

# GBT in der Parodontitis-Behandlung

**Guided Biofilm Therapie:** Sicherheit auch in herausfordernden Patientenfällen – Interview mit DH Heidi Zisterer

Die Guided Biofilm Therapie (GBT) von EMS ist bereits in vielen Praxen zentraler Baustein der Prophylaxe. Auch in der nicht chirurgischen Parodontitis-Therapie wird GBT erfolgreich eingesetzt. Dentalhygienikerin Heidi Zisterer, Praxis White Line Dentistry, konnte damit eindrucksvoll für die Juroren einen schwierigen Patientenfall lösen: Für die Dokumentation des Patientenfalls erhielt sie auf der 25. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Dentalhygienikerinnen (DGDH) den Dentalhygiene-Praktiker-Preis.

**Frau Zisterer, Sie haben im Sommer dieses Jahres den von DGDH und DG Paro erstmalig ausgelobten Dentalhygiene-Praktiker-Preis für Ihre Fallbeschreibung erhalten. Glückwunsch! Warum haben Sie gerade diesen Fall eingereicht?**

**DH Heidi Zisterer:** In der Ausschreibung des Preises war ein schwerer, ein außergewöhnlicher Fall gefragt. Meine Patientin hat dies erfüllt: Die 52-jährige Patientin stellte sich in unserer Praxis im September 2023 mit Schmerzen vor. Zuletzt war sie 1983 beim Zahnarzt gewesen, da sie große Angst vor Zahnbehandlungen hatte. Die größte Herausforderung bestand darin, die Patientin zu überzeugen, die umfangreiche Behandlung mitzumachen. Wenn jemand mehr als 40 Jahre nicht mehr beim Zahnarzt war, entsteht eben ein großer Behandlungsbedarf.

**Welche Herausforderungen brachte die Patientin neben der Zahnbehandlungsangst anamnestisch mit?**

**Zisterer:** Eine Herausforderung bestand darin, dass sie auf manche Narkosemittel stark allergisch reagiert. Sie hatte vor sieben Jahren einen Herzstillstand während einer OP! Wir wussten nicht, wie sie auf das Lokalanästhetikum in der Zahnbehand-

lung reagieren würde. Erschwerend kam hinzu, dass die Patientin ausgesprochen ungern Medikamente einnimmt. Und sie hatte Hypotonie.

**Inwiefern mussten und konnten Sie diese Faktoren berücksichtigen?**

**Zisterer:** Ich hatte Sorge, dass der Blutdruck außer Kontrolle geraten könnte, wenn wir bei der Parodontitisbehandlung ein Anästhetikum spritzen. Dazu kam, dass ich von vornherein wusste, dass ich bei dieser Patientin keine Adjuvantien einsetzen werde, da sie diese abgelehnt hätte. Es war also klar, dass die Taschen ohne unterstützende Maßnahmen ausheilen müssen und die GBT, also meine Behandlung, und ihre Mundhygiene ausreichen müssen. „50 Prozent ich und 50 Prozent Sie“, so habe ich es ihr gesagt und wir haben es geschafft.

**An welcher Stelle des Therapieplans stand die nicht-chirurgische Parodontistherapie?**

**Zisterer:** Wir verfolgen bei komplexen Fällen einen Stufenplan. Zunächst wurden in diesem Fall zwei Zähne, 17 und 18, extrahiert. Darauf folgte die nicht-chirurgische Parodontistherapie und anschließend die Füllungstherapie.

**Bei den Extraktionen musste bereits anästhesiert werden. Welche Erfahrungen hat die Zahnärztin dabei gemacht?**

**Zisterer:** Das lief gut. Bei den Extraktionen zogen wir eine Allgemeinmedizinerin aus unserem Ärztehaus hinzu. Sie legte vorsichtshalber einen Zugang für den Fall, dass es bei der Patientin einen Zwischenfall geben könnte.

Die Zähne wurden unter Lokalanästhesie extrahiert. Dabei haben wir gesehen, dass die Patientin das Lokalanästhetikum *Ubistesin 1/200.000* gut verträgt.

**Wie führen Sie Sitzungen in der nicht chirurgischen Parodontitisbehandlung nach dem GBT-Protokoll im Regelfall durch?**

**Zisterer:** Am Anfang steht die Beurteilung der Mundgesundheit sowie die Anamnese. Die Lippen der Patienten werden eingecremt, bevor ich mit der Behandlung beginne. Ich bitte die Patienten auszuspülen und färbe die Zähne an. Ich lasse Patienten dann im Sitzen in den Spiegel schauen und erkläre, dass sich Beläge, die länger als 24 Stunden auf den Zähnen haften, dunkel gefärbt haben und die hellere Farbe frische Beläge zeigt. Anschließend entferne ich zuerst Biofilm, Verfärbungen und leicht mineralisierten Zahnstein mit dem *Airflow*. Ich fange immer mit dem *Plus Pulver* an und nehme nur wenn nötig das abrasivere *Classic Comfort Pulver*.

**Wie gehen Sie bei der subgingivalen Entfernung von Biofilm vor?**

**Zisterer:** In bis zu 4 Millimetern Taschentiefe arbeite ich mit dem Handstück des *Airflow* mit *Plus Pulver*. Taschen ab 4 bis 9 Millimeter Tiefe reinige ich mit dem *Perioflow Nozzle*. Wenn ich mit der Düse in die Tasche sprühe, bildet sich eine kleine Kluft, sodass ich gut in die Tasche hineinsehen kann.

**Wie entfernen Sie harte Konkremete bei einer AIT-Sitzung?**

**Zisterer:** Die Konkremenentfernung erfolgt im Wesentlichen mit dem *PS*-Instrument von EMS. Abschließend taste ich mit einer Explorer-Sonde die Zahnoberflächen subgingival ab, um festzustellen, ob diese komplett gereinigt sind.

**Mussten Sie den Behandlungsplan in diesem Fall anpassen?**

**Zisterer:** In der Regel führen wir in unserer Praxis zwei Vorbehandlungen – die Initialtherapie – durch, bevor wir



Fotos: Zisterer

DH Heidi Zisterer mit ihrer glücklichen Patientin nebst Auszeichnung, dem Dentalhygiene-Praktiker-Preis. Die Dentalhygienikerin arbeitet im Team der GBT-zertifizierten Praxis White Line Dentistry in Tuningen (Schwarzwald). Bereits seit sechs Jahren ist GBT als Teil der Prävention sowie der nicht-chirurgischen Parodontistherapie in der Praxis etabliert.

zur antiinfektiösen Therapie (AIT) übergehen. Das war bei meiner Patientin so nicht möglich, weil ihre Zähne zu empfindlich waren und ihre Angst zu groß war. Ich musste die Initialtherapie abbrechen, da sie eine Lokalanästhesie benötigt hätte. Ich habe an diesem Punkt komplett umgeplant: die Initialtherapie mit der AIT zusammengefasst zur quadrantenweisen Durchführung, um die Patientin möglichst wenig zu belasten. Ich habe auch wesentlich mehr Zeit pro Sitzung eingeplant als üblich.

**Ging Ihr Plan komplikationslos auf oder gab es weitere Überraschungen?**

**Zisterer:** Bei der zweiten Sitzung hatte die Patientin große Angst. Es war vielleicht einfach ein schlechter Tag für sie. Sie brach während der Behandlung zitternd in Tränen aus. Ich habe die Zahnärztin ins Behandlungszim-

mer gerufen. Wir haben den Blutdruck gemessen und er war mit 144/77 recht hoch. Wir haben die Patientin beruhigt und ihr die Winterstiefel ausgezogen. Denn sie hatte das Gefühl, dass ihr die dicken Socken in den Stiefeln das Blut abschnürten. Außerdem habe ich unsere Auszubildende in die Behandlung eingebunden. Sie sollte die Hand der Patientin halten und mir bei der Absaugung assistieren.

**Gibt Ihnen das GBT-Protokoll Sicherheit im Umgang mit herausfordernden Patienten?**

**Zisterer:** Auf jeden Fall! Ich weiß, dass das GBT-Protokoll mit hundertprozentiger Sicherheit funktioniert. Man muss vom Ablauf nicht abweichen. hinzu kommt: Ich habe Routine darin. Auch die Patienten merken, dass die Behandlung immer gleich abläuft und dass ich dabei ruhig und sicher bin. Dies überträgt sich auch auf die Patienten.

**Konnte das Behandlungsziel bei Ihrer besonderen Patientin erreicht werden?**

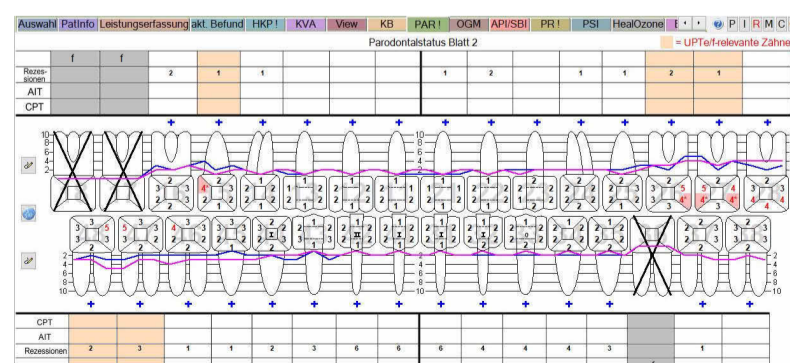
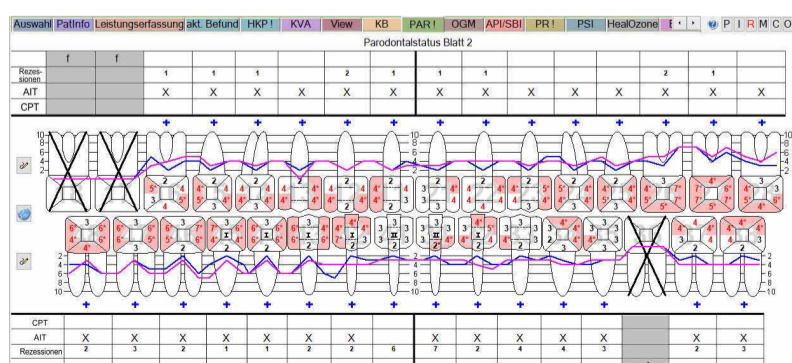
**Zisterer:** Die Taschen konnten so weit reduziert werden, dass nur noch wenige Resttaschen von 4 bis 5 mm Sondierungstiefe vorhanden sind. Aber das können wir in der UPT auffangen. In UPT-Sitzungen arbeite ich bei Resttaschen gerne mit dem *PS*-Instrument von EMS. Auf diese Weise kann ich verbliebene Taschen über die Zweijahresstrecke der Nachsorge gut in den Griff bekommen.

**Kommt die Patientin nun regelmäßig zu Ihnen in die Praxis?**

**Zisterer:** Nach der AIT war zunächst für drei Monate Pause. Ich fragte mich schon: Kommt die Patientin überhaupt in die UPT? Sie ist wiedergekommen. Als ich sie gesehen habe – adrettes Äußeres, geschminkt, mit Lippenstift – wusste ich, so wie sie aussieht, werden auch Zähne und Zahnfleisch gut gepflegt sein. Und sie hat mir wirklich den tollsten Mund, den man nach einer AIT haben kann, präsentiert. Sie kommt jetzt alle drei Monate, und sie war jetzt schon drei Mal bei mir!



Vorher/nachher: Patientin, 52 Jahre alt: Klinische Ansicht bei Erstvorstellung (links) und nach Behandlung (rechts). Bei Erstvorstellung: PSI-Code 4/4/4/4; Pus-Austritt 21, 12; Zahnlockerung 32-44, Grad I und II; BOP 49,42 Prozent. API/SBI 100 Prozent. Diverse Belagsarten.



Vorher/nachher: Parodontalstatus vor und nach der nicht chirurgischen Behandlung. Die Patientin hat keinen Diabetes und raucht nicht. Der Knochenabbauindex liegt unter 1 Prozent. Diagnose: Stadium III, Grad B, generalisiert.