mundhygiene ist hilfreich, aber nicht entscheidend.“ Bakterien allein sind nicht die Auslöser einer chronischen oder aggressiven Parodontitis. Bei der marginalen Mundhygiene hilft die häusliche Mundhygiene. Ist aber „Krieg“ in der parodontalen Tasche (> 6 mm) – BOP+ –, hat die häusliche Mundhygiene auf den kranken „Untergrund“ nur positiven Einfluss, wenn sie durch regelmäßige (Recall) subgingivale Belagsentfernung ergänzt wird.

Klar ist also – nicht in allen Praxen Realität –, dass jeder (PAR-)Patient lebenslang in dieses Programm gehört (nach jeder Prophylaxe-Sitzung individuell entschieden nach momentaner Lebenssituation, Anamnese und Mundbefunden – in welchem Abstand, mit welchen Inhalten). Klar ist weiter, dass eine ausgebildete ZFA mit abgeschlossener Aufstiegsfortbildung dieser Herausforderung empathisch, fachlich und praktisch gewachsen ist. Also ist Recall mehr als eine Terminvergabe bzw. Terminerinnerung. Klar ist ebenfalls: Wie im Bereich der Kommunikation auf den Punkt gebracht, knüpfen Sie im Recall Prophylaxe-Freundschaften für die Ewigkeit.

Ja, ich weiß, diese Aussage ist ein wenig übertrieben. Dennoch: Überzeichnen Sie ab und an die Dinge, um sie nachhaltig ins Gedächtnis Ihrer Patienten zu schreiben. Kleiden Sie Ihre Worte in Bilder: „Ihre Zunge wird wieder auf Ihren Zähnen ausrutschen“. Vergleiche mit „so – wie“ und Geschichten oder Metaphern unterstützen Sie in der Kommunikation. So entsteht beim Patienten das bekannte „Kopfkino“. Und bedenken Sie: Der Patient wartet darauf, von Ihnen angeregt bzw. angeschubst zu werden.

Kriterien für den individuellen Recall

Neben der Aktualisierung der allgemeinen und zahnmedizinischen Anamnese wird das Augenmerk auf folgende Details gelegt:

1. Beschwerdefreiheit - wie lange schon treten Beschwerden auf?
2. Compliance des Patienten
3. Status der Mundhygiene
4. parodontale Situation
5. bestehende Abwehr- bzw. Angriffssituationen
6. Kontrolle von Suprakonstruktionen und Pfeilerdurchtrittsstellen
7. Bakterien-Rekolonisation
8. freiliegende Zahnhartgewebe mit Gebrauchsspuren, Sensibilitäten und Lockerungen
9. Schleimhaut-Screening

Nach Abklärung all dieser Details wird deutlich, dass es beim Recall auch keine Routine geben kann. Die individuelle Recall-Regel lautet daher: **Jedes Mal eine neue Befundung (A, B) – jedes Mal eine flexibel, angepasste Behandlung (C bis H).**

6. Fazit

Verstehen, nicht kopieren: ausprobieren, kombinieren und die Erfahrungen sortieren. Das ist ein Weg, um eigene und individuelle Rezepte für eine erfolgreiche Prophylaxe-„Therapie“ für die anspruchsvollen Zielgruppe der Senioren zu erstellen. Der Patient spürt Ihre Kompetenz und Leidenschaft: Er bleibt „ewiglich“.



Abb. 20

HINWEIS

Im Anhang auf den Seiten 44 und 45 finden Sie als Leitfaden für Ihre Praxis die zwei von mir konzipierte Checklisten „Patente Rezepte für Patchwork-Gebisse“. Ich weiß, diese Arbeitsunterlagen helfen Ihnen, das Gelernte erfolgreich in Ihrer Praxis umsetzen.

Literatur bei der Verfasserin.



Mit Hilfe des Prüfungsheftes können Sie das erworbene Wissen festigen und Ihren Lernerfolg direkt testen.

Handwriting practice lines consisting of two columns of horizontal lines.



CHECKLISTE FÜR MUNDHYGIENE-/PROPHYLAXE-SITZUNG TEIL 1

Vor- und Nachname: _____ m w Jahrgang _____

A ANAMNESE

Allgemeine Anamnese _____

Familien-Anamnese _____

Zahnmedizinische Anamnese _____

Allergien _____

Medikamente _____

Rauchen _____

Stress: ☺ = 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 = ☹

B BEFUNDUNG

extra-oral

- Farbe Durchblutung Gesichtshaut Lymphknoten
- Schwellungen Asymmetrien im Kopfbereich Kaumuskulatur _____
- Narben Mundöffnung Lippenrot _____

intra-oral

- Rachen/Gaumen Zunge Speichel Sensibilitäten
- Wangen Gingiva Piercing Halitosis
- Mundboden Zahnfleischbluten Habbits _____

PSI/PGU

- Prophylaxe-Patient
- Parodontitis-Patient

Kariesrisiko-Indizes

DMF/T _____

RCI _____

- Kariesrisikopatient-Patient
- Wurzelkaries-Patient

Röntgenbefund ja nein

Reevaluation Mundhygiene

- bis 25 % Plaque/Glattflächen bis 25 % Plaque/interdental bis 25 % Blutung
- bis 50 % Plaque/Glattflächen bis 50 % Plaque/interdental bis 50 % Blutung
- über 50% Plaque/Glattflächen über 50% Plaque/interdental über 50% Blutung

Zahnhartgewebsverluste - Sanierungen - Ersetztes

Befund																	
Befund																	
Befund																	
Befund																	
OK	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
UK	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
Befund																	
Befund																	
Befund																	
Befund																	

überstehende Kronen- (üK) und Füllungsänder (üF), Füllungen (F), aktive Karies (Unterscheidung Schmelz- (SK) und Wurzelkaries (WK), Schliff-Facetten (SF), Erosionen (E), Abrasionen (A), Attritionen (AT), Zahnlockerungen (I, II, III), Rezessionen (R + mm), Sensibilitäten (+), Stellungsanomalien (SA) (ggf. Putzschatten), Brückenglieder (BG), Veneer (V), Krone (K) (wenn möglich noch Material = Gold = GK, Keramik = KK), Implantate (I)

CHECKLISTE FÜR MUNDHYGIENE-/PROPHYLAXE-SITZUNG TEIL 2

B BEFUNDUNG - Beratung abgestimmt

Privates/individuelle Anmerkungen _____

Motivation/Instruktion

Zahnbürsten

Hand _____

Elektrisch/oszill. _____

Elektrisch/schall. _____

Interdentale Reinigungshilfen _____

ggf. Wirkstoff-Kombinationen _____

Häusliche Fluoridierung

ZaPa Schaum Spülung Kochsalz

Gelée _____

C COCKTAIL – Aerosol, 60 Sekunden

CHX Listerine Meridol

D DEPURATION – schonend, gezielt, risikoorientiert

Desensibilisierungspaste vorab ja nein

Ultraschall-/Schallscaler

sextantenweise Power eintragen:

voll (3), mittel (2), niedrig (1)

Scaling mit Handinstrumenten

sextantenweise eintragen:

Arbeitszug (3), Glättung (2), Sondierung (1)

Politur

sextantenweise eintragen:

grob (3), mittel (2), fein (1)

Luft Pulver Wasserstrahlgeräte

sextantenweise eintragen:

classic (3), soft (2), perio (1)

E ELIMINATION DER BAKTERIEN

Karies _____

Gingivitis _____

Parodontitis _____

F FLUORIDIERUNG aller Hartgewebe

ggf. inklusive Desensibilisierung

Lack _____

Fluid _____

Gelée ab 1,25 % _____

G GESUNDHEITS-UNTERSUCHUNG (01)

ja nein

H HURRA, der Recall klappt: Patient kommt wieder in

_____ Wochen

_____ Monaten