

Prophylaxe Interaktiv – das diagnosezentrierte Therapiekompodium

Präventive Maßnahmen sollten bedarfsgerecht und individuell erbracht werden. Leider sind die meisten Fortbildungsveranstaltungen, welche sich mit dem präventiven Leistungsbereichen beschäftigen, nicht primär fachlich orientiert. Oft werden einzelne Gebührenpositionen herausgenommen – also z.B. die IP1 oder IP2. Anhand dieser Abrechnungspositionen werden dann die Maßnahmen erläutert, welche durchgeführt werden müssen, damit es zur Abrechnung dieser Leistungsposition kommen kann.

DR. LUTZ LAURISCH/KORCHENBROICH

Fortbildung und Weiterbildung auf diese Weise betrieben läuft Gefahr, dass man letztlich ohne fachliche Diagnose behandelt, und nur seinen Blick auf die festgelegten Abrechnungspositionen fokussiert. Bedarfsgerecht und individuell erbrachte Prävention erfordert jedoch in erster Linie eine Bestimmung des Karies- bzw. Parodontitisrisikos des Patienten. Entsprechend des ermittelten Risikos werden dann die präventiven Maßnahmen für den Patienten ausgewählt. Am Ende der Behandlung wäre dann erst zu überlegen, wie man die geplanten oder durchgeführten Leistungen abrechnen kann. Dieses Vorgehen entspricht vom Grundsatz her dem zahnmedizinischen Vorgehen in allen anderen Fachbereichen. Warum sollte es dann in der Prävention anders sein?

Zur Diagnosefindung des individuellen Kariesrisikos gibt es unterschiedliche Vorgehensweisen und Empfehlungen. Zum ersten Male wurde 1988 in der Literatur gefordert, dass vor präventiven kariesprophylaktischen Maßnahmen erst einmal das Kariesrisiko bestimmt werden sollte.¹

Vom fachlichen Ansatz der Kariesrisikobestimmung hat sich in den letzten 25 Jahren daran nicht viel geändert.² So setzt sich das Kariesrisiko aus klinisch sichtbaren sowie aus klinisch nicht sichtbaren Parametern zusammen.

Zu den klinisch sichtbaren Parametern gehören z.B. bei einem hohen Kariesrisiko

- verfärbte bzw. kariöse Fissuren, evtl. plaquebedeckt
- klinisch und/oder röntgenologisch sichtbare akute Approximalkaries
- ausgedehnte Demineralisationen, vor allem im Zahnfleischrandbereich
- akute Glattflächenkaries
- offene, unversorgte Karies
- erhöhter API u/o SBI
- positiver BOP „bleeding on probing“
- bei Kindern: Nursing bottle Syndrom (early childhood caries)
- ausgedehnte Karies im Wechselgebiss mit aufgebohrten und trepanierten Zähnen.



Abb. 1

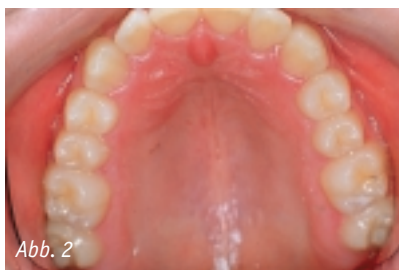


Abb. 2



Abb. 3

Abb. 1 bis 6: Beispiele für ein niedriges Risiko.



Abb. 4



Abb. 5



Abb. 6



Abb. 7

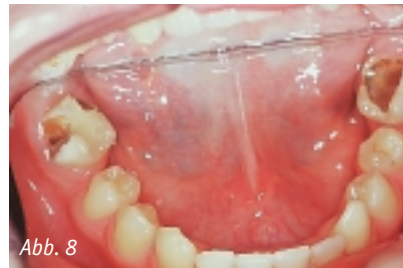


Abb. 8



Abb. 9

Abb. 7 bis 11: Beispiele für ein hohes Risiko.

Zu den klinisch nicht sichtbaren Parametern gehören:

- erhöhte Kolonisationsdichte von Streptococcus mutans
- erhöhte Kolonisationsdichte von Lactobazillen
- ungünstige Sekretionsrate,
- ungünstige Pufferkapazität
- ungünstiger Speichel-pH.

Hinzu kommen anamnestisch zu erhebende Verhaltensparameter, wie z.B. das Mundhygieneverhalten, die Fluoridzufuhr sowie die Ernährungssorgfalt (kariogene Potenz sowie kariogene Wirksamkeit der aufgenommenen Nahrung).

Idealerweise ergeben sich aus der Diagnostik der individuellen Kariesgefährdung die notwendigen präventiven Maßnahmen. Es ist verständlich, dass unterschiedliche individuelle Kariesgefährdung einzelner Patienten Auswirkungen sowohl auf die Auswahl präventiver Maßnahmen als auch auf die Intensität der zahnärztlichen Betreuung hat.

Die CD „Prophylaxe – interaktiv“ gestattet es, aufbauend auf dem ermittelten Kariesrisiko die notwendigen Prophylaxemaßnahmen, welche sich aus den ermittelten Kariesrisiko ergeben, zu bestimmen. Hierbei werden vier unterschiedliche Risikoklassen (Abb. 12) unterschieden:

- kein Kariesrisiko
- Kariesrisiko
- hohes Kariesrisiko
- ungünstige funktionelle Speichelparameter.

Die Diagnosefindung ergibt sich durch die Kontrolle kli-

nischer und/oder subklinischer Parameter. Zusätzlich gestatten klinische Abbildungen, welche in der Regel mit der entsprechenden Risikoklasse vergesellschaftet sind, eine Zuordnung.

Beispielhaft seien hier der klinische, visuelle und morphologische Befund eines niedrigen, geringen und eines hohen Kariesrisikos gegenübergestellt (Abb. 1 bis 11). Stellt man klinische Befunde bei geringem Risiko, Risiko und hohem Risiko gegenüber, so sieht man, dass die Einordnung in eine bestimmte Risikogruppe leicht fällt. Hier wird die bereits eingetretene Erkrankung selbst sozusagen zur „nachträglichen Risikoeinstufung“ herangezogen. Die Risikoeinteilung – und damit der Einstieg in das diagnoseorientierte Therapiekonzept – kann also auch auf Grund eines schon eingetretenen Schadens stattfinden.

Geringes Risiko:

- klinisch gesund
- kein Anzeichen für akute Karies
- kein Anzeichen für Parodontitis
- evtl. verfärbte Fissuren bei Erwachsenen
- evtl. Randkaries
- evtl. insuffiziente Füllungen

Risiko:

- verfärbte bzw. kariöse Fissuren bei Kindern
- Verdacht auf „Hidden Caries“ (versteckte Karies) bzw. Kariesprogression
- bei DIAGNOdent-Werten >20 (Erwachsene) bzw. >15 (Kinder)
- vereinzelte Kreideflecken
- Glattflächenkaries in hygienischen Problembereichen
- vereinzelte Approximalkaries
- erhöhter API u/o SBI
- positiver BOP „bleeding on probing“
- bei Kindern: aufgebohrte und trepanierte Milchzähne
- Approximalkaries im Milchgebiss

Bei hohem Risiko:

- verfärbte bzw. kariöse Fissuren, evtl. plaquebedeckt
- klinisch und/oder röntgenologisch sichtbare akute Approximalkaries
- ausgedehnte Demineralisationen, vor allem im Zahnfleischrandbereich
- akute Glattflächenkaries
- offene, unversorgte Karies
- erhöhter API u/o SBI



Abb. 12: Prophylaxe interaktiv.

- positiver BOP „bleeding on probing“
- bei Kindern: Nursing bottle Syndrom (early childhood caries)
- ausgedehnte Karies im Wechselgebiss mit aufgebohrten und trepanierten Zähnen.

Ebenfalls einfach ist die Einteilung nach klinisch nicht sichtbaren Parametern möglich. Hierzu muss nur das Ergebnis der mikrobiologischen Speicheluntersuchung (CRT® Fa. Ivoclar Vivadent) mit den entsprechenden Abbildungen verglichen werden (Abb. 13).

So zeigt sich in der Gruppe „Geringes Risiko“ folgender Befund (Abb. 1 bis Abb. 6):

Geringes Infektionsniveau mit *Streptococcus mutans* in Verbindung mit geringen Laktobazillenzahlen. In der Risikogruppe liegen entweder hohe Mutanzahlen oder hohe Laktobazillenzahlen vor. In der Hochrisikogruppe sind sowohl Mutanzahlen als auch Laktobazillenzahlen hoch.

Die Einteilung in nicht ausreichende funktionelle Parameter geschieht nach folgenden Kriterien:

- Sekretionsrate < 1 ml/min
- Pufferkapazität < pH 5
- pH – Wert < 7

Ist die Risikoklasse bestimmt, so kann man das gesamte präventive Therapiespektrum für die vorliegende Gefährdungskategorie interaktiv abfragen. Hierbei wird grundsätzlich immer unterschieden zwischen den professionell durchzuführenden und den häuslichen Maßnahmen. Fachlicher Hintergrund wird dadurch vermittelt, dass für jede präventive Maßnahme sowohl der wissenschaftliche Hintergrund, die Anwendung in der Praxis und die dazu benötigten Materialien abgerufen werden können. Zahlreiche Videos unterstützen die Wissensvermittlung. In einem speziellen Register können Schlagworte eingegeben, und so Verknüpfungen zu verschiedenen präventiven Themenbereichen hergestellt werden. Beispielhaft seien hier die präventiven Maßnahmen aufgeführt, welche z.B. bei einem geringen Kariesrisiko zur Anwendung kommen:

Grundsätzlich in jeder Risikoklasse durchzuführende professionelle Maßnahmen:

- regelmäßige Kontrolluntersuchungen in der zahnärztlichen Praxis
- Basisprophylaxe (zwei bis viermal pro Jahr), bei anhaltenden hohen Laktobazillenzahlen öfter)
- Maßnahmen bei ungenügender Pufferkapazität oder Sekretionsrate
- Kontrolle auf Wurzelkaries

zusätzlich bei einem geringen Infektionsniveau mit *Streptococcus mutans* und hohen Laktobazillenzahlen:

- Kontrolle der Zuckerimpulse und Empfehlung von Zuckeraustauschstoffen
- Untersuchung von Plaqueprädisloktionsstellen auf ihren Anteil an Mutans Streptokokken bei nachgewiesener Kariesaktivität (umschriebener demineralisierter Bereich)
- Applikation von chlorhexidinhaltigen Lacken nötig, z.B. Cervitec (1%iger CHX/Thymol Lack) alle acht Wochen bis drei Monate
- EC40 (40%iger CHX-Lack) einmal monatlich
- regelmäßige Röntgenkontrollen (insbesondere bei Jugendlichen Bissflügel aufnahmen)
- Prävention der Fissurenkaries
- Kontrolluntersuchung mikrobiologischer Speichelparameter nach einem halben bis einem Jahr

zusätzlich bei hohem Infektionsniveau mit *Streptococcus mutans* und geringen Laktobazillenzahlen

- optimale Mundhygiene und Approximalhygiene
- Kontrolle von freiliegenden Wurzeloberflächen
- Prävention der Wurzelkaries
- Überprüfung des Zahnfleischrandes auf Gingivitis
- Applikation chlorhexidinhaltiger Lacke in Approximalräume, auf Risikoflächen und Plaqueprädisloktionsstellen (Randgestaltung von Restaurationen, morphologische Schwachstellen, Zahnfehlstellungen, defizitäre Mundhygienebereiche [Rekolonisie-

ANZEIGE

NEU
Jetzt bei Raumtemperatur lagerfähig.

PerioChip

Chlorhexidinbis (D-gluconat)

Das **EINZIGE** nicht-antibiotische, lokal applizierbare Arzneimittel, das sich bei Parodontitis als Begleittherapie zu SRP empfiehlt.



PerioChip 

Weil jeder Zahn zählt.

Kostenlose Hotline:
Tel. 0 800 / 2 84 37 42
Fax 0 800 / 7 32 71 20
www.dexcel-pharma.de

 **DEXCEL**
PHARMA GmbH

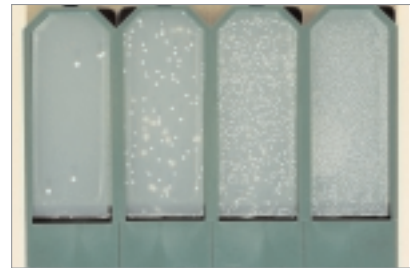
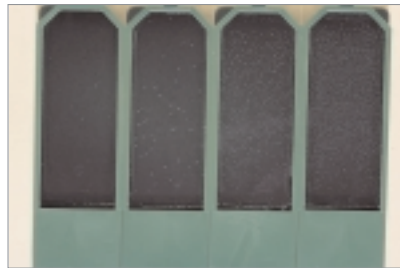


Abb. 13: CRT von Ivoclar Vivadent zur Bestimmung der Keimzahlen.– Abb. 14: Auswertung der *Streptococcus mutans* Keime.– Abb. 15: Auswertung der Lactobazillen.

- runnungsgeschwindigkeit) z.B. Cervitec (1%iger CHX/Thymol Lack) alle acht Wochen bis drei Monate
 EC40 (40%iger CHX-Lack) einmal monatlich
- Durchführung einer *Intensivtherapie* zur Reduktion kariesrelevanter Keime unter Verwendung einer *Applikationshilfe*
 - Verwendung eines *Zinnfluorid-Präparates* (z.B. *Gel Kam*)
 - *Prävention der Fissurenkaries* (Kinder und Jugendliche, auch im Milchgebiss)
 - *Fissurenversiegelung* aller verfärbten oder intakten Fissurensysteme (*Entfernung aller Verfärbungen (minimalinvasives Vorgehen)*)
 - regelmäßige *Röntgenkontrolle* (insbesondere bei Jugendlichen Bissflügel-aufnahmen)
 - Kontrolluntersuchung mikrobiologischer *Speichelparameter* ein halbes Jahr nach Abschluss der *Intensivtherapie*.
 - Aufklärung (Schwangere/junge Mutter) über die *Übertragungswege* und Übertragungsverhinderungen
 - Maßnahmen der *Primär-Primär Prophylaxe*.

Häusliche Maßnahmen

- optimale Glattflächen und Approximalraumhygiene
- Verwendung *fluoridhaltiger Hilfsprodukte* wie z.B.
 - Verwendung von fluoridhaltigem Speisesalz oder *Fluoridgel* (insbesondere zinnfluorid- und/oder aminfluoridhaltige Verbindungen)
- Verwendung von fluoridhaltigem Speisesalz oder *Fluoridgel* (insbesondere zinnfluorid- und/oder aminfluoridhaltige Verbindungen)
- starke Beschränkung der Anzahl der *Zuckerimpulse* (nicht über drei pro Tag) unter Verwendung von *Zuckeraustauschstoffen*, insbesondere im Anschluss an häusliche oder professionelle *Chlorhexidin*-applikationen.
- Prävention der *Wurzelkaries*
- häusliche Maßnahmen bei ungenügender *Pufferkapazität* oder *Sekretionsrate*.

Die kursiven Wörter sind auf der CD mit Hyperlinks belegt. Hier können weitere Informationen abgefragt werden, wie z.B.: fachliches Hintergrundwissen, Anwendungsmöglichkeiten, Anwendungshäufigkeit, Präparatenamen, Empfehlungen an den Patienten und Voraussetzungen bei der Praxisorganisation, so z.B. wann eine neue Risikoeinstufung bzw. präventive Diagnostik notwendig wird. So werden prophylaktische Maßnahmen nicht nur ausgewählt, sondern gleichzeitig in ihrem wissenschaftlichen Hintergrund erläutert und ihre Anwendung in der Praxis erklärt. Im Brennpunkt des Interesses liegt hierbei die Kariesprophylaxe. Da sich jedoch in der Regel die subgingivale Plaque aus der supragingivalen entwickelt (gekennzeichnet durch den Shift von grampositiv zu gramnegativ, bzw. durch den Shift von aerob zu anaerob), liegen hier Berührungspunkte auch mit der Parodontalprophylaxe beim Gesunden vor.

Dadurch wird die CD „Prophylaxe Interaktiv“ zu einem diagnosebezogenen Präventionskompendium mit einer neuen Sichtweise der Prävention: Einzelne präventive Maßnahmen werden nicht mehr isoliert dargestellt, sondern fügen sich in ein Gesamtkonzept ein. Aus der Vielzahl der Möglichkeiten werden die für das vorliegende Risiko zur Anwendung kommenden präventiven Maßnahmen ausgewählt, auf Wunsch des Anwenders entsprechend erklärt und in ihrer praktischen Anwendung vorgestellt. Prophylaxe wird so nicht mehr durch die Abrechnungspositionen erklärt, sondern kommt so in einen umfassenderen Zusammenhang: Prophylaxe als die Basis präventionsorientierter Zahnheilkunde. Die vorliegende CD „Prophylaxe Interaktiv“ ist daher ein wichtiger Baustein zu einer Qualitätsverbesserung in der Prävention.

Literatur

- 1 Krasse, B.: Die Quintessenz des Kariesrisikos. Quintessenz, Berlin 1986; Laurisch, L.: Die Bestimmung des individuellen Kariesrisikos – Voraussetzung für eine Prophylaxe nach Maß. Oralprophylaxe 10, 126, 1988.
- 2 Schlagenhauf, U; Burgemeister S.: Bestimmung des Parodontitis- und Kariesrisikos bei Patienten im Recall; Quintessenz 55, 2, 127–136, 2004.

ANZEIGE



Korrespondenzadresse:

Dr. Lutz Laurisch

Arndtstr. 25, 41352 Korschenbroich

E-Mail: lutz@dr-laurisch.de, Web: www.Dr-Laurisch.de