

Prophylaxe als neuer Gesichtspunkt eines Praxiskonzeptes

Dr. Lutz Laurisch
Adresse: Arndtstraße 25,
4052 Korschenbroich

Prophylaxe ist mehr als 3 GOZ-Positionen

Mit Einführung der neuen GOZ im Jahre 1988 wurde der Bereich der zahnärztlichen Prophylaxe in die Gebührenordnung eingeführt und damit auch ein Grund für viele Praxisinhaber geschaffen, sich mit diesem Gebiet der Zahnheilkunde auseinanderzusetzen. Inzwischen orientieren sich viele der Fortbildungsveranstaltungen an den neuen Abrechnungsbestimmungen der in der GOZ eingeführten Prophylaxepositionen. Die Gestaltung der Kurse zeigt auf, welche Leistungen zu erbringen sind, um eine entsprechende Position abrechnungsfähig zu machen. So werden z. B. im ZMF Institut Stuttgart Prophylaxe-Intensiv-

kurse entsprechend den GOZ-Positionen 100 bis 102 angeboten. Sicherlich entspricht die Einführung von nur drei prophylaktischen Abrechnungspositionen nicht dem Wissensstand der zahnärztlichen Prophylaxe. Meiner Ansicht nach ist es daher von großer Wichtigkeit, Prophylaxe losgelöst von diesen drei Positionen zu betrachten. Eine umfassende Prophylaxe beinhaltet mehr als die Leistungen, die im Rahmen dieser drei Abrechnungsnummern erbracht werden können. Betreibt man Prophylaxe ernsthaft, so ergeben sich einschneidende Änderungen in vielen Behandlungsschritten und Behandlungskonzepten.

Gesonderte Prophylaxe-Sitzungen erforderlich

Prophylaxe kann nicht nebenher ausgeübt werden, sondern wie *Spranger* auf der Fortbildungsveranstaltung der Arbeitsgemeinschaft der ZMF's im Oktober 1988 deutlich unterstrich, in gesondert terminierten Sitzungen. Ein entscheidender Faktor für einen Erfolg ist die Fortbildung des gesamten Praxispersonals, denn nur, wenn alle im Team Beschäftigten mit ihrem Einsatz auf das

gleiche Ziel hinarbeiten, kann ein Erfolg eintreten.

Umdenken tut not:

Karies ist vermeidbar!

Der Defekt im Zahn als Ergebnis nicht durchgeführter prophylaktischer Maßnahmen oder nicht durchgeführter Aufklärungsmaßnahmen! Diese Betrachtungsweise ist neu und richtig, aber wenig verbreitet – sieht man doch die Karies als nicht zu vermeidende Krankheit, die mehr oder weniger alle Zähne befällt, wenn sie nur lange genug dem Mundhöhlenbiotop ausgesetzt sind. Dies scheint sich auch tagtäglich zu bestätigen. Erleben wir es doch oft, daß neue Karies auftritt, daß Kronen aufgrund von Sekundärkaries verloren gehen – und dies bei durchgeführter Mundhygiene! Dieses Gedankenschema zu durchbrechen, ermöglicht uns gezielt durchgeführte Prophylaxe, und dies wird in Zukunft eine wichtige Aufgabe für uns alle sein.

An erster Stelle steht das Konzept

Hierbei können wir jedoch nur Erfolg haben durch den Einsatz eines umfassenden Prophylaxekonzeptes, welches losgelöst ist von der Betrachtungsweise der in der GOZ enthaltenen Abrechnungspositionen. Das Konzept sollte an der ersten Stelle stehen. Die Abrechnungspositionen fügen sich darin ein – oder auch nicht.

Prophylaxe ohne Helferinnen undenkbar

Auch können wir Zahnärzte Prophylaxe nicht alleine betreiben. Wir benötigen entsprechend geschultes

Praxispersonal bzw. „Prophylaxehelferinnen“, die uns bei diesem Vorgehen nicht nur unterstützen, sondern die oft wegen der vertrauteren Beziehung zum Patienten uns in vieler Hinsicht besser vertreten können. In all diesen Behandlungs- und Patientenbetreuungsbereichen eröffnet sich für die zahnärztliche Helferin ein Tätigkeitsfeld, in dem sich bei entsprechendem fachlichen Wissen und pädagogisch-didaktischem Geschick viele Einsatzmöglichkeiten ergeben, die einen neuen, sehr interessanten Aspekt im Berufsbild der Zahnarzhelferin ausmachen werden.

Gewußt wie –

Die Entstehung des Karies

Wir sollten uns nochmals die Zusammenhänge bei der Entstehung der Karies bewußt machen, um das Wissen zu haben, zu einer besseren Diagnose zu kommen als: Der Patient hat Karies.

Nicht das Essen, die Bakterien sind schuld

Die vielfach verbreitete Meinung, der sog. Belag oder die Plaque bestehe aus Essensresten, die es beim Zähneputzen zu entfernen gelte, ist falsch. Der Belag besteht aus einer Ansammlung von Bakterien, die die Fähigkeit haben, auf dem Zahn mit entsprechenden Verbindungsvorrichtungen zu haften. Essensreste können am Zahn überhaupt nicht haften, da er viel zu glatt ist. In der Hauptsache unterscheiden wir zwei Bakterienarten, die für die Karies verantwortlich sind, und die Fähigkeit besitzen, sich am Zahn anzuhafte: den

Streptococcus mutans und die sog. Lactobazillen. Das heißt nicht, daß es nicht noch weitere säurebildende Bakterienarten gibt, doch diese zwei sind die Hauptverursacher der Karies. Die Größe und Menge der Plaque ist abhängig von der Anzahl der Bakterien, die sich in der Plaque befinden, und diese ist wiederum abhängig von der Anzahl der Bakterien, die sich in der gesamten Mundhöhle befinden. Die Tatsache, daß die karieserzeugenden Bakterien ja primär in der Mundhöhle sein müssen, bevor sie sich in der Plaque organisieren können, gibt uns die Möglichkeit, ihre Anzahl in der Mundhöhle zu bestimmen. Die dafür geeignete Methode untersucht die Anzahl der karieserzeugenden Bakterien in einem Milliliter Speichel, denn im Speichel befinden sich schon die Bakterien, bevor sie in Kontakt mit dem Zahn kommen, um sich dort festzusetzen.

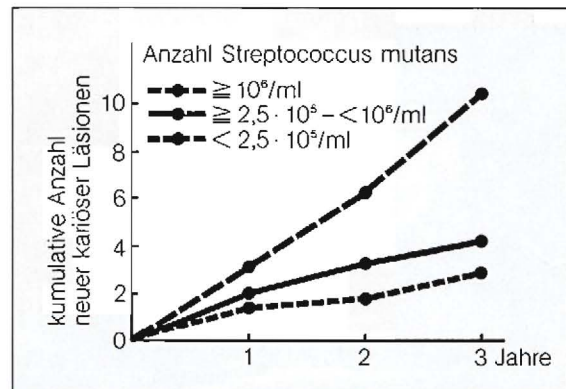
Beziehung zwischen Bakterien im Speichel und Karies

Viele Untersuchungen beschäftigen sich mit der Beziehung der Anzahl der karieserzeugenden Bakterien im Speichel und dem damit verbundenen Auftreten von Karies (Abb. 1). Man hat herausgefunden, daß mit steigender Anzahl von Streptococcus mutans im Speichel auch die Karies bei einem Individuum zunimmt. Dies bedeutet, daß durchbrechende gesunde Zähne in einem Mundmilieu mit einer großen Anzahl karieserzeugender Bakterien stark gefährdet sind. Das Gleiche gilt z. B. für prothetische Restaurationen, die in ein solches Milieu eingegliedert werden. Hier besteht ebenfalls ein hohes Kariesrisiko an den Füllungs- oder Kronenrändern.

Putzen allein genügt nicht

Wir sollten uns dabei die Zahlen vor Augen halten: in besonderen Karies-

Abb. 1 Abhängigkeit der Entstehung neuer kariöser Läsionen von der im Speichel enthaltenen Menge an Streptococcus mutans (aus Farb-
atlanten der Zahnmedizin, Kariesprophylaxe, Peter Riethe, Thieme Verlag)



risikofällen beträgt die Anzahl der Streptococcus-mutans-Bakterien über 1 Million in einem Milliliter Speichel, die Anzahl der Laktobazillen oft zwischen 100 000 und 500 000 in einem Milliliter. Hier ist es leicht vorstellbar, daß ein gerade geputzter Zahn bei diesem Angebot an plaquebildenden Bakterien, von denen er umspült ist, schnell wieder von Plaque besiedelt ist. Unsere Mundhygiene kann also nur wenig effizient sein. Sie muß unterstützt werden durch weitere Prophylaxemaßnahmen, die zum Ziel haben, die Zahlen der karieserzeugenden Bakterien weiter zu reduzieren. Gelingt dies nicht, so ist der Weg von einem zerstörten Milchgebiß (Abb. 2) bis hin zu einem zerstörten Erwachsenengebiß (Abb. 3) vorprogrammiert. Unsere besondere Aufmerksamkeit sollte in diesem Zusammenhang auch auf Kinder mit sog. Zuckerteekaries (Abb. 4) gerichtet werden. Die frühzeitige ungünstige Zusammensetzung der Mundhöhlenflora zugunsten der kariesbildenden Bakterien gefährdet später auch die bleibenden Zähne stark, wenn es nicht gelingt, durch gezielte Prophylaxemaßnahmen eine Änderung des Mundhöhlenbiotops zu erreichen.

Veränderung des Mundhöhlenbiotops

Prophylaktische Maßnahmen beschränken sich also nicht nur darauf, dem Patienten zu zeigen, wie man sich die Zähne putzt, zumal dies in bestimmten Fällen, wie in dem ange deuteten, nicht ausreicht. Eine Reduktion der Anzahl karieserzeugender Bakterien ist durch eine Vielzahl von Therapien möglich, so etwa durch

den Einsatz von bestimmten Chemotherapeutika (Chlorhexidin, Fluoride). Hierbei wird im Rahmen von professionellen Zahnreinigungsmaßnahmen oder durch Applikation von Gelee mit Tiefziehfolien die Flora der kariesrelevanten Keime reduziert. Dies ist in der Regel ein zeitaufwendiger Vorgang. Nach der Reduktion dieser Keimzahlen ist es von großer Wichtigkeit, den karieserzeugenden Bakterien das Substrat – oder besser die Ernährungsgrundlage – zu entziehen. Sie sollen sozusagen ausgehungert werden, damit ihr freier Platz im Biotop Mundhöhle von anderen, harmloseren Bakterienarten eingenommen werden kann.

Verzicht auf Zucker

Ein erster Schritt dazu ist die Vermeidung von zuckerhaltigen Zwischenmahlzeiten. Eine häufige Substratzufuhr erhöht den Stoffwechsel karieserzeugender Bakterien derart, daß beispielsweise 500 000 Streptococcus-mutans-Bakterien die gleiche Menge Säure produzieren können, wie die doppelte Anzahl von Bakterien mit geringerer Stoffwechselaktivität.

Diagnostische Tests – Aufgabe für die HelferIn

Bevor solche Fälle prophylaktisch versorgt werden, muß eine genaue Diagnose gestellt werden. Die Diagnose umfaßt die Beurteilung der Speichelzusammensetzung und den hieraus resultierenden Kariesrisikofaktor sowie die Analyse der Ernährungssituation die, wie gezeigt, eng mit der Anzahl der gefundenen Bakterienzah-

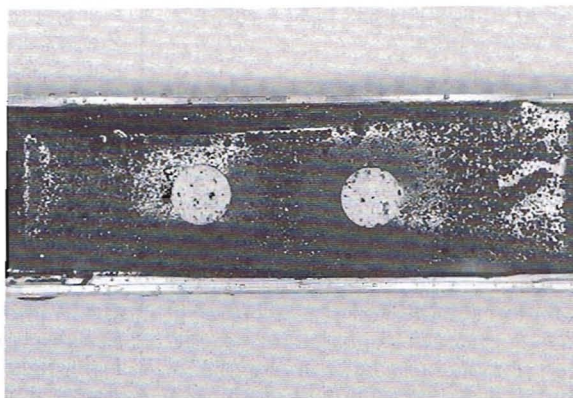


Abb. 5 Bebrütetes
Dentocult SM Nährmedium
(Bakterienzahl: 1 Million)

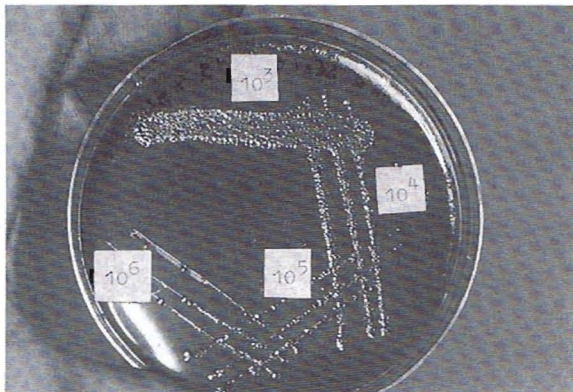


Abb. 6 Auswertungsmu-
ster eines 3-Ösen-Strichs

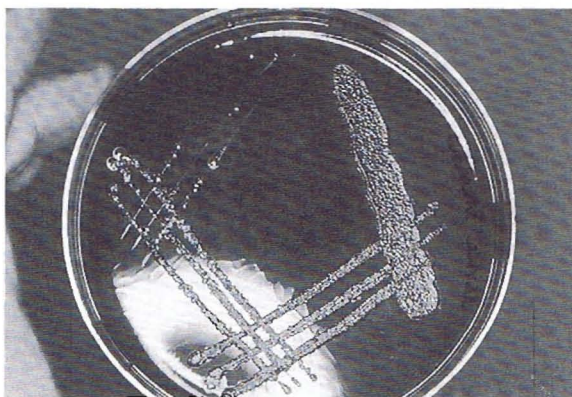


Abb. 7 Bebrüteter 3-
Ösen-Strich

obwohl bei Kindern meistens höhere als die tatsächlich angegebenen Zuckerimpulse angesetzt werden müssen. In der Regel entwickelt sich anhand der Fragen meistens ein intensives Gespräch mit der Prophylaxehelferin, in dem die dann noch bestehenden Unklarheiten in der Bewertung der Zusammensetzung der Nahrung, die der Patient zu sich nimmt, beseitigt werden. Bei der Gesprächsführung ist zu berücksichtigen, daß der Patient oft nicht weiß, welche Substanzen in den unterschiedlichen Genußmitteln enthalten sind und welche Auswirkungen diese auf seine Zahngesundheit, bzw. Mundgesundheit haben.

Irreführende Werbung gibt falsche Sicherheit

Hinzu kommt, daß dem Patienten oft in der Werbung suggeriert wird, daß in bestimmten Genußmitteln besonders wertvolle und „gesunde“ Nahrungsbestandteile vorhanden seien. Ein extrem kritisch zu bewertendes Produkt stellt in dieser Hinsicht die sog. Milchschnitte dar. Aufgrund gezielter Werbemaßnahmen ist es in weiten Kreisen der Bevölkerung zur idealen Zwischenmahlzeit und zum Ersatz eines Schulbrottes geworden. Bei einem in klebriger Crememasse versteckten Zuckeranteil von 23 % ist die Milchschnitte – neben anderen ernährungsphysiologischen Bedenken – ein Produkt, das in entscheidendem Maße zu einer Verschlechterung der Mundsituation beiträgt. Die Ernährungsberatung der geschulten Helferin muß solche Dinge berücksichtigen und dem Patienten klare Angaben machen, welche Produk-

te für seine orale Gesundheit wichtig sind, und welche zu meiden sind.

Diagnose entscheidend für den Erfolg der Therapie

Die Diagnose der individuellen Kariesgefährdung ist in diesen beiden Bereichen ohne die Mitarbeit der zahnärztlichen Helferin unmöglich. Sie trägt durch ihren persönlichen Einsatz und ihr Vorgehen bei der Erhebung der diagnostischen Unterlagen (insbesondere Ernährungsberatung) entscheidend zum Erfolg der Therapie bei. Die Motivation des Patienten, die von diesen Gesprächen mit der Prophylaxehelferin ausgeht und die durch die Geschlossenheit des gesamten Teams bei der Vermittlung des Behandlungsziels verstärkt wird, ist für den Erfolg der Behandlung unumgänglich.

Prophylaxe mit System und die Rolle der Zahnarzhelferin

Abschließend kann festgestellt werden, daß der Effekt der prophylaktischen Behandlung und Betreuung des Patienten am größten ist, wenn ein entsprechendes Konzept vorliegt. Wenn man den Erfolg auch noch kontrollieren kann und dem Patienten visuell zeigen kann, so z. B. durch entsprechende Speicheltestverfahren, wirkt dies als positive Verstärkung. Die Bestimmung der individuellen Kariesgefährdung eines Patienten gibt uns die Möglichkeit, entsprechend der gestellten Diagnose, therapeutische Maßnahmen gezielt durchzuführen. Prophylaxe wird nicht „zwischen Tür und Angel“ erbracht, sondern mit System und bedarfs-