

stomatologi[e]

der e-newsletter der österreichischen gesellschaft für zahn-, mund- und kieferheilkunde



Copyright © ÖGP | Barbara Nidetzky

**RECALLMANAGEMENT – DER ERFOLG JEDLICHER DENTALEN
THERAPIE UND DER ERHALT DER ORALEN MUND- UND ZAHNGE-
SUNDHEIT IST NUR DURCH EINEN REGELMÄSSIGEN,
INDIVIDUELLEN, INSTITUTIONELLEN UND ORGANISIERTEN
RECALL GEWÄHRLEISTET.**

ÖGZMK

Dr. Michael Müller
ÖGP Vorstandsmitglied
1. Vizepräsident

PASSKOMPENDIUM

Der vierteljährliche Praxisratgeber für zahnärztliche und Prophylaxe Assistentinnen

In dieser Ausgabe

Recallmanagement

Der Erfolg jeglicher dentalen Therapie und der Erhalt der oralen Mund- und Zahngesundheit ist nur durch einen regelmäßigen, individuellen, institutionellen und organisierten Recall gewährleistet.

Parodontalerkrankungen bei jüngeren Senioren

Recallintervalle

Ablauf - Recallsitzungen

Recallmanagement

Dr. Michael Müller

Der Erfolg jeglicher dentalen Therapie und der Erhalt der oralen Mund- und Zahngesundheit ist nur durch einen regelmäßigen, individuellen, institutionellen und organisierten Recall gewährleistet.

Die Idee hinter der professionellen Nachsorge ist, dass durch eine ständige Kontrolle und Reinigung das Kariesrisiko, der Zahnverlust und der Verlust an Attachment reduziert werden kann.

Zahlen dazu liefert die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Die Karies-Inzidenz ergab im DMFT*-Summenindex für Kinder einen durchschnittlichen Wert von 0,5 Zähnen, bei Jugendlichen von 1,4 Zähnen, bei Erwachsenen von 11,2 (DMS IV 2005-14,5) Zähnen und bei Senioren von 17,7 (DMS IV-23,1) Zähnen.

[* DMFT steht als Abkürzung für die Beurteilung des Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines menschlichen Gebisses. Dabei bedeutet: D = decayed (kariös); M = missing (fehlend); F = filled (gefüllt – mit einer Zahnfüllung); T = tooth (Zahn). Ein Index von 1 bedeutet, dass von 28 bleibenden Zähnen – Weisheitszähne werden nicht berücksichtigt – 1 Zahn entweder kariös, gefüllt oder fehlend ist.]

Mundgesundheit | Zahlen und Fakten

Ein Gebiss ganz ohne Karies zeigten 81,3% (DMS IV 70,1 %) der Kinder. Dies entspricht einer deutlichen Reduktion zu früheren Untersuchungen. Damit sind die gesetzten Mundhygieneziele der Bundeszahnärztekammer für Deutschland betreffend der Kariesprävention für das Jahr 2020 beinahe erreicht.

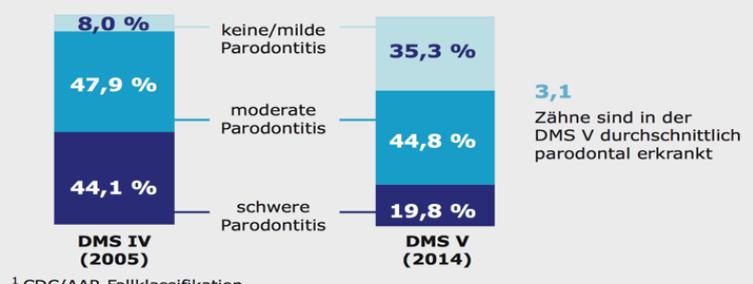
Die guten Ergebnisse resultieren nicht nur aus der sorgfältigen Plaquekontrolle und der guten häuslichen Mundhygiene durch die PatientInnen, sondern auch durch die tägliche Verwendung einer fluoridierten Zahnpasta und die in bedarfsabhängigen Abständen durchgeführte professionelle mechanische Zahnreinigung. Söderholm zeigte schon 1979 durch seine Studie die Potenz der häuslichen Mundhygiene ohne professionelle Mundhygienemaßnahmen in einem Beobachtungszeitraum von drei Jahren auf. Die Probanden entwickelten in diesem Zeitraum nur 0,4 neue Kariesläsionen im Approximalbereich. ⁽¹⁾

Für die Prävention der Parodontitis zeigten sich folgende Verbesserungen:

- Die schweren Parodontalerkrankungen haben sich bei den jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) halbiert.
- Bei den jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) gibt es einen ruckläufigen Trend bei der Parodontitis trotz mehr erhaltener Zähne.
- Insgesamt steigt der Behandlungsbedarf bei der Parodontitis aufgrund der demografischen Entwicklung prognostisch an.

Quelle & Abb.: © DMS V

Parodontalerkrankungen¹ bei jüngeren Senioren



Es ist notwendig die Plaque als primären Faktor für Karies und Parodontitis in Zusammenarbeit des Praxisteam erfolgreich zu minimieren. Plaque lagert sich am entzündeten Gingivalsaum viertel schneller ab, als am gesunden.

Mundhygiene Instruktionen

Von immenser Bedeutung hat daher die Motivation und Instruktion der Zahnzwischenraumpflege und die Einbindung in ein Recallprogramm. Axelsson und Lindhe zeigten die Langzeitwirkung eines Plaque-Kontrollprogramms auf Zahnmortalität, Kariesbefall und Parodontalerkrankungen bei Erwachsenen auf. ⁽²⁾

Die Langzeitstudien von Axelsson und Lindhe aus den Jahren 1978 und 1981 verglichen Daten einer Testgruppe aus 375 PatientInnen, die alle drei Monate erneute Mundhygieneinstruktionen und professionelle Zahnreinigungen erhielten, mit einer Kontrollgruppe aus 180 PatientInnen, bei denen diese Maßnahmen nur alle 12 Monate durchgeführt wurden. Nach sechs Jahren entwickelten die PatientInnen der Testgruppe deutlich weniger Entzündungen, geringere Sondierungstiefen, einen geringeren klinischen Attachmentverlust und weniger kariöse Zähne als die PatientInnen in der Kontrollgruppe.

Diese Beobachtungen entsprechen auch den Ergebnissen von Eneroth & Sundberg (1985), die eine Anzahl von mehr als 900 Erwachsene über einen Zeitraum von fünf Jahren untersuchten. Die PatientInnen wurden 6-12 Mal pro Jahr zur Mundhygieneinstruktion und professionellen Zahnreinigung durch speziell ausgebildete Zahnarzthelferinnen einbestellt.⁽³⁾ Die Autoren berichteten weiters, dass während des Fünf-Jahreszeitraums kein zusätzlicher parodontaler Attachmentverlust eingetreten war.

In einem erweiterten Untersuchungszeitraum von 30 Jahren der Studie von Axelsson kam es zu einem geringen Zahnverlust im PatientInnenkollektiv (0,4–1,8 je nach Altersgruppe). Der Hauptgrund für den Zahnverlust waren Wurzelfrakturen und nur bei wenigen Zähnen ging der Verlust auf eine progressive Parodontitis oder Karies zurück.

Anders verhält es sich wenn kein Nachsorgeprogramm bei PatientInnen durchgeführt wurde. Eine ältere Studie von Nyman et al.⁽⁴⁾ zeigte ein hohes Rezidivrisiko für Fortschreiten der parodontalen Destruktion bei Unterlassung einer ausreichenden professionellen Pflege. Die Autoren zeigten auch, dass nach einer optimal durchgeführten parodontalen konservativen und chirurgischen Therapie ein Attachmentverlust auch unabhängig von den angewendeten chirurgischen Techniken zu erwarten ist. Ebenso entscheidend ist neben der zahnärztlichen und prophylaktischen Tätigkeit die Patientenmitarbeit-Compliance. Leider sinkt die Compliance kontinuierlich sobald die aktive Behandlungsphase abgeschlossen ist bzw. der Zahnarzt seine direkten Einflussmöglichkeiten auf den Patienten verliert.

Recallintervall

Lange wurde die optimale Länge des Recallintervalls in wissenschaftlichen Studien diskutiert. Am häufigsten wurde ein Sechs-Monate-Intervall empfohlen. Allerdings fehlt dieser Empfehlung weitgehend eine evidenzbasierte Grundlage. In den vergangenen Jahren erschienen einige Übersichtsarbeiten zu den Auswirkungen unterschiedlich langer Recallintervalle.⁽⁵⁾

Die individuelle Bestimmung des Recallintervalls stützt sich auf die Risikoevaluierung. Die patientenbezogene Risikobestimmung setzt nicht nur eine detaillierte Befundung des kompletten stomatognathen Systems voraus, sondern auch die Einbindung allgemeinmedizinischer Parameter und Habbits der zu behandelnden Personen. Das von Lang und Tonetti (2003) beschriebene Risikomodell hat sich im Praxisalltag bewährt, auch wenn es

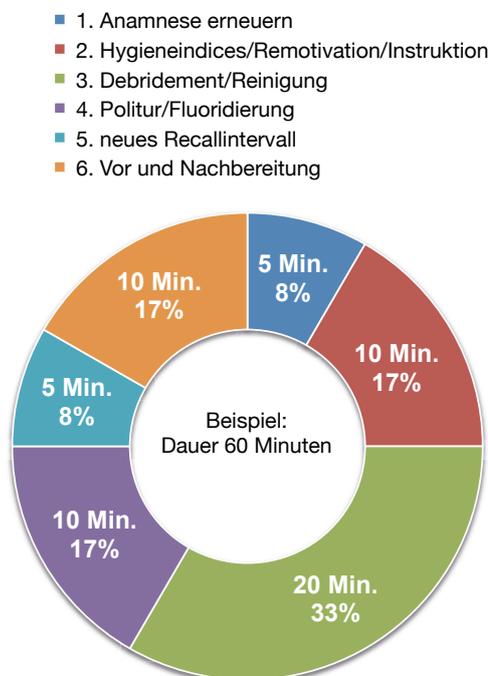
wegen der Nichterfassung aller Risikofaktoren verschiedentlich kritisiert wurde.⁽⁶⁾

Eine Erweiterung fand durch Chandra statt.⁽⁷⁾ Neben dem Parodontalstatus (Bluten nach Sondieren, Sondierungstiefen, Zahnverlust und Quotient aus Attachmentverlust und Patientenalter) und den Risikofaktoren Rauchen und Diabetes, schließt er auch die Risikodeterminanten Stress und sozioökonomischer Status ein. Ableitend aus diesen Ergebnissen empfehlen sich je nach individuellem Risiko Intervalle von 3 bis 6 Monaten.

Ablauf Recallsitzung

Der Ablauf eines Recalls sollte immer standardisiert durchgeführt werden. Dafür ist die Kommunikation im Praxisteam immens wichtig für ein optimales Patientenmanagement. Die parodontale Erhaltungstherapie umfasst folgende Behandlungsschritte:

Kreisdiagramm (modifiziert - nach Vorlage Rateitschak)



Die Dauer wird auch individuell patientenabhängig gewählt und wird mit 30 oder 60 in manchen Fällen auch mit 90 Minuten festgesetzt.

Wichtig dabei, sich der Ziele der Erhaltungstherapie immer bewusst zu sein:

- Erhaltung der oralen Gesundheit
- Erneuerung der allgemeinmedizinischen Anamnese ein mal jährlich oder bei akuten Veränderungen
- Raucherstatus und führen eines Raucherprotokolls
- Erhaltung der Funktion, Phonetik und Ästhetik;
- Verhütung von Karies
- Karzinom Screening; dafür wichtig die Dokumentation von Schleimhautveränderungen mittels intraoraler Fotoaufnahmen
- Vermeidung von Rezidiven
- Verhütung von Neuinfektionen
- Verhütung von Reinfektionen inaktiver Taschen

Schlussfolgerung

Axelsson et al. ⁽²⁾ belegten die Wirksamkeit des Prophylaxeprogramms anhand einer Publikation über Ergebnisse nach 30 Jahren und zeigten, dass einem Rezidiv von Karies und Parodontalerkrankungen durch eine Kombination von Eigenkontrolle der Plaque und regelmäßiger zahnärztlicher, parodontologischer Kontrolle vorgebeugt werden kann. Dies trägt letztlich zur Reduzierung der Zahnverlustquote bei. Weiters zur Verbesserung der Einzelzahnprognosen, Implantaterfolgsraten, gesünderen und zufriedenen PatientInnen.



Dr. Michael Müller
ÖGP Vorstandsmitglied | 1. Vizepräsident

Literaturverzeichnis

1. Söderholm KJ. The dental materials „revolution“: a new health problem? Gen Dent. 1997 Nov-Dec;45(6):558-65
2. Axelsson P, Nyström B, Lindhe J: The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. J Clin Periodontol 2004; 31: 749-757
3. Eneroth L, Sundberg H. The effect of preventive dentistry performed by specially trained dental hygienists-a pilot study. Tandlakartidningen. 1985 Feb 1;77(3):74-7
4. Nyman S, Lindhe J, Rosling B. A Periodontal surgery in plaque-infected dentitions. J Clin Periodontol. 1977 Nov;4(4):240-9
5. Davenport C, Elley K, Salas C et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of routine dental checks: a systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess 2003;7:1-127
6. Niklaus P.Lang, Maurizio S.Tonetti. Periodontal Risk Assessment (PRA) for Patients in Supportive Periodontal Therapy (SPT) Oral Health & Preventive Dentistry 1/2003, S. 7-16
7. Chandra RV. Evaluation of a novel periodontal risk assessment model in patients presenting for dental care. Oral Health Prev Dent. 2007;5(1):39-48

IMPRESSUM

Herausgeber - Österreichische Gesellschaft für Parodontologie (ÖGP) | Kloostergasse 27 | A-1180 Wien | www.oegp.at

Grafik | Satz | Layout - triomondo marketing GmbH, Kozennweg 19 Top 2, A-8010 Graz | office@triomondo.com

Erscheinungsweise - Das **PASSKOMPENDIUM** erscheint 4 x jährlich elektronisch als PDF. Es gelten die AGB, Gerichtsstand ist Wien. Der Bezugspreis ist für ZAss/PAss Mitglieder über den Mitgliedsbeitrag bei der ÖGP abgegolten.

Urheberrecht - Das Kompendium und die enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Herausgebers bzw. der Autoren unzulässig und strafbar. Dies gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Herausgebers. Bei Einsendungen an die Redaktion wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, sofern nichts anderes vermerkt ist. Mit Einsendung des Manuskriptes gehen das Recht zur Veröffentlichung als auch die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten in deutscher oder fremder Sprache, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken zur Herstellung von Sonderdrucken und Fotokopien an den Herausgeber über. Für unverlangt eingesandte Bücher und Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden. Mit anderen als den redaktionseigenen Signen oder mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge geben die Auffassung der Verfasser wider, die der Meinung der Redaktion nicht zu entsprechen braucht. Der Verfasser dieses Beitrages trägt die Verantwortung. Gekennzeichnete Sonderteile und Anzeigen befinden sich außerhalb der Verantwortung der Redaktion. Für Verbands-, Unternehmens- und Marktinformationen kann keine Gewähr übernommen werden. Eine Haftung für Folgen aus unrichtigen oder fehlerhaften Darstellungen wird in jedem Falle ausgeschlossen.

Copyright - Foto Titelseite © shutterstock | 408413623 | Abra Cadabraaa