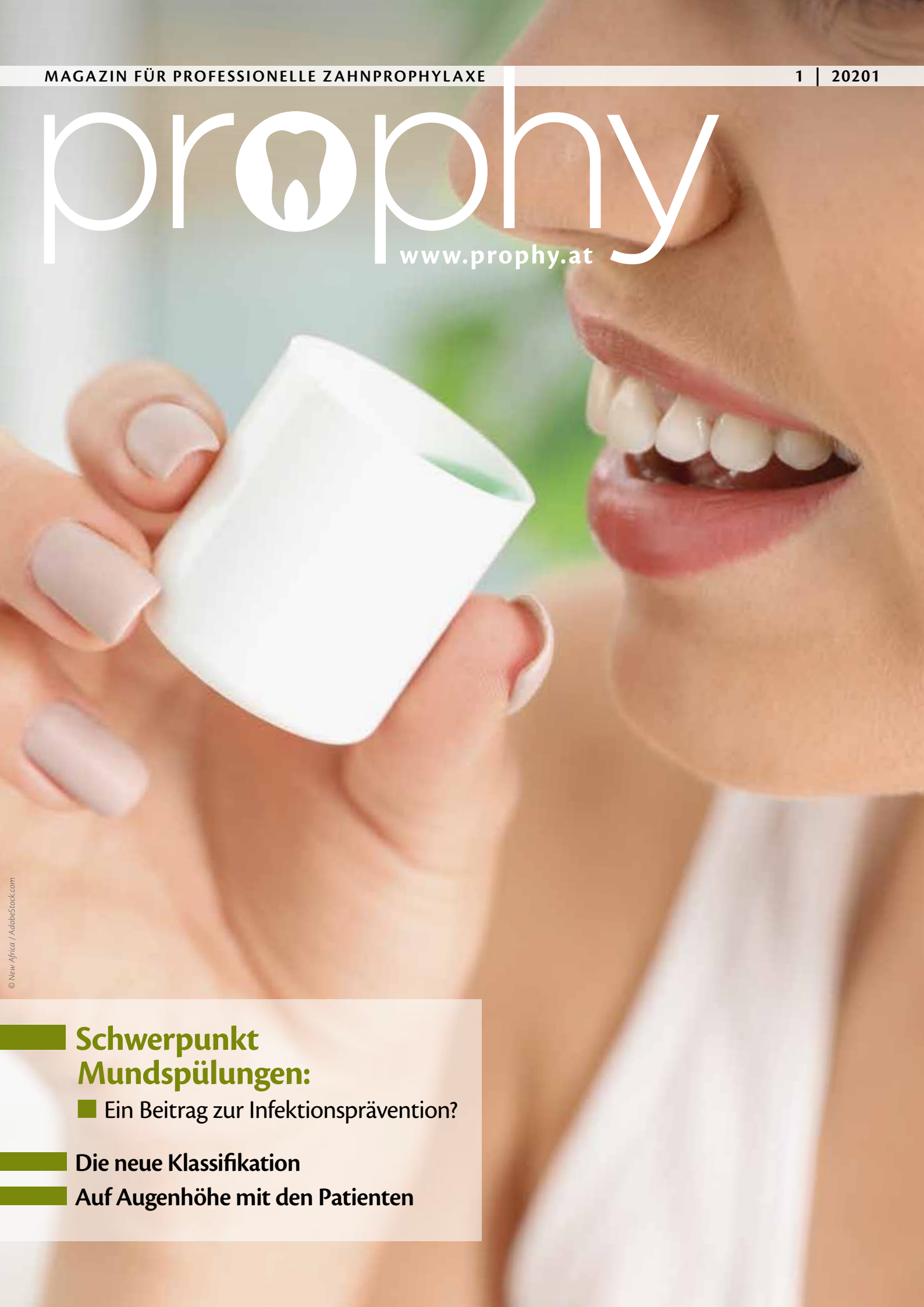
MAGAZIN FÜR PROFESSIONELLE ZAHNPROPHYLAXE 1 | 20201

prophy

www.prophy.at



© New Africa / AdobeStock.com

Schwerpunkt Mundspülungen:

Ein Beitrag zur Infektionsprävention?

Die neue Klassifikation

Auf Augenhöhe mit den Patienten

elmex

NUMMER 1* ZAHNARZTEMPFEHLUNG

DER PERFEKTE START IN EIN KARIESFREIES LEBEN

Neueste Fluorid-Empfehlung für Kinderzahnpasten

- Aminfluorid schützt optimal vor Karies
- Ab dem ersten Milchzahn sollte eine fluoridhaltige Zahnpasta[1] speziell für Kinder verwendet werden

Zahnmedizinische Fachgesellschaften[1] beschließen neue Fluorid-Empfehlungen für Kinderzahnpasten

Alter	Bisherige Empfehlung	Neue Empfehlung[1]
1. Zahn bis 2. Geburtstag	1x täglich 500 ppm dünner Film	2x täglich 500 ppm Erbsengröße[1]
2. bis 6. Geburtstag	2x täglich 500 ppm Erbsengröße	2x täglich 1000 ppm Erbsengröße

Unser neues elmex® Kinder Zahnpflege Sortiment

0–2 Jahre	2–6 Jahre	ab 6 Jahre
Baby-Zahnpasta, 50 ml	Kinder-Zahnpasta, 50 ml	JUNIOR Zahnpasta, 75 ml
Fluoridkonzentration: 500 ppm	Fluoridkonzentration: 1000 ppm	Fluoridkonzentration: 1400 ppm
Lernzahnbürste 0-2 Jahre	Kinderzahnbürste 2-6 jahre	Junior Zahnbürste
Baby Beißring 0-12 Monate		Junior Mundspülung 400ml
Erstausstattungsset		Ortho Zahnbürtste

1) Die Fachgesellschaften DGZ / DGKiZ / DGPZM sowie die BZÄK / der BZÖG empfehlen für Kinder bis zum 2. Geburtstag entweder 2x täglich eine erbsen-große Menge Zahnpasta mit 500 ppm Fluorid oder alternativ 2x täglich eine reiskorn-große Menge Zahnpasta mit 1000 ppm Fluorid. Für Kinder von 2 Jahren bis zum 6. Geburtstag wird 2x täglich eine erbsengroße Menge Zahnpasta mit 1000 ppm Fluorid empfohlen. 27.09.2018

* Die elmex-Produktfamilie ist die Nr. 1-Empfehlung bei einer repräsentativen telefonischen Umfrage bei 300 deutschen Zahnärzten im Dez 2019/Jan 2020, gefragt nach Marken-Empfehlungen für Kinderzahnpasten.

GABA GmbH Zweigniederlassung Österreich

Für Fragen: Tel.: 05354-5300-0, www.elmex.at, Gebro Pharma GmbH, 6391 Fieberbrunn, Österreich

Liebe Leserinnen und Leser!

In der ersten Ausgabe dieses Jahres widmen wir uns den parodontalen und periimplantären Erkrankungen. Im Juni 2017 wurde auf einem internationalen Workshop in Chicago eine neue Klassifikation erarbeitet. Seit nun bereits fast zwei Jahren liegt die deutsche Übersetzung vor. Diese wird nun weltweit an den Universitäten gelehrt. Lesen Sie dazu auf den Seiten 8 bis 11 einen Beitrag von ÖGP Präsidentin Dr. Corinna Bruckmann und Vizepräsidentin Dr. Kristina Bertl.

Dr. Nicole Arweiler von der Philipps-Universität Marburg (UKGM) befasst sich seit vielen Jahren mit der Wirksamkeit von Mundspüllösungen. Die Corona-Pandemie hat die Infektionsprävention in der Zahnarztpraxis in den Mittelpunkt gerückt. Was Mundspülungen dazu beitragen können, haben wir gemeinsam mit der Expertin auf den Seiten 6 und 7 beleuchtet.

„Gewusst wie" ist das Motto auf den Seiten 16 und 17, wo es Wissenswertes zum Thema Erosionen gibt. Wie immer bei diesem Thema spielt die Ernährung eine wesentliche Rolle. Genau diesen Zusammenhang zeigen wir in unserem Praxisbeispiel auf, in dem es um Erosionen durch unbemerkten nächtlichen Reflux geht.

Auf den Seiten 14 und 15 haben wir mit Hilfe der Expertise von Dr. Wölber eine Behandlung der Patienten auf Augenhöhe unter die Lupe genommen. Er stellt die Motivierende Gesprächsführung (MI) vor und nennt die Selbstwirksamkeit als zentralen Erfolgsfaktor, wenn es um die Bereitschaft für mehr Mundhygiene geht.

Wie immer auf Seite 18 unser Wellness-Tipp und das Gewinnspiel auf Seite 19. Wir wünschen Ihnen viel Freude beim Lesen!

Ihr prophy Redaktionsteam

04 Diagonal

06 Schwerpunkt
Infektionsprävention in der Zahnarztpraxis: Was können Mundspülungen beitragen?

08 Thema
Parodontale und periimplantäre Erkrankungen: Die neue Klassifikation

12 Aus der Praxis
Praxisbeispiel: Erosion durch unbemerkten nächtlichen Reflux

14 Thema
Auf Augenhöhe mit den Patienten

16 Sonderthema
Gewusst wie: Ursachen und Diagnostik von Erosionen

18 Wellness-Tipp
Hotel Brunnerhof in Rasen / Antholz in Südtirol

19 Mitmachen & gewinnen!

Impressum: *Medieninhaber und Herausgeber: CP GABA GmbH, Zweigniederlassung Österreich, Leopold-Ungar Platz 2/Stiege 4/3. Stock/Top 4.3.1., A-1190 Wien, Mail: info@prophy.at, www.prophy.at. Redaktion: Gerlinde Wiesner, MSc. Redaktionsanschrift: Die Kommunikationsberater, An der Sonnleithen 16, 4020 Linz, Mail: office@diekommunikationsberater.at, Telefon: +43 660 64 33 953. Gestaltung: Die Werbezone, Bäckerweg 3, 4175 Herzogsdorf. Druck: Mittermüller GmbH. Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.*

Nicht ohne **Maske!**

FFP-Masken (Englisch für: „Filtering Face Piece“) dienen als Gegenstände der persönlichen Schutzausrüstung vor allem dem Schutz des Maskenträgers vor Partikeln, Tröpfchen und Aerosolen. Die Masken sind vom Hersteller als Einwegprodukte vorgesehen. Sie sollten regelmäßig gewechselt und nach Verwendung entsorgt werden. Sie müssen dicht am Gesicht sitzen, um ihre Filterleistung entfalten zu können.

Das Design der FFP-Masken ist unterschiedlich. Es gibt Masken ohne Ausatemventil und Masken mit Ausatemventil. Masken ohne Ausatemventil filtern sowohl die eingeatmete Luft als auch die Ausatemluft über die Maskenfläche und bieten daher sowohl einen Eigenschutz als auch einen Fremdschutz. Bei Masken mit Ventil ist der Fremdschutz wesentlich weniger ausgeprägt. Ausgeatmete Aerosole werden nicht durch das Filtermaterial abgefangen, sondern lediglich in gewissem Umfang durch das Ventil gebremst und verwirbelt.

Wie auch Medizinische Gesichtsmasken müssen FFP-Masken klare Anforderungen von Gesetzen und technischen Normen einhalten. Dabei wird insbesondere die Filterleistung des Maskenmaterials anhand der europäischen Norm EN 149:2001+A1:2009 mit Aerosolen getestet. FFP2-Masken müssen mindestens 94 % und FFP3-Masken mindestens 99 % der Testaerosole filtern. Sie bieten daher nachweislich einen wirksamen Schutz auch gegen Aerosole. Die Prüfnorm ist, gemeinsam mit dem CE-Kennzeichen und der vierstelligen Kennnummer der Benannten Stelle, auf der Oberfläche der FFP-Maske aufgedruckt.

Haben Sie noch den Überblick? Hier sind alle Maskentypen übersichtlich angeführt:

Quelle: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte | Weiterführende Infos unter: https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/schutzmasken.html

VinziMarkt: Mundgesund in COVID-19-Zeiten

CP GABA unterstützt seit vielen Jahren den Zahnputzaktionstag des Sozialreferats der Landeszahnärztekammer Wien im Vinzimarkt mit kostenlosen Mundhygieneartikeln.

„Mit der Pandemie sind viele Menschen in wirtschaftliche Not geraten. Zahnpflegeprodukte werden plötzlich Luxus-Artikel, weil das Geld fehlt. Wir wollen niemanden zurücklassen und bleiben mit Unterstützung von CP GABA und anderen den Vinzi-KundInnen treu. Ein gesunder Mund ist die beste Barriere gegen Keime“, so die Ministerialrätin Dr. Martina Gredler, Leiterin des Referats Soziales der Zahnärztekammer und Initiatorin der VinziMarkt-Aktion. „Gerade in Zeiten großer medizinischer Herausforderungen, wie der gegenwärtigen Corona-Pandemie, kommt der Vorbeugung vor Erkrankungen besondere Bedeutung zu. Dazu gehört natürlich auch die halbjährliche Kontrolluntersuchung in der Zahnarztpraxis“, ergänzt Ministerialrat DDr. Claudius Ratschew, Präsident der Wiener Zahnärztekammer.

Die Beratung von Eltern und ihren Kindern steht seit vielen Jahren im Mittelpunkt des Aktionstages. Viele Menschen, vor allem auch Kinder, leben mitten unter uns an der Armutsgrenze. Der Zugang zu hochwertigen Zahnpflegemitteln ist für diese Familien häufig ein Problem. Aus diesem Grund wurde die VinziMarkt-Aktion ins Leben gerufen. Die Aktion will vor allem bei den Eltern die Bedeutung der Mundgesundheit, nicht zuletzt auch für die Allgemeingesundheit, in den Fokus rücken. Das von der CP GABA Zweigniederlassung Österreich bereitgestellte Sortiment umfasste Colgate Zahnbürsten und Zahnpasten.

V.l.n.r.: Angela Proksch, Leiterin des VinziMarktes; MR Dr Martina Gredler, Leiterin des Referats Soziales der Zahnärztekammer; MR DDr. Claudius Ratschew, Präsident der Wiener Zahnärztekammer; Katharina Bottig, CP GABA, Zweigniederlassung Österreich

© CP GABA / Katharina Schiff

TERMINE:

- **29. April bis 1. Mai 2021: Kärntner Seensymposium** | digital
  www.seensymposium.at
- **03. und 04. Juni 2021: 53. Wachauer Frühjahrssymposium**
  Ort: Avance Hotel Steigenberger Krems
  www.oegzmknoe.at/termine
- **08. bis 10. Juli 2021: Paroknowledge 2021 – Von Paro bis Endo und ganzheitlicher Zahnmedizin**
  Ort: Kitzbühel
  www.paroknowledge.at

WEBSEMINARE FÜR DIE PASS | jeweils Dienstag von 19.00 bis 20.15 Uhr in ZOOM

www.paroprophylaxe.at

- **13. April 2021 | 19.00 Uhr: Handinstrumente in der Anwendung: Mythen und Faken – Was brauche ich wirklich in der Prophylaxe?**
  Mit DH Petra Natter, BA
- **04. Mai 2021 | 19.00 Uhr: Prophylaxe im Alter: Unterschiede und Anforderungen in den verschiedenen Lebensphasen.**
  Mit DH Elisabeth Kalczyk, BA
- **08. Juni 2021 | 19.00 Uhr: Kinder & Jugendprophylaxe: Wie macht man es richtig?**
  Mit PAss Elisabeth Köhler

© Gina Sanders / Fotolia.com

SCHWERPUNKT

Infektionsprävention in der Zahnarztpraxis: Was können Mundspülungen beitragen?

Seit Ausbruch der Corona-Pandemie ist das Thema Infektionsprävention brandaktuell. Auch Zahnarztpraxen haben ihre Hygienemaßnahmen verschärft. Aus Wuhan haben wir recht früh erfahren, dass das routinemäßige Tragen von Masken und Handschuhen eine Übertragung von COVID mindern kann. Immerhin haben sich dort in der heißen Phase nur 9 Personen des Zahnklinik-Personals angesteckt wie ein örtlicher Wissenschaftler darlegt. Doch wie sieht es mit Mundspüllösungen aus? Prof. Dr. Nicole Arweiler von der Philipps- Universität Marburg (UKGM) befasst sich seit vielen Jahren mit deren Wirksamkeit. Sie verweist auf aktuelle Studienergebnisse zur antiseptischen Wirkung von Mundspüllösungen.

Die antibakterielle Wirkung von Desinfektionsmitteln hat durch Donald Trump einen medialen Höhepunkt, oder besser gesagt Tiefpunkt, erreicht: seine COVID-19-Therapieempfehlung „Desinfektionsmittel intravenös zu verwenden" schlug hohe Wellen und sorgte wie so viele seiner Aussagen für Unverständnis. Wie steht es nun tatsächlich um die Wirksamkeit von Mundspülungen zur Infektionsprävention? Was meint die Fachwelt dazu?

© Robert Kneschke / AdobeStock.com

Im Zuge der Covid-19-Pandemie ist neben vielen anderen Themen in der Zahnmedizin auch die Schleimhautantiseptik vor der zahnärztlichen Behandlung (das sogenannte „Prerinse") in den Fokus gerückt. Es gibt eine große Unsicherheit in Bezug darauf, welche Mundspüllösung die Richtige sei. U.a. wurde vorgeschlagen, dass Chlorhexidin durch Wasserstoffperoxid (H_2O_2) ersetzt werden sollte. Eine weitere Empfehlung lautet, dass sogar beides zur Spülung zu verwenden ist. Um den Patienten eine optimale Therapie zu gewähren, empfiehlt die Expertin für Parodontologie und Mundhygiene Prof. Dr. Nicole Arweiler, die vorhandene Datenlage differenziert zu betrachten.

Im Zusammenhang mit neu publizierten Empfehlungen verschiedener Institutionen in Fachmedien wird der bisherige Goldstandard zur Spülung vor einer zahnärztlichen Behandlung, 0,2-prozentiges Chlorhexidin (CHX), in Frage gestellt. Als Begründung für die Empfehlung mit Wasserstoffperoxid, bzw. aufeinanderfolgend mit CHX und H_2O_2 zu spülen, wird angeführt, dass sich CHX als nicht so wirksam gegen Corona-Viren zeige. In den meisten Veröffentlichungen wird – wenn überhaupt – ein Artikel im „Journal of Hospital Infection" als Quelle genannt.[1]

Um in der Praxis sowohl dem Patienten als auch dem Team eine optimale Keimzahlreduktion zu ermöglichen, sollten gemäß Arweiler dazu die nachfolgenden Aspekte berücksichtigt werden. Im zitierten Artikel[1] wird die desinfizierende Wirkung von Oberflächen-Desinfektionsmitteln (inanimate surfaces) untersucht, nicht die intraorale Schleimhautantiseptik, diese wird im genannten Artikel gar nicht berücksichtigt. Hintergrund des Artikels ist also die Desinfektion des zahnärztlichen Equipments, bei dem sich H_2O_2 als effektiver gegenüber Corona-Viren als Chlorhexidin gezeigt hat.

„Verschiedene antibakterielle Mundspüllösungen haben in vitro Potential zur Abtötung von SARS CoV2. Fraglich ist allerdings wie diese an den „Ort des Geschehens" gelangen. Weitere, klinische Studien, werden benötigt."

Produkte, die zur Desinfektion von Equipment geeignet sind, können aber nicht automatisch auch zum Spülen im Mund verwendet werden. Weiterhin sollte berücksichtigt werden, dass in der Untersuchung des zitierten Artikels ein 0,02-prozentiges CHX verwendet wird. Nur diese Dosierung wird für Flächen als weniger effektiv als H_2O_2 bewertet.[1] Die in der Praxis bewährte Mundspüllösung CHX 0,2 % (wie z.B. in meridol® med CHX 0,2 %) zur Schleimhautantiseptik basiert auf einer 0,2-prozentigen, also 10-fach höheren, CHX-Dosierung. ➤

Teilweise wird in der Diskussion um die (geringere) Wirkung von CHX gegen Corona-Viren auch eine Untersuchung genannt, in der als Quelle die „Guideline der Volksrepublik China" aufgeführt wird.[2] Man zitiert hier „Chlorhexidin tötet 2019-CoV möglicherweise nicht wirksam ab" und empfiehlt stattdessen „1 % H_2O_2 oder 0,2 % Povidon-Jod". Allerdings ist diese Quelle nicht abrufbar.

Was die Anwendung von H_2O_2 als Mundspüllösung betrifft, wurde dagegen in früheren Untersuchungen die krebserregende Wirkung von Wasserstoffperoxid in Mundspüllösungen festgestellt.[3] In der S3-Leitlinie der Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)[4] kommt beispielsweise H_2O_2 gar nicht vor. Auch ein aktueller Artikel mit Wissen und Empfehlungen rund um Covid-19[5] empfiehlt im Kapitel zur intraoralen Untersuchung (Oral Examination) grundsätzlich das präoperative, antimikrobielle Spülen der Mundhöhle und verweist auf frühere Publikationen, wie zum Beispiel von Marui et al.[6] Dort werden dann explizit Chlorhexidin (CHX), Cetylpyridnium chlorid (CPC) und ätherische Öle (EO) genannt, H_2O_2 findet auch dort keine Erwähnung.

In diesem Zusammenhang konnte auch für bestimmte alkoholhaltige Mundspüllösungen keine bessere antibakterielle Wirkung als für alkoholfreie CHX-Produkte gezeigt werden.[7]

Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass sich keine der bisher bekannten neuen Untersuchungen im Zusammenhang mit der Wirkung von Chlorhexidin auf SARS-CoV-2-Viren (Corona) auf die Anwendung in der Mundschleimhaut beziehen. Gleichzeitig wird in Untersuchungen, die sich mit der Schleimhautantiseptik befassen, weder H_2O_2 noch Jodid empfohlen.

Wenn bewährte Wirkstoffe für das präoperative Spülen durch andere, möglicherweise stärker antivirale, Wirkstoffe ersetzt werden sollen, dann müsste zwingend auch auf die Verträglichkeit und Nebenwirkungen in der Mundhöhle geachtet werden. Was sich experimentell oder auf „unbelebten Oberflächen" als wirksam erweist, kann nicht ohne weiteres auf Mundschleimhautoberflächen benutzt werden.

Bis die Studienlage eine andere Aussage zulässt, ist die Empfehlung der Expertin daher die weitere Verwendung von 0,2-prozentigem Chlorhexidin, wie beispielsweise in meridol® med CHX 0,2 %, als Mundspüllösung vor der zahnärztlichen Behandlung.

© Silvia Krens

„Prerinse in der täglichen Praxis muss ein Kompromiss sein, der bewährte antibakterielle Aktivität und eine zumindest moderate Wirkung gegenüber Viren kombiniert. Die derzeitig empfohlenen Goldstandards gelten für mich noch immer."

Prof. Dr. Nicole Arweiler
Philipps- Universität Marburg (UKGM)

[1] Kampf et al., „Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents", J of Hosp Infect 104, 2020
[2] Peng et al., Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice", Int J Of Oral Sci, 2020
[3] Alberto Consolaro, "Mouthwashes with hydrogen peroxide are carcinogenic...", Dental Press J. Orthod. vol.18 no.6 Maringá, Nov./Dec. 2013
[4] Auschill, Sälzer, Arweiler et al., S3-Leitlinie „Häusliches chemisches Biofilmmanagement in der Prävention und Therapie der Gingivitis", AWMF-Registernummer: 083-016, November 2018
[5] Meng et al., "Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine", Journal Dental Research 1-7, 2020
[6] Marui e al., "Efficacy of preprocedural mouthrinses in the reduction of microorganisms in aerosol", J of the American Dental Association (1939), November 2019
[7] Lorenz et al., "Effect of two new chlorhexidine mouthrinses on the development of dental plaque, gingivitis, and discolouration.", J Clin Periodontol, 2006

THEMA

Parodontale und periimplantäre Erkrankungen: Die neue Klassifikation

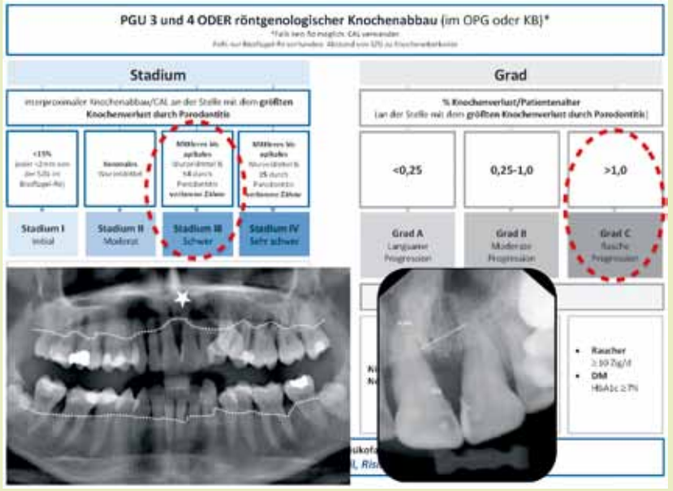
Dr. Corinna Bruckmann
MSc, Präsidentin der ÖGP

Priv. Doz. Dr. Kristina Bertl
PhD, MBA, MSc,
Vizepräsidentin der ÖGP

Durch den großen Wissenszuwachs vor allem aus dem Bereich der genetischen und biologischen Grundlagenforschung in den vergangenen zwanzig Jahren bestand die Notwendigkeit zur Entwicklung eines neuen Rahmenwerks (Tab. 1/S. 10).

Eine Klassifizierung muss als internationale Sprache aktuelles Wissen mit Ansprüchen von Praktikern, Kostenträgern, Gesundheits- und Forschungseinrichtungen verbinden, die Kommunikation über Diagnosen, Krankheitshäufigkeiten, Therapien und Forschungsergebnisse erleichtern und angewendet auf den Einzelnen rasch zu einer richtigen Diagnose führen. Diese neue Klassifizierung bietet Anleitungen, wie Sie Parodontalprobleme in Hinsicht auf den Schweregrad und die zu erwartende Komplexität der Therapie für jeden einzelnen Patienten einordnen können.

ABBILDUNG 1:



30-jähriger Patient: generalisierter KV, größter KV zwischen 11 und 21 bis ins apikale Drittel ➞ Stadium 3 oder 4? Da kein Zahnverlust ➞ Stadium 3.
% KV pro Alter = 75/30 = 2.5 ➞ Grad C
RF: Pat. raucht 15 Zigaretten/Tag!
Frage: Wie ist die klinische Situation? ➞ Parosonde!

Auf einen Blick: Was ist ganz neu?

- Erstmals definiert: Parodontale Gesundheit, sowohl im normalen als auch im reduzierten Parodont.
- „aggressive" und „chronische" Parodontitis ersetzt durch Stadien (I-IV) und Grade (A-C).
- Neuklassifikation der mukogingivalen Rezessionen
- Erstmals definiert: Periimplantäre Gesundheit, periimplantäre Mukositis und Periimplantitis.

Parodontale Gesundheit und gingivale Erkrankungen werden mittels Parosonde unterschieden!

Parodontale Gesundheit bedeutet keine klinisch messbare Entzündung.
Primäre Messgröße ist dabei das Bluten auf Sondieren (BoP < 10 %); eine Sondierungstiefe (ST) von **≤ 3 mm** gilt als Abgrenzung zur Parodontitis.

Gingivitis ist definiert durch BoP von ≥ 10 % aber ohne erhöhte Sondierungstiefen (außer ev. Pseudotaschen bei Hyperplasien). Es wird zwischen plaqueinduzierten (ev. noch durch systemische und lokale Faktoren beeinflusst) und nicht-plaque-induzierten Zuständen (z.B.: Infektionen, Traumen, Neoplasmen, u.ä.) unterschieden. ➤

Die Behandlung einer Gingivitis/Parodontitis sollte zur Wiederherstellung klinisch gingivaler Gesundheit führen. Diese wird wie folgt definiert:
Stabile Verhältnisse NACH Paro-Therapie: Attachmentverlust vorhanden, aber keine Schwellung, keine Rötung, ST ≤ 4 mm, BoP < 10 %

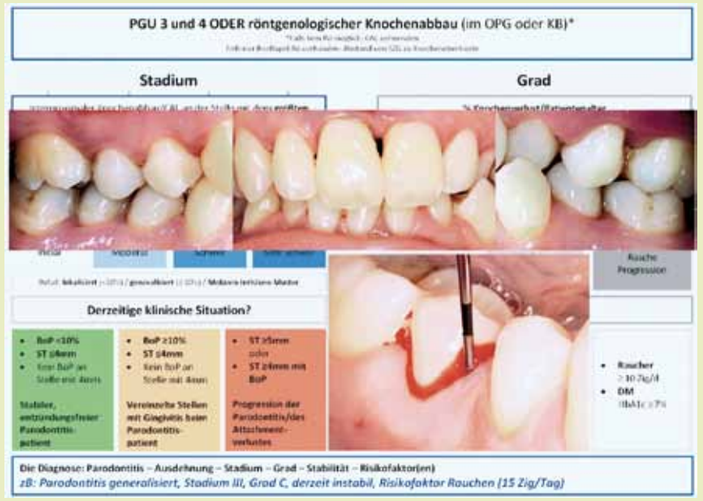
Nach erfolgreich behandelter Parodontitis bleibt jedoch das Krankheitsrisiko zeitlebens bestehen, sodass diese Patienten eine unterstützende Parodontaltherapie (UPT, Recall) in einem individuell zu bestimmendem Intervall benötigen.

Parodontitis: Wo ist die aggressive Parodontitis hin?

Primäres Kennzeichen von Parodontitis ist der Verlust von approximalem parodontalem Attachment (AV) aufgrund einer Entzündung von ≥ 2 mm an ≥ 2 nicht benachbarten Zähnen.
Knochenverlust an nur einem Zahn ist meist endodontisch bedingt.

Es gibt keine biologische Grundlage, um „chronische" von „aggressiver" Parodontitis zu unterscheiden. Daher werden ab jetzt nur mehr drei Formen von Parodontitis identifiziert: [1] Parodontitis, [2] Nekrotisierende Parodontitis, [3] Parodontitis als eine direkte Manifestation systemischer Erkrankungen. Die Einordnung erfolgt nach Berücksichtigung von klinischem AV, Ausmaß und Prozentsatz von radiologischem Knochenverlust, bezogen auf das Alter. Das Stadium der Erkrankung (I-IV, Abb. 1) ist abhängig vom Schweregrad des AV, ST, vertikalen Knochendefekten, Furkationsbefall, Mobilität und Zahnverlust durch Parodontitis. Der Grad der Parodontitis beschreibt das Risiko für Progression (Grad A – niedrig, Grad B – moderat, Grad C – hoch, Abb. 1). Die seit langem als eindeutig assoziiert bekannten Risiken durch Rauchen und (schlecht eingestellten) Diabetes mellitus - werden nun ebenfalls individuell erfasst.

ABBILDUNG 2:



Stabiles reduziertes Parodont, Gingivitis oder oder progressive Parodontitis?
Es muss sondiert werden:
Es zeigen sich generalisierte ST ≥ 5 mm mit BoP ➞ Progression, instabile Verhältnisse.
Diagnose: Parodontitis generalisiert, instabil, Stadium III, Grad C, RF Rauchen

Wie geht es am schnellsten zur Diagnose (Abb. 1 und 2)?

Welches Stadium? Bei Vorliegen eines Röntgenbildes wird die Knochenoberkante in Relation zur Schmelzzementgrenze (SZG) betrachtet. Beträgt der Abstand mehr als 2 mm liegt ein Knochenverlust (KV) vor. ➤

TABELLE 1: ÜBERSICHT ÜBER DIE NEUE KLASSIFIKATION (NACH [1])

PARODONTALE ERKRANKUNGEN UND ZUSTÄNDE										
Parodontale Gesundheit, Gingivale Erkrankungen und Zustände			Parodontitis			Andere das Parodont betreffende Zustände				
Parodontale Gesundheit und gingivale Gesundheit	Gingivitis: plaqueinduziert	Gingivale Erkrankungen: nicht-plaqueinduziert	Nekrotisierende parodontale Erkrankungen	Parodontitis	Parodontitis als Manifestation einer systemischen Erkrankung	Systemische Erkrankungen oder Zustände mit Einfluss auf das Parodont	Parodontale Abszesse und Endo-Paro-Läsionen	Mukogingivale Deformitäten und Zustände	Traumatische okklusale Kräfte	Zahn- und zahnersatzbezogene Faktoren
PERIIMPLANTÄRE ERKRANKUNGEN UND ZUSTÄNDE										
Periimplantäre Gesundheit			Periimplantäre Mukositis			Periimplantitis			Periimplantäre Weich- und Hartgewebsdefekte	

Im Zahnzwischenraum mit dem größten KV (nicht durch Endoprobleme verursacht) wird das Ausmaß bestimmt: bis ins koronale Drittel oder bereits mehr als die Hälfte der Wurzellänge? Wurden Zähne durch Parodontitis verloren?
Welcher Grad? Aus dem Knochenverlust im Verhältnis zum Alter (< 0,25, 0,25 - 1 oder > 1) ergibt sich A - C. gibt es Risikofaktoren (RF)? Wie schwer wiegen diese?
Handelt es sich um ein stabiles reduziertes Parodont (nur radiologische Zeichen, keine ST, kein BoP)? Oder ist es eine progressive Form der Parodontitis? Hier *muss* zwingend sondiert werden: ST von ≥ 4 mm mit BoP deuten auf Progredienz hin. Falls nur Entzündung aber keine ST vorhanden sind, handelt es sich um eine Gingivitis im reduzierten Parodont.

Wichtig: auch nach einer erfolgreichen Therapie bleibt Parodontitis immer Parodontitis, aber im Idealfall eben stabil!

Endlich eine Klassifikation für periimplantäre Erkrankungen!

Betrachtet man die hohen Prävalenzzahlen für periimplantäre Erkrankungen – rund 43 bzw. 22 % der Patienten weisen eine periimplantäre Mukositis bzw. eine Periimplantitis auf [2] – war es unumgänglich, sich auch hier für die Zukunft auf eine gemeinsame Diagnosestellung zu einigen! Dementsprechend wurden im Rahmen des internationalen Workshops in Chicago Kriterien für **periimplantäre Gesundheit, periimplantäre Mukositis** und **Periimplantitis** festgelegt [3].

Periimplantäre Gesundheit auch auf reduziertem Knochenniveau!

Periimplantäre Gesundheit zeichnet sich primär durch die Abwesenheit von Entzündungsanzeichen aus; d.h. es liegt eine gesunde, blass-rosa Mukosa vor, die nach dem Sondieren keine Anzeichen für Blutung oder Pusaustritt aufweist und zusätzlich sollten die Sondierungstiefen seit Übergabe der prothetischen Versorgung stabil sein (Abb. 3). Dieser Zustand kann sowohl an Implantaten ohne entzündungsbedingten Knochenverlust diagnostiziert werden als auch an Implantaten nach erfolgreicher Periimplantitistherapie mit entsprechend reduziertem Knochenniveau (Abb. 4 d - f).

Wichtig: Ein Remodeling des marginalen periimplantären Knochens innerhalb der ersten 12 Monate nach Übergabe der prothetischen Versorgung bis zu 2 mm ist möglich und wird nicht zwangsläufig als entzündungsbedingt angesehen.

Von periimplantärer Gesundheit zu periimplantärer Mukositis und Periimplantitis

Liegen hingegen erhöhte Sondierungstiefen und Entzündungsanzeichen (Blutung auf Sondieren, Pusaustritt, Rötung, Schwellung, etc.) vor, spricht man entweder von einer periimplantären Mukositis oder bereits von einer Periimplantitis. Das wesentliche Unterscheidungsmerkmal ist hierbei das Niveau des marginalen periimplantären Knochens. Liegt ein progressiver KV nach dem Remodeling in den ersten 12 Monaten vor, trifft die Diagnose einer Periimplantitis zu (Abb. 4 a - c). Wird hingegen kein entzündungsbedingter KV diagnostiziert, spricht man von einer periimplantären Mukositis (Abb. 5).

Dokumentation der Ausgangssituation!

Zur exakten Verlaufskontrolle sollte sowohl bei Übergabe der prothetischen Versorgung als auch 12 Monate danach stets eine klinische und radiologische Untersuchung durchgeführt werden. Dies erlaubt einerseits bei Erhebung der ST die Dicke der periimplantären Mukosa zu berücksichtigen, als auch das Ausmaß des nicht entzündungsbedingten Remodelings im ersten Jahr nach Übergabe der prothetischen Versorgung abzuschätzen.

Diagnosestellung bei Erstvorstellung

Fehlen Informationen zur Ausgangssituation, gelten folgende Kriterien zur Diagnosestellung einer Periimplantitis:

- Radiologisch verifizierbarer periimplantärer KV ≥ 3 mm
- ST ≥ 6 mm
- Vorliegen von Entzündungsanzeichen

Die neue Klassifikation von parodontalen und periimplantären Erkrankungen war ein wichtiger Schritt sowohl für die tägliche Arbeit am Patienten, für die Kommunikation innerhalb der Kollegenschaft als auch für wissenschaftliches Arbeiten. Sie kann an neue Erkenntnisse angepasst werden und wird uns voraussichtlich wieder viele Jahre begleiten.

Die neue Klassifikation finden Sie unter:

www.oegp.at/2018/12/03/die-neue-ist-da/

[1] Caton J, Armitage G, Berglundh T et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. J Clin Periodontol. 2018; 45 (Suppl 20): S1-S8.
[2] Derks J, Tomasi C. Peri-implant health and disease. A systematic review of current epidemiology. J Clin Periodontol. 2015 Apr;42 (Suppl 16): S158-71. doi: 10.1111/jcpe.12334.
[3] Renvert S, Persson GR, Pirih FQ, Camargo PM. Peri-implant health, peri-implant mucositis, and peri-implantitis: Case definitions and diagnostic considerations. J Clin Periodontol. 2018; 45(Suppl 20): S278–S285.

ABBILDUNG 3:

Periimplantäre Gesundheit: Abwesenheit von Entzündungsanzeichen und Fehlen von entzündungsbedingtem marginalem periimplantärem KV.

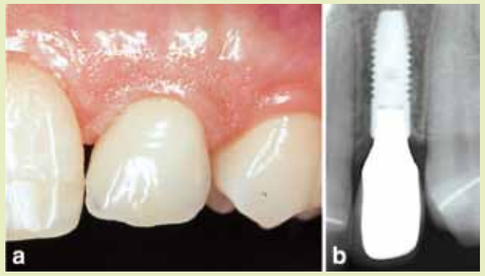


ABBILDUNG 4:

Periimplantitis: marginaler periimplantärer KV (a) sowie erhöhte ST und Entzündungsanzeichen (b - c). Nach erfolgreicher Therapie: periimplantäre Gesundheit auf einem reduzierten Knochenniveau (d - f).

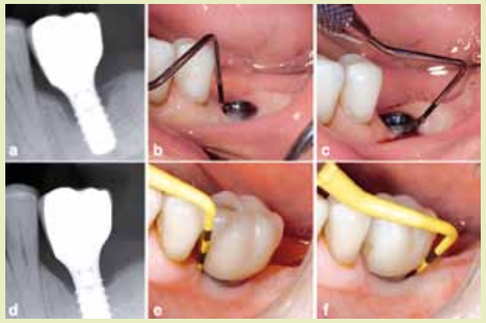


ABBILDUNG 5:

Periimplantäre Mukositis: erhöhte ST (a), Entzündungsanzeichen (b) aber kein marginaler periimplantärer KV (c).

Erosion durch unbemerkten nächtlichen Reflux

Ein 40-jähriger Patient suchte die Praxis aufgrund einer zunehmenden Schmerzempfindlichkeit der Zähne auf. Bei der gründlichen Untersuchung war zu erkennen, dass fortgeschrittene Erosionen bestehen, aber asymmetrisch auf nur einer Seite des Gebisses. Bei solch einem Erscheinungsbild liegt der Verdacht eines nächtlichen, unbemerkten Refluxes während des Schlafes nahe. Beim näheren Nachfragen stellte sich die vorwiegend betroffene Seite als seine Schlafseite heraus.

Dass der Patient davon nichts ahnte, ist nicht weiter verwunderlich, da nur 50 % des nächtlichen Refluxes überhaupt bemerkt wird. Ein weiterer Anhaltspunkt war der postprandiale Reflux (nach dem Essen), über den er bei Nachfrage klagte. Ernährungsgewohnheiten, Prüfung der Speichelfließrate und Pufferkapazität sowie die verwendeten Materialien und die Methodik der häuslichen Zahnhygiene ließen keine weiteren eindeutigen Ursachen für die Erosionen erkennen. Der durchgeführte BEWE-Index ergab einen Wert von 11. Das bedeutet einen mittleren Schweregrad der Erosionen.

Um die Verdachtsdiagnose zu bestätigen, erfolgte eine Überweisung an einen Gastroenterologen als Spezialist für Refluxerkrankungen, der die Diagnose auch bestätigen konnte. Somit wurde auch hier eine entsprechende Therapie mit Protonenpumpenhemmern eingeleitet, die sowohl den allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten verbessern konnte, aber auch maßgeblich zur Prävention gegen weitere Erosionsschäden beigetragen hat.

Beim Zahnarzt kann aber auch gegen die Säure vorgegangen werden: Als Wirkstoffe zur Minderung von Hypersensibilität und zur Vorbeugung des weiteren erosiv bedingten Zahnhartsubstanzverlusts haben sich Produkte mit den Inhaltstoffen Zinnfluorid und Zinnchlorid, Arginin (8 %) in Verbindung mit Bikarbonat und Kalziumkarbonat, Chitosan und neueren Studien zu Folge auch Calciumnatriumphosphosilicat (CPS) als wirksam und empfehlenswert herausgestellt.

Diese Wirkstoffe helfen einerseits dabei, die Löslichkeit der Zahnsubstanz herabzusetzen und so der Demineralisation entgegenzuwirken, andererseits werden Dentintubuli verschlossen, um zur Schmerzlinderung beizutragen.

Im Falle unseres Patienten wurden die stark betroffenen Stellen mit einem Dentinadhäsiv versiegelt, Mundhygieneempfehlungen gegeben und eine individuelle Strategie zur Erhöhung der Säureresistenz der Zahnhartsubstanz entwickelt. Dazu gehörten unter anderem Mundspülungen und Zahnpasten mit den bereits erwähnten Wirkstoffen.

Entsprechend dem BEWE Index sollte man Restaurationsmaßnahmen möglichst vermeiden und den Index zur Vergleichbarkeit der Progression und für eventuelel frühzeitige ergänzende Maßnahmen alle 6 bis 12 Monate wiederholen. Bei Refluxerkrankungen ist eine nachts getragene Schiene kontraindiziert, da die meist nicht überall dichte Schiene die Kontaktzeit mit der Magensäure verlängert.

Durch die Einhaltung der zahnmedizinischen Empfehlungen und die erfolgreiche Behandlung des gastroösophagealen Refluxes konnte beim Patienten ein weiteres Fortschreiten der Erosionen verhindert werden und auch die Dentinhypersensibilität wurde eingedämmt.

www.prophywissen.at

© Stock-Illustration-ID:693734338
Lizenz erworben von Elisabeth Kalczyk

Sofortige[1] Schmerzlinderung + anhaltender Schutz

REPARIEREN

Die **PRO-ARGIN Technologie** repariert sensible Zahnbereiche und sorgt für sofortige[1] und langanhaltende Schmerzlinderung:[2,4]

- **60,5 % sofortige Schmerzlinderung und 80,5 % Linderung nach 8 Wochen[2,4]**

VORBEUGEN

Zink hilft, das Zahnfleisch zu stärken und dessen Rückgang vorzubeugen – eine der Hauptursachen von Schmerzempfindlichkeit:[3]

- **Senkung des Gingivitis-Index um 25,8 % nach 6 Monaten[3,5]**

[1] Medizinprodukt zur Schmerzlinderung bei empfindlichen Zähnen. Für eine sofortige Schmerzlinderung bis zu 2x täglich mit der Fingerspitze auf den empfindlichen Zahn auftragen und für 1 Minute sanft einmassieren. Für eine anhaltende Schmerzlinderung auf eine weiche Zahnbürste auftragen und 2x täglich Zähneputzen. Achten Sie darauf, alle schmerzempfindlichen Zähne zu erreichen. Tube nach Gebrauch schließen. Schmerzempfindliche Zähne können ein Hinweis auf ein Problem sein, das zahnmedizinischer Behandlung bedarf. Für Kinder unter 12 Jahre: Keine Fingerspitzen-Anwendung für sofortige Schmerzlinderung nutzen. Für Kinder bis 6 Jahre: Nur erbsengroße Menge Zahnpaste benutzen. Zur Vermeidung übermäßigen Verschluckens Zähneputzen nur unter Aufsicht. Bei zusätzlicher Anwendung von Fluorid medizinisches oder zahnärztliches Personal befragen. Bitte beachten Sie die Gebrauchsanweisung genau und holen Sie sich erforderlichenfalls den Rat eines Zahnarztes ein.
[2] Nathoo S et al.: J Clin Dent 20 (Spec Iss): 123-130, 2009
[3] Lai H et al.: Clinical Efficacy of Colgate® Sensitive Pro-Relief™ Repair & Prevent Toothpaste in Controlling Established Plaque and Gingivitis after 6 months. Colgate-Palmolive 2015, data on file.
[4] Docimo R, et al. J Clin Dent. 2009; 20(Spec Iss):17-22.
[5] Im Vergleich zu einer handelsüblichen Fluoridzahnpasta ohne antibakteriellen Zusatz
[6] Die elmex-Produktfamilie ist die Nr.1-Empfehlung bei einer repräsentativen telefonischen Umfrage bei 300 deutschen Zahnärzten im Dez 2019/Jan 2020, gefragt nach Marken-Empfehlungen für Zahnpasten im Bereich Schmerzempfindlichkeit.

GABA GmbH Zweigniederlassung Österreich

Für Fragen: Tel.: 05354-5300-0, www.elmex.at, Gebro Pharma GmbH, 6391 Fieberbrunn, Österreich

© didesign / AdobeStock.com

Auf Augenhöhe mit den Patienten

Jeder weiß, wie wichtig die Kooperation zwischen dem zahnärztlichen Team und den Patienten ist, wenn es um den Erfolg und die längerfristige Sicherung von Mundhygiene geht. Die „Therapietreue" wird allgemein unter dem Begriff Compliance erklärt. Gemeint ist damit jene Bereitschaft des Patienten, die vom Arzt empfohlenen Maßnahmen auch einzuhalten. Dr. Johan Wölber, Zahnarzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter der Klinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie am Universitätsklinikum Freiburg, befasst sich seit Jahren mit diesen Zusammenhängen. Er plädiert für einen zeitgemäßen Zugang, nämlich jenen der Adhärenz. Damit wird die Übereinstimmung zwischen dem Patientenverhalten und der ärztlichen Empfehlung zum Ausdruck gebracht.

Die Adhärenz ist deshalb so wichtig, weil sie die Hauptrisikofaktoren, ganz besonders bei Parodontitispatienten, maßgeblich beeinflusst. Das sind zum Beispiel unregelmäßiges Erscheinen zur Nachsorge, das Rauchen, die Ernährung oder eine inadäquate Mundhygiene.

Warum sind Patienten nicht adhärent?

So viele Argumente aus zahnärztlicher Sicht für eine Kooperationsbereitschaft sprechen, so viele können aus Sicht des Patienten aufs erste dagegen sprechen – wie zum Beispiel die Kosten, eine Krankheit, die den Besuch in der Praxis verhindert oder verzögert, Angst vor dem Zahnarzt und Schmerzen oder schlicht das Verständnis darüber warum Zahnreinigung wirklich notwendig ist. Manchmal geht es auch um die Überwindung des „inneren Schweinehundes" oder darum, eine schlechte Erfahrung gemacht zu haben oder um Unzufriedenheit mit dem bisher Wahrgenommenen.

Selbstwirksamkeit als Schlüssel zum Erfolg

Eine Möglichkeit, die Adhärenz zu fördern, ist die sogenannte Motivierende Gesprächsführung, kurz MI genannt. Sie fördert gezielt die Selbstwirksamkeit, d.h. den inneren Glauben des Patienten, seine Gesundheit positiv beeinflussen zu können. Aber auch Apps rund um das Mundgesundheitsthema können Adhärenz fördern.

MI wurde in den 60er und 70er Jahren von William Miller & Stephen Rollnick entwickelt. Sie befassten sich mit Alkoholikern und entdeckten, je mehr diese „angewiesen" wurden keinen Alkohol zu trinken, desto mehr Alkohol tranken sie. Gesprächsanalysen zeigten, dass selbstmotivierende und positive Aussagen, die die Patienten selbst trafen – wie z.B. „Ich möchte meine Enkelkinder aufwachsen sehen", oder „Ich weiß, es tut mir nicht gut" – die Erfolgsrate steigerten.

Dr. Wölber vergleicht die Rolle des Gesprächsführers mit jener eines Reiseführers. Es gilt herauszufinden, was und wie der Patient sein Ziel erreichen will. Denn die Wege zu einer guten Mundgesundheit sind so vielfältig wie die Persönlichkeiten der Patienten in der Praxis.

Beginnen wir mit der Grundhaltung

Partnerschaftlichkeit und Kooperation bilden die Basis im Zusammenspiel zwischen zahnärztlichem Team und Patienten. In der Praxis heißt das, nicht gleich ein Lamento über Keime, Mundpflege und Karies zu beginnen, sondern eine interessierte Beziehung zum Patienten aufzubauen. Das bringt uns zu Punkt zwei, der Akzeptanz. Sie ist geprägt von einer bedingungsfreien Wertschätzung des Gegenübers, egal wer die Person ist. Alleine dass jemand in die Praxis kommt, wäre einer Würdigung wert und die Unterstützung der Autonomie und Empathie aus Sicht des Patienten ist schon hilfreich. Mitgefühl gepaart mit Evokation (Hervorlocken) ist ebenso eine wichtige Kombination. Damit ist gemeint, den Menschen keine Ziele vorzugeben, sondern eher zu fragen wie zum Beispiel „Was würde Ihnen helfen...? Und natürlich das Loben – wer braucht nicht ab zu ein Schulterklopfen dafür, etwas gut gemacht zu haben.

Die Prozesse sind im MI klar definiert. Es geht primär um Beziehungsaufbau, um Fokussierung auf ein bestimmtes Thema wie z.B. Mundhygiene, Ernährung oder Rauchen, um Evokation wie schon oben erwähnt, also Ziele und Gründe „herauszulocken" und um eine abschließende Planung.

Wertvolle Techniken zur MI finden sich alleine in der Fragestellung. Nur wer gut zuhört, wird viel erfahren. **Offene Fragen** bringen mehr Erkenntnis als geschlossene. „Rauchen Sie" versus „Was denken Sie übers Rauchen"? Oder „Wie betreiben Sie Mundhygiene?" statt „Putzen Sie auch zweimal am Tag die Zähne"? Ein wertvolles Element ist auch das „**Würdigen**", also zum Beispiel „Ich finde es toll, dass Sie so regelmäßig zu unseren Terminen kommen", „Ich danke Ihnen fürs Kommen", oder „Ich finde es eine großartige Leistung von Ihnen, dass Sie drei Wochen nicht geraucht haben". Auch die **Reflektion** spielt eine Rolle wie an diesem Beispiel gezeigt werden kann. Patient: „So richtig kann ich es gar nicht glauben, dass die Parodontitis vom Rauchen kommt". Zahnarzt: „Das ist für Sie schwer vorstellbar, dass Rauchen so was auslöst."

Dr. Wölber verweist auf eine Studie, die die Selbstwirksamkeit bei 126 Patienten prüfte, und die eine signifikante Korrelation der Selbstwirksamkeit mit dem faktischen Mundhygieneverhalten, der Inanspruchnahme von PZR´s, dem Wiedererscheinen in der Zahnarztpraxis und höheren Zielen in der Handlungsplanung zeigte. Selber machen lassen und zuschauen wie andere das machen, steigert im übrigen diese Selbstwirksamkeit.

Wer sich Grundlagen des MI online aneignen möchte, kann hier reinklicken:

www.bit.ly/emimed

© ÖGB

„Die Motivierende Gesprächsführung ist eine evidenzbasierte Methode zur Förderung der Adhärenz. Ein wichtiges Ziel lautet, die Selbstwirksamkeitserwartung von Patienten zu fördern."

Dr. Johan Wölber
Zahnarzt und wissenschaftlicher Mitarbeiter der Klinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie am Universitätsklinikum Freiburg

FACT-BOX:

Definition MI nach William Miller & Stephan Rollnick (2013)

„Motivation Interviewing (MI) ist ein kooperativer, zielorientierter Kommunikationsstil mit besonderer Aufmerksamkeit auf die Sprache der Veränderung. Durch Erkunden und Hervorrufen von individuellen Veränderungsgründen soll die persönliche Motivation und die Selbstverpflichtung gegenüber einem bestimmten Ziel gestärkt werden. MI findet in einer Atmosphäre von Akzeptanz und Mitgefühl statt".

SONDERTHEMA

Gewusst wie:
Ursachen und Diagnostik von Erosionen

Anfangs ist der einzige Anhaltspunkt eine seidig matt erscheinende Schmelzoberfläche. Der Zahnhartsubstanzverlust tritt als schüsselförmige, flache Vertiefung mit abgerundeter Begrenzung auf. Meist bleibt ein schmaler Rand vom intakten Schmelz am Zahnfleischrand bestehen, wahrscheinlich da diese Zone durch Sulkusflüssigkeit geschützt ist.

Bei einer fortgeschrittenen Läsion liegt Dentin frei und es kann dadurch zu einer Hypersensibilität gegenüber Wärme und/oder Kältereizen kommen. Kennzeichnend ist auch das Fehlen vom Zahnbelag an den betroffenen Stellen, da Zahnbelag Erosionen verhindert.

Um den Zahn zu demineralisieren, muss die Säure zuerst das Pellikel durchdringen. Aber Karies entsteht ja auch nur beim direkten Kontakt mit der Zahnoberfläche. Die Lokalisation und Ausprägung der Erosion gibt oft Hinweise auf die möglichen Ursachen. Bei endogenen Ursachen wie z.B Refluxerkrankungen, Essstörungen wie Bulimie und Anorexia nervosa und häufigem Erbrechen sind oft die palatinalen Flächen zuerst betroffen. Exogene Faktoren werden meistens durch die Art, Häufigkeit und Dauer des Säureangriffs aus Getränken und Nahrungsmitteln bestimmt. Aber auch die Einnahme von diversen Medikamenten, die einen niedrigen pH-Wert aufweisen, können sich verantwortlich zeigen. Hier sind meist die labialen und bukkalen Zahnflächen zuerst betroffen. Man kann Erosionen entweder in 3 Kategorien unterteilen (Eccle Klassifikation) oder zur klinischen und systematischen Beurteilung den bereits bewährten BEWE-Index verwenden.

ECCLE-KLASSIFIKATIONEN

Klasse 1	Oberflächliche, ausschließlich im Schmelz gelegene Läsion
Klasse 2	Lokalisierte Läsion mit freiliegendem Dentin bei bis zu 1/3 der Oberfläche
Klasse 3	Generalisierte Läsionen mit freiliegendem Dentin bei mehr als 1/3 der Oberfläche

Im Gegensatz zu ECCLE verzichtet der BEWE-INDEX (Basic Erosive Wear Examination) auf die Differenzierung bzgl. Dentin.
Lokalisiert = < 30 % der gesamten Zahnoberflächen
Generalisiert = > 30 % der gesamten Zahnoberflächen

Gesundes Gebiss

Hauptrisikofaktoren

Wie bei den meisten Zahnerkrankungen, sind auch Erosionen multifaktoriell bedingt. Das Zusammenspiel zwischen einem übermäßigen Kontakt mit schädigenden Säuren, die Speichelzusammensetzung, die Speichelfließrate und die Pufferkapazität bestimmen die Anfälligkeit. Interessant ist auch, dass die Erosivität nicht allein vom pH - Wert der Nahrungsmittel, sondern auch von der Stärke der Säure (pK - Wert), dem Säuretyp und anderen Faktoren wie dem Kalzium- und Phosphatgehalt bestimmt wird. Getränke und Lebensmittel, die mit Phosphat und Kalzium angereichert sind, zeigen trotz niedrigem pH-Wert keine erosive Wirkung (es gibt auch Orangensaft mit Kalzium!). Bei Erosionen sind Abrasionen und Attritionen meist mit involviert. Deshalb ist es wichtig, auch auf die Putztechnik, die Härte der Zahnbürste und den Putzdruck zu achten, um ein Voranschreiten des Zahnhartsubstanzverlustes durch Erosionen zu verhindern. Eine Beteiligung der Lippen, Zunge und Wange am abrasiven Prozess sollte in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt bleiben, obwohl diese in den meisten Fällen eine eher untergeordnete Rolle spielen. ➤

ECCLE-Klassifikationen : Klasse 1

ECCLE-Klassifikationen : Klasse 2

ECCLE-Klassifikationen : Klasse 3

Alle Fotos: © Dr. Bruckmann

Dentinhypersensibilität als Symptom einer Spätläsion

Schmerzempfindliche Zähne zeigen sich erst in einem späteren Stadium der Erosion, und zwar dann, wenn Dentin bereits freigelegt wurde. Erosionen sind bis dahin in der Regel nicht schmerzhaft und werden daher von den Patienten erst relativ spät wahrgenommen.

Präventive Maßnahmen und Ratschläge für Patienten, die bereits an Erosionen leiden oder ein erhöhtes Erosionsrisiko aufweisen:

Bei Erosionen geht die oberste Schicht der Zahnhartsubstanz unwiderruflich verloren. Umso wichtiger ist es, präventive Maßnahmen zu treffen. Der wichtigste Schritt dabei ist, die Häufigkeit des Konsums von säurehaltigen Lebensmitteln, die keine puffernden Eigenschaften (ohne Kalzium und Phosphat) aufweisen, zu reduzieren.

Die Dauer der Säureeinwirkung kann durch rasches Trinken (ggf. mit Trinkhalm), durch Spülen mit Wasser oder Fluoridlösungen nach Säurekonsum und den Konsum von zuckerfreien Kaugummis und Bonbons, um den Speichelfluss zu stimulieren, beeinflusst werden.

Bei der Zahnreinigung sollte man weiche Zahnbürsten mit schwach abrasiven Zahnpasten verwenden. Eine zahnschonende Putztechnik ist ebenso ratsam, wie nicht unmittelbar nach der Säureexposition zu putzen. Bislang gibt es keine Evidenz dafür, dass ein späterer Putzzeitpunkt bei geringen Anzeichen einer Erosion von Vorteil ist. Studien bestätigten, dass die Demineralisation der Zähne zu lange dauern würde. Da Karies nach wie vor das weit größere Problem darstellt, ist von einer längeren Wartezeit abzuraten.

Lesen Sie dazu auch unser Patientenbeispiels „Erosion durch nächtlichen gastroösophagealen Reflux" auf Seite 12.

Ein Beitrag von
Elisabeth Kalczyk, BA

www.prophywissen.at

Hotel Brunnerhof
in Rasen/Antholz in Südtirol

Im gemütlichen Hotel Brunnerhof in Rasen im südtirolerischen Antholzertal erwartet die Gäste nicht nur eine besonders freundliche Atmosphäre: hervorzuheben sind die außergewöhnlich gute Küche von Gastgeberin Christine, ein Wellnessbereich mit verschiedenen Saunas und Whirlpool sowie die persönliche Betreuung.

Einladende Tradition

Seit 1979 ist der Brunnerhof berühmt für seine authentische Gastfreundschaft und die gute, regionale und traditionelle Küche. Dass der Brunnerhof allerdings auch mit der Zeit geht, zeigt sich mit der letzten Umstrukturierung, bei welchem ein moderner Zubau für das Hotel und Restaurant realisiert wurde. Zudem erstrahlen Rezeption und Bar mit großer Lounge in neuem Glanz.

Modernes Interieur

Die Gemeinschaftsbereiche präsentieren sich in dezentem Schwarz mit offenem Kamin und dunklem Steinboden. Die Wände sind mit Lärchenholz verkleidet und schaffen so eine rustikale und heimelige Atmosphäre. Das Highlight sind die sechs neu errichteten Zimmer: modernes Interieur, schwarzer Holzboden und große, elegante Badezimmer zeichnen diese Räume aus.

Erholung und Entspannung

In der Saunaanlage finden alle Wellnessfreunde eine Wohlfühl-Oase vor, mit verschiedenen Sauna-Varianten, Infrarotkabine, Whirlpool, Erlebnisduschen, Ruheraum und vielem mehr.

Erholung und Sport

Die zentrale Lage des Brunnerhofs ist der perfekte Ausgangspunkt, um die Umgebung zu erkunden. Ob im Sommer oder Winter: Die Gäste finden dort Erholung, Genuss und Natur oder sie gehen sportlichen Betätigungen wie Wandern, Biken oder Langlaufen nach.

Hotel Brunnerhof
Niederrasner Straße 1
39030 Rasen/Antholz/Pustertal/Südtirol
www.hotel-brunnerhof.it
info@hotel-brunnerhof

Presse & Promotion Agentur: MSI – Medien Service International

Mitmachen und gewinnen!

Wir verlosen einen Gutschein: Aufenthalt für 2 Personen HP im Hotel Brunnerhof in Rasen / Antholz in Südtirol.

Und so funktioniert's:

Beantworten Sie die nachstehenden Fragen rund um die Zahngesundheit aus dieser prophy-Ausgabe und tragen Sie das Lösungswort sowie Ihre persönlichen Daten in den Gewinncoupon ein. Unter allen Einsendungen mit dem richtigen Lösungswort wird eine Gewinnerin / ein Gewinner gezogen. Einsendeschluss ist der 6. April 2021. Der/die Gewinner/in wird schriftlich verständigt. Viel Glück!

WER WEISS ES ...

Ein anderer Begriff für erwidern / antworten ist

1	2							

Manche Angstpatienten würden vor dem Zahnarzt am liebsten die

3	4	5			

ergreifen.

Sie kennen sicher das Sprichwort:

						6	

und zugenäht?

LÖSUNGSWORT:

1	2	3	4	5	6

Umlaute Ä, Ö, Ü als solche eintragen!

Prophy Mail!
Erhalten Sie 9 x jährlich prophy-mail mit Top-Themen kostenlos an Ihre E-Mail Adresse! Jetzt anmelden auf **www.prophy.at**

Teilnahmebedingungen: Ausgeschlossen von der Teilnahme am prophy Gewinnspiel sind Mitarbeiter von der CP GABA GmbH und ihre Angehörigen. An der Verlosung nehmen alle Zusendungen teil, die ausreichend frankiert und mit Name, Adresse und E-Mail versehen einlangen. Über das Gewinnspiel wird kein Schriftverkehr geführt. Eine Barablösung der Gewinne ist nicht möglich. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Name: _____

Anschrift: _____

Postleitzahl / Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Lösungswort: _____

Coupon ausfüllen und ausschneiden, in ein Kuvert stecken oder auf eine Postkarte kleben, ausreichend frankieren und an folgende Adresse einsenden:

die Kommunikationsberater | An der Sonnleithen 16 | 4020 Linz | Kennwort: prophy

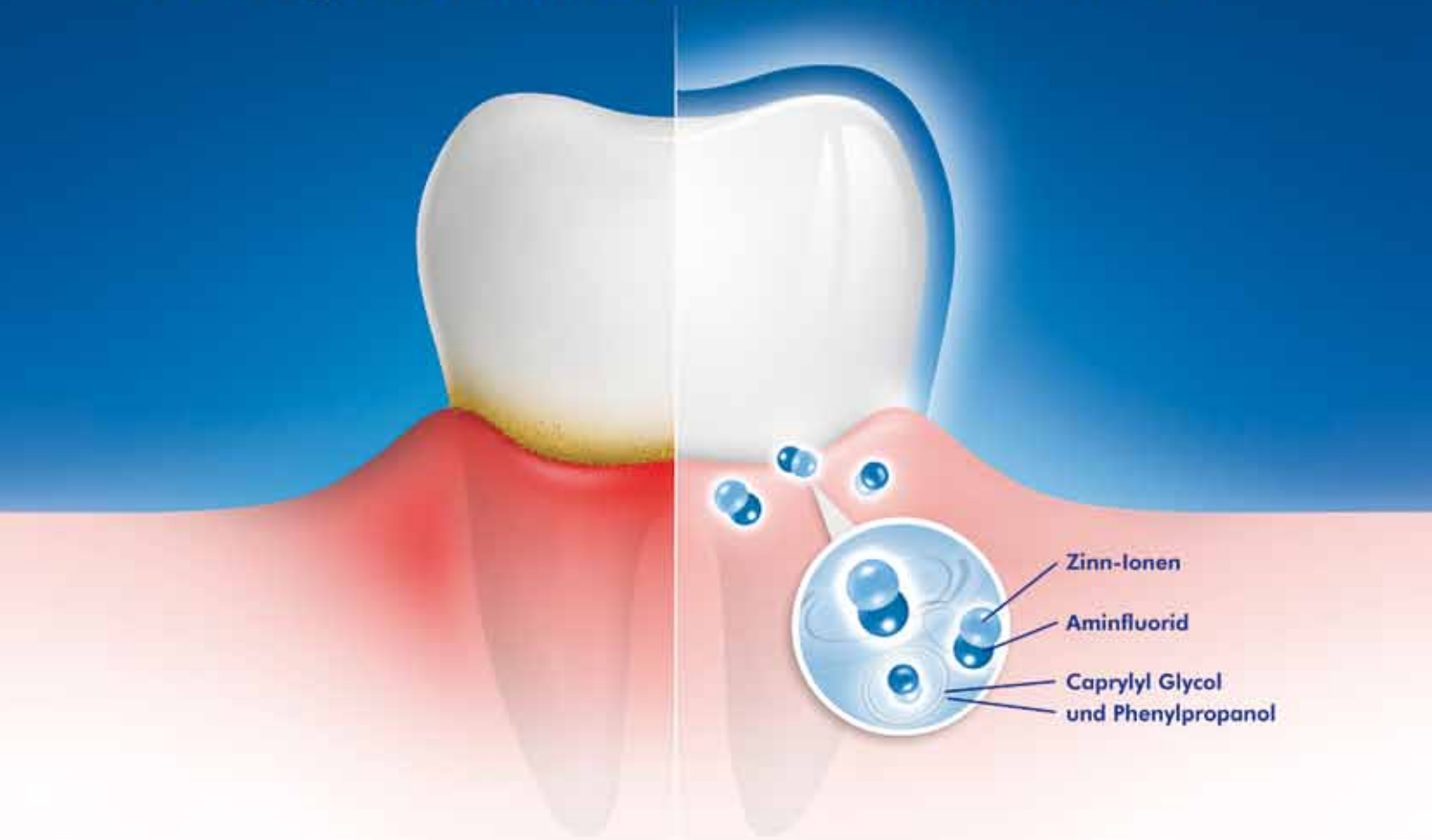
WIR GRATULIEREN...

... Frau Josefine Wimmesberger

zu ihrem Gewinn aus der letzten Ausgabe: Ein Aufenthalt im Hotel Mareo Dolomites.

Weil Patienten mit Parodontitis beides brauchen:

Gründliche Plaque-Entfernung und überlegene antibakterielle Wirksamkeit[1]



meridol® PARODONT EXPERT

- Reduziert Plaque um mehr als 50%[2]
- Bietet überlegene, lang anhaltende antibakterielle Wirksamkeit[1]
- Hilft Plaque im Zeitraum zwischen den Zahnarztbesuchen zu kontrollieren[3]

1 vs. Natriumbicarbonat enthaltende Technologie (1400 ppm F-).
Müller-Breitenkamp F. et al. Poster präsentiert auf der DG PARO 2017 in Münster; P35.
2 nach 3 Monaten vs. Ausgangswert.
Lorenz K. et al. Poster präsentiert auf der DG PARO 2016 in Münster; P27.
3 Empfehlung für Parodontitis-Patienten – Zahnarztbesuch alle 3 Monate.

meridol® PARODONT EXPERT