

Lutz Laurisch

# Erfolgreiche Umsetzung präventiver Behandlungskonzepte in der Praxis



Foto: New Africa/stock.adobe.com

## Quintessenz für das Praxisteam

Die Umsetzung präventiver Behandlungskonzepte ist nicht alleine Aufgabe des Zahnarztes. Ein geschlossener Auftritt des gesamten Teams („Corporate Identity“) ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Kommunikation mit dem Patienten, welche wiederum der Schlüssel zur Umsetzung der präventiven Praxiskonzepte ist. Der Beitrag gibt Hinweise auf die Faktoren, welche den Behandlungserfolg beeinflussen könnten.

### Summary

Many individual parameters contribute to a successful preventive orientated dental office. Preventive thinking and acting is only one point of a successful practice. The motivation of all is required as well as a complete new organization of the treatment process. The entire dental team and the individual management style of the practice owner determine the successful implementation of preventive action and care concepts. The inner attitude and motivation of all participants influences the authenticity of the overall appearance of the practice.

### Zusammenfassung

Viele einzelne Parameter tragen dazu bei, eine erfolgreiche präventive Praxis zu führen. Hierbei sind nicht alleine präventives

Denken und Handeln die einzige Voraussetzung. Die Motivation aller Beteiligten, die Organisation des Behandlungsablaufes, das gesamte Praxisteam und der individuelle Führungsstil des Praxisinhabers bestimmen die erfolgreiche Umsetzung von präventiven Handlungs- und Betreuungskonzepten. Die innere Grundeinstellung und die Motivation aller Beteiligten beeinflussen die Authentizität des gesamten Erscheinungsbildes der Praxis.

■ **Keywords:** Prävention, Präventionskonzepte, Praxisorganisation ■

### Präventives Denken

Die präventiv orientierte Praxis wird von der Grundphilosophie der Krankheitsvermeidung bestimmt. Es wird als selbstverständlich vor-

ausgesetzt, dass ein sauberer Zahn keine Karies bekommt. Allerdings zeigt sich bei der Umsetzung im täglichen Praxisbetrieb, dass es leichter ist, das Auftreten kariöser Läsionen im Glatt- und auch im Kauflächenbereich zu verhindern als im Approximalbereich.

Nicht immer reicht es hier aus, bei höherem Risiko die Zeitabstände der professionellen Maßnahmen zu verkürzen. Auch sind durch fluoridhaltige Applikationen fehlende Compliance des Patienten sowohl in seinen Hygieneanstrengungen, aber auch in seiner Ernährungsorgfalt nicht zu kompensieren. Veränderungen des Kariesrisikos sind die Folge, es entstehen kariöse Veränderungen der Zahnhartsubstanz.

Aufgrund der Tatsache, dass die Progredienz einer initialen Demineralisation bis hin zu einer Kavitation einen längeren Zeitab-

schnitt umfasst, sind für den Patienten die Zusammenhänge zwischen dem Fehlverhalten und den sich daraus ergebenden Konsequenzen nicht unbedingt erkennbar. Gerade durch diese zeitliche Verzögerung ergeben sich aber präventive Strategien in der Praxis, die Demineralisation zeitnah zu behandeln, um so die Kavitation zu vermeiden.

Für die Erstellung eines individuellen Präventionskonzeptes benötigt man mehr als die alleinige klinische Untersuchung. Zur Risikobestimmung ist es auch erforderlich, weitere individuelle Faktoren zu erheben. Hierzu zählen eine Ernährungsanamnese mit dem Ziel der Ermittlung der Zuckerimpulse zwischen den Hauptmahlzeiten, Art und Weise sowie Zeitpunkt der häuslichen Hygienemaßnahmen und eine Fluoridanamnese.

Diese leicht zu erhebenden Informationen müssen in vielen Fällen durch Ermittlung subklinischer Parameter, wie z. B. den Speichel-pH-Wert, die Pufferkapazität, die Sekretionsrate sowie die Anzahl an kariesrelevanten Keimen, z. B. die Anzahl an Mutans-Streptokokken und Laktobazillen, mit einem geeigneten Testverfahren ergänzt werden.

In Kenntnis all dieser Risikoparameter können in Abhängigkeit von der topographischen Lage der Demineralisation weitere

Behandlungsschritte eingeleitet werden. Sind rein präventive Maßnahmen aufgrund dieser Überlegungen nicht mehr indiziert, so sind minimal restaurative Behandlungsschritte unvermeidbar.

Im Gegensatz zur Kariesprävention ist die parodontale Gesundheit nicht in allen Fällen ausschließlich durch supragingivale Plaquekontrolle beeinflussbar. Individuelle Parameter wie Rauchen, Stress oder Diabetes sowie die genetisch determinierte immuninflammatorische Antwort des Wirtes beeinflussen das Auftreten sowie die Progredienz einer parodontalen Erkrankung.

Dies bedeutet für die Prävention, dass nicht in allen Fällen einer parodontalen Erkrankung die parodontale Stabilität dauerhaft gesichert ist. Risikodiagnostische Maßnahmen wie z. B. die Bestimmung des Genotyps oder auch von inflammatorischen Faktoren (z. B. Interleukin 2 Polymorphismus) können helfen, das individuelle Risiko zu bestimmen, die Therapie zu optimieren und die Prognose des Patientenfalles einzuschätzen (1). Ein spezieller Test weist schon im Frühstadium durch Bestimmung von Matrix-Metallo-Proteinase auf eine beginnende parodontale Erkrankung hin, was einerseits der Praxis die Möglichkeit gibt, rechtzeitig zu intervenieren, andererseits dem Patienten seine eigene Gefährdung objektiviert klarmacht.

Dieses Vorgehen ist vielleicht nicht bei jedem Parodontitis-Patienten notwendig, hilft aber in besonders schwierigen oder progredienten Fällen, dem Patienten klar zu machen, dass selbst bei umfassender Therapie und präventiver Betreuung die Prognose des Falles durch die ermittelten individuellen Risikoparameter beeinflusst werden kann. Gleichzeitig hilft es, dem Patienten rechtfertigend zu vermitteln, welcher Behandlungsaufwand in Zukunft auf die Praxis und ihn zukommen wird, um einen parodontal akzeptablen Gesundheitsstatus zu etablieren und aufrecht zu erhalten.

Prävention endet aber nicht auf der „Patientenebene“ – also der „klassischen“ Prophylaxe. Präventives Handeln auf der „Zahnebene“ bedeutet, für jeden Zahn unter Berücksichtigung präventiver, konservierender, kieferorthopädischer und prothetisch-restaurativer Konzepte eine prognostische Beurteilung zu finden (Abb. 1). Abbildung 1 zeigt, welche Faktoren die Entscheidungsfindung über die weitere Therapie des Zahnes 27 beeinflussen sollten. Erst nach Abwägung aller Vor- und Nachteile unterschiedlicher Therapiemöglichkeiten kann eine Therapieentscheidung getroffen werden. Dies bedeutet aber auch, dass die Zahnarztpraxis in der Lage sein muss – losgelöst von eigenen Behandlungsvorlieben und Spezialisierungen – zu einer ob-

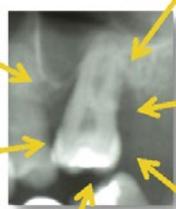
### Synoptische Beurteilung eines Zahnes

#### Parodontologische Beurteilung

*Raucher, Diabetes, immunologische Schwäche, parodontaler Genotyp, Gingivatyp, Taschentiefe, Mobilität, Hygienemöglichkeiten, Defektmorphologie, Funktionsbeteiligung (Klasse?)*

#### Funktionelle Beurteilung

*Störfaktor, Okklusionshindernis in statischer oder dynamischer Okklusion*



#### Restaurative Beurteilung

#### Kieferorthopädische Beurteilung

*Verbesserung des PAR-Befundes durch Aufrichtung des Zahnes?*

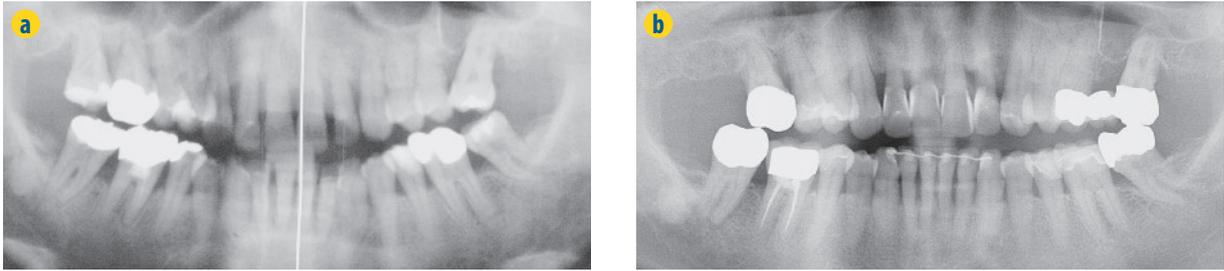
#### Prothetische Beurteilung

*Möglicher Pfeilerzahn?*

#### Endodontische Beurteilung

*Wurzelfüllung möglich?*

**Abb. 1:** Beispielhafte umfassende prognostische Beurteilung des Zahnes 27. Erst nach Abwägung aller möglichen Therapieoptionen mit ihren Vor- und Nachteilen kann über das weitere therapeutische Vorgehen entschieden werden



**Abb. 2a, b:** Aufgrund der strategischen Bedeutung des Zahnes wurde dieser nach parodontaler Behandlung (GTR-Therapie) kieferorthopädisch aufgerichtet, der Unterkiefer in zentrischer Kondylenposition eingestellt und prothetisch gesichert. Röntgenbefunde von 2006 (a) und 2018 (b)

jektiven fachlichen Gesamtbeurteilung zu finden (Abb. 2a, b). Abbildung 2b zeigt den Zahn 27 zwölf Jahre nach parodontaler/prothetischer Behandlung und kieferorthopädischer Aufrichtung durch Distalisation.

Aufgrund der wissenschaftlichen Datelage definieren sich die Ziele der präventiven Praxis in Bezug auf die Kariesprophylaxe wie folgt:

- Kariöse Läsionen vollständig vermeiden,

- Restauration erst dann, wenn durch präventive Maßnahmen keine Remineralisation mehr zu erwarten ist,
- Gefährdungen und Probleme des Patienten erkennen und mit geeigneten präventiven Maßnahmen darauf reagieren.

Entsprechend lauten die Ziele im Hinblick auf die Parodontalprophylaxe:

- Parodontitis vollständig vermeiden,

- Parodontitis in ihrer Progredienz beeinflussen; dies bedeutet gleichzeitig auch, über das notwendige Fachwissen zu verfügen, welche Möglichkeiten wir haben, die Progredienz parodontaler Erkrankungen zu beeinflussen.

Es ist wichtig, das präventive Denken dem Patienten als präventive Praxisphilosophie zu kommunizieren. Zahnverlust ist kein Schicksal, frühzeitige Prophylaxe



**Abb. 3a:** Intraorale Ansicht von anterior

**Abb. 3b:** Aufsicht Unterkiefer

**Abb. 3c:** Zahnstein – Detail im Unterkiefer rechts

**Abb. 3d:** Röntgenbefund (OPG) vor Behandlungsbeginn. Deutlich erkennbar sind die multiplen kariösen und parodontalen Läsionen

**Abb. 3e:** Aufsicht Unterkiefer nach präventiver und parodontaler Vorbehandlung sowie prothetischer Versorgung. Lediglich die Zähne 34, 33 sowie 43, 44 konnten erhalten und mit Teleskopkronen versorgt werden

**Abb. 3f:** Abschlussbefund mit eingesetzter Totalprothese im Oberkiefer und teleskopierender Unterkieferprothese (sublingualbügelfrei)

**Abb. 3a bis f:** Bilder einer 48-jährigen Frau, deren letzter Zahnarztbesuch vor 25 Jahren war. Nicht jeder Fall sollte sofort einer umfangreichen Extraktionstherapie zugeführt werden. Erst nach initialer präventiver Therapie, nach Aufklärung und Motivierung kann über den weiteren Behandlungsverlauf und über die Prognose jedes einzelnen Zahnes in der Mundhöhle entschieden werden. Seit dem Abschluss der Sanierungsmaßnahmen nimmt die Patientin seit über zehn Jahren hochmotiviert am regelmäßigen Recall teil

oder rechtzeitiger Behandlungsbeginn sind wünschenswert, jedoch kommt man in keinem Alter mit der Prävention zu spät (Abb. 3 und 4). Diese Anliegen gilt es, dem Patienten als letztlich zentrale Botschaft der Zahnarztpraxis zu vermitteln.

### Präventionsstrategie

Prävention behandelt nicht die Karies selbst, sondern das Risiko zu erkranken. Gleichzeitig können durch geeignete Präventionsmaßnahmen aufgetretene oder

bestehende initiale Veränderung an einer Progression gehindert werden; im Idealfall ist sogar deren Regression möglich. Dazu ist es aber erforderlich, alle Risikofaktoren, welche den Erkrankungsverlauf beeinflussen, zu kennen. Hierzu gibt es im karies-



Abb. 4a: Intraoraler Befund 2004, Zustand nach ITN



Abb. 4b: Oberkiefer nach ITN-Sanierung

Abb. 4a-c: Anfangsbefund des Patienten (\*2001) im Jahre 2004. In einer im Alter von zwei Jahren durchgeführten ITN wurden die Zähne 52-62 entfernt. Bis zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung bei uns erfolgte keine weitere zahnärztliche Betreuung



Abb. 4c: Unterkiefersituation vor Behandlungsbeginn



Abb. 4d: Nachweis von SM bei Behandlungsbeginn: das Biotop befindet sich in einer Dysbiose bzw. in einem extrem pathologischen Biofilm  
Abb. 4e: Nachweis der Laktobazillen bei Behandlungsbeginn. Die Laktobazillenanzahl ist Folge der unversorgten Kavitäten sowie eines ausgeprägten Zuckerkonsums. Darüber hinaus lassen sich auch Hefepilze nachweisen



Abb. 4f: Oberkieferansicht 2010 nach kontinuierlicher präventiver Betreuung



Abb. 4g: Ansicht von frontal 2010



Abb. 4h: Oberkiefer Aufsichtsaufnahme 2016



Abb. 4i: Panoramaschichtaufnahme 2016 zeigt ein kariesfreies Gebiss



Abb. 4j: Nachweis der SM-Zahl: Das Mundbiotop befindet sich in einer Homöostase mit einer geringen Kariesgefährdung

Abb. 4k: Nachweis der Laktobazillenzahl: die geringe Anzahl an Laktobazillenkolonien weist auf eine zahngesunde, zuckerreduzierte Ernährungssituation hin

Abb. 4a bis k: Die Bilder zeigen den Behandlungsverlauf eines 4-jährigen Jungen von 2004 bis 2016 sowie den mikrobiologischen Befund (Laktobazillen auf CRT (IvoclarVivadent) jetzt KariesScreenTest (Fa. Aurosan)) 2004 und 2016. Das extrem hohe Kariesrisiko konnte erfolgreich behandelt und alle zukünftigen Zähne über den Zeitraum von zwölf Jahren kariesfrei erhalten werden. Der subklinische Befund zeigt anhand der Laktobazillenanzahl, dass der Fall nicht nur klinisch, sondern auch subklinisch als gesund einzuschätzen ist. Das Mundbiotop befindet sich in einer homöostatischen Situation

## Literaturverzeichnis:

1. Page RC, Kornman KS. The pathogenesis of human periodontitis: an introduction. *Periodontol* 2000. 1997;14:9-11.
2. Krasse B. Die Quintessenz des Kariesrisikos. Berlin: Quintessenz, 1986.
3. Laurisch L. Die Bestimmung des individuellen Kariesrisikos – Voraussetzung für eine Prophylaxe nach Maß. *Oralprophylaxe*. 1988;10:126-33.
4. Laurisch L. Praxisorganisation Prophylaxe – Vorstellung eines praxisnahen Konzeptes. *Prophylaxe-Dialog*. 1998;2:8-10.
5. Harrel SK, Nunn ME. The effect of occlusal discrepancies on periodontitis. Relationship of occlusal treatment to the progression of periodontal disease. *J Periodontol*. 2001;72:495-505.
6. Laurisch L. Organisation und Interaktion im Team. In: Bundeszahnärztekammer (Hrsg). *Qualifizierte Prophylaxe in der Zahnarztpraxis. Ein Leitfaden der Bundeszahnärztekammer*. Berlin: BZÄK. 2003;26-8.
7. Laurisch L. Prophylaxe ist mehr als PZR. *Dental Magazin*. 2008;4:32-5.
8. Hussein RJ, Schneller T. Einflussfaktoren auf die zahnärztliche Prophylaxe seitens des Zahnarztes, des Patienten sowie des Gesundheitssystems. 2017;72(2):134-46.
9. Devigne S. Alles gecheckt. *Zahnärztl Mitt* 2004;94(2):126.
10. Götz W. Wo Mitarbeiter ihr Gehalt selbst festlegen [Interview]. *Rheinische Post* vom 23.03.2015. Internet: [www.rp-online.de/wirtschaft/unternehmen/goetz-werner-wo-mitarbeiter-ihr-gehalt-selbst-festlegen-aid-1.4963184](http://www.rp-online.de/wirtschaft/unternehmen/goetz-werner-wo-mitarbeiter-ihr-gehalt-selbst-festlegen-aid-1.4963184). Abruf: 24.05.2016.

prophylaktischen wie auch im parodontalprophylaktischen Bereich ausreichende Konzepte (2, 3).

Das Ergebnis einer solchen Risikodiagnostik zeigt auf, welche Behandlungsstrategien erforderlich sind, um das Erkrankungsrisiko zu minimieren. Hierbei übernimmt die Praxis Verantwortung durch Handeln und Agieren. Im Gegensatz dazu stehen konventionelle Präventionskonzepte ohne Risikoermittlung. Hier stehen eher die Beratung und Reaktion auf pathologische Veränderungen in der Mundhöhle im Mittelpunkt der Bemühungen (4). Letztlich bewirkt dieses konventionelle Präventions-

konzept, dass auf klinische Veränderungen mit einer präventiven Maßnahme reagiert wird. Diese Reaktion ist dann auch mit einer Schadensbegrenzung gleichzusetzen.

Konsequente Betreuung von Patienten zeigt auch, dass unterschiedliche Altersklassen vollständig andere Risikofaktoren aufweisen.

Bei Kindern und Jugendlichen steht die Kariesproblematik im Vordergrund. Allerdings gibt es auch viele kieferorthopädische Probleme, die frühzeitig behandelt werden sollten: Hierzu zählen der anteriore oder seitliche Kreuzbiss bzw. Zwangsbiss, aber auch Dreh- und Kippstände, in denen sich kariogene Mikrobiotope entwickeln können. Längeres Lutschen, Nuckeln oder Mundatmung verursachen myofunktionelle Probleme, die Einfluss auf das kieferorthopädische Behandlungsergebnis haben können.

Bei älteren Patienten finden sich oft Versorgungsdefizite, Probleme an Kronen und Brücken, parodontale Befunde sowie Probleme, welche durch Nachlassen der Speichelproduktion (Wurzelkaries, Veränderungen der Ernährung) bedingt sind.

Das Wissen um altersspezifische Probleme erleichtert daher rechtzeitiges Erkennen patientenindividueller Erfordernisse und ermöglicht so eine gezielte Auswahl geeigneter präventiver Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen.

### Organisation der präventiv orientierten Praxis

Das Gespräch ist die Voraussetzung zu einer besseren präventionsorientierten statt restaurativ ausgerichteten Zahnheilkunde. Daher obliegt es dem Zahnarzt, bereits in der ersten Beratungssitzung dem Patienten dieses Praxiskonzept zu erläutern und nahe zu bringen. Anhand des individuellen Patientenbefundes können Ursachen von Karies und Parodontitis am konkreten Beispiel erläutert und damit auch gleichzeitig Versäumnisse in der Vergangenheit im präventiven Bereich dargelegt werden. Dies stellt einen nicht zu unterschätzenden Motivationsfaktor dar. Gleichzeitig sollte auch im

Rahmen einer Funktionsdiagnostik geklärt werden, ob eventuelle Funktionsstörungen für parodontale Erkrankungen (vertikaler Knochenverlust, Zahnlockerung) oder cranio-mandibuläre Probleme verantwortlich sind (5).

Vor weiteren kurativen Behandlungsmaßnahmen sollte zunächst eine Prophylaxesitzung erfolgen. In dieser Sitzung ist es Aufgabe der qualifizierten Prophylaxefachkräfte, die Gesprächsinhalte der Zahnarztsitzung zu vertiefen, festgestellte Gefährdungen und das damit verbundene Erkrankungsrisiko zu erklären und vom individuellen Patientenbefund Prophylaxeziele abzuleiten.

Bildvergrößernde Darstellungsmöglichkeiten, wie z. B. die Verwendung einer intraoralen Kamera, sind dabei wertvolle Erklärungs- und Motivierungshilfen (6). Damit besteht die Möglichkeit, dem Patienten eindrucksvoll zu zeigen, dass er von bestimmten Erkrankungen betroffen ist, was oft bei Patienten eine „Betroffenheit“ im übertragenen Sinne auslöst. Damit wird ein wichtiger Motivationsparameter geschaffen. Bei Vorliegen von Funktionsproblemen (funktioneller Kurzbefund) oder Zahnlockerungen aufgrund von Fehlbelastungen des Patienten sollte nach Abschluss der ersten Prophylaxesitzung eine Okklusionsschiennentherapie begleitend zu allen anderen noch zu erfolgenden Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden.

Gleichzeitig sind auch die Lebensumstände des Patienten zu ermitteln. Erfahrungsgemäß gibt es im Leben eines Patienten Abschnitte, in denen Probleme, welche nichts mit der oralen Situation zu tun haben, diese trotzdem stark beeinflussen können. Diese Veränderung der Prävalenz dentaler Erkrankungen bedeutet, dass die angebotenen Prophylaxemaßnahmen nicht nur interindividuell unterschiedlich sein können, sondern sich auch im Laufe eines Lebens bei einem Patienten verändern.

Erst nach dieser ersten Prophylaxesitzung, welche in der Regel aufgrund des vielfältigen Gesprächs- und Aufklärungsbedarfes mit 60 Minuten terminiert werden sollte, werden notwendige restaurative Behand-

lungsmaßnahmen durchgeführt. Parallel dazu werden weitere Prophylaxesitzungen vereinbart, in denen dann nicht mehr so sehr das Gespräch, sondern – neben der Beantwortung von Fragen und Unklarheiten seitens des Patienten – praktische präventive Maßnahmen im Vordergrund stehen.

Diese durchzuführenden Prophylaxemaßnahmen haben nichts mit dem „professionellen Zahnputzen“ gemein – welches unter der Bezeichnung PTC oder PZR bekannt ist – sondern stellen weitreichendere Behandlungsschritte dar.

Hierzu können beispielhaft gehören:

- supra-subgingivale Belagsentfernung
- Fluoridierungskonzepte
- parodontale Vorbehandlungsmaßnahmen
- Ernährungsanamnese und Ernährungsberatung
- Kontrolle subklinischer Risikoparameter, wie z. B. Kontrolle auf *Streptococcus*

*mutans*, Kontrolle der Laktobazillenzahlen

- Bestimmung parodontal-pathogener Keime
- Applikation antibakterieller Lacke und Gele (koronal/subgingival), Einleitung von antibakteriellen Therapien, ggf. unter Verwendung von Applikationshilfen u. ä. (7).

Zusammengefasst ist die sog. „professionelle Zahnreinigung“ zwar ein wichtiger Bestandteil der präventiven Betreuung des Patienten, aber letztlich nur ein Teil der umfassenden Behandlungsmaßnahmen. Der oft vom Patienten an der Rezeption ausgesprochene Satz „Ich komme zur Zahnreinigung“ sollte daher immer umgehend richtig gestellt werden, weil die „Zahnreinigung“ nicht den ausschließlichen Inhalt einer Prophylaxesitzung ausmacht.

Nach Abschluss der ersten präventiven und initial restaurativen Behandlungsphase findet

im Rahmen einer Reevaluation gemeinsam mit dem Patienten und der behandelnden Prophylaxemitarbeiterin ein Gespräch zur Planung weiterer notwendiger Behandlungsschritte statt. In dieser Sitzung wird dann besprochen, inwieweit weitere Behandlungsmaßnahmen notwendig erscheinen.

Hierzu könnten beispielhaft zählen:

- weitergehende PA Behandlung (SRP)
- offene parodontale Behandlungsschritte (resektiv/regenerativ)
- mucogingivale Behandlungsnotwendigkeiten (z. B. Zahnhalsdeckungen, Verbreiterung der fixierten Gingiva, Beseitigen von hochansetzenden Schleimhautbändern, Zahnfleischverdickungen z. B. durch submuköse Transplantate).

Erst nach Abschluss dieser parodontalen und ggf. auch funktionstherapeutischen Behandlungsmaßnahmen sind weitere indikationsabhängige Behandlungsschritte

Anzeige

## Risikofaktoren erkennen und Parodontitis vorbeugen



Patientengruppen mit erhöhtem Parodontitis-Risiko wissen oft gar nicht, dass sie besonders gefährdet sind. Dazu gehören: Diabetiker, Raucher und Senioren sowie Personen mit hormonellen Veränderungen oder Dauer-Gestresste.

### Parodontitis-Risiko-Test

Mit unserem ausführlichen Parodontitis-Risiko-Test möchten wir Ihre Expertise unterstützen, zur Patientenaufklärung beitragen und zum frühzeitigen Besuch der Praxis motivieren.

### Ihre Empfehlung: aminomed

- ✓ **Natürliche Parodontitis-Prophylaxe** durch antibakterielle und entzündungshemmende Inhaltsstoffe der Kamille u. a.
- ✓ **Kombinierter Kariesschutz** durch ein spezielles Doppel-Fluorid-System aus Aminfluorid und Natriumfluorid mit Xylit
- ✓ **Aminomed reinigt sehr sanft (RDA 50)**
- ✓ **Besonders geeignet für Menschen mit sensiblen Zahnhälsen\*, empfindlicher Mundschleimhaut und Zahnfleischreizungen**

### Jetzt Proben anfordern:

Bestell-Fax: 0711-75 85 779-71

E-Mail: [bestellung@aminomed.de](mailto:bestellung@aminomed.de)

Praxisstempel, Anschrift

Datum, Unterschrift

Bitte senden Sie uns auch Terminzettel



Dr. Liebe Nachf. GmbH & Co. KG  
D-70746 Leinfelden-Echterdingen  
[www.aminomed.de](http://www.aminomed.de)

\* bei 2x täglichem Zahnputzen

aminomed – die medizinische Kamillenblüten-Zahncreme

pr. impuls September 19

indiziert (prothetische Behandlung, kieferorthopädische Behandlung, Implantatbehandlung).

Das Recall sichert das einmal erreichte Behandlungsziel und stellt eine unabdingbare Voraussetzung zum dauerhaften Behandlungserfolg dar (Abb. 5).

Anhand des Beispiels einer präventiven Betreuung über 33 Jahre wird deutlich, dass es nicht immer gelingt, Hygieneverhalten und Ernährungssituation dauerhaft ohne Remotivierung und präventive Betreuung zu erhalten (Abb. 6). Über den gesamten Beobachtungszeitraum hatte die Patientin immer Probleme mit der Pflege ihrer unteren Frontzähne.

Im parodontalen Bereich kommt es darauf an, Veränderungen der immunologischen Reaktion in der dento-gingivalen Problemzone rechtzeitig zu erkennen und mit einer entsprechenden präventiven Maßnahme darauf zu reagieren. Neben einer Intensivierung unserer präventiven Betreuungsmaßnahmen sind aber auch weitere diagnostische Maßnahmen mit entsprechend nachfolgender Therapie denkbar (z. B. Analyse der parodontalen Bakterienflora ggf. mit nachfolgender antibakterieller Therapie).

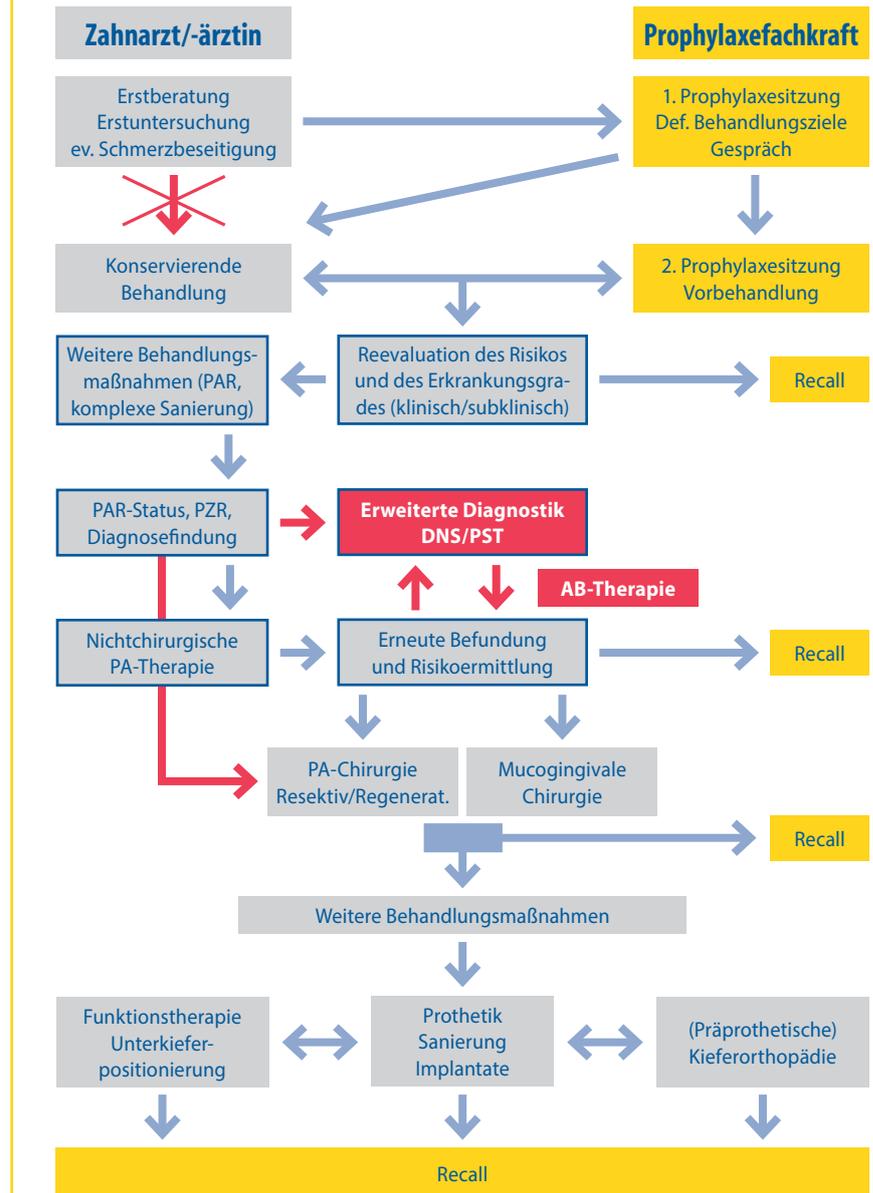
Im Bereich der Kariesprävention und auch der Ernährungssituation zeigt es sich oft, dass eine dauerhafte Veränderung des Mundhygieneverhaltens (auch abhängig von der Ernährungssituation des Patienten) nicht in allen Fällen zu etablieren ist.

Vielfältige von der Zahnarztpraxis nicht zu beeinflussende Lebensumstände des Patienten können das Erkrankungsrisiko verändern und so zu einer Verschlechterung der oralen Situation beitragen.

## Motivation

In der täglichen Praxis zeigt sich, dass die Motivation des Praxisinhabers entscheidend für die Umsetzung der Prävention und damit für deren Erfolg ist.

Folgende Faktoren sind in diesem Zusammenhang besonders wichtig:



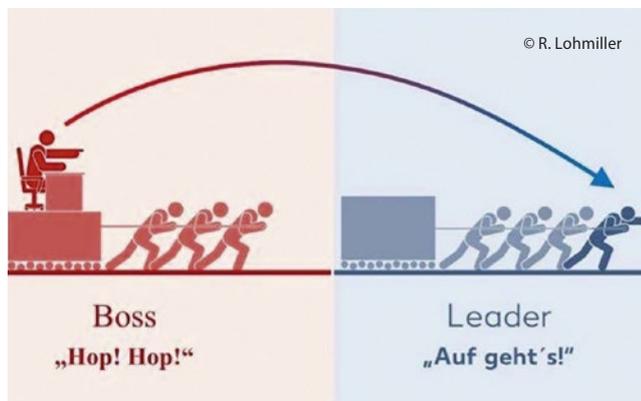
**Abb. 5:** Das Organigramm zeigt die Organisation und Teamaufgaben einer präventiv orientierten Praxis. Gelb hinterlegt ist der Aufgabenbereich der Prophylaxefachkräfte, grau hinterlegt sind die Aufgaben des Zahnarztes, grau mit blauer Umrandung hinterlegt sind die Bereiche, die im Team besprochen und auch entschieden werden sollten. Rote Pfeile stellen nicht zulässige Handlungsabfolgen dar

- die Erfahrung, die der einzelne Zahnarzt in seinem Beruf gesammelt hat,
- seine Literaturkenntnisse bzw. sein medizinischer Background und die Art der Ausbildung (auch postuniversitär), die er bekommen hat,
- seine Wertvorstellungen und Intuition,
- die in der Praxis verfügbaren Hilfsmittel,
- die Zeit, die dem Zahnarzt überhaupt neben seiner kurativen Aufgabe zur Verfügung steht,
- betriebswirtschaftliche Zwänge und Vorgaben,

- das Vorhandensein entsprechend qualifizierten Fachpersonals zur Umsetzung der Konzepte.

Der Zahnarzt als Führungskraft entscheidet also letztlich mit seiner Motivation über eine erfolgreiche Einführung und Umsetzung präventiver Behandlungs- und Betreuungskonzepte. Für ihn kommt es darauf an, Werte und Einstellungen, die er vertritt, jeden Tag vorzuleben, was eine unmögliche Aufgabe ist, wenn man nicht an das glaubt, was man tagtäglich vertreten muss.

Dieser Unterschied zwischen Boss und Leader wird in der folgenden Grafik verdeutlicht:



### Kommunikation

Diese Grundeinstellung des Zahnarztes – und damit letztlich auch des Praxisteam – beeinflusst den Erfolg der Kommunikation mit dem Patienten. Hier ist Authentizität gefragt. Diese wird dann er-

folgreich vermittelt, wenn beide Aspekte der Wahrnehmung – unmittelbarer Schein und eigentliches Sein – vom Patienten in Übereinstimmung befunden werden. Und das geht letztlich nur, wenn alle an das glauben, was den Patienten vermittelt werden soll. Erst die Konkordanz zwischen dem gesprochenen Wort und der Grundeinstellung des Sprechenden bewirkt einen nachhaltigen Motivationseffekt – sowohl beim Patienten als auch beim Sprechenden.

Aus der Verhaltenspsychologie ist bekannt, dass eine Botschaft nur zu 7 % durch die Worte wirkt und zu 93 % durch die Eigenschaften der Stimme (38 %) sowie die Körpersprache (55 %). Von daher ist die innere Grundeinstellung – also der Glaube an die Möglichkeiten der Prävention – von entscheidendem Einfluss für den Erfolg des Konzeptes (8).

Stimmt die Botschaft verbal und nonverbal überein, so kann man beim Patienten in Verbindung mit allen anderen Prophylaxe- und Betreuungsmaßnahmen das Bedürfnis nach gesunden oralen Verhältnissen wecken. Erst durch eine Veränderung der eigenen oralen Sensibilität und Wahrnehmung wird der Patient in die Lage versetzt, sich mit den präventiven Zielen und Behandlungskonzepten



**Abb. 6:** Verlauf eines Falles über 33 Jahre. Nach initialer Prävention, parodontaler und kieferorthopädischer Behandlung (Überstellen des frontalen Kreuzbisses) sowie prothetischer Behandlung erfolgte die präventive Betreuung – abgesehen von den ersten vier Jahren – nicht immer kontinuierlich. Regelmäßige Inanspruchnahmen der Prophylaxesitzungen waren gefolgt von längeren – bis zu 2,5 Jahre dauernden – Behandlungspausen. (Alter der Patientin bei Behandlungsbeginn 49 Jahre. Alter 2019: 82 Jahre)

der Zahnarztpraxis zu identifizieren und sich so in ihnen wiederzufinden.

In der Gesprächsführung beim ersten Patientenkontakt kommt es daher nicht sofort darauf an, Konzepte und eigenes Wissen dem Patienten zu kommunizieren, sondern vielmehr zuzuhören, was der Patient über seine in seiner bisherigen Zahnarztgeschichte gesammelten Erfahrungen zu erzählen hat. So gelingt es, weitergehende Informationen zu sammeln, die es dann gestatten, situationsbedingt – durch „Abholen des Patienten mit seinen Problemen“ – einen Einstieg in das Behandlungskonzept und unsere Präventionsstrategie zu finden.

Die Kernziele der Gesprächsbotschaft sollten daher sein, eine fachliche Hintergrundinformation zu vermitteln, welche es dem Patienten ermöglicht, die eigene Erkrankung zu erkennen und die geplanten Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen als individuelle gesundheitsfördernde Maßnahme zu schätzen und zu akzeptieren.

Zunehmende, viel zu frühe Spezialisierung auf Teilgebiete eines Bereiches der Zahnheilkunde machen es allerdings für den Zahnarzt immer problematischer, eine objektive Aufklärung und Beratung des Patienten losgelöst von eigenen Behandlungsschwerpunkten oder Behandlungsvorlieben durchzuführen.

Diese frühzeitige Spezialisierung könnte dazu führen, dass ein umfassendes Präventions- oder auch Behandlungsspektrum nicht bekannt ist oder nur in Ansätzen dem Patienten vermittelt werden kann.

In den folgenden Beratungssitzungen – sowohl beim Zahnarzt als auch bei der Prophylaxemitarbeiterin – kommt es darauf an, „Du“-Sätze zu vermeiden. Die Mitverantwortung der Zahnarztpraxis für die Zahngesundheit des Patienten verbietet diese Art der Kommunikation. „Du“-Sätze geben die Verantwortung für einen eventuell auftretenden Misserfolg („Sie müssen hier besser putzen“) schon im Vorfeld vom Sprechenden hin zum Angesprochenen. Dies entspricht nicht der Sinnhaftigkeit eines zeitgemäßen präventiven Praxiskonzeptes.

Die Frage einer ausreichenden Honorierung der „ersten“ Prophylaxesitzung ist zwar berechtigt, versperrt aber auch den Blick auf weitere Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen, welche potentiell möglich wären, wenn der Patient eine andere Sichtweise und damit eine differenziertere Betrachtung seiner oralen Gesundheit bekommen würde.

### Führungsstil und Team

Prävention und präventive Maßnahmen sind oft delegierbare Behandlungs- und Aufklärungsmaßnahmen. Die Verantwortung für die gesamte Behandlung bleibt jedoch beim Zahnarzt und ist nicht delegierbar.

Die Umsetzung erfordert im Praxisteam eine Kompetenz, das präventive Gedankengut dem Patienten zu vermitteln. Das Praxisteam erhält so eine Schlüsselposition im Praxiskonzept: Es wird Leistungsträger der Gesundheitsangebote in der Zahnarztpraxis und wird so über die bisherige eigentliche „Assistententätigkeit“ mitverantwortlich für den Behandlungserfolg. Darüber hinaus sind die einzelnen Teammitglieder auch Sympathieträger und zuständig für die menschliche Nähe zum Patienten.

Wie wichtig die Funktion des Zahnarztteams ist, zeigt die Tatsache, dass ein Patientenverlust zu 70 % auf das Verhalten des Praxispersonals zurückzuführen ist (9). Der Zahnarzt muss die Rahmenbedingungen schaffen, welche es dem Praxisteam überhaupt erst ermöglicht, diese Position als Sympathie- und Leistungsträger des präventiven Leistungsspektrums auszufüllen.

Autoritärer Führungsstil schafft diese Rahmenbedingungen nicht. Partizipative Führung des Teams erst ermöglicht es, Veränderungen bei den Mitarbeitern von innen heraus in Gang zu setzen, was diese dann befähigt, Verantwortung übernehmen und qualitätsbewusst arbeiten zu können. Die Mitgestaltung des eigenen Arbeitsbereiches und eine entsprechende Möglichkeit zur Fortbildung erhöht die Motivation und Bereitschaft zur Mitarbeit.

Diese „intrinsische“ Motivation steht diametral im Gegensatz zur „extrinsischen“ Motivation. Bei letzterer wird durch Umsatzbeteiligungen eine zweifelhafte Motivation zur Mehrarbeit geschaffen, was dazu führen kann, dass aus eigenem pekuniärem Interesse Behandlungen vorgeschlagen werden, welche medizinisch nicht immer nachvollziehbar sind.

Folgende Eigenschaften sind in einem funktionierenden Praxisteam wichtig:

- die Motivation (z. B. „spannende“ Aufgaben),
- sich gegenseitig Anerkennung geben,
- die Fähigkeit, unterschiedliche Talente zu nutzen (stark hilft schwach),
- neue Ideen einbringen und nutzen,
- die Möglichkeit, seine eigenen Arbeitsbereiche selbst zu gestalten,
- eine klare Aufgabenverteilung,
- offene Kommunikation pflegen,
- kritikfähig sein und den Mut haben, selbst (auch den Chef) zu kritisieren,
- Vertrauen in die Teammitglieder haben.

Offene Kommunikation bedeutet für den Zahnarzt, Kritik hinnehmen zu müssen, da Kritikfähigkeit eine entscheidende Voraussetzung für die Teamfähigkeit darstellt. „Hierarchische Führung ist nicht mehr zeitgemäß, sondern die Menschen wollen sich wertgeschätzt fühlen. Das geht im Dialog, das funktioniert nicht durch Anweisungen und Befehle“ (10).

### Fazit

In allen geschilderten Bereichen entscheidet letztlich die Authentizität des Zahnarztes und des Praxisteams darüber, ob eine präventiv orientierte Praxis erfolgreich sein wird oder nicht. Wie in einem Symphonieorchester trägt jeder Einzelne zum Gesamtbild bei, die Verantwortung für das gesamte Konzept liegt jedoch beim Zahnarzt als Dirigenten. pi

### Dr. med. dent. Lutz Laurisch

Praxis Dres. Laurisch  
Arndtstr. 25  
41352 Korschenbroich  
E-Mail: Lutz@dr-laurisch.de

# 10 Jahre minilu.de Großes Jubi-Game

minilu.de – das clevere Online-Depot mit mehr als 45.000 Markenartikeln zu mini Preisen – feiert in diesem Jahr 10-jähriges Jubiläum: mit spannenden Aktionen, tollen Angeboten und einem super Gewinnspiel. Dabei habt Ihr die Chance, mit Eurem gesamten Team einen von mehreren Tausend attraktiven Preisen zu gewinnen.

Alle Praxis- und Laborteams, die beim minilu Jubi-Game mitmachen wollen, melden sich am besten noch schnell als Team auf [minilu.de/gewinnspiel](http://minilu.de/gewinnspiel) an. Dort stehen auch unsere monatlichen kleinen Aufgaben, die von Euch gelöst werden müssen. Mit jeder richtigen Lösung sammelt Ihr Punkte. Für Sonderaufgaben gibt es extra viele Punkte. Aus allen Teams, die die Mindestpunktzahl für die Hauptpreise erzielt haben, zieht die Glücksfee Anfang Dezember die Gewinner.

**1.  
Preis**

## New York, New York!

Als erster Preis beim minilu Jubi-Game winkt ein langes Wochenende in einer der faszinierendsten Metropolen der Welt: New York City. Inklusive Flug, Hotel und Programm mit Broadway-Show, Shoppen, Helikopterflug und vielem mehr.

**2.-4.  
Preis**

## Rosarote Pausenzeit

Insgesamt drei Praxen bzw. Laboren spendiert minilu ein stylisches Makeover für den Sozialraum im unverwechselbaren minilu-Look. Diplomierte Architekten sorgen für neuen Glanz mit hochwertiger Einrichtung.

... und Tausende weitere Preise.

Abonniert jetzt den Newsletter auf [minilu.de](http://minilu.de)  
und bleibt so immer auf dem Laufenden!

**10**  
**minilu.de**  
seit 10 Jahren mini Preise