

Praxisprofil Parodontologie

Unter dem Thema „Praxisprofil Parodontologie“ können unterschiedliche Inhalte verstanden werden. Einerseits kann das praktische Vorgehen bei der Therapie parodontaler Erkrankungen darunter verstanden werden, wie es R. Buchmann kürzlich als Praxiskonzept in den Zahnärztlichen Mitteilungen veröffentlichte. Andererseits kann diese Thematik auch vom Standpunkt der Organisation einer Praxis, für die Parodontologie einen maßgeblichen Faktor darstellt, aufgefasst werden.

Gerade entzündliche Parodontalerkrankungen und Karies sind als Plaqueeerkrankungen so stark verbreitet, dass die Therapie in jeder guten Praxis notwendig wird. Infolge der Entwicklung der Alterspyramide und der Tatsache, dass die Auswirkungen der meisten Parodontalerkrankungen besonders jenseits der dreißiger Jahre mit drohendem Zahnverlust zum Tragen kommen, ist davon auszugehen, dass der Behandlungsbedarf zunehmen wird.

Die Parodontologie hat viele fachliche Berührungen und Abhängigkeiten. So ist eine erfolgreiche Parodontitistherapie ohne fachgerechte konservierende Behandlung oder prothetische Maßnahmen nicht denkbar. Ein enger fachlicher Zusammenhang zur Implantologie („Parodont-Prothese“) besteht ebenso wie zur Kieferorthopädie. Zur Allgemeinmedizin bestehen Brücken (z.B. Nachweis des Zusammenhangs Herz-Kreislauf-Erkrankungen/Parodontitis). In der Entwicklung von der restaurativ determinierten hin zur präventiv ausgerichteten Praxis kommt der Parodontologie (wie auch der präventiv orientierten Kinderzahnheilkunde) eine Schlüsselstellung zu.

In der zahnärztlichen Ausbildung der sächsischen Hochschulen wird parodontologisches Wissen umfangreich vermittelt. Berücksichtigt man Stellenwert und Morbidität von Parodontopathien für die Praxis heute und zukünftig, erscheint dem Praktiker jedoch die Einordnung des Fachgebietes in der Hochschulstruktur nicht mehr als zeitgemäß.

Zahnärzte sind Individualisten. Jeder wird deshalb seine eigene Form finden, über die er die notwendigen Inhalte realisiert. Das Ziel des Beitrages kann nicht darin bestehen, Rezepte zu vermitteln, sondern Anregungen für die eigene kreative Umsetzung zu geben.

Personelle Aspekte

Da die Parodontologie als ein sich rasch entwickelndes Fachgebiet im stetigen Fluss ist, ist eine kontinuierliche Fortbildung durch den Zahnarzt unerlässlich. Im Studium erworbene Kenntnisse sind oft nicht mehr adäquat und müssen über Veröffentlichungen, aktuelle Lehrbücher und Kurse ergänzt werden. Dabei muss der Behandler biologisches



Nahezu vollständig kann der Zahnarzt u. a. Karies- und Parodontitisprophylaxe an eine Zahnmedizinische Prophylaxe-Assistentin delegieren

Grundwissen zum gesunden und erkrankten Parodont (z. B. Anatomie, Physiologie, Mikrobiologie) auffrischen und dem derzeitigen Wissensstand anpassen wie auch die Kenntnisse zu Diagnostik (Interpretation von Befunden, Umgang mit Indizes wie Blutung, Plaque, Lockerung u.a.) und zur sich öfter ändernden Klassifikation. Therapiekonzepte zu den jeweiligen Erkrankungen müssen sicher gehandhabt werden. Besonders wichtig sind die Durchsetzung und Kontrolle der Maßnahmen in der Erhaltungstherapie. In ei-



Auch kleinere Laborarbeiten können von den fortgebildeten Mitarbeiterinnen ausgeführt werden

ner präventiv ausgerichteten Praxis (dazu gehört eine parodontologisch arbeitende Praxis) wird im Gegensatz zur restaurativ ausgerichteten Praxis die Delegation vielfältiger Aufgaben an die Mitarbeiter nötig. Neben der fachlichen Qualifikation erfordert dies vom Zahnarzt umfangreiche Fähigkeiten bei der Mitarbeiterführung (Ziele setzen, anleiten, Übertragen von Aufgaben und Verantwortung, Ergebniskontrolle).

Nach dem Zahnheilkundengesetz können an **Mitarbeiterinnen** umfangreiche Tätigkeiten delegiert werden, insbesondere werden dabei das Anfertigen von Röntgenaufnahmen, das Entfernen harter und weicher Zahnbeläge, Füllungspolituren, das Legen und Entfernen provisorischer Verschlüsse, das Herstellen von provisorischen Kronen und Brücken, das Herstellen von Situationsabformungen, Trockenlegen (Kofferdam), Unterweisung zu den Ursachen von Karies und Parodontitis, Ernährungsberatung, Hinweise zur häuslichen Fluoridierung, Fluoridierungsmaßnahmen, Mundhygienetraining, Remotivation, Anfärben und Erstellen von Plaque-Indizes, Erstellen von Blutungsindizes, Kariesrisikobestimmungen und Versiegelungen genannt.

Das Übertragen solcher zahnärztlicher Tätigkeiten ist an Bedingungen gebunden. Voraussetzungen sind die abgeschlossene Ausbildung (nicht an Auszubildende delegierbar) und die Weiterbildung für die entsprechende Tätigkeit. Es können so bei Karies- und Parodontitisprophylaxe bis 95 % des Arbeitsvolumens delegiert werden. Mitarbeiter, die man zum Arbeiten am Patienten qualifiziert, müssen über die charakterliche Eignung für die Übernahme dieser Tätigkeiten verfügen (z. B. verantwortungsbewusst, lernwillig, aktiv, motivierbar). Das Einarbeiten von Mitarbeiterinnen ist mit hohem Aufwand verbunden. Es können Weiter- bzw. Fortbildungen in der eigenen Praxis selbst durchgeführt werden oder aber extern vielfältige Angebote z. B. an der Landes Zahnärztekammer Sachsen (Bausteinfortbildung zur ZMP oder ZMF) in Anspruch genommen werden. Für die umfangreichen und stets wechselnden Verwaltungs- und Abrechnungsaufgaben ist die Qualifizierung einer Mitarbeiterin zur ZMV sinnvoll.

Aspekte der Ausstattung

In ihren räumlichen Erfordernissen unterscheidet sich eine parodontologisch ausgerichtete Praxis nicht von anderen Zahnarztpraxen. Bedingt durch die zahlreichen Arbeitsschritte, die delegiert werden müssen (Initialtherapie/Erhaltungstherapie), ist das Bereitstellen eines Arbeitsplatzes für weitergebildete Mitarbeiterinnen erforderlich. Durch die Industrie werden verschiedene, extra zugeschnittene Prophylaxearbeitsplätze angeboten, die, wenn man sich für einen solchen Kauf entscheiden sollte, unbedingt auf die Zweckmäßigkeit und die eigenen Bedürfnisse hin überprüft werden sollten. Überflüssige Ausstattung behindert und kostet viel Geld.

Bei der **material- und gerätetechnischen Ausstattung** sind zunächst Formulare, die z. T. auch selbst entworfen werden können, für die Dokumentation wichtig. So sollten beispielsweise Befunderfassungsbögen, Bögen für Indexverläufe (insbesondere Blutung und Plaque) oder zur Risikodiagnostik (z. B. Lang) vorhanden sein. Eine Fotodokumentation ist oft hilfreich. Das verwendete Rönt-



Dr. Krause und sein Team. In der präventiv ausgerichteten Praxis werden vielseitige Aufgaben an die Mitarbeiter delegiert.

gensystem sollte die Alveolenkorktalis ebenso wie den interdentalen Knochen deutlich interpretierbar abbilden. Im diagnostischen Instrumentarium sollten die WHO-

Messsonde, andere graduierte Taschenmesssonden und die Nabers-Furkationssonde nicht fehlen. Zubehör zur mikrobiologischen PA-Diagnostik, die in wenigen Fällen

Praxisformblatt – Beratung zur Parodontitisbehandlung

Nach Basisdiagnostik und Rücksprache mit dem Zahnarzt

1. **Besprechung des PSI**/Auswertung der vorliegenden Erkrankung /Demonstration Röntgen

2. **Erläuterung zu den Krankheitsursachen**

- Plaquebakterien als Ursache/Zusammenhang mit der Körperabwehr
- Bakterien – Gefäßreaktion
 - Leukozyten
 - Kollagenverlust an der Gefäßwand (Blutung/Taschenbildung)

3. **Behandlungsablauf**

- Behandlungsphasen
 - Vorbehandlung
 - Zahnfleischbehandlung
 - Nachbehandlung
- Ziele und Inhalt, Ablauf der einzelnen Phasen
- Progression/Stagnation
 - Warum vierteljährl. Nachbehandlungen
 - Individualisierung mit Risikodiagnostik

4. **PZR und Kassenproblematik**/was ist was

- Finanzierung/Formular

5. **Terminvereinbarung**

Anzeige

Anzeige

fachlich sinnvoll ist, wird in der Regel durch die Hersteller bereitgestellt. Für die Therapie und die Unterweisung des Patienten müssen Demonstrations- und Übungsmaterialien für die Zahnpflege und für die Zwischenraumreinigung und Belagsanfärbemittel bereitstellen. Diese Hilfsmittel müssen beim Erkrankten individuell zugeordnet werden (z. B. richtige Größe von Interdentalraumbürsten, die in Drogerien oft nur in wenigen Größenabstufungen zu erwerben sind). Für die Zahnreinigung (Keimreduzierung) in der Praxis sind Front- und Seitzahnscaler ebenso erforderlich wie Universal- und Gracey-Küretten. Bei Implantaten benötigt man Spezialküretten. Bei den Maschineninstrumenten ist der Einsatz von Ultraschallzahnreinigern nicht mehr wegzudenken. In den letzten Jahren wurden sie immer mehr vervollkommen für den subgingivalen Einsatz. Traditionelle rotierende Instrumente (Gummichelch, Bürstchen mit Polierpaste) behalten bis heute ihre Bedeutung wie auch das inter-



Diagnostische und chirurgische Instrumente gehören zur Ausstattung

dentale Polieren mit Streifen. Pulverstrahlgeräte erleichtern das Entfernen harter Auflagerungen und Verfärbungen. Heute sind Pulver entwickelt, die auch für den Wurzelbereich einsetzbar sind. Medikamente wie Chlorhexidin in unterschiedlichen Applikationsformen, Fluoridpräparate oder auch Desensibilisierungsmittel für freiliegende Wurzelflächen gehören an den Arbeitsplatz. Die bisher besprochene Ausstattung sollte dem Zahnarzt ebenso wie der weitergebildeten Mitarbeiterin zur Verfügung stehen. In der zweiten Behandlungsphase ist neben den üblichen zahnärztlich-chirurgischen Instrumenten zusätzlich Instrumentarium für Mukogingival- und Taschenchirurgie erforderlich. So werden heute für abgewinkelte Messer meist schwenkbare Einmalklingenhalter verwendet. Beim Erwerb muss darauf geachtet werden, dass der Klängenwechsel mit Handschuhen möglich ist und das Skalpell sicher geführt werden kann. Das Arbeiten mit Lupenbrille erlaubt ein präziseres

Agieren. Die Anwendung von Lasern wird als entwicklungsfähig eingeschätzt. Für Gingivoplastiken (heute die am meisten durchgeführte externe Gingivektomie) sind Elektrochirurgiegeräte sehr nützlich. Sie gestatten das schichtweise Abtragen und Modellieren. Generell gilt für Instrumente: Besser wenige im Schieber, die perfekt beherrscht werden, als ungezählte in unsicherer Hand. Die Organisation in Trays ist sinnvoll.

Materialien wie Membranen, Knochenersatzmaterialien, Steuerproteine oder Acrylatkleber müssen in der Praxis vorhanden sein.

Aspekte der Behandlungsorganisation

Wenn auch die Inhalte anders geworden sind, so ist doch die zeitliche Dreiteilung der Therapie in jedem Konzept wiederzufinden. Nach der Eingangsdiagnostik durch den

Praxisformblatt – Behandlungsauftrag für die ZMP

PAR-Vorbehandlung, PAR-Recall, IP, ZE-Recall, Implantat-Recall

Patient:

Zahnarzt:

Leistung	empfohlen	gewünscht	erbracht
Zst 405			
Kontrolle/Politur 406			
Füllgspolitur einfl. 206 - zweifl. 208 - dreifl. 210			
Taschenbeh. Mu 402 (Mat)			
Überst. Kanten sk 404			
OPG			
Status einzeln			
Abformungen 7, 006			
Putzunterw. Ä1 / 100 mit Index über 25 min	API PBI		
Indexkontrolle 101			
Air flow (analog 405)			
Medikamententr. Schiene 700			
Modell 001			
Fissurenversiegelung			
Fluoridierung			
Ernährungslenkung			
Sonstiges			
Materialien			
PZR			
Schätzung Gesamtkosten			
Zahnputztechnik ankreuzen	Roll	Bass	Stillman
Zahnreinigungshilfen			
Typ, Größe, Farbe o.a. • Bürste • Interdentalraumbürste • Faden			
Recallabstand für PZR	3 Monate	6 Monate	jährlich



Offene Therapien erfordern eine Vorbehandlung zur Kariesreduktion

Zahnarzt wird der Patient über die Befunde und Diagnose aufgeklärt und Wege zur Behandlung aufgezeigt (delegierbar). Diese Beratung muss mit den Mitarbeiterinnen besprochen und trainiert werden. Das Praxisformblatt von S. 27 dient ihnen als roter Faden, als Merkzettel. **Die angeführten Praxisformblätter sind Beispiele, die speziell für unseren Bedarf angefertigt sind und deshalb nicht den Anspruch der Allgemeingültigkeit erfüllen.**

Danach entscheidet der Patient, ob er eine Therapie in Anspruch nehmen will oder kann. Der Zahnarzt beauftragt die weitergebildete Mitarbeiterin mit der Durchführung der Initialtherapie, deren Inhalt er zuvor mündlich oder schriftlich definiert. Es ist ein konkreter, nachvollziehbarer Auftrag (Formblatt S. 28) notwendig. Formblätter, die dafür in unserer Praxis benutzt werden, müssen regelmäßig auf ihre Aktualität hin geprüft werden.

Da die Mitarbeiterin aus der zahnärztlichen Gesamtplanung separierte Anteile bearbeitet, sind die Kommunikation, die Übersicht und die Kontrolle der herausgelösten Behandlungsmaßnahmen sehr wichtig. Das bereitet mitunter Schwierigkeiten, da ZMP und Zahnarzt zeitlich parallel arbeiten. So müssen Behandlungen des Zahnarztes mitunter durch Kontrollen der delegierten Leistung unterbrochen werden. Im Prophylaxebereich ist die Integration eines Zahnpflegemittel-Verkaufs empfehlenswert. Zweckmäßige Bürsten, Reinigungshilfsmittel für den Interdentalraum, Zungenreiniger, Pasten, aber auch Chlorhexidinspüllösungen sollten angeboten werden. So können zweckmäßige Reinigungsmaterialien individuell probiert und danach auch an Ort und Stelle erworben werden. Das Angebot von Drogerien und Apotheken ist in dieser Hinsicht für Parodontitispatienten mangelhaft. Nach diesem ersten Behandlungsabschnitt werden die Ergebniskontrolle und eine präzise Diagnostik durchgeführt, die die Grundlage der weiteren Therapie darstellen. Ohne

ausreichendes Resultat der Initialtherapie ist eine weiterführende Parodontistherapie ohne Sinn. Liegen mukogingivale Probleme vor, die einer Intervention bedürfen, sollte dies vor der Taschenbehandlung eingeordnet werden, da bei der Taschenbehandlung mit Verminderung und Schrumpfung der befestigten Gingiva zu rechnen ist. In der Regel schließt sich aber an die Vorbehandlung das geschlossene subgingivale Vorgehen an, durch das eine Keim- und Entzündungsreduktion erreicht wird. Nachfolgende offene Verfahren lassen sich dann besser durchführen (weniger Bluten, bessere Übersicht, stabilere Lappen beim Nähen) und heilen besser. Ist dieser Behandlungsabschnitt abgeschlossen, wird der Patient zur Erhaltungstherapie geführt. Von Anfang an muss dabei für ihn klar sein, dass die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten dafür nicht trägt. Ohne Erhaltungstherapie sind beide vorangegangenen Behandlungsetappen wertlos. Sie soll für lange Jahre das Behandlungsergebnis sichern. Es ist der Behandlungsabschnitt, der in der Praxis am meisten vernachlässigt wird. Diese Nachbehandlungsphase kann sinnvoll über ein Recallsystem organisiert werden. Die damit zusammenhängende Organisation sollte an die qualifizierte Mitarbeiterin delegiert werden. Rechtliche Vorschriften (z.B. Einverständnis des Patienten) sind zu beachten. Die meisten Rechnerprogramme bieten in ihrer



Durch Delegieren an die Mitarbeiterinnen hat der Zahnarzt mehr Zeit für spezifische Aufgaben

Software die Recall-Organisation an, die den Praxisgegebenheiten angepasst werden muss. Die individuell notwendigen Intervalle der einzelnen Besuche können über die Risikodiagnostik (Formblatt S. 30) sicherer bestimmt werden. In unserer Praxis wird dazu das von Lang entwickelte System herangezogen. Dem Patienten kann so der Eindruck eines willkürlichen Wiederbestellens

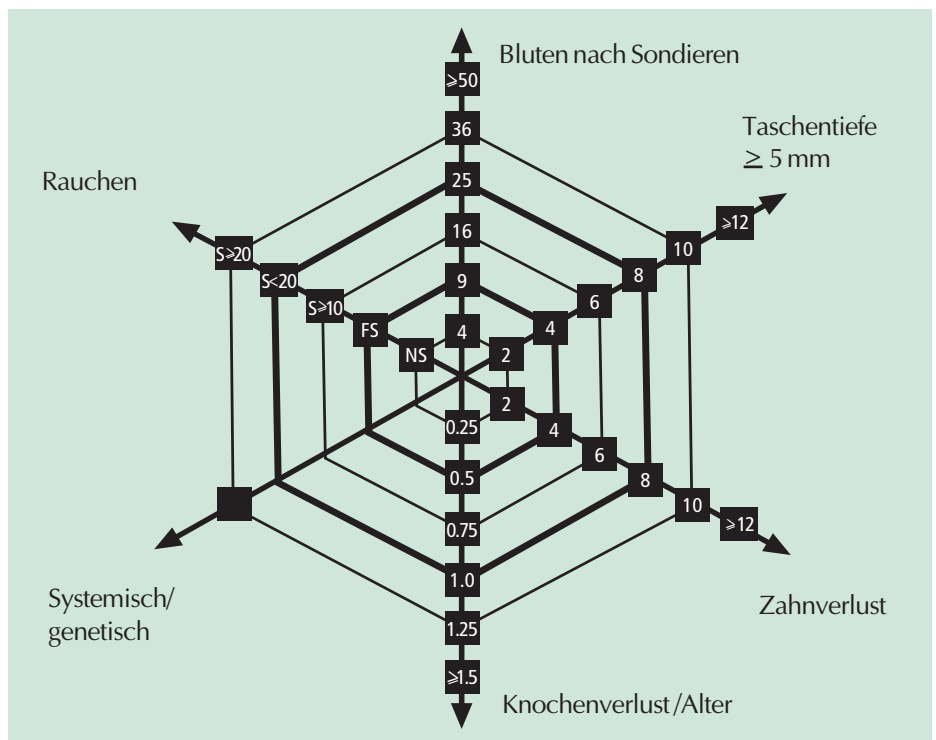


Abbildung: Funktionelles Risikodiagramm nach Lang
 Lang, NP, und Tonetti, M.S. Parodontale Risikoanalyse als Bestandteil der Betreuung nach aktiver Parodontaltherapie. Parodontologie 2003 14/4 357-365

Quelle: Quintessenz Verlag

zu Lasten der Familienkasse und zugunsten des Zahnarztes genommen werden.

Wirtschaftliche Aspekte

Die Parodontistherapie bedingt eine hohe Patientenbindung. Die Betreuung erfolgt le-

benslang. Für die Praxis resultiert daraus ein Klientel, das regelmäßig zum Ertrag der Praxis beiträgt, wobei der Hauptanteil der Arbeit auf Mitarbeiter delegierbar ist. So erwirtschaften Mitarbeiter der Praxis Umsätze, wobei sich der Zahnarzt in dieser Zeit anderen

Aufgaben widmen kann. Wer seinem Patienten gegenüber zu Beginn der Therapie den Nutzen und die Kosten des Vorgehens klarstellt, wird später weniger Diskussionen zum Preis führen müssen. Der so genannte Prophylaxe-Shop ist schwer mit Gewinn zu führen. Andererseits strebt man für den Patienten ein überzeugendes Therapieergebnis an, für das eine effiziente häusliche Mund- und Zahnpflege eine erhebliche Rolle spielt. Die angebotene Service-Leistung trägt zur Patientenbindung bei.

Fazit

Mit einer Praxisakzentuierung zur Parodontologie wird gleichzeitig ein Schritt zur Zahnerhaltung von der vornehmlich restaurativ orientierten zur präventiv ausgerichteten Praxis gegangen.

Praxisformblatt – Parodontitis – Risikoanalyse

Bluten auf Sondierung

Es werden die Blutpunkte (BOP) zu den vorhandenen Messpunkten ins Verhältnis gesetzt. Auf der Achse werden **die erreichten Prozente** markiert.

Parodontale Resttaschen

Die Anzahl der vorhandenen Resttaschen (ab 5 mm) wird an der Achse angezeichnet.

Zahnverlust

Die Anzahl der verlorenen Zähne (ohne 8er) wird markiert

Altersbezogener Knochenverlust

100% = 1 mm unter der Schmelz-Zement-Grenze. Im Röntgen wird der Abbau in 10er Prozentschritten geschätzt. Der Abbau (%) wird durch das Alter geteilt. Das Ergebnis wird auf der Achse markiert.

Beispiel: Abbau 30%, Alter 60 bedeutet $30:60 = 0,5$
 Abbau 50%, Alter 40 bedeutet $50:40 = 1,25$

Systemische Erkrankungen

Nur mit ja (gleich großes Risiko) **oder nein** (geht nicht in die Messung ein) bewerten. Beispiel: Diabetes, HIV, Bluterkrankungen

Rauchen

Nichtraucher und Exraucher (mind. 5 Jahre) sind im niedrigen Risiko, ab 20 Zigaretten täglich ist hohes Risiko

	Bewertung:	
Niedriges Risiko	Höchstens 1 Wert ist im mittleren Bereich	1-mal jährlich Recall
Mittleres Risiko	Mindestens 2 Werte sind im mittleren Bereich oder 1 Wert im mittleren, 1 Wert im hohen Bereich	2-mal jährlich Recall
Hohes Risiko	Mindestens 2 Werte sind im hohen Bereich	3 – 4-mal jährlich Recall

Problemzonen

Thesen zur Leitlinie

Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe

Die Erarbeitung einer Leitlinie Fluoridierungsmaßnahmen wurde von der Zahnärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (zzq) im Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) beschlossen und von einer Autorengruppe der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (Autoren: Hals Jürgen Gülzow, Hamburg; Elmar Hellwig, Freiburg; Gisela Hetzer, Dresden) erarbeitet. Der volle Wortlaut der „Leitlinie Fluoridierungsmaßnahmen“ ist im Internet nachzulesen unter: www.zzq-koeln.de >> Schwerpunkte >> Leitlinien.

Zahnpasten

1. Die Verwendung fluoridhaltiger Zahnpasta ist eine wirksame kariespräventive Maßnahme. Der kariespräventive Effekt im bleibenden Gebiss steigt mit zunehmender Fluoridkonzentration in der Zahnpasta, häufigerer Verwendung und höherer Kariesaktivität.
2. Die Wirksamkeit von Zahnpasten mit niedrigerem Fluoridgehalt (250-500 ppm Fluorid) ist bisher klinisch nicht ausreichend gesichert; die dazu vorliegenden Ergebnisse sind uneinheitlich.

Fluoridiertes Speisesalz

1. Die Speisesalzfluoridierung ist eine wirksame kariespräventive Maßnahme. Die Wirksamkeit der Salzfluoridierung steigt mit der höheren Verbreitung in unterschiedlichen Einsatzgebieten (Haushalte, Gemeinschaftsverpflegungen, Restaurants oder Bäckereien). Die Anwendung von fluoridiertem Speisesalz wird generell empfohlen.

Fluoridtabletten

1. Fluoridtabletten sind kariespräventiv wirk-



Dr. Michael Krause
 01067 Dresden, Könnertstr. 19
 Tel.: 0351/495 1108