



Lutz Laurisch

Die präventiv orientierte Praxis:

Die Zukunft der Zahnheilkunde

Wissenschaftliche Erkenntnisse der letzten Jahre haben gezeigt, daß die spätere Zahngesundheit um so besser ist, je früher mit der Prophylaxe begonnen wurde. Durch rechtzeitig einsetzende Prävention, insbesondere dann, wenn sie schon bei der schwangeren Frau einsetzt, wird Karies im ersten Lebensjahrzehnt weitestgehend vermeidbar.

Bei erwachsenen Patienten konnte ebenfalls schon vor langer Zeit bewiesen werden, daß die konsequente Einbindung in ein professionelles Betreuungssystem einen lebenslangen Zahnerhalt möglich macht. Zahnverlust ist somit kein unabwendbares Schicksal mehr. Die Umsetzung solcher Erkenntnisse in die tägliche Praxis beinhaltet eine entscheidende Veränderung unseres Berufsbildes: Prophylaxe wird zukünftig ein zentraler Leistungsbestandteil der zahnärztlichen Praxis. Der wirtschaftliche Erfolg wird in Zukunft entscheidend von dem präventiven Leistungsspektrum abhängig sein.

ZUR UMSETZUNG DER PRÄVENTION

Die Rahmenbedingungen für die Umsetzung dieser wissenschaftlichen Erkenntnisse sind jedoch immer noch ungünstig: Fehlende Abrechnungspositionen oder Abrechnungsbestimmungen, die wenig mit den Möglichkeiten der modernen Prävention zu tun haben, erschweren dem prophylaktisch arbeitenden Zahnarzt eine umfassende präventive Betreuung seiner Patienten. Hinzu kommt, daß erwachsene Patienten an ein unvermeidliches Schicksal glauben, wenn eines Tages die natürlichen

Zähne durch die „definitiven“ Dritten abgelöst werden. Diese vorgefaßte Meinung ist oft für die Aufklärung und Motivation keine günstige Ausgangssituation.

Das gleiche gilt auch für die Rahmenbedingungen in der zahnärztlichen Praxis selbst: Die Umsetzung der Prävention bedeutet in erster Linie Überzeugungsarbeit, um beim Patienten das Bedürfnis nach gesunden Zähnen zu wecken. Für die Realisierung der frühkindlichen Prophylaxebetreuung bedeutet dies gleichzeitig, daß der Schlüssel zum Erfolg zunächst bei der Motivation der Eltern liegt.

Der Erfolg dieser Patientenmotivation wird entscheidend von der Grundeinstellung des Zahnarztes und seines Teams zur Prävention geprägt: Gute Überzeugungsarbeit

führt zu guter Motivation und in Verbindung mit einem guten präventiven Betreuungskonzept zu gesunden Zähnen.

Während bei älteren Patienten aufgrund der in dieser Altersklasse vorherrschenden Wissens- und Informationsdefizite und der damit verbundenen Vorbehalte die Motivation oft schwieriger ist, gestaltet sich die präventive Betreuung von Kleinkindern und Jugendlichen viel einfacher. Eltern – meist selbst mit Zahnproblemen behaftet – wünschen ihren Kindern gesündere Zähne und sind von daher empfänglicher für unsere Motivierungsversuche. Dadurch finden sich in der Regel günstige Voraussetzungen für das Patientengespräch. Dies gilt um so mehr, als der Patient in den letzten Jahren durch vielfältige Publikationen in Presse, Rundfunk und Fernsehen oft schon über „Grundinformationen“ verfügt. Sie können die Basis eines vertiefenden Gesprächs werden. Die Einbindung in ein präventives Betreuungskonzept gelingt daher oft besser. Insbesondere wenn die präventive Betreuung schon in der Schwangerschaft beginnt, lassen sich so frühzeitig die Weichen für eine gesunde Mundhöhle im Kindesalter stellen.

DAS BEHANDLUNGSKONZEPT

Die erfolgreiche Umsetzung eines präventiven Betreuungskonzeptes in der zahnärztlichen Praxis wird in erster Linie durch die Präventionsstrategie bestimmt. Konventionelle Präventionsstrategien sind durch folgende Parameter charakterisiert:

- Didaktische Instruktionen
- „ad hoc“ Maßnahmen (z.B.

Fluoridierungen ohne Fluoridierungskonzept)

- Beobachtung der klinischen Situation
- Schadenbegrenzung
- Prinzip der Reaktion.

Diese Präventionsstrategie basiert auf Irrtümern, die oft zu Mißerfolgen führen können:

IRRTÜMER KONVENTIONELLER PRÄVENTIONSSTRATEGIEN

- Mehr Fluoride – weniger Karies
- Karies – das Loch im Zahn
- Bohren hilft gegen Karies
- Verfärbung der Kaufläche ist keine Karies
- Zähneputzen verhindert Karies.

Moderne Präventionsstrategien berücksichtigen dagegen die der konventionellen Prävention zugrunde liegenden Irrtümer. Statt auf eine klinische Veränderung im Sinne einer Schadenbegrenzung zu reagieren, werden schon im Vorfeld – also praktisch vor einer klinisch sichtbaren Veränderung, die man auch subklinisch nennen kann – Risikofaktoren ermittelt. Nicht die Behandlung der klinisch sichtbaren Veränderung, sondern die Behandlung dieser Risikofaktoren ist das Ziel der Prävention. Da die Karies ein multikausales Geschehen ist, sind auch umfangreiche Risikoparameter zu ermitteln. Diese beinhalten biologische, Verhaltens- und individuelle Faktoren. Den Altersklassen der Kinder entsprechend sind jedoch nicht immer alle Risikoparameter zur Beurteilung der individuellen Kariesgefährdung zu berücksichtigen. Für die Umsetzung in den täglichen Praxisablauf ist es wichtig, sich darüber klar zu werden, daß die spätere Karieszunahme entscheidend von dem Zeitpunkt

abhängt, an dem die Prophylaxe begann. Es konnte sogar gezeigt werden, daß Kinder weniger Karies hatten, wenn die Mütter einer entsprechenden präventiven Behandlung bereits während der Schwangerschaft zugeführt wurden. Die zahnmedizinische Prophylaxe zeigt in diesem Primärprophylaxebereich die größte Effektivität, wenn sie bereits im Säuglingsalter einsetzt. Es ist deshalb sinnvoll, in der zahnärztlichen Praxis die Eltern so früh wie möglich anzusprechen, um sie auf die Möglichkeiten, die Zähne ihrer Kinder zu schützen, aufmerksam zu machen. Die Information und Beratung soll günstigenfalls schon die „werdenden Eltern“ erreichen, um das Bewußtsein für die Bedeutung gesunder Milchzähne zu wecken.

MODERNE PRÄVENTIONSSTRATEGIEN

1. Kariesrisikoermittlung Biologische Faktoren

- Zusammensetzung der Plaque (Mikrobiologie der Plaque)
- Sekretionsrate des Speichels
- pH-Wert des Speichels
- Pufferkapazität des Speichels
- Mineral- und Fluoridgehalt des Speichels
- Antibakterielle Speichelfaktoren
- Immunologische Speichelfaktoren

Verhaltensfaktoren

- Hygieneverhalten
- Allgemeines Gesundheitsbewußtsein
- Mundgesundheitsbewußtsein
- Ernährungsverhalten
- Soziokulturelles Verhalten

Individuelle Faktoren

- Generelle Gesundheit
- Mobilitätsprobleme
- Koordinationsprobleme
- Morphologische Probleme

Literaturverzeichnis

¹Fujiwara T, Sasada E, Mi-ma N, Ooshima T. Caries prevalence and salivary mutans streptococci in 0 - 2 year old children in Japan. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991;19: 151

²Kleinfelder J, W Kirchner R. S. Die diagnostische Sicherheit biologischer Speicheltests zur Bestimmung des individuellen Kariesrisikos. *Dtsch Zahnärztl Z* 1993;46

³Laurisch, L: Individualprophylaxe - Diagnostik und therapie des individuellen Kariesrisikos. *Hanser, München* 1994

⁴Kneist S, Heinrich-Weltzien R, Laurisch L. Der Kariesrisikotest CRT in der Kinderzahnheilkunde. *Autoreferate-Band. 5. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde und Primärprophylaxe in der DGZMK, 25/26 Sept. 1998, Dresden, ISBN 3-00-003108-1, Verlag Lengfelder, 91956 Erlangen*

⁵Laurisch L. Ein Prophylaxekonzept für verschiedene Patientengruppen, *ZM* 1985; 75; (5): 432ff

⁶Laurisch L. Professionelle Prävention ist die Zukunft der Zahnheilkunde *ZM* 1995; 85 (4); 376 ff

⁷Laurisch L. Prophylaxe von Anfang an. *Oralprophylaxe* 19;1997 (4) 194ff



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4

- Zahnstellungsprobleme
- Restorationsprobleme.

In der Primärprophylaxe basieren die präventiven Behandlungsziele auf den Erkenntnissen wissenschaftlicher Untersuchungen der letzten Jahre (¹FUJIWARA, SASADA, NIMA, OOSHIMA, 1991):

- Im zahnlosen Kindermund sind keine Mutans Streptokokken nachweisbar.
- Der Nachweis von Mutans Streptokokken und damit auch die Kariesinzidenzrate steigt mit dem Alter des Kindes.
- Die Konzentration von Mutans Streptokokken korreliert mit der Zahnzahl.
- Je früher Mutans Streptokokken nachweisbar sind, um so größer ist die Karieshäufigkeit, insbesondere im Approximalebereich.
- Hohe Streptococcus-mutans-Zahlen im Alter von ca. zwei Jahren verursachen mit einem positiven Vorhersagewert von 92 % auch Karies in den nächsten 2,7 Jahren.
- Kinder, die keine klinische Karies, aber hohe Streptococcus-mutans-Zahlen aufwiesen, entwickelten im folgenden Jahr signifikant mehr Karies als Kinder, die bei der Untersuchung weder Karies noch Mutans Streptokokken zeigten.

Es ist zu sehen, daß verfeinerte diagnostische Methoden, die es uns gestatten, mikrobiologische Befunde in der zahnärztlichen Praxis auf einfache Art und Weise zu ermitteln, zum integralen Bestandteil moderner Präventionsstrategien geworden sind (²KLEINFELDER, KIRCHNER, 1993). Die Kenntnis mikrobiologischer Parameter wird damit zu einem unver-

zichtbaren diagnostischen Bestandteil bei der Beurteilung klinischer Gesundheit oder Krankheit. (³LAURISCH 1994, ⁴KNEIST, HEINRICH-WELTZIEN, LAURISCH, 1998). Von daher ist es im täglichen Praxisablauf eine Erleichterung, daß der seit einiger Zeit auf dem Markt befindliche CRT Risikotest (Vivadent) zum ersten Mal die Möglichkeit eröffnet, beide kariesrelevanten Keime, Streptococcus mutans und Laktobazillen, in einem Arbeitsgang auf einfachem Wege nachzuweisen (vgl. Abb. 1).

AUFBAU DER PRÄVENTION

Material und Methode

In der Praxis des Autors wurden 1997 18jährige Kinder (+/-1 Jahr) untersucht, die zum Zeitpunkt der Untersuchung über einen Zeitraum von bis zu 14 Jahren in präventiver Betreuung standen. Das Präventionskonzept wurde 1982 in die Praxis eingeführt (⁵LAURISCH, 1985). Erste Ergebnisse nach neunjähriger Prävention wurden 1995 (⁶LAURISCH, 1995) vorgestellt. Sie basierten auf Nachuntersuchungen der präventiv betreuten Kinder im 4. Quartal 1993. In diesem Quartal wurden 92 Kinder der Geburtsjahrgänge 1979 bis 1981, die zufällig in diesem Zeitraum zur Behandlung kamen, nachuntersucht. 78 Kinder, nunmehr 18 Jahre alt (+/-1 Jahr), konnten zu einer zweiten Nachuntersuchung 1997 erreicht werden (⁷LAURISCH, 1997).

Insgesamt hat sich die Akzeptanz bei Kindern und Jugendlichen als sehr hoch erwiesen (Präventionsbeginn: 1982). Dies zeigte sich in einer überwiegend regelmäßigen Inanspruchnahme des Prophylaxeangebotes. Die Maßnahmen der Prophylaxe sind für die Kinder oft

ein erster aktiver Erfahrungsbe- reich in der zahnmedizinischen Be- treuung. Gleichzeitig ist es eine schmerzfreie Erfahrung: Prophylaxe tut nicht weh. Da Kinder immer wieder mit dem gleichen Gefühl in die Zahnarztpraxis zurückkehren, mit dem sie beim letzten Mal die Praxis verlassen haben, wird der Zahnarztbesuch als positiv emp- funden. Die Behandlungsinhalte in diesen beiden Präventionszeiträu- men änderten sich nicht nur mit den jeweils aktuellen zahnmedizi- nischen Erkenntnissen, sondern orientierten sich gleichzeitig an den präventiven Zielen in den ein- zelnen Altersklassen. Die seit 1986 hinzukommende Speicheldiagno- stik ermöglichte in den darauf- folgenden Jahren die vermehrte Anwendung kausal orientierter Präventionsstrategien, wobei sich jedoch therapeutische Konsequen- zen aus dieser verfeinerten Unter- suchungsmethode erst im Zeitraum von mehreren Jahren entwickelten.

Folgende Behandlungsinhalte wa- ren Bestandteile der ersten Prä- ventionsphase bis zum Alter von 14 Jahren (1993):

- Regelmäßige Risikoanamnese (Bestimmung der individuellen Kariesgefährdung, einschließ- lich regelmäßiger Speichelun- tersuchungen auf kariesrele- vante Keime (ab 1986))
- Maßnahmen zur Verhinderung der Keimübertragung
- Maßnahmen zur Vermeidung der Kolonisation
- Ernährungsberatung unter be- sonderer Berücksichtigung der Zuckerezufuhr
- Regelmäßige professionelle Rei- nigung aller Zähne
- Altersgemäße Empfehlung und Intensivierung von Hygiene- maßnahmen
- Fissurenversiegelungsmaßnah- men – auch im Milchgebiß
- Ein individuelles Fluoridie- rungskonzept (bedarfsgerechte Anwendung von Lacken, Gelen, Spülungen oder Pasten).
- Ernährungsberatung unter be- sonderer Berücksichtigung xy- lithaltiger Genußmittel
- Professionelle Reinigung aller Zähne
- Intensivierung der Hygiene- maßnahmen, Benutzung von Zahnseide
- Applikation CHX-haltiger Lacke (Cervitec (Vivadent), 40 % CHX Lack) in Problemzonen
- Durchführung kausaler Präven- tionsstrategien zur Verringe- rung der Anzahl kariesrelevan- ter Keime
- Ein bedarfsorientiertes indivi- duelles Konzept der Fluoridie- rung (Anwendung von fluorid- haltigen Lacken, Gelen, Spü- lungen oder Pasten)
- Fissurenversiegelungsmaßnah- men an allen Zähnen
- Recallsystem einschließlich der intensivierten Betreuung von Risikofällen.

In der zweiten Präventionsphase (14 bis 18 Jahre) dominierten folgende Behandlungsinhalte:

- Regelmäßige Kariesrisikodiag- nostik einschließlich Un- tersuchung des Speichels auf kariesrelevante Keime

Abb. 1: Der CRI-Test (Fa. Vivadent) gestattet den Nachweis von *Streptococcus mutans* und *Lactobazillen* in einem Arbeitsgang

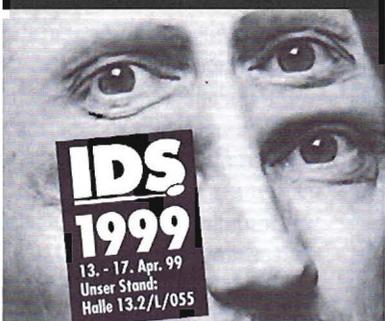
Abb. 2: Die Mundgesund- heit der Kinder ist entscheidend abhängig von der regelmäßigen Nutzung der Präven- tionsangebote

Abb. 3: Regelmäßige Prävention erhöht die Mundgesundheit

Abb. 4 und 5: Die DFT- Zahlen von Kindern mit nicht regelmäßiger Betreuung zeigen generell eine schlechtere Mundgesundheit wie die Kinder mit regelmäßiger Betreuung.

Mehr **sehen** als andere.

Mit Diagnoseprodukten von Orion Diagnostika



Bitte liefern Sie gegen Rechnung folgende Produkte an meine Praxisanschrift:

Artikel-Nr.	Produkt	Einzelpreis	Best.-Menge
D-100-01	Dentocult SM 10 Tests + Zubehör	81,-	
D-100-02	Dentocult LB 10 Tests + Zubehör	84,-	
D-100-03	Dentobuff 10 Tests + Zubehör	67,-	
D-100-04	Dentocult Cariessys je 5 SM/Buff+Zubeh.	77,-	
D-200-01	Dentocult CA 10 Tests	87,-	
D-500-01	Brutschrank Cultura S	257,-	

Alle Preise: DM netto, zuzügl. MwSt.

Up to dent®
WE HANDLE WITH CARE

Up to dent AG
Gagoz 75, Postfach 146
FL-9496 Balzers

PRAXISSTEMPEL / ADRESSE

DATUM / UNTERSCHRIFT

freecall
 treephone 00800-87863368
 freefax 00800-87863369
 faxabruf 00800-87863370
 internet-shop www.uptodent.com

14,1 f 1

Abb. 6 und 7: Kinder ohne Karies zeigen durchweg die besseren Speichelbefunde als Kinder mit Karies

präventiv betreuten Zähnen nur 30 Zähne kariös: 1,25 %. Die in der Präventionsphase kariös gewordenen Zähne verteilten sich auf 13 Kinder (3,2 %); hierfür ergab sich ein DFT Wert von 0,3. Bei der Verteilung der kariösen Flächen zeigte sich, daß von den 30 Zähnen 20 (66,6 %) an Fissuren-/Grübchenkaries erkrankten. Das geringe Auftreten von Approximalkaries lag sicherlich auch darin begründet, daß die Prämolaren in der untersuchten Altersklasse z.T. erst unmittelbar oder erst in den letzten Jahren durchgebrochen und somit – selbst bei vorliegender Kariesgefährdung – klinisch noch gesund waren. Der hohe Anteil an Fissurenkaries in Bezug zur Gesamtkaries zeigte gleichzeitig, daß bei entsprechend konsequenter Umsetzung von Betreuungsstrategien (z. B. rechtzeitige Indikation zur Fissurenversiegelung, regelmäßige Teilnahme am Präventionsangebot, Recallsystem) noch weitere Verbesserungsmöglichkeiten zu erwarten sind. Eine Konsequenz für die Praxisorganisation ergab sich aus diesen Zahlen ebenfalls: Termine zu den Präventionssitzungen konnten von den Kindern nicht mehr im „Confirm“-System vereinbart werden. In diesem System wurden die Kinder darauf hingewiesen, eigenverantwortlich zu einem bestimmten Zeitpunkt einen neuen Kontrolltermin zu vereinbaren. Dies führte in vielen Fällen dazu, daß infolge organisatorischer Schwierigkeiten im Praxisablauf oder aufgrund von Versäumnissen bei der Terminvereinbarung der Kinder, längere Intervalle in der präventiven Betreuung entstanden. Die fortlaufende Betreuung wurde dadurch unregelmäßig. Von diesem Zeitpunkt an erfolgte die präventive Betreuung



Abb. 5



Abb. 6



Abb. 7

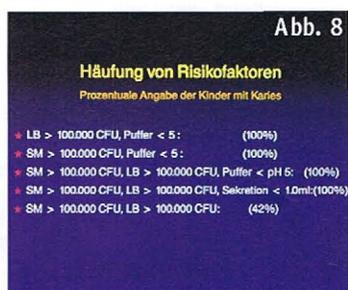


Abb. 8

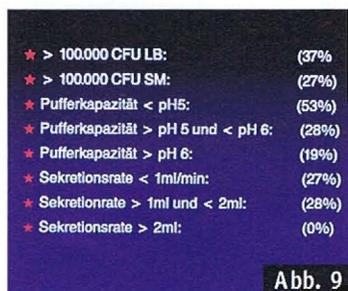


Abb. 9

ausschließlich im „Recall“, d.h. die Kinder wurden regelmäßig angeschrieben, gleichzeitig wurde schon ein Behandlungstermin mitgeteilt.

Ergebnisse unterschiedlicher Betreuungszeiträume (1994-1997)

Mit dem Beginn der Pubertät verändert sich auch die ökologische Situation in der Mundhöhle: Der Gesamtoberfläche der Zähne und damit auch die Keimzahlen kariesrelevanter Keime verändern sich. Es können natürliche oder artifizielle Retentionsnischen (Zahnengstände, Fissuren und Grübchen; festsitzende kieferorthopädische Behandlungsgeräte u.ä.) entstehen; ebenso besteht die Gefahr, daß aufgrund sich ändernder Interessen und/oder des verminderten Einflusses der Eltern in dieser Altersklasse zahngesundes Hygiene- und Ernährungsverhalten als nicht mehr so wichtig erachtet und somit vernachlässigt werden. Dies alles beeinflusst die Kolonisationsparameter kariesrelevanter Keime. Durch Zunahme kariogener Bakterien verändert sich die individuelle Kariesgefährdung des Kindes. Regelmäßige Prävention unter Einbeziehung einer Bestimmung der individuellen Risikofaktoren (mikrobiologische Tests, Bestimmung von Kolonisationsparametern z.B. API, SBI, Ernährungsanamnese u.ä.) ermöglicht, diese Veränderungen im oralen Biotop zu erkennen. Dies gilt um so mehr, wenn regelmäßige Vergleichsuntersuchungen eine Keimzahlvermehrung bestätigen.

Insbesondere in diesem zweiten Präventionszeitraum hat sich gezeigt, daß die regelmäßige Teilnahme an der Prävention ent-

scheidend für den Erfolg ist. Insgesamt waren bei 15 Kindern neue kariöse Stellen entstanden, von 2.183 Zähnen waren 97,7 % kariessfrei geblieben, 2,3 % (49 Zähne) waren in der zweiten Untersuchungsperiode an Karies erkrankt. Untersucht man die Flächenverteilung, so zeigt sich, daß Approximalflächen mit 69,2 % daran beteiligt waren. Bei der individuellen Kariesverteilung der 15 Kinder ist zu sehen, daß alleine bei zwei Kindern 21 Zähne kariös wurden, mithin über 40 % der Karies bei nur 1,3 % der Kinder auftrat. Die Karieshäufigkeit im Betreuungszeitraum 1993 bis 1997 hing von der Intensität ab, mit der die Präventionsangebote genutzt wurden: Geht man von mindestens einer Prophylaxesitzung im Jahr aus, so lag bei 32 Kindern eine nicht regelmäßige Betreuung vor, 46 Kinder erschienen regelmäßig zu ihren Prophylaxesitzungen. Bei den regelmäßig erschienenen Kindern erkrankten auch bedeutend weniger: 17 % von ihnen bzw. 1,4 % der Zähne standen 21 % der nicht regelmäßig erschienen Kinder bzw. 3,5 % erkrankten Zähnen gegenüber.

Wurde die Kontinuität der präventiven Betreuung für längere Zeit (>1 Jahr) unterbrochen, so entwickelte sich bei diesen Kindern bis zu dreimal mehr Karies als bei den Kindern, die an einer regelmäßigen Prophylaxe teilgenommen hatten. Für einen einzelnen Zahn läßt sich so die Aussage machen, daß in der Altersklasse 14 bis 18 Jahre das Risiko, an Karies zu erkranken, fast dreimal so hoch ist, wenn das Kind nicht an einer regelmäßigen Prävention teilnimmt. Diese Karies manifestiert sich hauptsächlich im Approximalraum: Bei Kindern mit regel-

mäßiger Betreuung liegen 55 % der kariösen Zahnflächen im Approximalraum, bei Kindern mit nicht regelmäßiger Betreuung ist dieser Wert mit 90 % bedeutend höher. Diese Zahlen entsprechen wissenschaftlichen Erkenntnissen, die gezeigt haben, daß sich alleine durch konventionelle häusliche Hygienemaßnahmen das Kariesrisiko an Approximalflächen nur in ungenügendem Maße beeinflussen läßt.

14jährige Präventionsergebnisse (1982-1997)

Betrachtet man die Mundgesundheit aller Kinder über den gesamten Zeitraum 14jähriger Prophylaxe, so waren von 78 Kindern nach

14 Jahren noch 70 % vollständig kariessfrei. Dies entspricht einem DFT Index von 1,1. Nur bei 24 Kindern kam es zur Karies. Bei den meisten (20 Kinder) war der DFT Index kleiner oder gleich 4,51. Die kariösen Zähne verteilten sich auf 20 Kinder. Im hohen DFT-Bereich entfielen jedoch 36 kariöse Zähne auf nur vier Kinder.

Differenziert man die Mundgesundheit nach 14 Jahren unter dem Gesichtspunkt der regelmäßigen Inanspruchnahme des präventiven Leistungsangebotes, so zeigt sich folgendes: Von 32 Kindern mit nicht regelmäßiger Betreuung erkrankten 11 an Karies

**IDZ-Studie über die Zahn-
gesundheit, Mundgesund-
heitszustand und -verhal-
ten in der Bundesrepublik
Deutschland. Ergebnisse
des nationalen IDZ-Survey
1989. Deutscher Ärzte Ver-
lag, Köln 1991*

Endlich...
Täglich mit Lust - ganz ohne Frust !!!

FLOSSFIX

Der ultimative Zahnseidenautomat

- bequem - einfachste, ergonomische Anwendung
- funktionell - stabile, langlebige Mechanik
- wirtschaftlich - FLOSSFIX ist nachfüllbar mit Zahnseide:
 - * leicht gewachst (PTFE beschichtet)
 - * ungewachst, fluoridiert
 - * Mint-Geschmack, fluoridiert mit antibakterieller Formel
 - * Tape

INNOVA DENT
Günter Weise 31552 Rodenberg

Info
Tel. 05723/917340 Fax. 05723/917341
E-Mail: innova-dent@t-online.de

FLOSSFIX ist die Empfehlung für alle, die ihre tägliche Zahnpflege optimieren möchten.

(34 %), von 46 Kinder mit regelmäßiger Prophylaxe erkrankten nur 11 an Karies (23 %). Gleichzeitig erkrankten in der Gruppe mit nicht regelmäßiger Betreuung 5,8 % der Zähne an Karies, in der Gruppe mit regelmäßiger Prophylaxe jedoch nur 2,7 %. Dies entsprach einem DFT Index von 1,6 bzw. 0,7. Das bedeutet: Über einen Zeitraum von 14 Jahren ist das Risiko für einen Zahn, an Karies zu erkranken, mehr als doppelt so hoch, wenn keine kontinuierliche individualprophylaktische Betreuung gegeben ist. (Abb. 2, 3, 4, 5). Interessant ist hierbei, daß in der Gruppe mit nicht regelmäßiger Teilnahme nicht nur die Intensität der Inanspruchnahme präventiver Leistungsangebote entscheidend war, sondern die Kontinuität über einen längeren Zeitraum. So waren Kinder mit einem DFT von 2 oder 3 bis zu sechsmal in vier Jahren zur Prophylaxe (aber nicht kontinuierlich), während die Kinder mit hohem DFT (9, 10, 11) nur zweimal in vier Jahren präventive Leistungsangebote nutzten. Im individuellen Vergleich der DFT-Werte zeigten sich bei den Kindern, die nicht regelmäßig an den Präventionssitzungen teilgenommen hatten, generell höhere Werte. Berücksichtigt man die Speichelparameter der Kinder, so ist zu sehen, daß kariesfreie Kinder grundsätzlich auch die besseren Speichelparameter (bakteriologische und funktionelle Speichelparameter) aufwiesen (Abb. 6 und 7). Kombiniert man mehrere Speichelparameter untereinander, so ist folgendes erkennbar: Je mehr ungünstige Parameter zusammenreffen, um so höher erweist sich das Risiko, an Karies zu erkranken (Abb. 8 und 9).

DISKUSSION UND ZUSAMMENFASSUNG

Es konnte gezeigt werden, daß regelmäßig durchgeführte Individualprophylaxe über einen Zeitraum von bis zu 14 Jahren entscheidend die Zahngesundheit beeinflusst. Der DFT-Wert des präventiv betreuten Probandengutes (ohne Unterscheidung regelmäßiger/nicht regelmäßiger Teilnahme) beträgt in der Altersklasse der 17- bis 18jährigen Jugendlichen 1,1 und liegt damit weit unter dem für Deutschland gültigen Wert der IDZ-Studie (DT 3, 9; FT 7,0 / 1989) (IDZ, 1991). Um dieses Ergebnis zu erreichen, ist eine regelmäßige Bestimmung der individuellen Kariesrisikofaktoren wichtig: Unterschiedliche Altersklassen haben nicht nur differierende Haupt-Risikofaktoren, sondern zeigen auch noch eine wechselnde Kariesgefährdung unterschiedlicher Zahnflächen. Mit zunehmendem Alter des Kindes nimmt das Risiko einer Approximalkaries bzw. das Risiko, an Karies zu erkranken, zu.

Wird die Kontinuität der präventiven Betreuung für längere Zeit (>1 Jahr) unterbrochen, so ist die Wahrscheinlichkeit bei diesen Kindern, daß ein Zahn an Karies erkrankt – je nach Altersklasse – bis zu dreimal höher als bei den Kindern, die an einer regelmäßigen Prophylaxe teilgenommen haben. Jugendliche der Altersklasse 17 bis 18 mit regelmäßiger 14jähriger Individualprophylaxebetreuung wiesen einen DFT Wert von 0,7 auf. Dieser Wert betrug bei Jugendlichen, bei denen eine längere Unterbrechung (> 1 Jahr) der präventiven Betreuung stattgefunden hatte, 1,6. In dieser

Gruppe dominierte eine starke Zunahme der Approximalkaries; so lagen hier 90 % der neu aufgetretenen Kariesstellen an Approximalkariesflächen. Zur Sicherung des optimalen Präventionserfolges ist daher ein strenges Recallsystem für Kinder empfehlenswert. In dieses sollte grundsätzlich die kontinuierliche Bestimmung der sich mit dem Lebensalter des Kindes verändernden individuellen Kariesgefährdung eingebunden sein. Präventive Maßnahmen richten sich somit bedarfsorientiert nach den vorherrschenden Risikofaktoren. Dies erfordert von seiten des Zahnarztes neben exakten verfeinerten diagnostischen Methoden (Plaqueabstrich, Karies-Risiko-Test u.ä., Ernährungskontrolle, Laktobazillentest) ein entsprechendes kausal orientiertes Therapiekonzept, welches zum Ziel hat, bereits die individuelle Kariesgefährdung bzw. die Risikofaktoren zu therapieren und nicht mehr die klinisch sichtbare Karies.

Die konsequente Umsetzung solcher moderner und präventiver Behandlungs- und Betreuungsstrategien wird das Bild der Zahnarztpraxis der Zukunft weiter verändern. Die Qualität der Gesunderhaltung der Zähne wird den Ruf der Zahnarztpraxis in Zukunft vielleicht mehr prägen als bisher, wo die Zahnarztpraxis vielfach noch als die „beste“ galt, die die schönsten Brücken und Prothesen anfertigte. pi

Dr. Lutz Laurisch
Arndtstr. 25
41352 Korschenbroich