

LEITFADEN DER BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER

# Qualifizierte Prophylaxe in der Zahnarztpraxis

**2., vollständig überarbeitete  
und aktualisierte Auflage**



BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER


LEITFADEN DER BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER

# Qualifizierte Prophylaxe in der Zahnarztpraxis



BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER





Unter einem Leitfaden soll ein wissenschaftlich begründeter und gleichzeitig praxisnaher Problem- aufriß verstanden werden, der dem berufstätigen Zahnarzt eine systematische Orientierungshilfe zu ausgewählten Dienstleistungen der Zahnarztpraxis geben möchte.

Ein Leitfaden kann dieser Orientierungsfunktion nur dann gerecht werden, wenn bei dem Gebrauch die jeweils spezifischen Voraussetzungen der Praxis und die klinischen Gegebenheiten des Patienten in angemessener Weise berücksichtigt werden.

Ein Leitfaden sollte regelmäßig auf seine Aktualität hin überprüft und fortgeschrieben werden.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden die männliche Form der Berufsbezeichnung Zahnarzt als Synonym für Zahnärztinnen und Zahnärzte verwendet und ist entsprechend ihrer Bedeutung geschlechtsneutral zu verstehen.

# Inhalt

Vorwort zur ersten Auflage 1998 (Auszug) .....	04
<b>I. Vorwort zur zweiten Auflage</b> .....	<b>05</b>
<b>II. Anforderungsprofil an eine prophylaxeorientierte Praxis</b> .....	<b>07</b>
<b>III. Strukturmerkmale einer prophylaxeorientierten Praxisführung</b> .....	<b>15</b>
A. Qualifizierung des zahnärztlichen Teams .....	15
B. Fertigkeiten und Kommunikation .....	17
C. Betriebswirtschaftliche Aspekte .....	22
D. Praxisausstattung .....	24
E. Organisation und Interaktion im Team .....	26
<b>IV. Durchführung einer bedarfsgerechten Prävention in der Praxis</b> .....	<b>29</b>
A. Was bedeutet bedarfsgerechte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde? .....	29
B. Diagnostik – Therapieplanung – Re-Evaluation .....	31

## Vorwort zur ersten Auflage 1998

(Auszug)

Mit diesem Leitfaden für eine qualifizierte Prophylaxe in der Zahnarztpraxis soll Zahnärzten eine Orientierungshilfe bei der Umsetzung des Konzeptes der BZÄK „Prophylaxe ein Leben lang“ (vgl. IDZ, 1995 und 1998) in die Praxis gegeben werden. Damit wird ein grundsätzliches Umdenken in der Zahnheilkunde hin zu einer präventivorientierten lebenslangen Begleitung unterstützt, das zu einem veränderten Berufsbild des Zahnarztes führt. Der hier vorgelegte Leitfaden benennt in systematischer Weise Eckpunkte, um Prophylaxe entsprechend den besonderen Gegebenheiten in der eigenen Praxis umzusetzen.

Diese Aspekte sind als Empfehlungen zur Optimierung der Umsetzung der Prophylaxe in den Praxen zu verstehen. Der Leitfaden konzentriert sich auf die epidemiologisch gegenwärtig häufigsten Mundkrankheiten Karies und Parodontopathien; präventive Bemühungen seitens der Zahnärzte sind aber zweifellos auch im Hinblick auf die kieferorthopädische Vorsorge und Früh-erkennung von Zahnstellungs- und Bisslagefehlern, im Hinblick auf Mundschleimhautveränderungen und andere Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten möglich und geboten.

Der hier vorgelegte Leitfaden basiert auf Ausarbeitungen von Prof. Dr. E. Reich, Dr. Dr. K. Löchte, Dr. H. Rukat, Dr. J. Margraf-Stiksrud, Dr. H. Michel, Dr. L. Laurisch sowie der LZÄK Baden-Württemberg. Der Ausschuss Präventive Zahnheilkunde sowie die Koordinierungskonferenz der Prophylaxereferenten der Zahnärztekammern haben dann die Vorlagen zu diesem Leitfaden zusammengeführt. Allen, die an diesem Leitfaden mitgearbeitet haben, spreche ich meinen Dank aus.

Dr. Dietmar Oesterreich  
Vorsitzender des Ausschusses Präventive  
Zahnheilkunde

## I. Vorwort zur zweiten Auflage

Der Leitfaden „Qualifizierte Prophylaxe in der Zahnarztpraxis“ erscheint in der zweiten Auflage, da nach wie vor eine ungebrochene Nachfrage der Kollegenschaft besteht. Der beachtliche Wissenszuwachs im Bereich der Individualprophylaxe hat allerdings eine umfangreiche wissenschaftlich begleitete Aktualisierung dieser Publikation notwendig gemacht. Dabei wurden die Inhalte des Kapitels II („Anforderungsprofil an eine prophylaxeorientierte Praxis“) und des Kapitels III („Strukturmerkmale einer prophylaxeorientierten Praxisführung“) so überarbeitet, dass neue Entwicklungen ihren Eingang fanden, der bewährte didaktische Aufbau jedoch beibehalten wurde. Die wichtigste Veränderung gegenüber der ersten Auflage ist die Erweiterung des Leitfadens um das neue Kapitel IV („Durchführung einer bedarfsgerechten Prävention in der Praxis“) mit der ausführlichen Darstellung der Aspekte Befundung, Diagnostik, individuelle Risikoabschätzung und Planung der präventiven und therapeutischen Betreuungsbedarfe.

Die vorliegende Publikation wendet sich an Zahnärztinnen/Zahnärzte und Prophylaxeassistentinnen, die daran interessiert sind, ihr Prophylaxewissen gewinnbringend in den Praxisalltag zu integrieren sowie an Kollegen und Kolleginnen, die bisher vielleicht noch etwas zögerlich der Perspektive und der Chance gegenüber stehen, welche eine professionelle präventionsorientierte Praxisphilosophie dem gesamten Praxisteam eröffnen kann. Die Individualprophylaxe ist dabei ein Baustein in einem umfangreichen präventiven Gesamtkonzept, das klinisch-medizinische Erfordernisse mit den Herausforderungen zur Patientenführung und Verhaltensänderung kombiniert. Sie ist die Ebene, auf welcher der niedergelassene Zahnarzt mit hoher Kompetenz arbeiten kann. Die Individualprophylaxe tritt nicht in

Konkurrenz zu den anderen Prophylaxeebenen der Kollektiv- und Gruppenprophylaxe oder zu anderen Bereichen der Zahnmedizin auf, sondern integriert sich in dieses Gesamtgefüge als bedarfsgerechte Ergänzung. In diesem Sinne soll der Leitfaden als strukturierende Orientierungshilfe wertvolle praktische Unterstützung und Anregung bieten.

Für die in der Vergangenheit eingegangenen Vorschläge zur Verbesserung der ersten Auflage möchten wir uns an dieser Stelle auch bedanken und unsere Bitte um Verbesserungsvorschläge für die zweite Auflage erneuern.

Besonderer Dank gilt Prof. Dr. Elmar Reich und Prof. Dr. Dr. Lutz Stößer für die Ausarbeitungen zu Kapitel IV. An den fachlichen Überarbeitungen waren Dr. Herbert Michel, Dr. Dietmar Oesterreich, Dr. Wolfgang Micheelis und Dr. Sebastian Ziller beteiligt. Der Ausschuss Präventive Zahnheilkunde der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) übernahm die Zusammenführung der Entwürfe. Die redaktionelle Bearbeitung lag bei Dr. Sebastian Ziller und Dr. Wolfgang Micheelis. Allen, die für ein gutes Gelingen der 2. Auflage sorgten, sei hiermit herzlich gedankt.

Dr. Dietmar Oesterreich  
Vorsitzender des Ausschusses  
Präventive Zahnheilkunde,  
Vizepräsident der Bundeszahnärztekammer



# II. Anforderungsprofil

## an eine prophylaxeorientierte Praxis

### Eine Einführung

#### Vorbemerkung

Karies und Parodontitis sind orale Erkrankungen mikrobieller Genese, deren Entstehung und Schweregrad aber sehr stark vom Mundgesundheitsverhalten des Patienten beeinflusst wird. Voraussetzung für eine prophylaxeorientierte Zahn-, Mund und Kieferheilkunde ist die Feststellung des Präventions- und Therapiebedarfs der Patienten. Dieser Bedarf kann nur mit einer umfassenden zahnärztlichen Diagnose der Risikofaktoren von oralen Erkrankungen, hier vor allem Karies und Parodontitiserkrankungen, bestimmt werden.

Die Therapie dient der Wiederherstellung von Funktion und Ästhetik der Zähne und des Parodonts. Die notwendigen Präventionsmaßnahmen sollen das Auftreten bzw. Wiederauftreten von oralen Erkrankungen verhindern und die Lebensdauer der Restaurationen verlängern. Der Umfang der Präventionsmaßnahmen muss individuell festgestellt werden. Dazu dienen Bestimmungen der Risikofaktoren von Karies und Parodontitis. Diese Risikobewertung ist aber nicht auf die Bestimmung von Bakterien beschränkt, sondern es müssen insbesondere auch anamnestisch und über Mundhygieneindizes verhaltensbedingte Risikofaktoren des Patienten einbezogen werden.

Die erfolgreiche Umsetzung der Prophylaxe in der Praxis setzt eine entsprechende Praxisphilosophie voraus. Diese medizinische Sicht und Behandlungsweise oraler Erkrankungen inte-

griert sowohl klinisch-zahnmedizinische als auch psychologisch-pädagogische Interventionen. Voraussetzung zur Umsetzung einer wirksamen Prophylaxe ist die grundsätzliche Einstellung des Zahnarztes, seine Praxis präventionsorientiert, also weniger auf die Reparatur der entstandenen Schäden und somit weniger symptombezogen auszurichten. Bereits mit Aufnahme der Anamnesedaten sollte die Prophylaxe angesprochen werden. Auf der Basis dieser Daten erfolgt die Erstmotivation, und es kann ein individueller Prophylaxeplan für den Patienten erstellt werden. Prophylaxe ist kein weiteres Teilgebiet der Zahnmedizin, sondern auf ihr baut jede zahnärztliche Therapie auf, insofern stellt sie ein umfassendes Handlungskonzept dar.

Für Karies und Parodontopathien sind umfassende und dauerhafte Erfolge nur über die Integration aller prophylaktischen Ebenen zu erreichen. Individualprophylaxe in der zahnärztlichen Praxis, Gruppenprophylaxe (in Kindergärten und Schulen) und Kollektivprophylaxe (fluoridiertes Speisesalz, Deklaration des Zuckeranteils in Nahrungsmitteln) sollen sich ergänzen. Der Bedarf an der Individualprophylaxe orientiert sich dabei am individuellen Erkrankungsrisiko des Patienten.

Dieser Bedarf an Individualprophylaxe kann sich im Laufe des Lebens verändern. Prophylaxe orientiert sich am Prinzip der Oral Health Self Care (Hilfe zur Selbsthilfe) und versteht sich als Unterstützung und Ergänzung zur häuslichen Mundhygiene. Voraussetzung für den Erfolg ist also die Kooperationsbereitschaft und Verbesserung des Mundgesundheitsverhaltens durch den Patienten. Oral Health Self Care muss er-



gänzt werden durch eine bedarfsadäquate und altersdifferenzierte professionelle Betreuung durch den Zahnarzt (Professional Oral Health Care).

Karies- und Parodontitisprophylaxe erfolgen in der Praxis primär- (Vorsorge zur Vermeidung oraler Erkrankungen), sekundär- (Früherkennung) und tertiärpräventiv (Vermeidung einer oralen Krankheitsverschlimmerung durch rechtzeitige Behandlung). Die sekundäre Prävention (Früherkennung oraler Krankheitszeichen, wie z. B. Therapie von Initiailläsionen der Karies oder blutenden Taschen bei der Parodontitis), die eine umfassende zahnärztliche Diagnose bedingt, hat jedoch aufgrund des enormen Wissenszuwachses in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Eine dem individuellen Bedarf gerecht werdende Berücksichtigung aller drei Präventionsbereiche muss in der Behandlungsphilosophie des Zahnarztes integriert sein, wobei fließende Übergänge zwischen präventiven und therapeutischen Interventionen bestehen.

Ziel aller präventiven Bemühungen ist es, den spättherapeutischen Behandlungsbedarf durch die Prophylaxe zu senken und insbesondere das Zahnverlustrisiko auf einen möglichst späten Lebensabschnitt zu verlegen!

Die individuelle Motivation und Remotivation des Patienten und damit eine „sprechende Zahnheilkunde“ sind für die erfolgreiche Präventionsarbeit in der Zahnarztpraxis von entscheidender Bedeutung.

Entsprechend dem altersabhängigen Risiko, an Karies und Parodontopathien zu erkranken, erfolgt eine Einteilung in Zielgruppen: Die werdende Mutter, das Kleinkind bis etwa 4 Jahre, das Kindergartenkind, Schüler bis zum 12. Lebensjahr, Jugendliche bis 18 Jahre, junge Erwachsene, Erwachsene im mittleren Lebensalter und Senioren.

Insbesondere bei Erwachsenen und Senioren gibt es vielfältige Einflüsse durch Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) oder von Begleit-

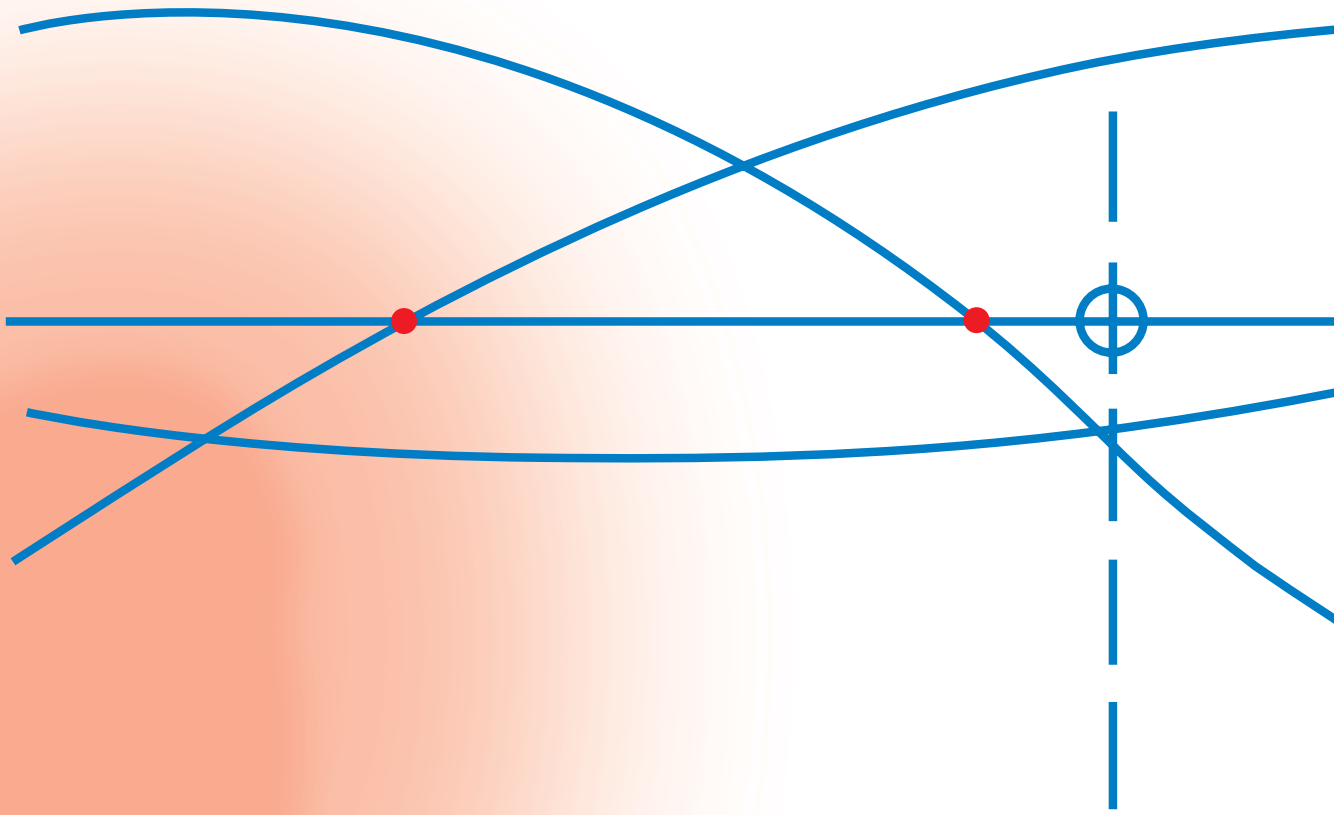
erkrankungen (Komorbidität), die bei der Planung der oralen Prävention erfragt und berücksichtigt werden müssen. Bei Senioren haben Mehrfacherkrankungen, der ärztliche Versorgungsgrad und die Multimedikation große Auswirkungen auf das Karies- und Parodontitisrisiko. Die Bundeszahnärztekammer hat zu dieser Thematik im Jahre 2002 einen eigenen Leitfaden „Präventionsorientierte ZahnMedizin unter den besonderen Aspekten des Alterns“ editiert.

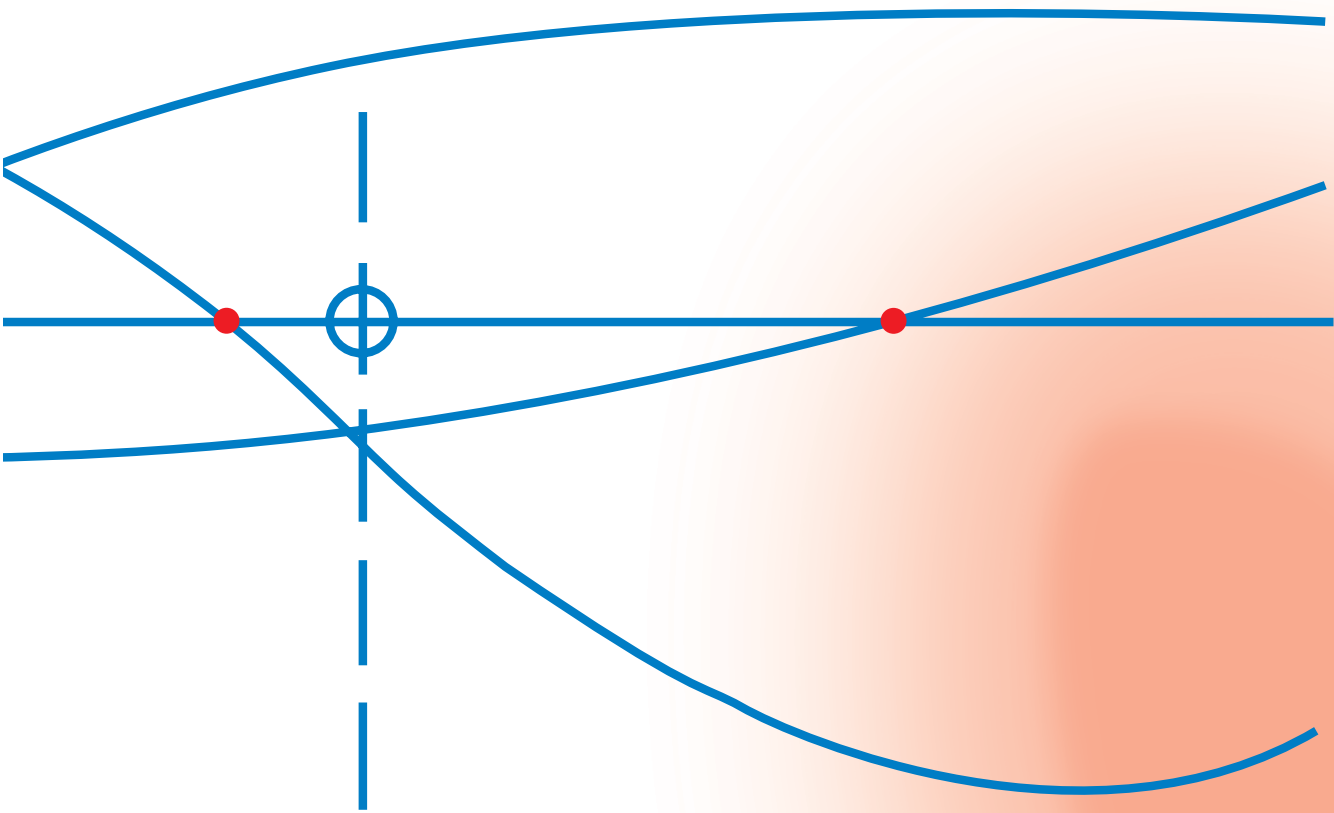
Die Bestimmung des Präventions- und Therapiebedarfs kann nur über eine individuelle Diagnose durchgeführt werden. Prinzipiell können die Patienten in allen Altersklassen in Gruppen mit unterschiedlichem Erkrankungsrisiko eingeteilt werden. Klinisch bewährt hat sich die Einteilung in Patienten mit hohem, mittlerem und geringem Risiko. Dies trifft sowohl für die Karies wie auch für die Parodontitis zu. Nach den vorliegenden epidemiologischen Untersuchungen können jeweils etwa 25 % in die Gruppe mit hohem und geringem Risiko eingeteilt werden. Ungefähr 50 % gehören der Gruppe mit mittlerem Risiko an. Da das Erkrankungsrisiko zu jedem Zeitpunkt sowohl zu- wie abnehmen kann, ist auch die Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe nicht auf Dauer festgeschrieben. Die Verringerung der individuellen Risikofaktoren des Patienten bei angemessener Berücksichtigung seiner sozialen Lebensumstände führt zu einer Verbesserung des Risikostatus.



### **Qualifizierung des zahnärztlichen Teams**

Der Zahnarzt muss die präventiven und therapeutischen Ziele seiner Praxis bestimmen. Ein hochqualifiziertes Praxisteam ist Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung der Prophylaxe. Dem Zahnarzt und seinen Mitarbeitern müssen die Grundlagen der Ätiologie und Pathogenese von Karies, Gingivitis und Parodontitis und die Wechselwirkungen zwischen oralen und systemischen Erkrankungen ebenso bekannt sein, wie die vielfältigen Möglichkeiten der Präven-





tion von der mechanischen Entfernung von Plaque, Zahnstein und Konkrementen, über die Applikation von Fluoriden bis zur antimikrobiellen Therapie (Full-Mouth-Desinfektion) in der Praxis.

Ärztliche Leistung des Zahnarztes ist es, basierend auf einer Diagnostik den präventiven Behandlungsplan und restaurativen Therapieplan aufzustellen. Der Zahnarzt wählt für den Patienten nach dessen Bedarf geeignete Prophylaxemaßnahmen aus, deren Durchführung er abhängig vom Qualifikationsniveau der Mitarbeiter delegieren kann. Bei der Delegation von Tätigkeiten an Mitarbeiter sind die durch Gesetz und Rechtsprechung definierten Grundsätze und Grenzen zu beachten, d. h. der Zahnarzt darf nur solche Tätigkeiten delegieren, zu der die Mitarbeiter tatsächlich aus- oder fortgebildet sind.

Die beschriebene Praxisphilosophie stellt eine klare Ausrichtung auf ein präventionsorientiertes, ursachengerechtes und minimalinvasives Praxiskonzept dar.



### **Kommunikation**

Eine moderne patientenbezogene, präventionsorientierte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde baut auf der Information und Kooperation des Patienten auf. Dies gelingt nur mit einer entsprechenden Kommunikationstechnik. In diese „sprechende Zahnheilkunde“ muss das ganze zahnärztliche Team eingebunden sein. Ausgehend von der oben beschriebenen Praxisphilosophie sollte der Zahnarzt eine Form der Beziehung zu seinem Patienten aufbauen, die den Patienten als verantwortlichen Partner anerkennt. Psychologisches Einfühlungsvermögen und Verständnis für die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten sind Voraussetzung für eine erfolgreiche Motivation.

Abhängig vom Alter, von der persönlichen und sozialen Situation und vom Mundgesundheits-

zustand des Patienten werden die individuellen Zielvorstellungen der Karies- und Parodontitisprophylaxe auf den jeweiligen psychosozialen Entwicklungsstand des Patienten abgestimmt.

Aus der Patientenperspektive sind die Erhaltung der Kaufunktion und die Beseitigung von Schmerzen wichtige Aspekte. Oft kommen darüber hinaus in fast allen Altersklassen stark subjektiv geprägte Vorstellungen in Bezug auf die Ästhetik der Zähne und des Gesichtes zum Tragen. Diese subjektiven Wünsche und Bedürfnisse des Patienten müssen von zahnärztlicher Seite anerkannt und bei der Therapieplanung berücksichtigt werden, da sie einen wesentlichen Beitrag zur mundgesundheitsbezogenen Lebensqualität des Patienten leisten. Dies ist motivationsfördernd, jedoch ist gerade in Bezug auf die klinische Umsetzung ästhetischer Belange und der Erwartungshaltung an den Zahnarzt sorgfältig zu prüfen, ob die Wünsche des Patienten auch tatsächlich zu erfüllen sind.



### **Betriebswirtschaftliche Aspekte**

Eine erfolgreiche Betreuung von Patienten kann auf Dauer nur unter der Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher Aspekte der Praxisführung gelingen. Die schon durchgeführten und noch vorgesehenen Änderungen im Gesundheitssystem haben zur Überarbeitung der Leistungskataloge geführt. Eine medizinisch begründete Indikation von Präventions- und Therapiemaßnahmen sollte dem Patienten als Interventionsplan präsentiert werden. Ein informierter und motivierter Patient wird die Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren und der Prävention der Erkrankung verstehen und sollte dann in eigener Verantwortung für seine Mundgesundheit über den Umfang der zahnärztlichen Leistungen gemeinsam mit dem Zahnarzt entscheiden. Von der Bundeszahnärztekammer wurden nach der geltenden Rechtslage Modelle zur Abrechnung unterschiedlicher Prophylaxeleistungen

entwickelt. Diese können vom Zahnarzt im Sinne von Bausteinen zur individuellen Therapie kombiniert werden.

### Praxisausstattung

Für manche Praxen kann eine Ergänzung der Ausstattung und Einrichtung sinnvoll sein, um den gewünschten apparativen Zugriff zu haben und eine sprechende Zahnheilkunde im Rahmen der Prophylaxe zu ermöglichen. Beispielsweise können Modifikationen an der Einrichtung vorgenommen werden, um spezielle Bereiche für die Beratung und Übung von Mundhygienemaßnahmen zu schaffen. Moderne behandlungsplatzbezogene Instrumente gestatten eine effiziente Plaqueentfernung auch an den Zahnflächen, die der Patient selbst nicht ausreichend reinigen kann. Die Durchführung einer instrumentellen Karies- und Parodontitisdiagnose sowie die Bestimmung von Risikofaktoren werden durch neue Diagnostika, Instrumente und Geräte einen immer höheren Stellenwert einnehmen und die Einschätzung des Erkrankungsrisikos optimieren.

### Organisation und Interaktion im Team

Präventivorientierte Praxen können neue Organisations- und Interaktionsstrukturen erfordern. Da einzelne Behandlungsschritte teilweise vom Zahnarzt, teilweise auch von seinen Mitarbeitern durchgeführt werden, müssen Termine in ihrer zeitlichen Abfolge geplant werden. Diagnose- und Therapieentscheidungen können nur durch den Zahnarzt erfolgen, aber auch bei der Delegation von speziellen Prophylaxemaßnahmen ist eine Kontrolle durch den Zahnarzt natürlich erforderlich.

### Evaluation der eigenen Prophylaxetätigkeit

Grundsätzliches Ziel der Evaluation der eigenen zahnärztlichen Tätigkeit auf dem Gebiet der Prophylaxe sollte sein, einen kritischen Blick auf das präventive Leistungsgeschehen in der eigenen Praxis zu entwickeln. Aufgrund der überragenden Bedeutung der Patientenmitarbeit (Compliance) bei der präventiven Leistungsumsetzung erscheint es empfehlenswert, den „Evaluationsblick“ nicht nur auf das Handeln des Zahnarztes bzw. des zahnärztlichen Teams zu lenken, sondern gleichermaßen auf das Handeln des Patienten bei der Prophylaxedurchführung. Nur aus einem optimalen Zusammenspiel zwischen zahnärztlicher Prophylaxetätigkeit und Patientenkooperation lässt sich ein stabiler Betreuungserfolg aufbauen bzw. eine deutliche Absenkung oraler Erkrankungsrisiken für die Zukunft erreichen.

Die Evaluationsbemühungen bei der zahnärztlichen Prophylaxetätigkeit sollten sowohl auf der verhaltensmäßigen Ebene als auch auf der zahnmedizinischen Ebene gleichermaßen erfolgen:

- Die verhaltensmäßige Ebene umfasst insbesondere Fragen zu den individuell gewählten Veränderungszielen bei den einzelnen Patienten, zu dem pädagogisch-kommunikativen Geschick bei der prophylaktischen Patientenführung durch das zahnärztliche Team und zu den psychischen, sozialen und ökonomischen Begrenzungen, wie sie aus der persönlichen, familiären oder sonstigen Situation des Patienten erwachsen. Hier ist das zahnärztliche Team in seiner sozialen Kompetenz gefordert, einen jeweils realitätsangemessenen Maßstab im Umgang mit dem Patienten herauszufinden.
- Die zahnmedizinische Ebene umfasst sowohl eine differenzierte Diagnostik bei der Festlegung der gewählten Prophylaxeziele, eine klinisch angemessene Interventionsplanung und Interventionsdurchführung (einschließlich geeigneter, praxisgerechter Dokumenta-

tionsmittel) durch das zahnärztliche Praxisteam als auch eine ausreichende Berücksichtigung der medizinischen Gegebenheiten zum somatischen und psychischen Allgemeinstatus (Multimorbidität, Komorbidität, Medikationen usw.) des Patienten.

Eine ausschließliche Ausrichtung auf eine ergebnisorientierte Evaluation der Prophylaxetätigkeit erscheint nicht sinnvoll; notwendigerweise muss eine prozessorientierte Vorgehensweise dem reinen Denken in Endpunkten zur Seite gestellt werden, da nur so eine wirklich laufende Bewertung und Verbesserung der präventiven Leistungsaktivitäten möglich ist. Dies ergibt sich schon daraus, dass sich Prophylaxerfolge nur in einem größeren Zeitbezug einstellen können, woraus sich die besondere Notwendigkeit einer fortlaufenden Evaluationstätigkeit des eigenen Handelns ableitet.

Die Evaluation der eigenen zahnärztlichen Prophylaxetätigkeit ist nicht nur ein Instrument zur Optimierung der präventiven Patientenbetreuung, sondern gleichzeitig auch ein Schlüssel für den eigenen Berufserfolg auf dem großen Feld der Oralprophylaxe. Angemessene Zuordnung von Verantwortlichkeit entlastet, dient somit der eigenen Arbeitszufriedenheit und schafft bessere Voraussetzungen, die für die Prophylaxetätigkeit notwendigen Energien sinnvoll einzusetzen.

# III. Strukturmerkmale

## einer prophylaxeorientierten Praxisführung

### A. Qualifizierung des zahnärztlichen Teams

Nur eine fachlich versierte Prophylaxe wird nach kurzer Zeit den Behandlungsbedarf deutlich senken und das Wohlbefinden und die Lebensqualität für den Patienten spürbar steigern. Diese subjektiven Gesundheitserfahrungen erhöhen am stärksten die Motivation und verstärken das Bedürfnis des Patienten, diese positiven Erfahrungen auch im Bekanntenkreis mitzuteilen.

#### 1. Kernkompetenzen der Zahnärzte

**1.1** Profunde Grundkenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten in der präventiven Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

**1.2** Organisation der Prophylaxepaxis

**1.3** Beherrschung der Kenntnisse des Curriculums der Fortbildung zur Prophylaxeassistentin (siehe 2.)

**1.4** Möglichkeiten und Grenzen der Delegation (Zahnheilkundengesetz)

**1.5** Abrechnung und betriebswirtschaftliche Kalkulation (Rohgewinn muss dem Praxisdurchschnitt entsprechen)

**1.6** Theoretische und praktische Beherrschung aller Bausteine einer professionellen Zahnreinigung (PZR)

#### 2. Kernkompetenzen der Zahnmedizinischen Prophylaxeassistentin (ZMP)

**2.1** Mitarbeit bei der Gesundheitsberatung und psychologischen Führung des Patienten

- Gesundheitsaufklärung und Beratung, insbesondere bezüglich Karies, Parodontopathien, Ernährung und Wechselwirkungen zwischen oralen und allgemeinen Erkrankungen
- Mitarbeit bei der psychologischen Betreuung von Patienten
- Unterweisung und Beratung bezüglich der täglichen Mundhygiene
- Aufklärung und Instruktion über Handhabung und Reinigung von Zahnersatz und kieferorthopädischen Geräten

**2.2** Mithilfe bei der Ermittlung des individuellen Prophylaxedarfs

- Erstellung von Plaque-, Blutungs- und Gingivitis-Indizes zur Einschätzung der oralen Hygiene und des parodontalen Zustandes
- Durchführung von Speicheluntersuchungen und anderen Testverfahren

**2.3** Mithilfe bei der Erstellung von Arbeitsunterlagen

- Erstellung der üblichen Arbeitsunterlagen zur Dokumentation der zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen, insbesondere auf dem Gebiet der Prophylaxe, eigenständige Dokumentation aller Maßnahmen, die die ZMP im Delegationsrahmen am Patienten ausübt
- Erstellung von Arbeitsunterlagen, z. B. Abformungen oder Herstellen von Modellen

**2.4** Mithilfe bei der Beseitigung von ätiologischen Faktoren von Karies und Parodontalerkrankungen

- Entfernung sichtbarer, harter und weicher Beläge von allen Zahnflächen
- Politur der gereinigten Zahnflächen
- Politur von Füllungen

#### **2.5** Maßnahmen zur Prophylaxe von Karies und Parodontopathien

- lokale Applikation von Fluoridpräparaten zur Kariesprävention; Beratung zur häuslichen Anwendung geeigneter Fluoridpräparate
- lokale Applikation von bakterienhemmenden Substanzen; Beratung über die häusliche Anwendung entsprechender Präparate
- Versiegelung von kariesfreien Fissuren einschließlich der Trockenlegung des Arbeitsfeldes relativ und absolut nach Anweisung des Zahnarztes

#### **2.6** Kenntnisse und Fertigkeiten auf dem Gebiet der Instrumenten- und Gerätekunde und -pflege

- systematische Anwendung parodontaler Handinstrumente
- pflegen, insbesondere Schärfen parodontaler Handinstrumente
- einfache Wartung praxisüblicher Geräte

#### **2.7** Durchführung einer zeitgemäßen Praxishygiene und Abfallentsorgung

#### **2.8** Mitwirkung bei der Organisation eines systematischen Prophylaxe- und Recallprogrammes in der zahnärztlichen Praxis

#### **2.9** Berechnung von Prophylaxe- und damit assoziierten Leistungen

#### **2.10** Verhalten bei Notfällen in der Zahnarztpraxis

#### **2.11** Kenntnisse über die Rechte, Pflichten und Grenzen der Zahnmedizinischen Prophylaxeassistentin

#### **Anmerkung:**

Die Prophylaxehelferin sollte in der Lage sein, durch professionelle Zahnreinigung eine 100%ige Plaque- und Belagsfreiheit zu erzielen. Die dazu erforderliche Fortbildung wird einen zeitlichen Aufwand von mindestens 350 Stunden erfordern.

### **3. Kenntnisse und Fähigkeiten der Verwaltungsassistentin (ZMV), Rezeption**

#### **3.1** Mitwirkung bei der Organisation einer systematischen Prophylaxe und des Recallsystems

#### **3.2.** Abrechnung von Prophylaxe- und damit assoziierten Leistungen



## B. Fertigkeiten und Kommunikation

Ein erfolgreicher Umgang mit Patienten kann grundsätzlich nur auf der Basis einer hohen Anpassung der Maßnahmen an den Einzelnen gelingen. Gerade eine prophylaxeorientierte Praxis muss diesem Prinzip gerecht werden, obgleich mit der Existenz klarer Vorstellungen über das Vorliegen optimaler Mundgesundheit nahegelegt wird, dass es einen für alle Menschen gleichermaßen erreichbaren oder wenigstens wünschenswerten Zustand von Zähnen und Zahnfleisch gibt, den Prophylaxe aufrechterhalten und sichern soll. Dieser ist aber nicht allein durch das zahnärztliche Team erreichbar, sondern nur soweit der Patient mitarbeitet. Professionelle Prophylaxe bezieht daher nicht nur zahnmedizinische Aspekte, sondern auch Patientenverhalten mit ein, indem Wege zur Eigenverantwortung aufgezeigt und zunächst gemeinsam besprochen werden.

### 1. Abgestufte Prophylaxestandards

Am Anfang einer qualitativ hochwertigen und erfolgversprechenden Prophylaxetätigkeit steht die genaue Formulierung der fachlichen Standards, die zunächst grundsätzlich und unter optimalen Bedingungen als Ziel der einzelnen Praxis akzeptiert werden können. Die Intensität der Prophylaxebemühungen hängt zuallererst vom „idealen“ Ziel jedes einzelnen Praxisteam ab. Obwohl es wichtig ist, grundsätzlich hohe Ziele zu setzen, damit Anstrengungen nicht frühzeitig aufgegeben werden, sind solche Fernziele für die alltägliche Arbeit wenig praktisch. Zu groß ist die Diskrepanz zwischen tatsächlichem Zustand der Zähne bei einzelnen Patienten und dem Wunschbild des prophylaxeorientierten zahnärztlichen Teams.

Merke:

- Daraus kann Resignation entstehen (Ziel ist nicht erreichbar),
- oder Prophylaxebemühungen werden nur bei einigen wenigen unternommen (ansprechbare Patienten)

- oder Zeit und Energie werden vergeudet, indem wenig wirksame „Standardprogramme für alle“ durchgezogen werden (immerhin haben wir ein Angebot gemacht).

Alle drei Folgen unflexibler Zielvorgaben sind abzulehnen, da sie weit hinter den Fortschritten zurückbleiben, die ein individualisiertes, d. h. auf den einzelnen Patienten bezogenes Vorgehen ermöglichen.

Nach einer genauen eigenen Standortbestimmung (welche Qualität halten wir für optimal) müssen demzufolge Vor- und Zwischenstufen auf dem Weg zu diesem definierten Zielzustand der Mundgesundheit formuliert werden, die ebenfalls eine Verbesserung gegenüber dem Ausgangsbefund darstellen, jedoch in abgestuften Graden. Prophylaxe bedeutet dann die Aufgabe, das eigene, fachlich begründete Ziel nicht aus dem Auge zu verlieren, während man mit dem Patienten dessen persönliche, individuell formulierten Ziele erreicht und jeweils prüft, ob eine weitere Stufe sinnvoll in Angriff genommen werden kann.

### 2. Kenntnisse in Verhaltensänderung

In den meisten Fällen bedeutet Beginn oder Intensivierung der Prophylaxe, dass der Patient sein Mundgesundheitsverhalten verbessert, das heißt ändert – manchmal wenig, meist mehr. Professionelle Unterstützung dabei bietet ein zahnärztliches Team, wenn es sich an den bekannten Prinzipien der Verhaltensänderung orientiert:

#### 2.1 Ausgangsbefund erheben

Die Befunderhebung im Mund gibt nicht nur die zahnmedizinisch erforderliche Information über die Notwendigkeit von Interventionen, sondern ist auch als Ergebnis bisheriger Erfahrungen und Gewohnheiten des Patienten in Bezug auf Zahnpflege und Mundgesundheit anzusehen. Der (Pflege-)Zustand der Zähne hängt wesentlich vom eigenen Verhalten des Patienten ab, obwohl dies nur indirekt im Mund abzulesen ist. Nach der Inspektion der Mundhöhle folgt also die Rückmeldung notwendiger Änderungen an

(Re-)Evaluation

Praxis-  
Ausstattung

## Zahnarzt

- theoretische Kenntnisse
- praktische Fähigkeiten
- soziale Kompetenz

- Ausgangsbefunde
- Zielfestlegungen
- Verhaltenseinübung

PX-Assistenz

fachliche  
Qualifikationen

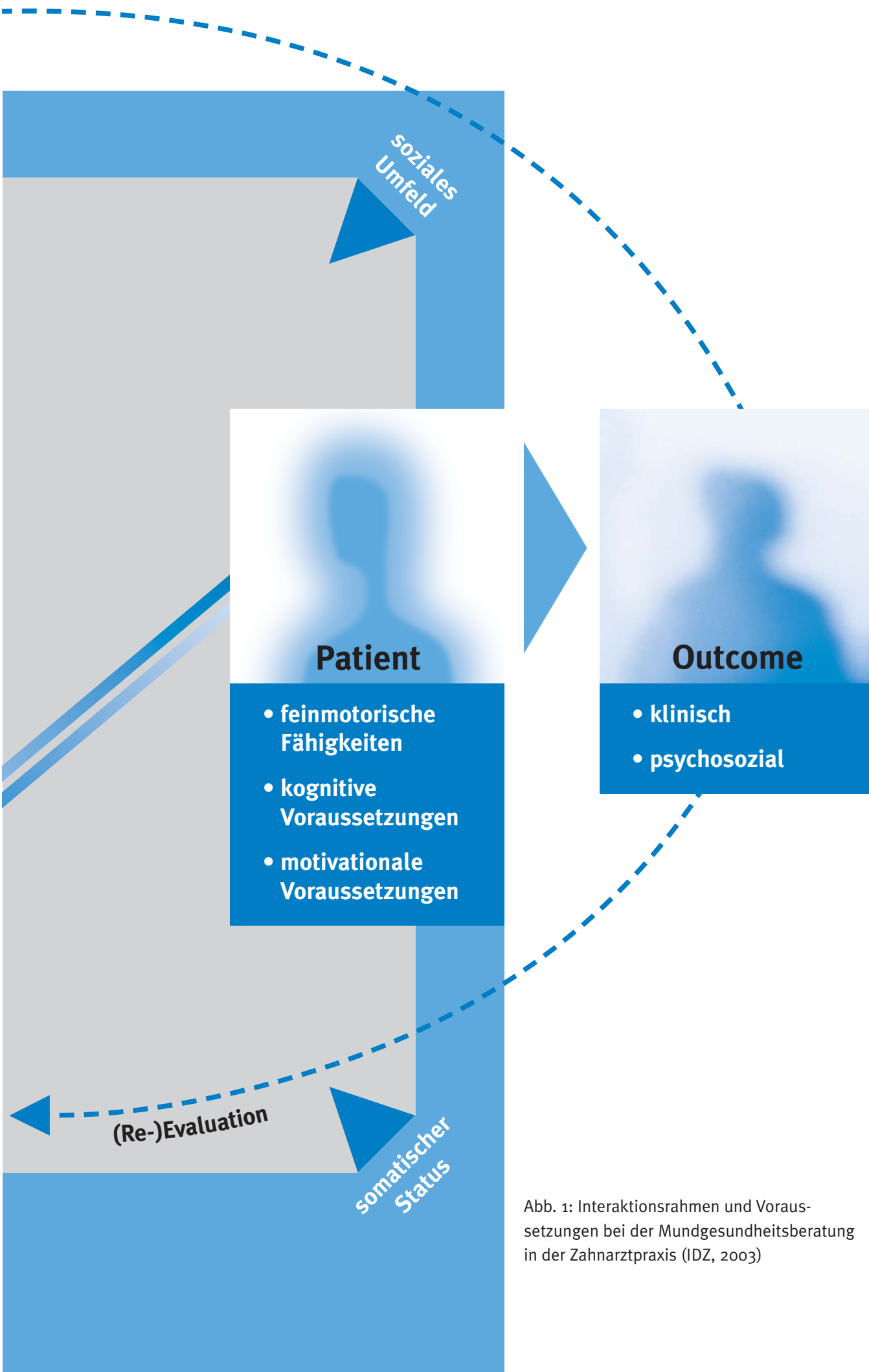


Abb. 1: Interaktionsrahmen und Voraussetzungen bei der Mundgesundheitsberatung in der Zahnarztpraxis (IDZ, 2003)

den Patienten (Problemfeststellung) mit dem Ziel, ihn zu einer Mitarbeit zu bewegen (Motivierung). Eine vollständige Ausgangsdiagnostik kann jedoch nicht ohne die Exploration des Patienten auskommen, da zur genauen Problemdefinition insbesondere die Analyse der alltäglichen Pflege- und Ernährungsgewohnheiten gehört, um festzustellen, ob sein Wissen, seine Fertigkeiten oder seine Methoden verbessert werden sollten. In dieser Phase ist für das zahnärztliche Team eine gute Gesprächsführung notwendig, insbesondere mit dem Ziel, Informationen zu erhalten (Fragetechnik, Verständnisüberprüfung, Kontaktaufbau), aber auch die Fähigkeit zur Verhaltensbeobachtung (Zahnputztechnik, motorische Geschicklichkeit beim Fädeln etc).

### **2.2 Zielfestlegungen**

Der Vergleich der Ausgangsbedingungen mit dem angestrebten Idealziel führt zu der Offenlegung der Art und Anzahl der Zwischenstufen, die zwischen dem Ist-Zustand und diesem Ziel liegen. Zielerreichung ist nur über die Erfüllung dieser einzelnen Zwischenschritte möglich, eine Interventionsplanung gilt dementsprechend immer für den Abschnitt zwischen den Teilzielen. Im einfachsten Fall deckt sich die Verhaltensprognose mit der Erreichung des ersten Teilzieles. Aktive Mitarbeit ist nur in den Ausschnitten möglich, die dem Patienten offengelegt werden. Wie viel „Stufen“ angesprochen und angestrebt werden, hängt von den Voraussetzungen des Patienten ab. Manchmal ist es sinnvoll, nicht das komplette Fernziel anzusprechen (das erreiche ich sowieso nicht), sondern ein näherliegendes, für machbar gehaltenes. Dadurch wird die Motivation erhalten. Ist dieses Zwischenziel erreicht, kann der Erfolg u. U. die Ausgangsbasis für eine weitere Stufe darstellen, die dann erst angesprochen wird. Die Planung bezieht sich in jeder Stufe auf ein für den Patienten zentrales Problem, entsprechend der Verbesserung von Wissen oder Fertigkeiten oder Methoden. Anforderungen an das zahnärztliche Team in dieser Phase sind:

Ziele erläutern, mit dem Patienten das Programm vereinbaren, Korrekturen vornehmen,

Informationen bereithalten, Verhaltensalternativen kennen. Auch hier ist Gesprächsführung wichtig, vor allem hinsichtlich der Vermittlung von Informationen.

### **2.3 Verhaltenseinübung**

Die vereinbarten Verhaltensweisen werden praktisch eingeführt und geübt. Hierbei muss nach lernpsychologischen Prinzipien vorgegangen werden (Verstärkung, Modell-Lernen, kleine Schritte, Weitergehen erst nach Beherrschung der Vorstufe). Da eine einmalige Einführung nicht zur sicheren Verhaltensgewohnheit führt, müssen in regelmäßigen Abständen Wiederholungen erfolgen. Auch diese können lernpsychologisch aufgebaut sein z. B. (Intervalltraining).

## **3. Fähigkeiten und Kenntnisse in Kommunikation**

Zur Durchführung des Verhaltensänderungsprogramms sind kommunikative Maßnahmen zentral. Außerdem fördert eine angemessene Kommunikation die Zahnarzt-Patient-Beziehung, was für viele Behandlungssituationen positive Konsequenzen nach sich zieht. Erfolgreiche Kommunikation setzt folgende Kompetenzen voraus:

### **3.1 Theoretische Kenntnisse**

Kommunikationsmodelle informieren über unterschiedliche Ebenen von Kommunikation, Rollen, Informationsaufnahme- und Verarbeitungsprozesse, klären Gründe für Missverständnisse und Irrtümer, schaffen Kriterien zur Beurteilung eigener Fertigkeiten und Gewohnheiten. Solche Kenntnisse sind die Basis zum Erwerb optimierten Gesprächsverhaltens.

### **3.2 Praktische Fähigkeiten**

Gesprächsführung muss praktisch geübt werden. Im Rahmen der Verhaltensänderungsprogramme sind folgende Techniken besonders wichtig:

- angemessen zuhören (aktiv, aufmerksam)
- angemessen fragen (offen, kurz, einfühlsam)
- angemessen informieren (Klarheit, Prägnanz, Verständlichkeit)

- gute Gesprächsatmosphäre herstellen, Verständigung überprüfen

### 3.3 Soziale Kompetenz

Trotz allen Fachwissens (dazu gehören auch theoretische Kenntnisse über Verhalten und Kommunikation) erfolgt der Umgang jeweils mit einem individuellen Patienten in einer individuellen Situation. Diese hat der Zahnarzt (bzw. das Teammitglied) unmittelbar zu beurteilen und darauf zu reagieren. Dazu sind trainierbare Kompetenzen von großer Wichtigkeit:

- *Einfühlungsvermögen*  
(Beispiele: andere so akzeptieren, wie sie sind; Wünsche anderer wahrnehmen; Interesse an anderen empfinden)
- *Durchsetzungsvermögen*  
(Beispiele: eigene Grenzen ansprechen; Fehler zugeben; Entscheidungen treffen)
- *verbale Fähigkeiten*  
(Beispiele: einfache Sätze, Begriffe des Alltags, verständliche Erklärungen)

## 4. Individuelle Informationen über den Patienten

Das zahnärztliche Team sollte aus den vorgeannten Gründen möglichst viele individuelle Informationen über den einzelnen Patienten beachten (Effektivität der Verhaltensänderung, Erfolg von Interventionen). Dies geschieht meist durch die Analyse der Ausgangsbedingungen. Prophylaxeziele und psychosoziale Besonderheiten in verschiedenen Altersgruppen sollten bekannt sein.

Die Einschätzung der individuellen Patientensituation erfolgt vor dem Hintergrund dieser Informationen. Besonders wichtige Ausgangsbedingungen für Prophylaxe, die bei jedem Patienten anders ausfallen können, sind:

- motorische Voraussetzungen der Patienten  
(kleine Kinder, ältere Menschen, Behinderungen, feinmotorisches Geschick und Übung)
- kognitive Voraussetzungen der Patienten  
(Vorwissen, Interesse am Thema Mundgesundheit, Abstraktionsfähigkeit, Gedächtnis, Zugang zu Informationsquellen)
- motivationale Voraussetzungen der Patienten

(Bereitschaft und Fähigkeit zur Selbstbestimmung, Änderungswillen, Leidensdruck, Durchhaltevermögen, Bewertung von Zahngesundheit).

Erfolgreiche Prophylaxe hängt weniger von der Persönlichkeit des Patienten ab (Eigenarten, Temperament), sondern die soziale Kompetenz des Behandlungsteams entscheidet darüber, inwieweit überhaupt ein psychologisch tragfähiger Zugang zum Patienten zur Feststellung seiner Ausgangssituation und zur angemessenen Zielbestimmung gelingt.

## C. Betriebswirtschaftliche Aspekte

Die sich ständig verändernden gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen zwingen den Zahnarzt mehr denn je zu einer betriebswirtschaftlich kalkulierten Praxisführung. Der solide wirtschaftliche Bestand einer Praxis hängt von ihrer Rentabilität ab. Alle Investitionen sollten deshalb unter diesem Gesichtspunkt auch ökonomische Überlegungen zum Inhalt haben. Diese allgemeinen Grundsätze gelten selbstverständlich auch für den Prophylaxebereich in einer Praxis. Prophylaktische Leistungen sind zeit- und personalintensiv und somit kostenintensiv. Damit zahnmedizinische Prophylaxe zu einer betriebswirtschaftlichen Säule der Praxis und nicht zu einem unkalkulierbaren wirtschaftlichen Problemfaktor wird, müssen die Umsätze aus prophylaktischen Leistungen ermittelt und analysiert werden. Nur wer weiß, welche Kosten eine Praxisstunde verursacht, kann sein Honorar betriebswirtschaftlich ermitteln nach der einfachen Formel:

### **Kosten + Gewinn = Honorar**

Aus der jährlich veröffentlichten Statistik der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (Stand 2001) ist ersichtlich, dass der Stundenhonorarumsatz eines Zahnarztes in den alten Bundesländern im Durchschnitt € 182,- erreichen muss, in den neuen Bundesländern € 128,-, damit die Kosten der Praxis gedeckt sind und ein ausreichendes Einkommen erzielt wird. Mit diesen Zahlen vor Augen lässt sich realistisch planen und kalkulieren.



Da die Stundenhonorarumsätze von Praxis zu Praxis differieren, ist es sinnvoll, seinen praxisindividuellen Stundenhonorarumsatz zu ermitteln. Eine andere Bezugsgröße, der Stundenhonorarumsatz der Prophylaxeassistentin ergibt sich, betriebswirtschaftlich hinreichend korrekt, durch Halbierung des Stundenhonorarumsatzes des Zahnarztes.

Da die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) Zeithonorare nicht vorsieht, müssen über die einschlägigen Gebührenpositionen und entsprechende Variabilität der Steigerungssätze die betriebswirtschaftlich notwendigen Honorare in Rechnung gestellt werden. Ist dies alleine nicht ausreichend, muss eine Abdingung über die §§ 2/1 und/oder 2/3 der GOZ erfolgen.

## Stunden-Kostenermittlung anhand letztjähriger betriebswirtschaftlicher Daten

Jahresbehandlungszeit in Stunden	
Gesamtumsatz	EUR
minus Labor (Eigen- und Fremdlabor)	EUR
= zahnärztliches Honorar = zahnärztlicher Umsatz	EUR
minus Überschuß	EUR
= Praxisaufwand	EUR
Berechnung des Kostensatzes pro Stunde =	
Praxisaufwand : Jahresstundenzahl (Behandlung)	EUR/h
Berechnung des zahnärztlichen Mindestumsatzes pro Stunde =	
zahnärztliches Honorar : Jahresstundenzahl	EUR/h
Zeitaufwand der erbrachten Leistung in Minuten	
	Min.
Gebühr für die Leistung in EURO =	
zä. Mindestumsatz pro Stunde x Zeitaufwand in Minuten : 60	EUR

Mit dem Schema der Tabelle lässt sich der praxisindividuelle Stunden-Honorar-Umsatz leicht ermitteln

## D. Praxisausstattung

### 1. Anregungen zur Ausstattung einer prophylaxeorientierten Praxis

Die Umsetzung, Integration und Durchführung einer systematischen Prophylaxe ist an spezifische Praxisstrukturen gebunden. Zweckmäßig ist ein eigenes Prophylaxezimmer mit Dialogplatz und geeigneten Demonstrations- und Motivationsmaterialien. Verwaltung und technische Ausrüstung der Praxis sollten auf die Bedürfnisse einer prophylaxeorientierten Strategie ausgerichtet sein. Es ist verständlich, dass eine bestehende Praxis nicht immer den gewünschten Raum für die Prophylaxe bietet. Dennoch sollte überlegt werden, ob nicht vielleicht doch ein separater Prophylaxeraum durch Umstrukturierung oder Umbauten geschaffen werden kann oder ob evtl. ein Roomsharing-System für die Prophylaxearbeit eine Lösung darstellt.

Eine eigene Behandlungseinheit für die Prophylaxeassistentin wäre sehr wünschenswert, damit Prophylaxesitzungen mit ausreichender Zeit geplant und durchgeführt werden können. Zum Einstieg könnte beispielsweise ein Behandlungsraum stundenweise, halbtags oder an bestimmten Tagen für die Prophylaxe-

beratung und -behandlung durch die Prophylaxeassistentin in Anspruch genommen werden. Durch die temporäre Verwendung eines Behandlungsraumes kann das Prophylaxekonzept so ausprobiert und fortentwickelt werden. Nach dieser Testphase kann sich die Schaffung eines eigenen Raumes durchaus lohnen.

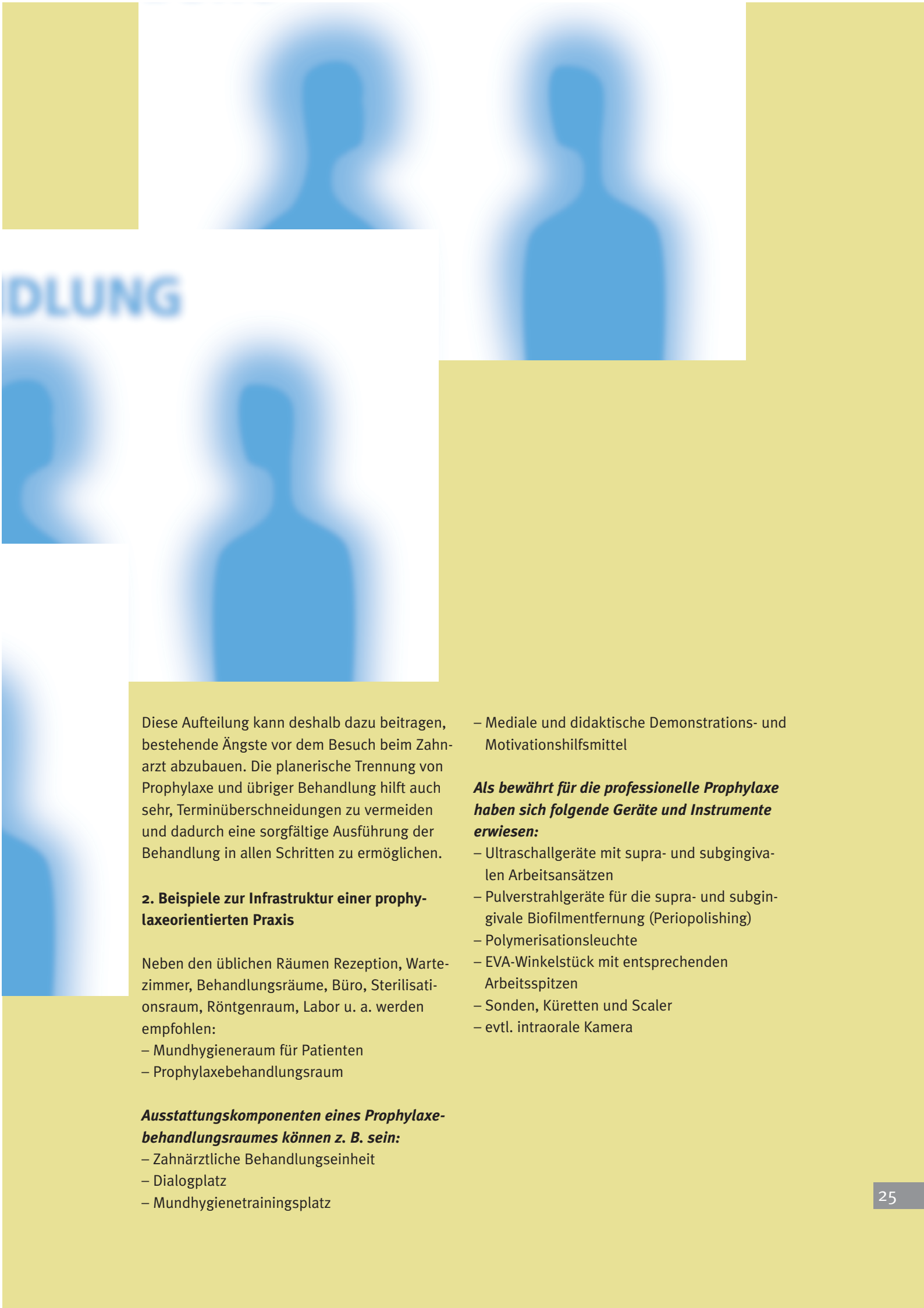
Eine räumliche und organisatorische Trennung der Prophylaxebehandlung vom übrigen Praxisbetrieb bietet Patienten den Vorteil, in einem emotional nicht vorbelasteten speziellen Prophylaxeraum versorgt zu werden.

BEHAN

WARTEZIMMER

REZEPTION





Diese Aufteilung kann deshalb dazu beitragen, bestehende Ängste vor dem Besuch beim Zahnarzt abzubauen. Die planerische Trennung von Prophylaxe und übriger Behandlung hilft auch sehr, Terminüberschneidungen zu vermeiden und dadurch eine sorgfältige Ausführung der Behandlung in allen Schritten zu ermöglichen.

## **2. Beispiele zur Infrastruktur einer prophylaxeorientierten Praxis**

Neben den üblichen Räumen Rezeption, Wartezimmer, Behandlungsräume, Büro, Sterilisationsraum, Röntgenraum, Labor u. a. werden empfohlen:

- Mundhygieneraum für Patienten
- Prophylaxebehandlungsraum

### ***Ausstattungsbestandteile eines Prophylaxebehandlungsraumes können z. B. sein:***

- Zahnärztliche Behandlungseinheit
- Dialogplatz
- Mundhygienetrainingsplatz

- Mediale und didaktische Demonstrations- und Motivationshilfsmittel

### ***Als bewährt für die professionelle Prophylaxe haben sich folgende Geräte und Instrumente erwiesen:***

- Ultraschallgeräte mit supra- und subgingivalen Arbeitsansätzen
- Pulverstrahlgeräte für die supra- und subgingivale Biofilmentfernung (Periopolishing)
- Polymerisationsleuchte
- EVA-Winkelstück mit entsprechenden Arbeitsspitzen
- Sonden, Küretten und Scaler
- evtl. intraorale Kamera

## E. Organisation und Interaktion im Team

### 1. Organisation und Logistik

Die Praktizierung einer systematischen und lebensbegleitenden Prophylaxe erfordert eine andere Denkweise in Therapie und Organisation als die, in deren Gleisen eine Praxis mit traditionellen Strukturen gut funktioniert. Statt der symptomorientierten steht hier eine kausalerorientierte Diagnostik und Therapie im Mittelpunkt der Tätigkeit. Dabei ist klar, dass erfolgreiche Prophylaxe nicht das Werk und die Aufgabe eines Einzelnen ist, sondern das Ergebnis eines geglückten Zusammenspiels von Zahnarzt, Prophylaxeassistentin und Patient. Innerhalb des gesamten Praxisteam bedarf es einer guten Kommunikation, so dass sich effizient zusammenarbeiten lässt. Der permanente Gedanken- und Erfahrungsaustausch lässt sich am besten durch regelmäßige Teambesprechungen gewährleisten.

#### **Aufgaben des Zahnarztes:**

- Der Zahnarzt muss die notwendigen Rahmenbedingungen für die Integration der Prophylaxe in seiner Praxis schaffen.
- Er trägt die Verantwortung für eine effiziente praxisinterne und praxisexterne Fortbildung seiner Mitarbeiterinnen.
- Er definiert das angewandte Prophylaxekonzept und Recallsystem.
- Er bestimmt die Rollen- und Aufgabenverteilung zwischen Zahnarzt und Prophylaxeassistentin.
- Er ist Chef des Prophylaxeteams.

Präventivorientierte Praxen erfordern neue Organisations- und Interaktionsstrukturen. Da Behandlungsschritte teilweise vom Zahnarzt, teilweise auch von seinen Mitarbeiterinnen übernommen werden, müssen Termine in ihrer logischen zeitlichen Abfolge geplant werden.

**Diagnose- und Therapieentscheidungen können nur durch den Zahnarzt erfolgen. Bei der**

***Delegation von Prophylaxemaßnahmen nach § 1 des Zahnheilkundegesetzes an die Prophylaxeassistentin ist eine Kontrolle durch den Zahnarzt erforderlich.***

### 2. Interaktion im Team

Die Umsetzung erfordert häufig auch ein Umdenken sowohl im Einsatz der Mitarbeiter der zahnärztlichen Praxis als auch im Umgang mit ihnen.

Prophylaxeassistentinnen werden über die bisherige „Assistenzfähigkeit“ hinaus mitverantwortliche Mitarbeiterinnen, die maßgeblich an der Qualität des erreichten Behandlungsergebnisses beteiligt sind. Prävention ist eine Teamaufgabe des gesamten Praxisteam. Ziel ist, den Patienten als „Teil des Teams“ zu integrieren. Entsprechend den Erkenntnissen des modernen Managements ist diese Teamarbeit am besten durch einen partizipativen Führungsstil zu erreichen. Diese aktive Mitgestaltung der Arbeitsbedingungen führt gleichzeitig auch zu einer veränderten Arbeitsmentalität: Menschen engagieren sich mehr für die Arbeit, die sie aktiv mitgestalten können.

Partizipativer Führungsstil im Sinne eines „team leadership“ setzt daher die Notwendigkeit voraus, Bedingungen zu schaffen, die es dem Mitarbeiter überhaupt erst gestatten:

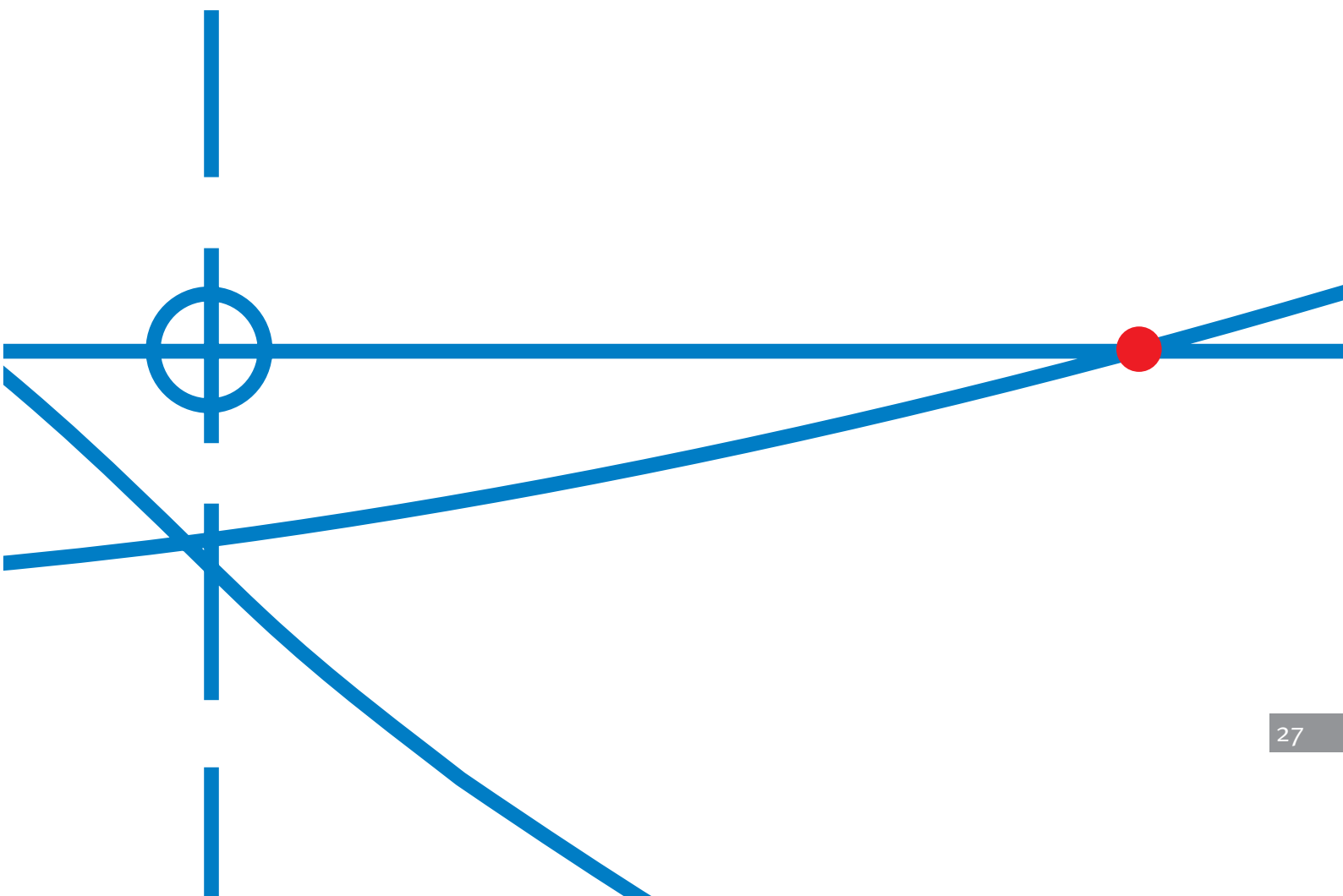
- Verantwortung zu übernehmen
- qualitätsbewusst arbeiten zu können
- kreativ zu sein
- problembewusst zu sein
- mit Engagement dabei zu sein

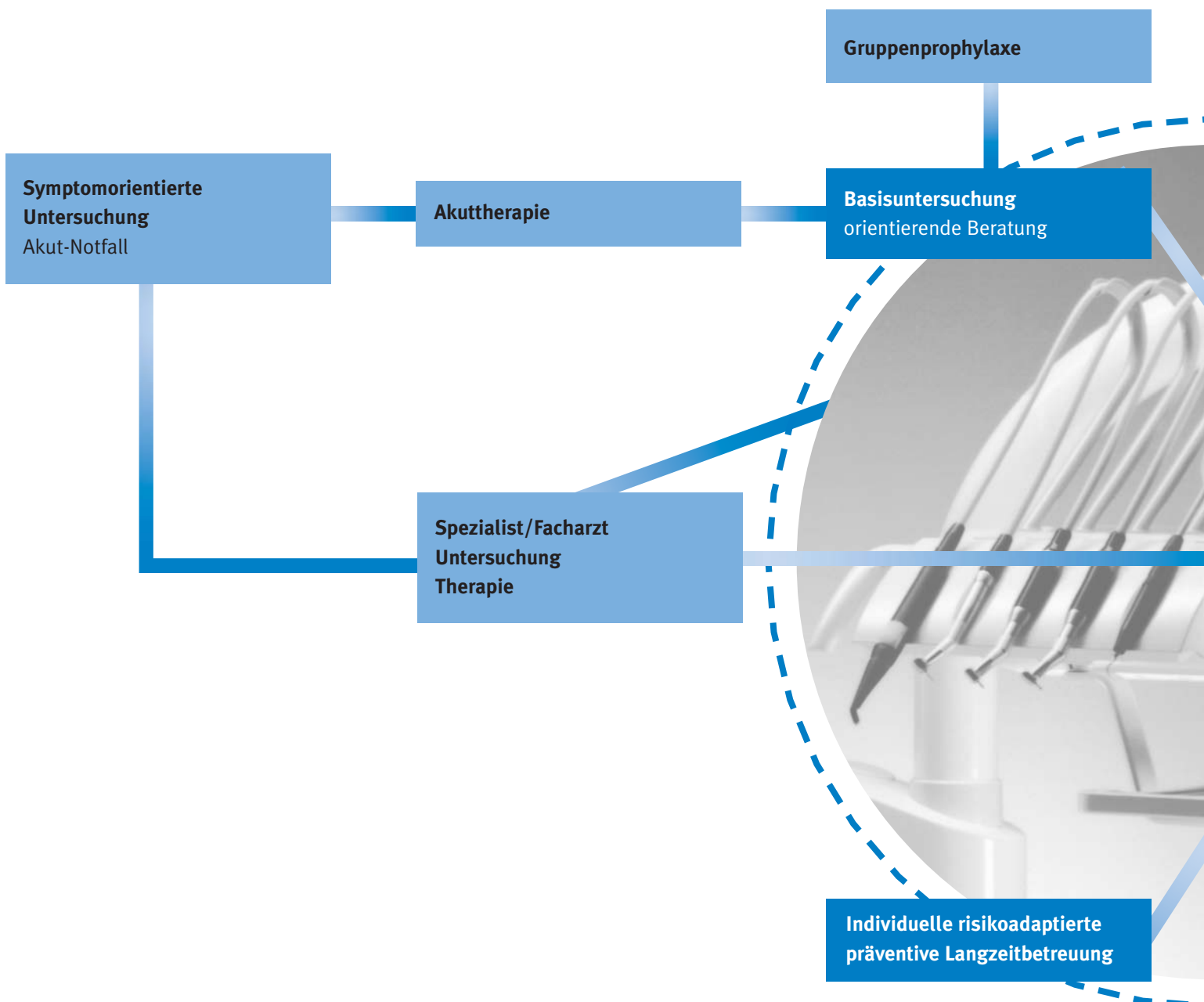
Die Umsetzung des partizipativen Führungsstils fördert die Identifikation mit der Zahnarztpraxis, schult die Qualifikation der Mitarbeiter, erhöht die Arbeitszufriedenheit, schafft Bereitschaft zum Einsatz, verringert Ausfallzeiten, bewirkt Mit-Verantwortung für Behandlungsschritte. Die qualitative Leistung der präventivorientierten Zahnarztpraxis wird daher entscheidend bestimmt von der Motivation in Verbindung mit den Fähigkeiten und Fertigkeiten der

einzelnen Mitarbeiter in der Praxis. Dies bedeutet, dass den Mitarbeitern die Möglichkeit geboten werden muss, immer auf dem aktuellen und notwendigen Stand des Wissens zu sein.

***Fachlich und ökonomisch erfolgreich praktizierte professionelle individuelle Prophylaxe ist nur in organisierter Teamarbeit realisierbar. Teamarbeit ist die Grundlage für das Erreichen des gemeinsam angestrebten Ziels: die erfolgreiche zahnmedizinisch-präventive Information, Motivation und Beratung sowie die präventiv-therapeutische Versorgung des Patienten.***

***Aus dem Praxisteam Zahnarzt – Prophylaxeassistentin muss das Prophylaxeteam Zahnarzt – Patient – Prophylaxeassistentin werden (vgl. auch Abb. 1, S. 19).***





# IV. Durchführung

## einer bedarfsgerechten Prävention in der Praxis

### A. Was bedeutet bedarfsgerechte Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde?

In der ärztlichen und zahnärztlichen Literatur wird die Bedeutung einer systematischen Befundung und sachgerechten Diagnose beschrieben, um notwendige Interventionen durchzuführen. Von verschiedenen Seiten wurden Ärzte und Zahnärzte beispielsweise für Über-, Unter- und Fehlbehandlungen kritisiert. Deshalb ist in der Medizin eine korrekte Diagnose Grundlage jeglicher Intervention.

Ziel muss es sein, über eine qualifizierte und ausreichende Erhebung von Anamnesedaten und Befunden eine Bewertung des oralen Erkrankungsrisikos des Patienten vorzunehmen, um möglichst frühzeitig den individuellen Betreuungs- bzw. Behandlungsbedarf festzustellen und durch präventive bzw. therapeutische Maßnahmen das Erkrankungsrisiko zu reduzieren.

**Präventive  
Initialbetreuung**

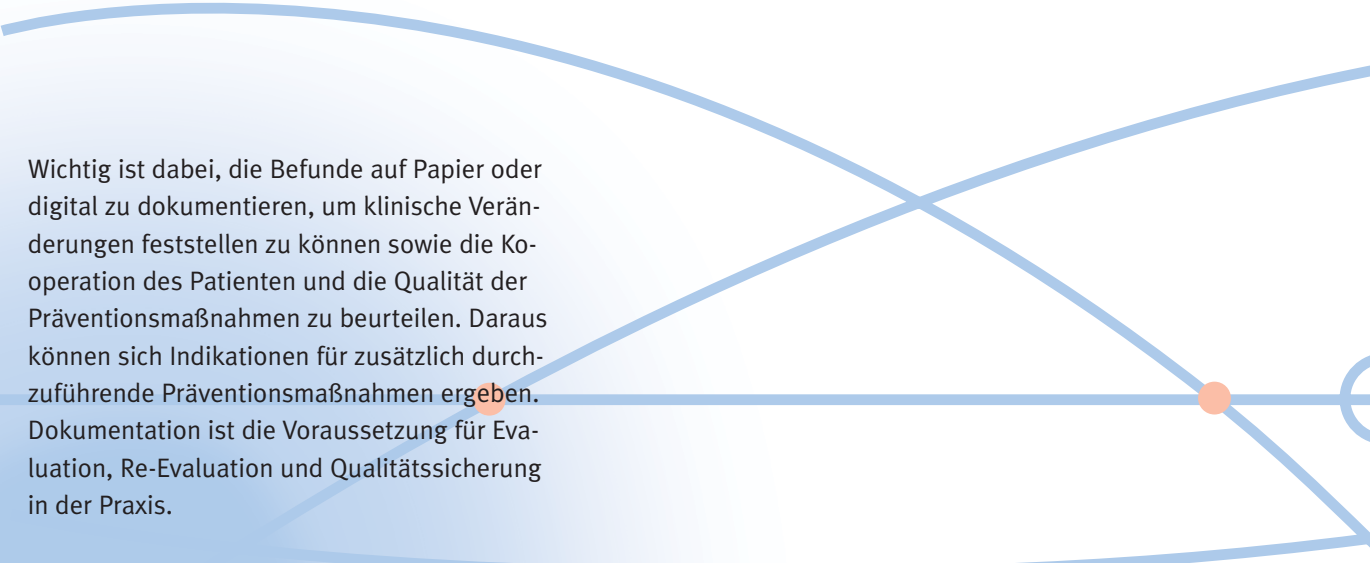
**Erweiterte Untersuchung**

**Planung/Beratung**

**Therapie  
Beratung/Motivation**

**Präventive Re-Evaluation  
Risikobestimmung,  
Motivation, Retention**

Abb. 2: Regelablauf des Gesamtkonzeptes einer präventionsorientierten, ursachengerechten und substanzschonenden zahnärztlichen Betreuung (nach Darstellung der Kernarbeitsgruppe von KZBV, BZÄK und DGZMK zur Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, November 2001)



Wichtig ist dabei, die Befunde auf Papier oder digital zu dokumentieren, um klinische Veränderungen feststellen zu können sowie die Kooperation des Patienten und die Qualität der Präventionsmaßnahmen zu beurteilen. Daraus können sich Indikationen für zusätzlich durchzuführende Präventionsmaßnahmen ergeben. Dokumentation ist die Voraussetzung für Evaluation, Re-Evaluation und Qualitätssicherung in der Praxis.

Neben der zahnärztlichen Diagnostik und der Bewertung des individuellen Erkrankungsrisikos des Patienten kommt in der Prophylaxephilosophie dem Gespräch des Zahnarztes mit seinem Patienten eine besondere Bedeutung zu, um die Bedürfnisse des Patienten festzustellen, Aufklärung und Motivation zu betreiben und um das Verhalten des Patienten nachhaltig positiv zu beeinflussen (Sicherung der Compliance). Erfolgreiche Prophylaxe ist daher immer auch erfolgreiche Kommunikation.

Schließlich sei darauf hingewiesen, dass eine erfolgreiche Umsetzung der präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in der Praxis auf Kontinuität, Wiederholung und Verlaufskontrolle basiert. Erfolgreiche Prophylaxe erfolgt in einer Systematik, die sich in einen festgefügteten Regelkreis einbettet (s. Abb. 2).

## B. Diagnostik – Therapieplanung – Re-Evaluation

### 1. Anamnese

Neben den persönlichen Daten liefern die berufliche Anamnese, die Familienanamnese sowie die medizinische Anamnese (z. B. Allgemeinerkrankungen, Dauermedikation, Verletzungen, Operationen, Traumata, die Einschätzung des Allgemeinzustandes), die Verhaltensanamnese (z. B. Ernährungs- und Mundhygieneverhalten, Rauchen, psychologische Fähigkeits- und Durchführungsdefizite) sowie Daten zur oralen Lebensqualität (z. B. nach Oral Health Impact Profile - OHIP) wichtige Informationen zur (Kranken-)Geschichte des Patienten und bestimmen die spätere Festlegung der Intervention wesentlich mit.

### 2. Mundhöhlenbefunde

An Befunden sollten die vorhandenen Füllungen, kariösen Läsionen sowie Faktoren, die das Karies- und Parodontitisrisiko beeinflussen, dokumentiert werden. Erst die Bewertung all dieser Faktoren führt zu einer aussagekräftigen Diagnose.

#### 2.1 Hartgewebefunde

- Zahnbefunde  
Aufzuzeichnen sind vorhandene Zähne mit kariösen Veränderungen, differenziert nach Initialläsion (beschränkt auf den Schmelz) und Kavitationen und/oder Läsionen im Dentin. Des Weiteren können der DMFT-Index, Zahnfehlstellungen und Angaben zur Okklusion dokumentiert werden.
- Restaurationen  
Dokumentation von Ausdehnung, Lage und Material der Restauration sowie Defekte an der Restauration.

#### 2.2 Weichgewebefunde

- z. B. Mundhygiene- und Plaque-Indizes  
Es können verschiedene Indizes verwendet werden: Approximalraum-Plaque-Index,

Silness-Löe-Index, Quigley-Hein-Index, Plaque-Formation-Rate-Index, Parodontaler Screening-Index.

- Gingivale Entzündung  
z. B. Sulkusblutungsindex oder Papillenblutungsindex, Blutung beim Sondieren (BOP bei Parodontaltaschen).

#### 2.3 Klinische Funktionsanalyse

- Bei Verdacht auf kranio-mandibuläre Dysfunktion (CMD).

#### 2.4 Zahnstellungs- und Bisslageanomalien – Kieferorthopädische Befunde

- Schweregradeinteilung zur Behandlungsbedürftigkeit z. B. nach dem KIG-Modell.
- Dokumentation von z. B. Angle-Klassen, Tiefbiss und Engstand

#### 2.5 Mundschleimhautveränderungen

#### 2.6 Zusätzliche Befunde

- Gezielte Röntgendiagnostik (z. B. Bissflügelröntgenaufnahmen) sowie u. a. laseroptische Bestimmung der Schwere der Karies sind möglich.

### 3. Einschätzung des oralen Erkrankungsrisikos, Diagnose und Therapieplanung

Im Rahmen einer Risikoeinschätzung werden unterschiedliche Faktoren bestimmt, wie z. B. das Alter und das Ausmaß der Karies oder Parodontitis des Patienten sowie die Menge pathogener Keime und solche Parameter, die die Erkrankung ebenfalls beeinflussen, wie u. a. die Qualität der Mundhygiene und die Ernährung. Diese Risikofaktoren können anhand bestimmter Gewichtungsfaktoren zur Risikoeinschätzung verwendet werden. Das Risiko kann danach als hoch, mittel oder gering eingeschätzt werden (s. auch Schema auf S. 33). Die Höhe des Risikos entscheidet über das Ausmaß der Präventionsmaßnahmen, welche zum Teil durch den Patienten selbst und auch in der Praxis professionell durchgeführt werden können. Die Relation zwischen häuslichen und professionellen Präventionsmaßnahmen hängt u. a. von der Kooperation und den Fähigkeiten des Patienten ab.

Die Befunde wie vorhandene Karies, Defekte an den Restaurationen und die Aktivität der Läsionen sowie das Ausmaß des Risikos werden durch den Zahnarzt zusammen bewertet, um zu einer lokal spezifischen und sachgerechten Diagnose zu kommen. Sie ist die Grundlage für die Bestimmung des präventiven und therapeutischen Bedarfs.

Abhängig vom Karies- oder Parodontitisrisiko und der aktuellen Diagnose sind verschiedene Präventions- und Therapiemaßnahmen möglich. Nach Darlegung dieser Alternativen muss der Zahnarzt mit dem Patienten eine geeignete Interventions- und Präventionsstrategie auswählen. Neben den zahnärztlich-klinischen Überlegungen sind die Compliance und auch die finanziellen Gegebenheiten des Patienten zu berücksichtigen.

#### **4. Bedarfsgerechte prophylaktische Intervention**

Die Präventionsmaßnahmen dienen entweder primär der Verringerung der kausalen und disponierenden Risikofaktoren oder sekundär der Unterstützung der Therapie vorhandener kariöser, gingivaler oder parodontaler Läsionen.

Der Inhalt der Prophylaxe richtet sich nach den Ergebnissen der Risikoabschätzung; sie ist prinzipiell altersunabhängig und sollte dem Patienten grundsätzlich lebenslang zur Verfügung stehen. Für Kinder und Jugendliche bis zum 16./18. Lebensjahr erfolgt derzeit eine Finanzierung der Prophylaxemaßnahmen im Rahmen der GKV.

##### **4.1 Mundhygiene**

Zu den Säulen der Prävention wird an erster Stelle eine effektive altersentsprechende Mundhygiene gerechnet; die Vermittlung der Technik kann durch zusätzliche Maßnahmen des Plaque-nachweises (Färbung) vor und nach der Mundhygiene unterstützt werden, um Schwachstellen aufzuzeigen und eine Verbesserung zu erreichen. Neben der Mundhygienetechnik sollte gleichzeitig eine Erläuterung zu den richtigen Hilfsmitteln (z. B. Zahnbürste, Zahnseide, Inter-

dentalbürste, Zahnhölzchen, Zahnpaste) erfolgen. Eine professionelle Mundhygiene/Zahnreinigung sollte dem voraus gehen.

##### **4.2 Fluoridapplikation**

Bei erhöhtem Kariesrisiko wird die professionelle lokale Fluoridapplikation mit Gelen oder Lacken empfohlen, wobei bei moderatem Risiko zwei Applikationen jeweils halbjährlich und bei hohem Risiko wenigstens vierteljährlich, oder sogar wöchentlich, zu empfehlen sind. Die besondere Bedeutung der Selbstapplikation mit der Zahnpaste zweimal täglich – ohne besonders intensives Ausspülen nach der Putzaktion – ist in diesem Zusammenhang nochmals herauszustellen.

##### **4.3 Chemische Plaquereduktion**

Plaquereduktion kann einerseits durch mechanische Mundhygiene mit der Zahnbürste, Zahnseide und Interdentalbürsten besonders im Approximalbereich erreicht werden und andererseits durch pharmazeutische Präparate wirkungsvoll unterstützt werden.

Chlorhexidin-Präparate mit 0,1-0,2 % des Wirkstoffes sind als Spüllösungen effektiv zur Plaquereduktion einsetzbar, da diese Präparate eine hohe Substantivität aufweisen und zur Therapie parodontaler Probleme entscheidend beitragen können. Auf Nebenwirkungen, wie Braunverfärbungen, Schleimhautirritationen, Geschmacksstörungen, ist zu achten, aber bei paralleler guter mechanischer Mundhygiene sind solche Nebenwirkungen kontrollierbar.

Zur Plaquereduktion ist weiterhin auf Spüllösungen zu verweisen, in denen entweder Aminfluorid/Zinnfluorid oder Triclosan enthalten ist.

##### **4.4 Ernährung**

Die Ernährungsberatung als Beitrag zur Kariesprävention kann bei Kindern und Jugendlichen im individuellen Gespräch möglichst nach einem Ernährungsprotokoll versteckte Zucker aufzeigen oder nahrungsbedingte Expositionsfrequenzen ändern helfen. Aber auch beim Erwachsenen kann eine spontane Änderung des



# Schema der ADA zur Einschätzung des Kariesrisikos

Alters- und Gruppeneinteilung für Recall-Patienten\*

Kinder/Jugendliche	Risikogruppe	Erwachsene
<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine kariösen Läsionen im letzten Jahr</li> <li>Morphologisch verschmolzene oder versiegelte Grübchen und Fissuren</li> <li>Gute Mundhygiene</li> <li>Angemessene Fluoridanwendung</li> <li>Regelmäßiger Zahnarztbesuch</li> </ul>	Niedrig	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine kariösen Läsionen in den letzten drei Jahren</li> <li>Angemessen versorgte Zahnflächen</li> <li>Gute Mundhygiene</li> <li>Regelmäßiger Zahnarztbesuch</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Eine kariöse Läsion im letzten Jahr</li> <li>Tiefe Fissuren und Grübchen</li> <li>Mittelmäßige Mundhygiene</li> <li>Inadäquate Fluoridanwendung</li> <li>Weißer Flecken und/oder interproximale Radioluzenzen</li> <li>Unregelmäßiger Zahnarztbesuch</li> <li>Kieferorthopädische Behandlung</li> </ul>	Mittel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eine kariöse Läsion in den letzten drei Jahren</li> <li>Freiliegende Zahnhälse</li> <li>Mittelmäßige Mundhygiene</li> <li>Weißer Flecken und/oder interproximale Radioluzenzen</li> <li>Unregelmäßiger Zahnarztbesuch</li> <li>Kieferorthopädische Behandlung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>≥ 2 kariöse Läsionen im vergangenen Jahr</li> <li>Frühere Glattflächenkaries</li> <li>Erhöhte Streptococcus mutans-Werte</li> <li>Tiefe Grübchen und Fissuren</li> <li>keine/kaum systemische und lokale Fluoridanwendung</li> <li>Schlechte Mundhygiene</li> <li>Häufiger Süßigkeitenverzehr</li> <li>Unregelmäßiger Zahnarztbesuch</li> <li>Zu geringer Speichelfluss</li> <li>Zu lange Babyflaschen-Ernährung oder Stillen (Kleinkinder)</li> </ul>	Hoch	<ul style="list-style-type: none"> <li>≥ 2 kariöse Läsionen in den letzten drei Jahren</li> <li>Frühere Wurzelkaries oder</li> <li>Große Anzahl freiliegender Zahnhälse</li> <li>Erhöhter Streptococcus mutans-Wert</li> <li>Tiefe Grübchen und Fissuren</li> <li>Schlechte Mundhygiene</li> <li>Häufiger Süßigkeitenverzehr</li> <li>Unzureichende lokale Fluoridanwendung</li> <li>Unregelmäßiger Zahnarztbesuch</li> <li>Zu geringer Speichelfluss</li> </ul>

\* Wenn beim ersten Untersuchungstermin bei neuen Patienten der Zeitpunkt des letzten Kariesbefalls nicht genau ermittelt werden kann, ist eine Person, die keine kariösen, fehlenden oder gefüllten Zahnflächen aufweist (DMFS = 0), in die Gruppe „Niedrigrisiko“ einzuteilen. Eine Person mit früherem Kariesbefall (DMFS > 0) und/oder einer vorhandenen Läsion fällt in die Gruppe „Mittleres Risiko“. Eine Person mit früherer Karieserfahrung und/oder zwei kariösen Läsionen oder einer Glattflächenläsion fällt in die Gruppe „Hohes Risiko“. Eltern von kleinen Kindern und werdende Mütter und Väter sollten zusätzlich über zu langes Stillen oder Babyflaschen-Ernährung aufgeklärt werden, die zu Karies führen können. Eltern und Betreuer sollten darauf hingewiesen werden, dass Kinder an das Trinken aus einer Tasse gewöhnt werden sollten, um die Babyflaschen-Ernährung im Alter von einem Jahr abzustellen. Außerdem sollten Eltern und Betreuer darüber informiert werden, dass in Babyflaschen „für zwischendurch“ oder für die Nacht ausschließlich klares Wasser eingefüllt werden sollte. Kinder sollten mit einem Jahr von der Babyflasche entwöhnt werden und nicht unkontrolliert solche Ernährung zu sich nehmen können. Patienten mit Erkrankungen sind – wegen der Einnahme bestimmter Medikamente und möglicher Xerostomie – in den meisten Fällen den Hoch-Risikogruppen zuzuordnen.

Quelle: Caries Diagnosis and Risk Assessment.

A Review of Preventive Strategies and Management, JADA, Vol. 126, June 1995 7-S (IDZ-Übersetzung)

Ernährungsverhaltens (neues Getränk) zu einer starken Kariesgefährdung beitragen.

Außerdem ist im Zusammenhang mit modernen Ernährungsformen die Exposition der Mundhöhle mit sauren Produkten deutlich angestiegen, woraus ein stärkeres Erosionsrisiko entsteht. Im Falle von Erkrankungen wie Bulimia, Anorexia oder Alkoholismus sind permanent Ätzungen der Zahnhartsubstanz durch Magensäure zu beobachten.

#### **4.5 Medikation**

Schließlich ist im Beratungs- und Untersuchungsverlauf der Patienten auch auf Dauermedikationen zu achten, die bei älteren Patienten zu reduziertem Speichelfluss mit erhöhten Keimzahlen und sogar zur Candida-Infektion führen können.

### **5. Präventive Re-Evaluation - Recall**

Entsprechend der Systematik einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde schließen sich nach erfolgter Therapie erneut die Maßnahmen im Sinne einer präventiven Re-Evaluation zur Risikoabschätzung oraler Erkrankungen und zur Motivation des Patienten an (s. Abb. 2, S. 29). Erst eine wiederholte Einschätzung der oralen Risikofaktoren ermöglicht die Bestimmung des oralen Erkrankungsrisikos.

#### **5.1 Aktivitätsbestimmung der Karies**

Die Aktivität der Karies kann sicher erst durch eine wiederholte Bestimmung des Ausmaßes der Karies und insbesondere initialkariöser Läsionen (white spots an Glattflächen und verfärbte Fissuren oder Grübchen) retrospektiv beurteilt werden.

Jedoch ist es bei jeder klinischen Untersuchung möglich, aufgrund der Struktur der Läsion eine Einschätzung der Kariesaktivität durchzuführen. Aktive kariöse Läsionen sind abhängig von der Qualität der Mundhygiene und vor der Untersuchung meist mit Plaque bedeckt. Sie haben im Schmelz ein stumpfes, raues Aussehen, während inaktive Läsionen eher glänzend wirken und häufig plaquefrei sind.

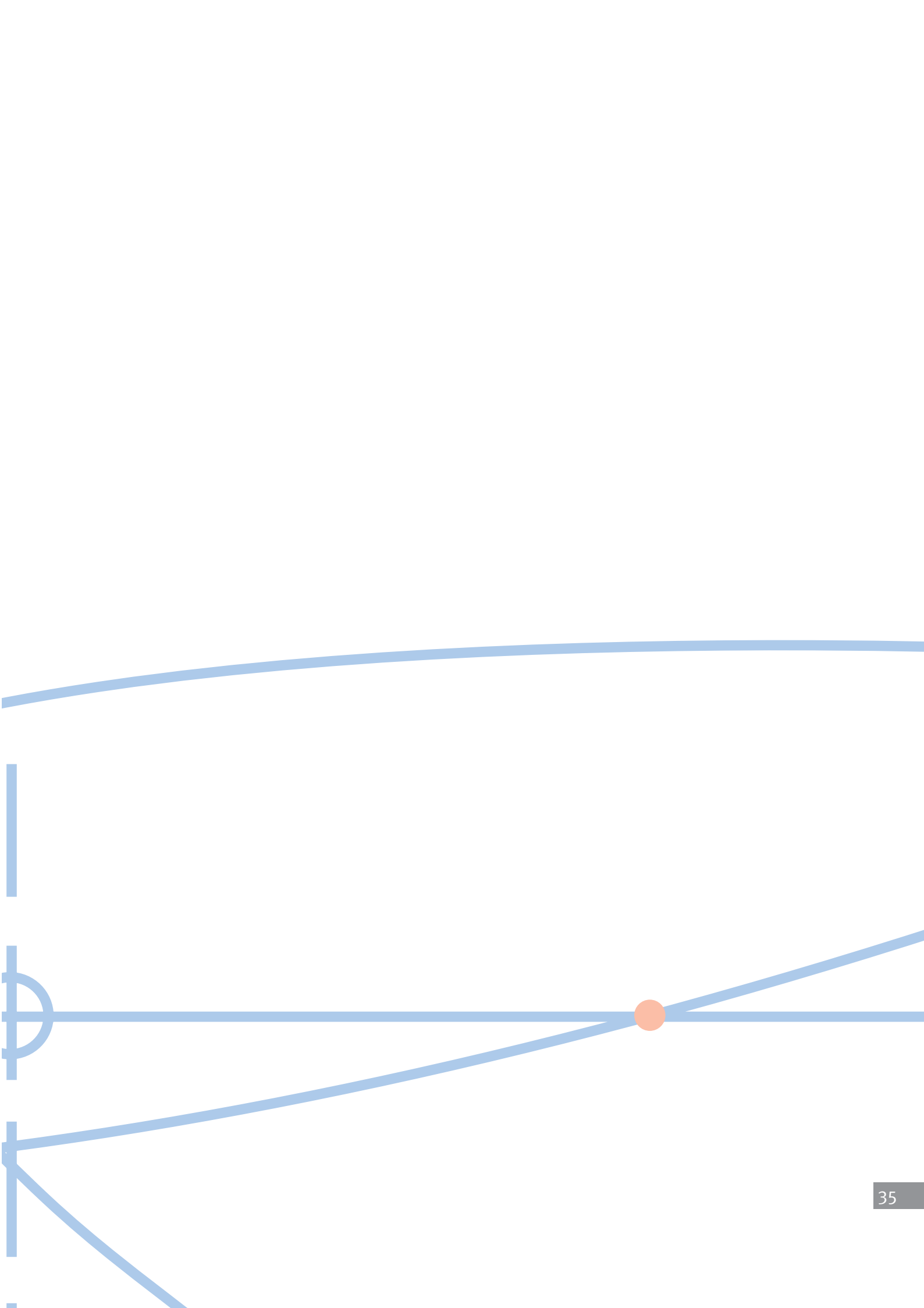
#### **5.2 Bestimmung des Kariesrisikos**

Zur Bewertung des Kariesrisikos werden kausale und disponierende Faktoren erhoben, zu denen vor allem die Bewertung der Kariesaktivität (DMFT und DMFS) – Cave: Komponentenbetrachtung! und der Initialkaries gehören. Weiterhin können funktionelle Speichelparameter (pH-Wert, Pufferkapazität, Fließrate) erhoben und die bakteriellen Speichelparameter (Streptococcus mutans-, Lactobazillen-Zahl) bestimmt werden. Neben dem pH-Wert der Mundhöhle bei den Speicheltests können neuerdings auch die durch Plaque produzierten Milchsäuremengen in der Mundhöhle bestimmt werden.

#### **5.3 Bestimmung des Parodontitisrisikos**

Die Bestimmung des Parodontitisrisikos kann u. a. die Bestimmung eines Plaque- und Entzündungsindex (OHI, API) sowie die Beurteilung des Zustandes der Gingiva und des marginalen Parodonts (SBI, PBI, PSI) mit zusätzlicher Messung des Attachmentverlustes sowie eine spezielle bakteriologische Diagnostik mit der Bestimmung von Leitkeimen, wie Actinobacillus actinomycetemcomitans, Porphyromonas gingivalis, Prevotella intermedia, Bacteroides forsythus, Treponema denticola umfassen.

Eine geeignete Dokumentation der Befunde ist sehr wichtig, um auch in nachfolgenden Sitzungen, entsprechend der „Präventiven Regelkreislauf-Systematik“, erneut die Kooperation des Patienten sowie die Veränderung der Aktivität der Erkrankung und des Risikos bestimmen zu können. Erst über ein Monitoring im Sinne einer Verlaufskontrolle ist eine Beurteilung über die Phasen oraler Erkrankungen (Stagnation, Remission und Progression) gesichert möglich. Dies wiederum führt dann zu einer Bewertung des Effektes der Präventionsaktivitäten und der erneuten Beurteilung des Bedarfs an weiteren Präventionsmaßnahmen. So können im Ergebnis der Re-Evaluation die Beibehaltung, die Intensivierung, die Reduktion oder die Beendigung der angewandten Präventionsmaßnahmen stehen.



Herausgeber	Bundeszahnärztekammer (BZÄK) Ausschuss Präventive Zahnheilkunde der BZÄK
Redaktionelle Bearbeitung	Dr. Sebastian Ziller/BZÄK Dr. Wolfgang Micheelis/IDZ
Gesamtgestaltung	Reiner Wolfgardt, Kommunikationsdesign, Köln Titelgrafik nach einer Vorlage aus dem Buch: Ärztliche Gesprächsführung, Hoechst 1983

LEITFADEN DER BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER