Die Prophylaxe unter dem Gesichtspunkt der täglichen Praxis

Von L. Laurisch, Korschenbroich*

Ein umfassendes Prophylaxekonzept für Kleinkinder und Jugendliche, das der Verfasser in seiner Praxis verwirklicht hat, wird vorgestellt. Es zeigt die altersspezifischen prophylaktischen Leistungen. Eine erfolgversprechende Prophylaxe ist in der täglichen Praxis jedoch nur durch den Einsatz von Hilfspersonal mit entsprechenden fachlichen und pädagogischen Kenntnissen möglich.

Spätestens seit den Untersuchungen von *Ramfjord* und *Axelsson* (*Axelsson* und *Bockelbrinck* 1984, *Axelsson* 1984, 1985, *Ramfjord* 1985a und b) ist prophylaxebewußtes Denken in der Zahnmedizin zur Basis unserer Tätigkeit geworden.

Prophylaxebewußt behandeln — Basis zeitgemäßer Zahnheilkunde

Wenn wir Prophylaxe als Verhinderung von Parodontalerkrankungen und Karies verstehen, so ist in vielen Fällen die Zahnbürste nur eines der Mittel, die wir zur Durchführung von Prophylaxe benötigen. Während wir bei Kindern (Abb. 1) und Jugendlichen, wenn wir sie von Anfang an betreuen, durch gewissenhafte Plaquekontrolle zuerst Karies, später auch Parodontalerkrankungen verhindern können, sind die Maßnahmen bei unseren erwachsenen Patienten viel umfangreicher. Hier können wir oft nur das Ziel haben, ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern. Dazu dürfen wir mit unseren Behandlungsmaßnahmen dem Kausystem keine zusätzlichen Schäden zufügen. Prophylaxe bewußt durchführen heißt hier, das gesamte Wissen moderner Zahnheilkunde, selektiv auf den einzelnen Fall bezogen, anzuwenden. Dazu gehört auch die ständige Überwachung aller Patienten, vor allem auch nach Abschluß der Behandlung, durch eine Prophylaxehelferin.

Für die Tätigkeit der Prophylaxehelferin habe ich mich in meiner Praxis vor zweieinhalb Jahren für eine Biologielehrerin entschieden. Sie kann, schon durch ihre Ausbildung bedingt, meine Patienten in Zusammenarbeit mit mir aufklären, instruieren, motivieren und später auch kontrollieren. So steht z. B. am Anfang unserer Erwachsenenbehandlung die Patientenaufklärung und Motivation. In der Regel wird diese von den Patienten sehr interessiert aufgenommen, da oft ein großes Informationsdefizit einem wachsenden Informationsinteresse gegenübersteht. Durch Vor-Augen-Führen des eigenen Befundes kann der Patient selbst die in der Vorbehandlungsphase erzielten Erfolge sehen; durch Erlernen eines laienhaften zahnmedizinischen Hintergrundwissens, das ihm anhand von Erklärungen und eigenen Diaserien von meiner Prophylaxehelferin vermittelt wird, lernt er, die Erfolge selbst zu beurteilen und seine eigene Zahngesundheit einzuschätzen. Dies wiederum wirkt remotivierend und verstärkt den Wunsch nach Weiterbehandlung.

In den Aufklärungssitzungen führe ich zuerst den Patienten an das Problem heran; meine Prophylaxehelferin geht danach in die Detailinformation und Motivation.

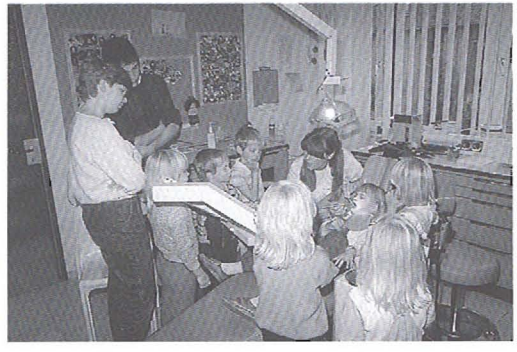

Abb. 1. Praxisbesuch mit Information über zahngesundes Verhalten für Spiel- und Kindergartengruppen

* Dr. L. Laurisch, Arndtstr. 25, 4052 Korschenbroich 1 — Vortrag anläßlich der Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) am 8./9. November 1985 in Bonn

Oralprophylaxe 8, 169 – 174 (1986)

Abb. 2: Die frühe Elternberatung schafft günstige Voraussetzungen für die Zahngesundheit der Kinder.

Prophylaxe — von Anfang an

Nicht jeder Patient ist motivierbar und behandlungswillig. Oft schwankt er zwischen totalem Desinteresse und unüberwindlichen Behandlungsängsten.

Kinder sind im Sinne des Wortes Kinder ihrer Eltern. Die schlechte Mundhygiene und die nachlässige Einstellung den Zähnen gegenüber wird den Kindern von den Eltern vermittelt. Dabei können wir doch bei den Kindern mit viel weniger Behandlungsaufwand — im Vergleich zu den Erwachsenen — Erfolge erzielen. Allerdings ist dies nur durch den Einsatz von speziell dafür geschultem Fachpersonal möglich.

Am Anfang unserer Bemühungen steht die Kleinkindprophylaxe (Abb. 2). Diese erfolgt in meiner Praxis als Individualprophylaxe. Nur selten kommt es vor, daß z. B. Spielgruppen mit mehreren Müttern und Kindern gemeinsam einen Termin vereinbaren. Beratungen beginnen wir, wenn möglich, mit den schwangeren Frauen oder mit den Müttern der Säuglinge.

Da die Patienten sich um diesen Termin bemühen, ist in allen Fällen schon ein Grundinteresse vorhanden. Bei Schwangeren haben wir in der Regel durch ihre vermehrte Beschäftigung mit dem eigenen Körper ein größeres Interesse an der Gesundheit und somit ein sehr aufgeschlossenes Verhältnis zu unseren Beratungsgesprächen.

In der ersten (Kleinkind-)Sitzung vermitteln wir das Grundwissen für die spätere Zahngesundheit der Kinder. Wir erklären, klinisch im Mund und anhand von Dias, die entsprechenden Hilfsmittel zur Zahnpflege und weisen auf die schädlichen Gewohnheiten oder Einflüsse hin. Wir zeigen und erklären

- die ernährungsbedingten Einflußmöglichkeiten während der Schwangerschaft und der ersten Lebensmonate der Kinder;
- die Bedeutung des Stillens und die Regeln für den Gebrauch von Flaschensaugern und Beruhigungsschnullern. Wir wollen so myofunktionelle Unarten verhindern und zu der Entwicklung eines normalen Schluckreflexes beitragen.
- Wir zeigen die geeigneten Hilfsmittel zur Zahnreinigung bei kleineren Kindern, die entsprechend dem jeweiligen Alter angewendet werden sollen.

Es kommt in diesen Sitzungen darauf an, der Mutter zu zeigen, daß ein kariesfreies Milchgebiß die Regel sein kann, wenn sie alle unsere Ratschläge befolgt. Oft ist es schwer, Mütter zu überzeugen, daß Karies vermeidbar ist und nicht vererbt wird.

Als Zeitaufwand für die erste Sitzung rechnen wir eine halbe bis dreiviertel Stunde. Individuell vereinbart meine Dentalhygienikerin Kontrolltermine bis zum 2. Lebensjahr. Diese können zwischen ein- bis dreimal jährlich liegen.

Kindgerechte Instruktion und erste aktive Maßnahmen

Die kontinuierliche Fortführung und Erweiterung dieses Basisprogrammes erfolgt zwischen dem 2. und 6. Lebensjahr, entsprechend der Lernfähigkeit und der motorischen Entwicklung der Kinder. Denn in dieser Altersstufe sprechen wir die Kinder zum ersten Mal *direkt* an.

Wir vermitteln folgende Lernziele:

- eine kindgerecht vereinfacht formulierte Aufklärung über die Zusammenhänge zwischen Mundpflege, Ernährung und Zahngesundheit. Hierdurch wollen wir zahnbewußtes Verhalten fördern.
- Wir üben, demonstrieren und wiederholen in mehreren Kontrollsitzungen die bukkale Rotationsbewegung und das okklusale Schrubben mit einer entsprechenden Zahnbürste.
- Wir färben die Plaque an zur Ermittlung der individuellen Problemzonen bei der Zahnreinigung.

— Wir klären die Eltern nochmals über die Wirkungsweise und die Einsatzmöglichkeiten einer wirksamen Fluoridprophylaxe auf.
— Ich appliziere einen Fluoridlack in Intervallen zwischen ein- bis sechsmal im Jahr, je nach Grad der Kariesgefährdung; dabei werden die gefährdeten Stellen oft, alle Zähne wegen des Alters der Patienten selten fluoridiert.
— Bei allen Kindern, die älter als zwei Jahre sind, wird eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt, und zwar besonders häufig, wenn die Mundhygiene nach wie vor unzureichend ist, oder wenn es sich um Risikofälle handelt.
— Liegen schädliche myofunktionelle Gewohnheiten vor, so motivieren wir die Kinder, Unarten, wie z. B. Daumenlutschen, Nuckeln oder verlängertes Flaschentrinken zu unterlassen.

Die Besuchsintervalle lege ich, in Absprache mit meiner Prophylaxehelferin, entsprechend den jeweiligen individuellen oralen Verhältnissen des Kindes fest.

In der Regel kommen die wenig kariesgefährdeten Kinder halbjährlich zur Prophylaxesitzung. Die Betreuung von Risikofällen erfolgt initial in Form eines Intensivprogramms mit kurz aufeinanderfolgenden Besuchen. Bei der Häufigkeit dieser Initialtherapie richten wir uns nach den von *Axelsson* vorgeschlagenen Intervallen. Nach Abschluß dieser intensiven prophylaktischen Mundreinigungsphase ist es klinisch zu einer Besserung der mundhygienischen Verhältnisse gekommen. Wir vereinbaren dann mit den Kindern größere Abstände zwischen den einzelnen Sitzungen. In dieser Phase legen wir Wert auf eine Ernährungslenkung. Wir beschränken uns aber auf die Forderung an die Kinder, anstelle von Schokolade zuckerfreien Kaugummi (Abb. 3) zwischen den Mahlzeiten zu benutzen. Diesen verschenken wir dann auch nach der Instruktionssitzung. Süßigkeiten sollen die Kinder nur nach den Mahlzeiten als Nachtisch zu sich nehmen, worauf dann sofort die Zähne zu putzen sind. Weitere Ernährungslenkung, wie z. B. das Führen eines Ernährungstagebuches bei älteren Patienten oder Kindern, halten wir in den meisten Fällen für unrealistisch.

Abb. 3 Kaugummi ohne Zucker als Anreiz zu gesunderer Ernährung

Vertrauen — Schlüssel zum Erfolg

In der besprochenen Altersgruppe, also bei Kindern zwischen zwei und sechs Jahren, stellt die Schaffung eines Vertrauensverhältnisses zwischen Kind und Behandler ein wesentliches Ziel dar. Das eigens für die Prophylaxe kindgemäß eingerichtete Behandlungszimmer trägt zu der dafür erforderlichen entspannten Atmosphäre bei. Hier kann das Kind ohne Zeitdruck die Instrumente und Geräte einer Zahnarztpraxis kennenlernen. Liegen bereits Behandlungsängste vor, so wird das Kind während mehrerer Besuche schrittweise an die notwendige Behandlung herangeführt. Das Durchspielen der Behandlungssituation (in Abb. 4 mit „Dr. Wackelzahn") und die positive Verstärkung von gewünschten Verhaltensweisen erfordern hierbei viel Zeit und Geduld, bis die Behandlungs-

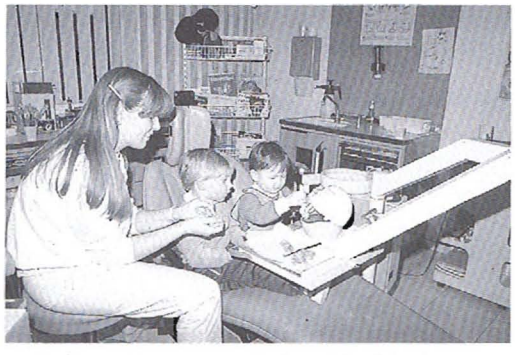

Abb. 4. Spielerisches Kennenlernen der zahnarztlichen Instrumente und Vorbereitung auf Behandlungssituationen

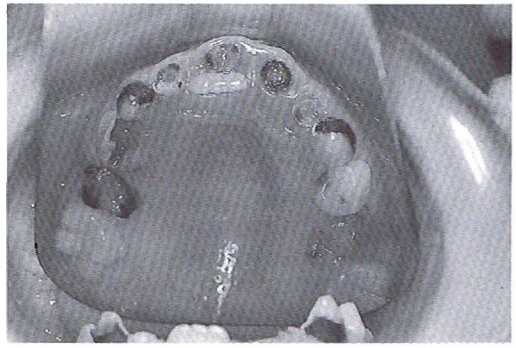

Abb. 5: Ungünstige Voraussetzungen beim Zahnwechsel durch zerstortes Milchgebiß

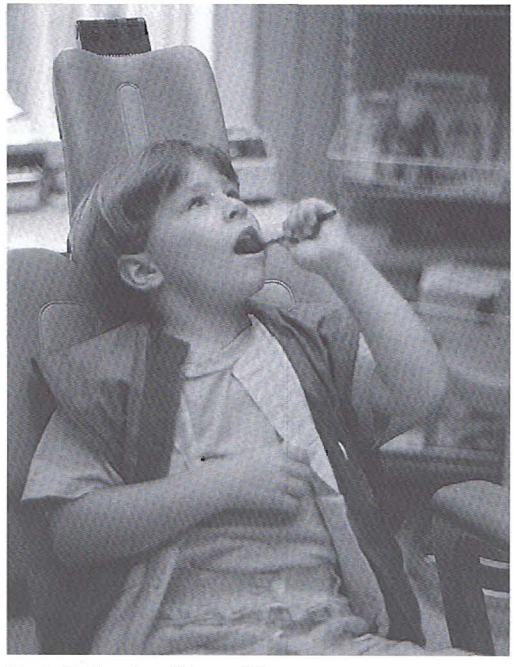

Abb. 6: Einüben des effektiven Zähneputzens

bereitschaft allmählich aufgebaut ist. In diesen Sitzungen kommt meiner Prophylaxehelferin natürlich ihre pädagogische Ausbildung zugute. Für die Ausbildung eines Vertrauensverhältnisses zwischen Kind und Zahnarzt ist es jedoch von Nachteil, daß nicht ich in diesen Sitzungen der Bezugspartner bin. So richtet sich das Vertrauensverhältnis u. U. zuerst auf meine Dentalhygienikerin. Ich versuche daher, diese Sitzungen zusammen mit meiner Prophylaxehelferin zu terminieren, aber es passiert leider doch sehr häufig, daß ich, vom normalen Praxisbetrieb mit Beschlag belegt, an diesen Sitzungen nur partiell teilnehmen kann.

Jedes Kind der Kleinkind-Prophylaxegruppe wird beim ersten Besuch fotografiert. Das Foto wird anschließend an einer Pinnwand aufgehängt. Durch das Wiederfinden des Bildes an dieser Pinnwand bei den Folgesitzungen entwickelt das Kind ein Zugehörigkeitsgefühl und eine Beziehung zum Prophylaxezimmer als „seinem" Behandlungszimmer. Das Interesse der Kinder zeigt sich auch darin, daß sie oft den nächsten Kontrolltermin schon gar nicht mehr abwarten können und noch viel häufiger kommen möchten.

Die kritische Phase des Wechselgebisses

Das Betreuen unserer Kinder in dieser Gruppe der Kleinkindprophylaxe ist in der Regel frei von Mißerfolgen. Betreuen wir die Kinder von Anfang an, so haben wir es in der Phase des Wechselgebisses oft mit einem kariesfreien Milchgebiß zu tun. Risikomilchmolaren, mit ungünstigen Fissuren, müssen versiegelt werden. Natürlich kommen aber auch Kinder mit Karies und schon gefüllten Zähnen in unsere Gruppe. Hier steigt die Mißerfolgsquote insofern an, als wir nicht alle bisher gesunden Zähne vor Karies schützen können. Ganz schlimm ist es natürlich in Fällen, wie sie in Abb. 5 gezeigt sind: Hier stehen wir dem Verfall des Milchgebisses ziemlich hilflos gegenüber.

In diesen Fällen konzentrieren wir uns dann in der Phase des Wechselgebisses darauf, die neuen Zähne vor einem ähnlichen Schicksal zu bewahren. Im Wechselgebiß, das man am Beginn der Phase der Schulkind- und Jugendprophylaxe einordnen kann, betreuen wir besonders häufig solche Risikokinder sowie Kinder mit schlechter Mundhygiene und Kinder mit festsitzenden kieferorthopädischen Geräten.

Diese Kinder werden von meiner Prophylaxehelferin besonders häufig, manchmal ein- bis zweimal monatlich kontrolliert. Bei den Nicht-Risikokindern umfaßt die dentalhygienische Betreuung vorwiegend die Verbesserung und

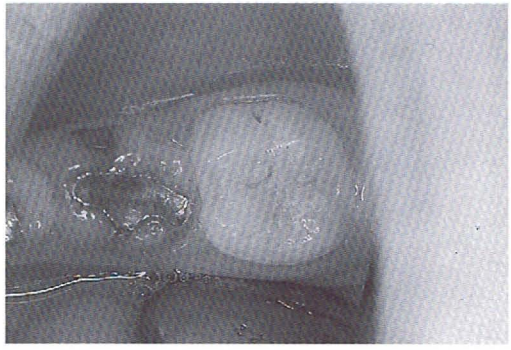

Abb. 7 Fissurenversiegelung als notwendige Maßnahme bei Risikopatienten

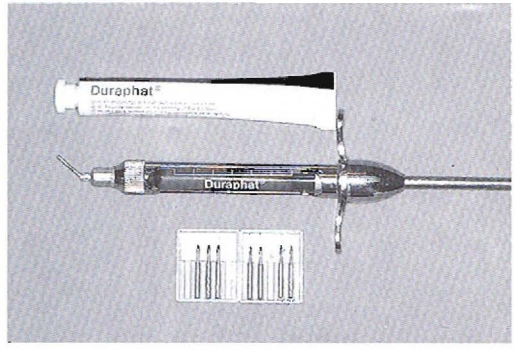

Abb. 8. Hilfsmittel zum Ausschleifen und zur gezielten Fluoridierung von Risikofissuren

Festigung von bereits vorhandenen Kenntnissen und Fertigkeiten in bezug auf Mundhygiene und Ernährung, wobei die Eigenverantwortung im Sinne vom Selbstbestimmen der Zahngesundheit besonders herausgearbeitet wird.
Meine Prophylaxehelferin demonstriert, übt und kontrolliert eine nach Zahnflächen differenzierte Putztechnik: die Rotationsbewegung labial und bukkal, vertikales Abrollen „von Rot nach Weiß" lingual und palatinal, und okklusales Schrubben auf den Kauflächen (Abb. 6).

Intensivprophylaxe bei Risikofällen

Bei unseren Risikokindern (also Kindern mit festsitzenden kieferorthopädischen Geräten, unzureichender Mundhygiene und hoher Karies- und Füllungsrate) färben wir wiederholt an und kontrollieren die Putztechnik. Anhand von Belagslisten werden individuelle Schwachpunkte gefunden und kontrolliert. Gegebenenfalls führen wir ein Mundhygiene-Intensivprogramm durch. Hierbei werden innerhalb von 14 Tagen die Zähne alle zwei Tage professionell mit Fluoriden gereinigt. Hierbei kommt es nach *Axelsson* (1984, 1985) zu einer drastischen Reduzierung der Lactobazillen und Streptokokken mit einer doch recht dramatischen Verbesserung des gesamten Mundbefundes. Die Indikation für solche professionelle Mundhygiene erzielen wir auch durch das Ergebnis von Speicheltests, z. B. Speichelvolumen, Pufferkapazität und pH-Wert, sowie den Lactobazillengehalt.

Die Bestimmung der Zahl der Lactobazillen führen wir mit dem Dentocult-Test durch. Trotz genauer Anwendung sind die Ergebnisse jedoch sehr ungenau und interpretationsabhängig. Seit einiger Zeit versuchen wir mit einem mikrobiologischen Labor zusammenzuarbeiten, mit dem wir den Streptokokkengehalt bestimmen wollen. Es scheint jedoch sehr problematisch zu sein, den Streptococcus mutans zu isolieren und auszuzählen. Daher haben wir keine Zahlen aus der Praxis über eine mögliche langfristige Reduzierung der Bakterien. Nach unserem Programm der professionellen Zahnreinigung versuchen wir, durch Ernährungslenkung ein allzu schnelles Ansteigen der S.-mutans-Häufigkeit zu verhindern, hierbei enttäuscht aber häufig die Zusammenarbeit von Mutter, Kind und Zahnarzt.
Nach dem Durchbruch der Molaren werden die Kinder mir vorgestellt, und ich beurteile die Fissurenqualität. Hierbei lehnen wir uns an die Einteilung von *Axelsson* an. Nach Feststellung der Art der Fissur führe ich die nötigen Maßnahmen durch.
Zur Versiegelung (Abb. 7) verwende ich u. a. Delton, das den Vorteil hat, daß man hindurchsehen kann. So ist es schon einmal möglich, bei behandlungsunwilligen Kindern eine initiale Karies zu versiegeln. Es ist aber oft schwierig oder unmöglich, bei Kindern unter Kofferdam den Zahn zu versiegeln; die geringste Feuchtigkeit reduziert die Lebensdauer der Versiegelung und provoziert oft eine Karies durch eine künstliche, für das Kind nicht zu reinigende

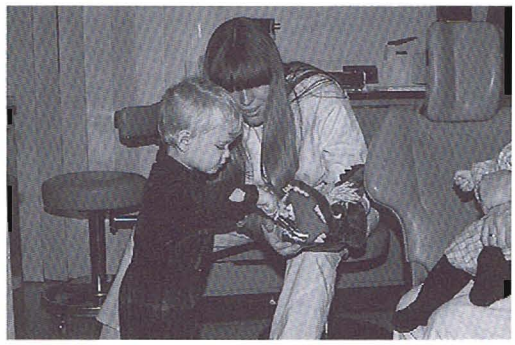

Abb. 9. Pädagogische Kenntnisse sind beim Umgang mit Kindern hilfreich.

Retentionsnische. Daher tendiere ich oft dazu, die Fissur mit dem von *Schärer* zur Abschrägung von Präparationsgrenzen empfohlenen Finierer auszuschleifen und anschließend zu fluoridieren (Abb. 8).

Prophylaxe — mit Hilfspersonal erfolgreicher

In der täglichen Praxis ist es sehr gut möglich, Prophylaxe ernsthaft zu betreiben. In allen drei aufgeführten Gruppen, der Kleinkind- und Säuglingsprophylaxe, der Schulkind- und Jugendprophylaxe und der Erwachsenenprophylaxe, ist aber eine sinnvolle und erfolgreiche Arbeit ohne entsprechend geschultes Hilfspersonal unmöglich. Des weiteren benötigt man ein individuelles Behandlungskonzept und eine entsprechende Organisation.

Hier bietet sich für die Zahnärztliche Helferin eine interessante und verantwortungsvolle Tätigkeit, selbst im Rahmen der derzeit geltenden Bestimmungen. Allerdings ist auch ein großes Wissen auf diesem Gebiet Voraussetzung zu einem auf einem entsprechenden Niveau angesiedelten Patientengespräch. Dieses Wissen sollte auch auf bisher fachfremde Gebiete ausgedehnt werden. So sind pädagogische Grundkenntnisse bei Kindern und einfühlsame Aufklärung bei Erwachsenen sicherlich Voraussetzung zu einer erfolgreichen Prophylaxe, dies sowohl seitens des Zahnarztes als auch seiner Prophylaxehelferin (Abb. 9).

Summary

A comprehensive prevention concept for tooth hygiene for small children and young people which the author has translated into practice is outlined. Promising preventive measures are however only possible in practice when assistants with appropriate expert and educational knowledge are used.

Literatur

1. *Axelsson, P Bockelbrink, W.* Präventive Zahnmedizin in Schweden. Philip Journal *1*, Nr 1, 9 (1984).
2. *Axelsson, P* · Praventivprogramm für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Mitschrift der Vortrage anlaßlich des I Forums der präventiven Zahnmedizin, 16./17 3. 1984, München
3. *Axelsson, P* . Neues aus Värmland. Philip Journal Nr 5, 9 (1985)
4. *Ramfjord, S P* Die Betreuung des Patienten nach einer Parodontitisbehandlung. Philip Journal *2*, Nr 6, 71 (1985)
5. *Ramfjord, S P.*. Sorgfältigere Belagentfernung und weniger Operationen. Coll med dent Der Zahnarzt *29* (1985).