

DENTALZEITUNG

Fachhandelsorgan des Bundesverbandes Dentalhandel e.V.

3 2017

Mehr als eine
Farbe: Greenery
Edition 2017.



Ergonomie, Qualität und Ambiente:
Alles im grünen Bereich.

Die KaVo ESTETICA™ E70/E80 Vision gibt es jetzt
exklusiv in der PANTONE® Trendfarbe des Jahres 2017.
Der Farbton Greenery ist lebensbejahend und Sinnbild
für Leidenschaft und Vitalität. Er wird nicht nur in der
Mode-, Architektur- und Designwelt allgegenwärtig
sein, sondern dank KaVo jetzt auch in Ihrer Praxis.

Jetzt informieren:
www.kavo.com/greenery

KaVo Dental GmbH
Bismarckring 39
88400 Biberach
www.kavo.com

KAVO
Dental Excellence

Parodontologie/
Prophylaxe/
Metall- und Vollkeramik

BEHANDLUNGSPROTOKOLL
// SEITE 016

Erfolgreiche Parodontaltherapie

DIGITALE ZAHNTECHNIK // SEITE 044

Digital ist genau: Intraoralscan
komplettiert digitalen Laborworkflow

WEITERBILDUNG // SEITE 052

BVD-Fortbildungstage 2017:
In veränderten Arbeitswelten bestehen

BVD
BUNDESVERBAND
DENTALHANDEL

BEHANDLUNGSPROTOKOLL // Mit einer konsequent durchgeführten Vor- und Nachsorge in der Prophylaxe können der Therapieerfolg sichergestellt und Rezidive vermieden werden. Dabei ist es essenziell, Parodontalerkrankungen frühzeitig zu erkennen und einer individuellen Therapie zu unterziehen.

ERFOLGREICHE PARODONTALTHERAPIE

Vesna Braun / Appenweier

Abb. 1: Verständliche Erklärungen fördern die Patientencompliance.



Risikobeurteilung Allgemeinanamnese:

Tab. 1

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------|
| - Allergien? | - Migräne? |
| - Blutgerinnungsstörungen? | - Grüner Star? |
| - HIV positiv? | - Prostataerkrankung? |
| - Hepatitis B, C? | - Asthma? |
| - Diabetes? | - Schwanger? |
| - Schilddrüsenerkrankung? | - Medikamente? |
| - Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? | - Organtransplantation? |
| | - Raucher? |

Spezielle Anamnese:

- Parodontaler Screening Index (PSI)

Prophylaktische Maßnahmen und eine bessere Mundhygiene haben in den letzten Jahren dazu geführt, dass die Menschen in Deutschland immer seltener an Karies erkranken. Nicht so erfolgreich sind wir allerdings bei der Bekämpfung der mittleren und schweren Parodontitis. Sie tritt heute häufiger auf, da die Lebenserwartung der Menschen höher ist und sie dabei immer länger ihre eigenen Zähne behalten. Mit der modernen Parodontologie ist die Diagnostik vielfältiger geworden und damit sind wir in der Lage, die Erkrankung frühzeitig zu erkennen, entsprechend zu behandeln und ein Rezidiv zu vermeiden. Insgesamt stellt dies vielleicht einen umfangreicheren Aufwand als noch vor ca. 15 Jahren dar, erfolgt dafür aber sanfter, effizienter und ein Großteil der Therapie kann nach heutigem Stand nichtchirurgisch erfolgen. Oberstes Ziel ist dabei, parodontalerkrankte Patienten im Frühstadium zu erkennen, um Rückfälle und unnötige Therapiewiederholungen zu vermeiden. Eine Risikobeurteilung (Tab. 1) anhand der allgemeinen und speziellen Risikoparameter hilft als erste Maßnahme, Patienten zielgerichtet zu filtern, für die eine Parodontaltherapie erforderlich ist (Abb. 1).

Aufklärung

Ergibt sich aus den Befunden eine Parodontalerkrankung, wird der Patient über Befund, Ursache, Therapienotwendigkeit,



Abb. 2



Abb. 3

Abb. 2: Der PSI zeigt einen schnellen Parodontalüberblick und die Möglichkeit/Notwendigkeit von weiteren Behandlungstherapien. **Abb. 3:** Situationsbilder, digitalisierte Befunderhebungen unterstützen das Patientenverständnis und sparen Zeit.

Alternative und Prognose aufgeklärt. Dies geschieht selbstverständlich in der Form, dass es der Patient versteht und nachvollziehen kann. Denn für die meisten Patienten kommt die Diagnose „Parodontitis“ überraschend. Warum ich und warum jetzt? Ich war doch immer beim Zahnarzt zur Kontrolle oder zur professionellen Zahnreinigung! Das sind nur einige Fragen, die klärend besprochen werden müssen. Ist der Patient über den aktuellen Befund und den daraus resultierenden

Behandlungsbedarf informiert, erfolgt die Information über die Notwendigkeit weiterer Termine (Vorbehandlung) (Tab. 2), Dauer, Kosten und Inhalt. Aus der Risikoanamnese (alle Patienten) und der positiven Bewertung (PSI 3) erfolgt die Konsequenz einer erweiterten Diagnostik inkl. einer systematischen Prophylaxebetreuung (Vorbehandlung). Nur so können wir sicherstellen, dass der Patient die erforderliche und maßgeschneiderte Therapie erhält.

Vorbehandlung

Die parodontale Vorbehandlung erfolgt in einer bis drei Sitzungen und kann in den meisten Fällen (Delegationsrahmen beachten) an eine hierfür qualifizierte Prophylaxemitarbeiterin mit einfühlsamem Menschenumgang delegiert werden. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass Patienten, die sich umfassend und gut beraten fühlten, ihren Krankheitsbefund ernst nehmen und eine bessere Compliance aufweisen (Abb. 3 und 4). Dies ist ein enorm wichtiges Kriterium bei der häuslichen Mitarbeit, Einhaltung der Folgetermine, Zahlungsmoral und letztendlich Förderung der Nachhaltigkeit des Therapieerfolges.

So ist es auch durchaus möglich, dass nach der letzten Vorbehandlungssitzung eine PAR-Weiterbehandlung nicht mehr erforderlich ist. Akute Symptome (Rötung, Schwellung, Blutung) sind verheilt und anfänglich geringe Taschentiefen zurückgegangen. Der Patient kann in diesem Fall direkt in die Erhaltungsphase (PZR) entlassen werden und bekommt im individuellen Turnus den nächsten Prophylaxetermin.

Inhalt/Ablauf einer Vorbehandlung

Tab. 2

1. Sitzung

- Plaque-Index (API)
- Blutungs-Index (SBI)
- Beratung/Information (Krankheitsbild)
- Professionelle Zahnreinigung
- Zungenreinigung
- Evtl. mikrobiologische Tests
- Mundhygieneinstruktion
- Motivation zur Optimierung der MH
- Therapeutische Maßnahmen
- Information über Zweck und Inhalt der nächsten Sitzung
- Vollständige/lückenlose Dokumentation

2. Sitzung

- Plaque-Index (API)
- Blutungs-Index (SBI)

- Beratung/Information
- Remotivation/-instruktion zur Optimierung der häuslichen Bemühungen
- Evtl. Zahnpolitur
- Sondierungstiefen (wenn mgl. 6-Punkt-Messung)
- PA-Klassifizierung
- Attachmentlevel
- BOP
- Suppuration
- Lockerungsgrad
- Okklusion/Artikulation
- Furkation
- Sensibilität
- Röntgenaktualisierung (letzter Befund max. sechs Monate alt)
- Vollständige/lückenlose Dokumentation

PAR-Planung

In allen anderen Fällen erfolgt (beim BEMA-Patient) wie gewohnt die PAR-Planerstellung und Terminvereinbarung (PAR-Termin[e] inkl. Nachsorge). Falls nicht

schon geschehen, muss spätestens jetzt die Botschaft an den Patienten gegeben werden, dass wir mit unseren Therapiebemühungen die Parodontitiserkrankung nicht rückgängig machen können. Unser Ziel ist es, mit dem Patienten gemeinsam den Befund zu verbessern (Gewinn von Reattachement) und den bakteriellen Biofilm inaktiv zu halten. Nicht nur für den Moment, sondern für eine langjährige Zahn-, Mund- und Allgemeingesundheit. Nur wenn der Patient von Anfang an über die erforderlichen engmaschigeren Prophylaxesitzungen und die damit verbundenen Aufwandskosten informiert wurde, hält er auch die Termine in der Zukunft ein!

PAR-Anträge können von den Krankenkassen genehmigt, abgelehnt oder begutachtet werden. Für die Praxis ist es Alltag, für den Patienten kommt der Hinweis, dass nach Ermessen der Krankenkasse ein Gutachter den Behandlungsbedarf überprüft, jedoch oft unerwartet. Dieser kontrolliert nicht nur den behandelnden Zahnarzt (Vorbereitung, Hygienefähigkeit, PAR-Plan und Röntgenaufnahmen), sondern eben auch – ganz wichtig – die Patient compliance: Wann, wie oft und gründlich wird die Plaque entfernt und



Abb. 4

Abb. 4: Praktische Übungen erleichtern die Umsetzung zu Hause und erhöhen die Motivation.

welche Hilfsmittel (Abb. 5) werden bei der Zwischenraumreinigung eingesetzt?

PAR-Therapie

Ist der Plan genehmigt, steht dem Therapiebeginn nichts mehr im Wege und

der Patient kommt zur geschlossenen PAR-Therapie (Scaling and Root Planing) (Abb. 6 und 7). Unter örtlicher Betäubung werden verschiedene Instrumente (Ultraschall, Spezial-Küretten, LPW) so eingesetzt, dass ein Großteil der Bakterien aus den Parodontaltaschen und den Bereichen des oberen Gingivalsaums schonend und effektiv entfernt werden. Eine vollständige Eliminierung der parodontalpathogenen Mikroorganismen ist nicht erreichbar, auch bei der Gabe von Antibiotika oder chirurgi-

Abb. 5: Weniger ist mehr! Anfänglich reichen ein bis zwei Hilfsmittel für die Zwischenraumpflege aus. Die Auswahl erfolgt situationsangemessen und patientenorientiert (Motorik).



Inhalt/Ablauf einer unterstützenden Parodontaltherapie Tab. 3

- Allgem. Anamnese
- API, SBI, BOP
- Beratung
- Evtl. Grobreinigung
- Biofilmmangement
- Supragingivale Politur
- Zungenreinigung
- Remotivation/-instruktion
- Therapeutische Maßnahmen
(s. auch Abb. 9)
- Vollständige/lückenlose Dokumentation
- Terminvergabe

Zusätzlich mind. 1 x jährlich:

- Erhebung aller parodontal relevanten Indices, wie z. B. Sondierungstiefen

Adjuvante Therapiemaßnahmen PAR

Tab. 4

- Desensibilisierung
- Lokale Fluoridapplikation
- Ätherische Öle
- Chemo-Präparate
- aPDT, z. B. HELBO (antimikrobielle Photodynamische Therapie)
- Ozon
- Mineralienhaushalt
- Antibiotika

schen Maßnahmen. Eine, wenn auch sehr geringe, Bakterienmenge verbleibt und kann zu einer Rekolonisation führen. Dabei sei erwähnt, dass bei ca. zwei Drittel der Patienten eine möglichst gründliche Bakterienreduktion zu einer deutlichen Entzündungsabnahme und damit auch zu einer relevanten Abnahme weiterer Knochenabbauprozesse führt.

Nachsorge

Schon kurze Zeit später, bei der PAR-Nachsorge, können erste (kleine) Erfolge mit dem Patienten besprochen werden (Abb. 8), die gerne für die Bestätigung des bisherigen „Therapieaufwandes“ und die Mitarbeit genutzt werden sollen. Die erste Hürde ist geschafft und der Patient wird angeleitet, weiterhin seinem neuen „Hobby“, der intensiven Mundhygiene, nachzugehen.

Richtig interessant wird es etwa acht bis zehn Wochen nach der initialen Intervention, bei der sog. PAR-Risikobeurteilung. Hier kann das Therapieergebnis erstmalig erneut gemessen und mit dem Erstbefund (PAR-Plan) verglichen werden. Positive Veränderungen werden sich aber auch in den Folgemonaten, bis zu zwölf Monate, noch zeigen. Mit dieser Sitzung muss aber die Frage geklärt werden: Können wir den Patienten zu diesem Zeitpunkt in die Erhaltungsphase verabschie-

Abb. 6: Durchführung von Scaling and Root Planing mit entsprechenden Hilfsmitteln (maschinell: Ultraschall, manuell: Gracey-Küretten).



Abb. 6



ALPRO®
ALPRO MEDICAL GMBH
www.alpro-medical.com

PrintoSept-ID

Aldehyd- und phenolfreie gebrauchsfertige Lösung zur Reinigung und Desinfektion aller Arten von zahnärztlichen Abformungen, getragenen Zahnersatz und zahntechnischen Werkstücken.

PrintoSept-ID ist auch geeignet zur Anwendung in Desinfektionsgeräten zur Aufbereitung von Abformungen, Modellen, Bisssschablonen, Hilfsteilen etc..

Unsere PrintoSept-ID Aktion

REF 5548

- 1 x PrintoSept-ID, 5 Ltr. Kanister
- 1 x AlproSol, 1 Ltr. Dosierflasche
- 1 x Abdruckdesinfektionswanne, 1 Ltr.
- 1 x Timer
- 1 x Arbeitsanweisung

115,00 €* 

Angebot gültig vom 01.03.2017 - 31.01.2018



Abb. 7



Abb. 8



Abb. 9

Abb. 7: Biofilmbearbeitung mittels Luft-Pulver-Wasser-Strahlgerät, glycinbasiertem Pulver und subgingivalem Ansatz. **Abb. 8:** Klinische Situation nach PAR-Therapie. **Abb. 9:** Lokale Laser-Licht-Anregung der zuvor mit einem Photosensitizer markierten subgingivalen Mikroorganismen bildet Singulett-Sauerstoff und führt zur drastischen Keimreduzierung.

den oder bedarf es adjuvanter Maßnahmen (Tab. 4) oder einer Therapieergänzung, der sog. offenen PAR-Therapie? Die Kriterien hierfür wären positives BOP und Taschentiefen ab 6 mm. Mit der erneuten Risikobeurteilung des parodontalen Therapieergebnisses wird in der gleichen Sitzung die in Zukunft für diesen (Risiko-) Patienten geltende Prophylaxe, eine unterstützende Parodontaltherapie (UPT), durchgeführt (Tab. 3).

Erfolg entsteht nur gemeinsam

Die Parodontitis mit ihrem chronischen Charakter setzt, einmal diagnostiziert, als Voraussetzung des Therapieerfolges eine regelmäßige und lebenslange Nachsorge bzw. Nachtherapie voraus, immer bedarfsorientiert und nie zu viel oder zu wenig. Das primäre Ziel ist, in wiederkehrenden Abständen die sich erneut etablierenden bakteriellen Ablagerungen in subgingivalen Bereichen schonend zu entfernen (Biofilmmanagement). Dabei handelt es sich um Bereiche, die der Patient auch mit noch so großen Bemühungen zu Hause nicht erreichen kann. Genau hier zeigt sich die Notwendigkeit einer Teamarbeit: Supragingivale Zonen obliegen der häuslichen Pflege, subgingivale Bereiche dem Profi in der Zahnarztpraxis. Im ersten Jahr nach der PAR-Therapie empfiehlt sich eine vier Mal jährlich erfolgende Nachsorge (3-Monats-Turnus). Zwölf Monate später zeigt die Reevalua-

tion mit der Erhebung der Sondierungstiefen, ob der Rhythmus verlängert werden kann. Schließlich möchte man die Gewissheit haben, dass keine oder auch trotz Therapie nur möglichst geringe weitere Knochenverluste aufgetreten sind. Der Erkrankungsgrad und die Compliance bestimmen fortan die Prophylaxeintensität und den Abstand, da Compliance, Gewohnheiten und Allgemeingesundheit mit der körpereigenen Abwehrfunktion variabel zu sehen sind.

Biofilmreduzierung im Fokus

Bei der unterstützenden Parodontaltherapie gilt es zunächst immer, das momentan bestehende Risiko zu erkennen. Anfängliche Indizes-Erhebungen spiegeln die Verlaufskontrolle und den Compliance-Check und ermöglichen erst eine abgestimmte unterstützende Parodontaltherapie. Jeder einzeln erhobene Index mangelt an Aussagekraft, liefert aber im Gesamtbild wichtige Informationen über Inhalt und Ablauf der bevorstehenden Prophylaxesitzung. Muss die Putztechnik optimiert, Hilfsmittel angepasst, Zwischenraumpflege intensiviert oder Putzhäufigkeit geändert werden? Sind die Zahnoberflächen grundsätzlich hygienefähig? Tauchen lokale Rezidive auf, können sie zeitnah behandelt werden (Abb. 9). Eine Plaque-markierung ist in jedem Fall zu empfehlen, wie auch Fotodokumentationen nach Markierung und nach Zahnreinigung. Für

die Patienten ist die Wichtigkeit und Notwendigkeit der UPT in bildhafter Form (von der eigenen Situation) am nachvollziehbarsten. Supragingivaler Biofilm und Zahnstein lassen sich leicht entfernen und bei engmaschigen, dreimonatigen Nachsorgeabständen haben es Konkrementablagerungen schwer. Im Fokus steht bei der UPT die Biofilmreduzierung im subgingivalen Bereich mit entsprechenden Hilfsmitteln, wie dem Luft-Pulver-Wasser-Strahlgerät (LPW) inkl. subgingivaler Ansätze. Die effiziente subgingivale Biofilmreduzierung unter 5 mm Taschentiefe ist mit den heute zur Verfügung stehenden niedrigabrasiven Pulvern z.B. auf Glycinbasis, mit einer weitaus geringeren Pulver-Korngröße (i.V. zu Bikarbonat), Indikation und adäquater Anwendung zu empfehlen. Konventionelle Politurmaßnahmen an den supragingivalen Zahnoberflächen können, je nach Verfärbungsgrad, zusätzlich mit Polierkelch und Paste bearbeitet werden. Abschließend kann die individuelle Therapie, entsprechend dem individuellen Sensitivitäts-, Karies-, Gingivitis-, Mukositis-, PA- und Periimplantitisrisiko, erfolgen.



VESNA BRAUN

Dentalhygienikerin,
Praxistrainerin
Im Heidewald 11
77767 Appenweier
www.praxis-and-more.de