magazin für professionelle zahnprophylaxe

prophy

3 2006

> **Der Keim bestimmt die Therapie**
Professionelle Parodontal-Diagnostik seite 6

> **Und bist Du nicht willig...**
Probleme mit der Patientenmitarbeit – was tun? seite 8

> **Krank im Mund**
Überblick über häufige Mundschleimhauterkrankungen seite 10

> **Abgefertigt!**
Wer gewinnt durch die neue Abfertigungsregelung? seite 13

meridol®

Mikrobiologische Diagnostik für gesicherten Therapie-Erfolg

meridol® Paro Diagnostik

Real-Time-PCR für die quantitative Bestimmung von sechs Markerkeimen der Parodontitis und Periimplantitis sowie der Gesamtkeimzahl

Mit meridol® Paro Diagnostik werden die sechs wichtigsten Markerkeime der Parodontitis und Periimplantitis spezifisch, sensitiv und quantitativ nachgewiesen.

Neben den sechs Markerkeimen wird die Gesamtkeimzahl, die Zahl aller Bakterien in der subgingivalen Plaqueprobe, bestimmt.

Die Gesamtkeimzahl stellt eine Bezugsgröße für die Markerkeime dar und ermöglicht die Angabe der relativen Anteile der pathogenen Keime.

- Einfache, schnelle Handhabung (Probenentnahme)
- Einfache, übersichtliche Ergebnisse (auch als Fax)
- hohe Sensitivität (Nachweisgrenze 10^2 Bakterien)

Die Analyse der Patientenproben wird von einem exklusiven Vertragslabor durchgeführt. Die Ergebnisse werden in einem detaillierten und übersichtlichen Bericht zusammengefasst und von einer Therapieempfehlung begleitet, die auf den aktuellen Empfehlungen der DGP basiert.

MER 060801

Gebro Pharma

Für Fragen: Gebro Pharma GmbH, 6391 Fieberbrunn, Tel.: 0 5354 5300 0, E-Mail.: info@meridol.at

magazin für professionelle zahnprophylaxe

prophy 3 2006

auftakt

Die Vorbeugung und Behandlung der Parodontitis und anderer infektiöser Erkrankungen der Mundhöhle stellt eine der großen Herausforderungen unserer Tätigkeit dar. Wir bewegen uns dabei in einem überaus faszinierenden und vielfältigen Therapiebereich, wenn wir nur an die Möglichkeiten der parodontalen Regeneration denken oder an die bakteriologischen und immunulogischen Erkenntnisse der letzten Jahre. Wenn es uns gelingt, dieses Wissen bei unserer Arbeit am Patienten nutzbringend umzusetzen, können wir heute schon sehr erfolgreich Behandlungen mit voraussagbaren Ergebnissen durchführen. Dabei wollen wir nicht vergessen, dass die häusliche Hygiene und die professionelle Zahnreinigung nach wie vor eine zentrale Rolle im Behandlungsablauf spielen. Auch die Kommunikation mit unseren Patienten, das Sicherstellen des Verständnisses für die Erkrankung und die Therapie hat zentralen Einfluss auf Erfolg oder Misserfolg. Neben den Grundlagen der Parodontologie und Kardiologie war das Zusammenspiel von ärztlicher Tätigkeit mit den Aufgaben der Assistentin daher seit jeher ein zentraler Aspekt der Ausbildung zur diplomierten Prophylaxeassistentin an der Grazer Klinik. Übrigens, wie schon verschiedentlich an dieser Stelle angemerkt: prophy freut sich über Fragen (nicht nur an Dr. DENTIKUS), Anregungen, Themenwünsche und natürlich auch auf Beiträge von Ihnen. prophy ist das „magazin für professionelle zahnprophylaxe“. prophy hat gleichzeitig den Anspruch, das Magazin von Prophylaxe-Assistentinnen für Prophylaxe-Assistentinnen zu sein!

In diesem Sinne eine spannende und vor allem lukrative Lektüre!

Univ.-Prof. Dr. G. Arnetzl
Univ.-Prof. Dr. M. Haas

am puls

4 Nur (nicht) essen
Individuelles Ernährungsverhalten | Teil 3

konkret

6 Der Keim bestimmt die Therapie
Parodontal-Diagnostik mittels Keimabstrich

praxis

7 Neue Verfahren in der Paro-Diagnostik
Exakte Bestimmung der Keimzahl mit Real-Time-PCR

professionell

8 Und bist du nicht willig …
Probleme mit Patientenmitarbeit – was tun?

krank

10 „Krank im Mund“
Mundschleimhauterkrankungen | Teil 1

service

12 Dr. med. DENTIKUS rät!
Beantwortung interessanter Fragen aus der täglichen Praxis

konkret

13 Abgefertigt!
Wer gewinnt durch die neue Abfertigungsregelung?

fokus

14 „Zwischen den Zähnen“
Fädeln, stochern, bürsten für saubere Interdentalräume

intern

16 Fortbildungen

leben

17 Es geht um die Wurst
Warum uns Weißwürste ganz und gar nicht Wurst sein sollten

intern

18 Jedem das Seine
Unterschiedliche Interpretation der PGU-Werte

19 Frühgeburt & niedriges Geburtsgewicht
Parodontitis als Damoklesschwert

Impressum: **Medieninhaber und Herausgeber:** MEDahead Gesellschaft für medizinische Information mbH, Davidgasse 82–90, 1100 Wien, **Redaktion:** Dr. Albert Brugger, **Redaktionsanschrift:** MedMedia Verlag, Alser Straße 21/8, 1080 Wien, **Entwurf, Satz:** PBK Ideenreich Werbeagentur, Davidgasse 87–89, 1100 Wien, **Druck:** Hutter Druck, Birkenstraße 5, A-6380 St. Johann in Tirol, **Wissenschaftlicher Beirat:** Prof. S. Kulmer, Prim. E. Favero, Prof. M. Haas, Prof. G. Arnetzl, Dr. W. Müller, Prof. P. Städler, Prof. W. Sperr, Prof. P. Solar, Dr. D. Bachteler

MED Geprüft WISS

Texte, die mit diesem Symbol gekennzeichnet sind, wurden entweder von Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats verfasst oder durch diese inhaltlich auf seine wissenschaftliche Haltbarkeit überprüft.

Gehen wir zurück in der Entwicklungsgeschichte, stellte sich früher – jedoch aufgrund permanenten Nahrungsmangels – die Frage: „Was werde ich morgen essen? Werde ich drei Mahlzeiten haben, davon möglichst eine warme …?“ Die Perspektive hat sich geändert …

Nur (nicht) Essen

Psychische, physische, ethische, finanzielle, soziale und familiäre Gründe beeinflussen das individuelle Ernährungsverhalten | Teil 3

MED Geprüft WISS

von **Prim. Univ.-Lekt. DDr. Elmar Favero**
Ärztlicher Leiter der Ambulatorien für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der TGKK, Innsbruck

Karin Schrott-Ratschiller
Diätologin und Gesundheitsmoderatorin, Hall in Tirol

In Österreich existieren zwei Extreme der Essstörungen, die Adipositas (krankhaftes Übergewicht) und die Anorexie (krankhafte Magersucht), dazwischen liegen diverse Abstufungen. Aber auch die exzessive Beschäftigung mit gesundem Essen kann krankhaft werden. Neben Anorexie, Adipositas, Bulimie etc. taucht nun ein neues, grenzgängerisches Krankheitsbild am Horizont der Essstörungen auf: die pathologische Fixierung auf gesunde Ernährung, sozusagen „besessen vom Essen“ oder „Orthorexie“, wobei Ortho für „das Richtige“ steht und Orexie den Bezug zu Appetit darstellt.

Zahnschäden durch Essstörung

Bei der Bulimie führen die Säureangriffe durch das häufige Erbrechen zu Demineralisation und irreversiblem Verlust von Zahnhartsubstanz vor allem an okklusalen

und palatinalen Zahnflächen

© Abb.1 und 2 zur Verfügung gestellt von Univ.-Prof. Dr. Adrian Lussi, Uni Bern

Allerdings sind Essstörungen keine Süchte im klassischen Sinn. Süchte sind stofflich gebunden, etwa an Kokain, Nikotin oder Alkohol. Einige Verhaltensweisen von Essgestörten können jedoch durchaus suchtartigen Charakter annehmen. So verbinden Kontrollverlust, Wiederholungszwang und soziale Isolation die Krankheitsbilder und bestimmen meist den Alltag der Betroffenen.

ABC der bekanntesten Esstörungen

Anorexia nervosa (Magersucht)
Gewichtsverlust von 20 % in drei bis vier Monaten. Perfektionismus, Hyperaktivität, Körperwahrnehmungsstörungen, übertriebenes gedankliches Kreisen um Nahrung und Körperschema.

Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht)
Zwei Essattacken pro Woche über mindestens zwei Monate. Verzehr von bis zu 10.000 kcal pro Essanfall, krankhafte Furcht, dick zu werden; Erbrechen, Abführmittel, Fasten oder exzessiver Sport, um die Essanfälle ungeschehen zu machen.

Binge Eating
Vergleichbar mit Bulimie, jedoch keine Gegenmaßnahmen (wie Erbrechen oder Sport) nach den „Fressattacken“.

Latente Esssucht
5 kg Gewichtsschwankungen innerhalb zwei Wochen. Ständiges Augenmerk auf das Körpergewicht, Angst vor Zunahme, fehlendes Vertrauen in die eigenen Bedürfnisse. Essen ohne Genuss. Wechsel von Zu-viel-Essen und Diät-Halten.

Orthorexie
Keine gewichtsinduzierte Essstörung, panische Angst vor ungesundem Essen. Ausschließlicher Konsum kontrollierter Lebensmittel, Essen aus Vernunft, zwanghafte Gesunderhaltung durch „richtige“ Nahrung.

am puls

Zahnschäden durch häufiges Erbrechen
Aus zahnmedizinischer Sicht ist vor allem die Bulimia nervosa von zunehmender Bedeutung: Bei der Bulimie führen die Säureangriffe durch das häufige Erbrechen zu Demineralisation und irreversiblem Verlust von Zahnhartsubstanz vor allem an okklusalen und palatinalen Zahnflächen (siehe Abbildungen).

Mehr über Früherkennung und Prävention von Erosionen und die individuellen und professionellen Maßnahmen in der nächsten Ausgabe von prophy.

Leiden Sie unter Essstörungen?

- Steigen Sie mehrmals am Tag auf die Waage?
- Schmieden Sie Diätpläne für den nächsten Tag?
- Kennen Sie die Kalorienzahl fast aller Lebensmittel?
- Achten Sie ständig darauf, was und wie viel Sie essen?
- Essen Sie selten, worauf Sie wirklich Lust haben?

Sollten Sie bzw. einer Ihrer Patienten eine Frage mit JA beantworten, kann ein Arzt, eine öffentliche Ernährungsberatungsstelle oder eine psychotherapeutische Beratungsstelle weiterhelfen.

Pfizer DENT LINE

WER AUF
BAKTERIEN ZIELT,
SOLLTE SIE
AUCH TREFFEN!

Clindamycin
ideal dental
Dalacin C®

Fachkurzinformation Dalacin C® 150 mg / 300 mg - Kapseln
Fachkurzinformation Dalacin C® 75 mg/5 ml - Granulat für orale Lösung
Zusammensetzung (Kapseln): 1 Kapsel enthält: 150 mg / 300 mg Clindamycin (als Clindamycinhydrochlorid); **Zusammensetzung (Granulat):** 1 Messlöffel (5 ml) der zubereiteten Lösung enthält 75 mg Clindamycin (als Clindamycin-Palmitathydrochlorid). **Hilfsstoffe (Kapseln):** Magnesiumstearat, Maisstärke, Talcum, Laktose in einer Gelatinekapsel. Farbstoffe: Erythrosin (E 127), Natrium-Indigotin (E 132), Titandioxid (E 171). **Hilfsstoffe (Granulat):** 0,6 mg Hydroxybenzoesäuremethylester als Konservierungsstoff, 1,8 g Saccharose, Pluronic F-68, Felcofix Aromastoff Nr.770 (Kirsch), Simethicone. **Anwendungsgebiete:** Infektionen mit Clindamycin-empfindlichen Bakterien: Infektionen der oberen Atemwege: Tonsillitis, Pharyngitis, Sinusitis, Otitis media und Scharlach. Infektionen der unteren Atemwege: Bronchitis, Pneumonie, Empyem und Lungenabszess. Haut- und Weichteilinfektionen: Akne, Furunkel, Zellulitis, Impetigo, Abszesse und Wundinfektionen. Bestimmte Haut- und Weichteilinfektionen, wie etwa Erysipel und Paronychie (Panaritium) reagieren in der Regel ausgezeichnet auf Clindamycin. Knochen- und Gelenksinfektionen: Osteomyelitis und septische Arthritis. Intraabdominelle Infektionen: Peritonitis und abdominelle Abszesse, sofern Clindamycin in Verbindung mit einem Antibiotikum von entsprechender Wirksamkeit im gramnegativen Aerobenbereich verabreicht wird. Septikämie und Endokarditis: Die Wirksamkeit von Clindamycin in der Behandlung ausgewählter Fälle von Endokarditis wurde nachgewiesen, wenn sich Clindamycin bei erreichbarem Serumspiegel in vitro als bakterizid gegenüber dem verursachenden Keim erweist. Zahninfektionen: Periodontalabszess, Periodontitis. Gynäkologische Infektionen (nur Kapseln): Endometritis, Vaginalstumpf-Infektion, Tuboovarialabszess, Salpingitis und Infektionen des kleinen Beckens. Dabei soll Clindamycin mit einem das gramnegative aerobe Spektrum abdeckenden Antibiotikum kombiniert werden. Bei einer Chlamydia trachomatis-bedingten Zervizitis ist Clindamycin auch in Monotherapie wirksam. Toxoplasmatische Enzephalitis (nur Kapseln) bei Patienten mit AIDS: bei Unverträglichkeit der konventionellen Therapie erwies sich Clindamycin in Kombination mit Pyrimethamin als wirksam. Clindamycin ist besonders für Patienten mit erwiesener Penicillin- oder Cephalosporinüberempfindlichkeit geeignet. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber Clindamycin und/oder Lincomycin oder anderen Bestandteilen des Arzneimittels. Clindamycin sollte nicht angewendet werden bei akuten Infektionen der oberen Atemwege, wenn diese durch Viren verursacht sind. **Pharmakotherapeutische Gruppe:** Lincosamide; ATC-Code: J01FF. **Name des pharmazeutischen Unternehmers:** Pfizer Corporation Austria Ges.m.b.H., Wien. **Stand der Information:** Juli 2005. **Verschreibungspflicht/Apothekenpflicht:** NR, apothekenpflichtig. **Informationen zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Schwangerschaft und Stillzeit und Nebenwirkungen sind der Austria-Codex-Fachinformation zu entnehmen.**

PBK IDEENREICH

prophy 3 2006
magazin für professionelle zahnprophylaxe

Parodontopathien gehören neben Karies zu den weltweit am häufigsten auftretenden Erkrankungen. Die Beteiligung von Bakterien an der Auslösung und Unterhaltung dieser entzündlichen Veränderungen des Zahnhalteapparates ist unumstritten.

Der Keim bestimmt die Therapie

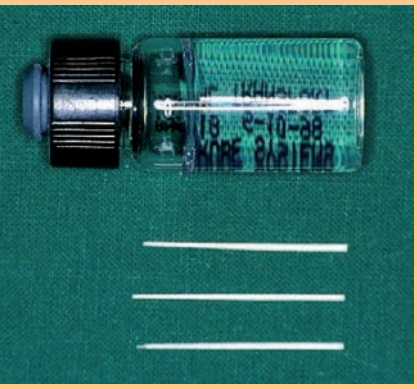
Professionelle Parodontal-Diagnostik mittels Keimabstrich

von **Univ.-Prof. DDr. Orhun Dörtbudak**
Univ. Klinik für ZMK

Die schwierige Aufgabe, die Ursachen der Parodontitiden zu klären und daraus sinnvolle Therapiekonzepte zu entwickeln, kann nur durch eine enge, gut abgestimmte Kooperation zwischen Klinikern und Mikrobiologen gelöst werden. Generell ist die mikrobielle Zusammensetzung der Plaque durch eine große Vielfalt an verschiedensten Keimen charakterisiert. In Proben aus parodontalen Läsionen können bis zu 600 verschiedene mikrobiologische Bakterien nachgewiesen werden. Jedoch sind von diesen nur zirka zehn Prozent wirklich pathogen. Dabei sind die Bakterien per se als auch einzelne Bakteriensubstanzen sowie deren Stoffwechselprodukte die auslösenden Faktoren für parodontalen Gewebsverlust. Zudem lösen diese Substanzen Entzündungsvorgänge des Wirtsgewebes aus. Dadurch entstehen entzündete Taschen, die optimale Voraussetzungen für das Anwachsverhalten von pathogenen Mikroorganismen bieten. Die zunehmende Taschentiefe bewirkt eine erschwerte Aufrechterhaltung der Parodontal-/Implantathygiene durch den Patienten, und es kommt zu einem charakteristischen Überhang von anaeroben und fakultativen anaeroben Keimen gegenüber dem physiologischen Keimspektrum.

Die Therapie der Parodontitis sollte daher eine exakte Diagnose mit Erfassung aller pathogener Keime sowie einer eventuellen antibiotischen Austestung beinhalten.

Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die einzelnen mikrobiellen Nachweismethoden gegeben werden.



Abnahme-Set für eine Bakterienkultur (3 sterile Papierspitzen und ein Transportgefäß mit einer sauerstoffreduzierenden Komponente in Gelform)

Einbringen der Papierspitze unmittelbar nach der Probennahme in das geeignete Transportgefäß (hier für eine PCR-Diagnostik)

Die native Keimdiagnostik

Mit Hilfe von Dunkelfeld- oder Phasenkontrastmikroskopie können Kokken, Filamente, Stäbchen, Bakterien und Spirochäten direkt bestimmt werden. Aufgrund der unterschiedlichen Beweglichkeit der Bakterien ist eine graduelle Beurteilung der Aktivität des Krankheitsgeschehens möglich. Das Ergebnis ist ohne großen Aufwand und in kurzer Zeit ermittelbar. Nachteilig sind die hohen Kosten für die Anschaffung des Mikroskops bei nur eingeschränkter diagnostischer Aussagekraft. Eine genaue Keimbestimmung sowie eine Überprüfung des Resistenzverhaltens ist hierbei nicht möglich.

Die Bakterienkultur mit antibiotischer Austestung

Die aerobe und die anaerobe Bakterienkultur ist die klassische Referenzmethode zur Bestimmung der mikrobiellen Zusammensetzung von Plaqueproben. Sie erlaubt die Untersuchung aller kultivierbaren Keime und ermöglicht die exakte quantitative Bestimmung sowie proportionale Verteilung der einzelnen Keime zueinander. Des Weiteren ist auch die antibiotische Resistenzbestimmung anhand dieser Kultur möglich. Der Aufwand dafür ist gering: Benötigt werden lediglich sterile Papierspitzen und ein geeignetes Transportmedium, das im Regelfall vom mikrobiologischen Labor zur Verfügung gestellt wird. Nachteil: rund 14-tägige Wartezeit auf den Erhalt der Ergebnisse.

PCR und Real-Time-PCR

Dieser Nachteil wird durch den Keimnachweis mit Hilfe der „polymerase chain reaction“ (PCR und Real-Time-PCR) behoben. Bei diesem Verfahren wird ebenfalls ein Abstrich aus der entzündeten Tasche entnommen und im geeigneten Transportmedium dem mikrobiologischen Fachlabor übersandt. Bei dieser Methode ist nicht auf die Erhaltung der Vitalität des Keimes beim Transport zu achten, da Fragmente der Erbsubstanz genügen, um das Vorhandensein der Keime nachzuweisen. Dieses diagnostische Hilfsmittel eignet sich besonders als Screeningmethode, da die Ergebnisse bereits nach 24–72 Stunden zur Verfügung stehen.

Im Gegensatz zur normalen PCR erlaubt die Real-Time-PCR zusätzlich eine verlässliche und exakte Quantifizierung von Bakterienzahlen in der subgingivalen Probe bei gleichzeitig hoher Spezifität und Sensitivität. Neben der richtigen Wahl der Untersuchungsmethode sind zwei Parameter mitbe-

stimmend für den Erfolg der mikrobiellen Diagnostik. Zum einen ist es die richtige Entnahmetechnik, wobei nach Reinigung der supragingivalen Strukturen zwei bis drei sterile Papierspitzen für zehn Sekunden in der zu untersuchenden Tasche belassen und danach sofort in ein geeignetes Transportmedium eingebracht werden sollten.)
Der zweite wichtige Parameter ist der ordnungsgemäße Transport des Untersuchungsmaterials. Je nach gewünschter Untersuchungsmethode sollten die geeigneten Transportgefäße gewählt werden, die nach Anforderung in den meisten Fällen vom mikrobiologischen Fachlabor zur Verfügung gestellt werden. Um die Qualität der Probe zu erhalten, sollte diese in einem sterilen und luftdicht geschlossenen Behälter verwahrt werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass aufgrund ungünstiger Einflüsse (Temperatur, Feuchtigkeit etc.) die Erreger abgetötet werden (außer bei PCR-Methoden) oder sogar neu hinzukommende Keime sich ansiedeln. Weiters sollten die Transportzeiten so kurz wie möglich gehalten werden.
Zusammenfassend lässt sich sagen, dass durch die Anwendung des geeigneten mikrobiellen diagnostischen Verfahrens die Behandlung der Parodontitis und Periimplantitis optimiert wird. Durch die routinemäßige Integration mikrobiologischer Methoden in die Therapie von Patienten mit Parodontitis/Periimplantitis ist eine wesentliche Verbesserung der therapeutischen Ergebnisse zu erzielen.

praxis

Neue Verfahren in der Paro-Diagnostik

Real-Time-PCR: exakte Bestimmung der Keimanzahl

Ausgezählt
In der Lebensmittelanalytik und der medizinischen Diagnostik von viralen Infektionskrankheiten ist sie bereits fest etabliert: Die Real-Time-PCR. Nun kann diese innovative molekularbiologische Untersuchungsmethode auch zur Diagnostik von parodontalpathogenen Keimen angewendet werden (z. B. meridol® Paro Diagnostik). Mit der Real-Time-PCR gibt es ein neu entwickeltes, molekularbiologisches Verfahren, das eine sensitive und zugleich sehr spezifische Methode zur raschen, quantitativen Erfassung parodontalpathogener Mikroorganismen in subgingivalen Plaqueproben bei Parodontitispatienten ermöglicht. Von großem Interesse ist die Möglichkeit, die gesamte Bakterienzahl in einer Plaqueprobe zu bestimmen und somit eine Aussage über den relativen Anteil spezifischer Bakterien an der Gesamtkeimzahl machen zu können. Da es gegenwärtig keine Möglichkeit einer standardisierten Probeentnahme aus der parodontalen Tasche gibt, wird dies vermutlich einen besseren Vergleich vor und nach der Therapie entnommener Bakterienproben erlauben. Dies kann eine erweiterte Aussage über die mikrobiologischen Therapieeffekte, beispielsweise im Rahmen einer „Full mouth desinfection“, ermöglichen.
Der meridol® Paro Diagnostik kostet 78,– Euro (inkl. Mwst.) und zählt damit eher zu den teureren parodontologischen Tests. Allerdings haben die sehr gut aufbereiteten Ergebnisse, ermöglicht durch die Real-Time-PCR, einen hohen qualitativen Stellenwert und helfen dem Arzt gegebenenfalls, die richtigen Antibiotika zu verschreiben. Voraussetzung ist natürlich, dass bei der Probenentnahme sauber gearbeitet wurde!

Egal wie gut und wie gründlich die professionelle Prophylaxe durchgeführt wurde – wenn die Patienten zuhause nicht durch regelmäßige Zahnhygiene mitarbeiten, ist die beste Prophylaxe vergebene Liebesmüh.

Und bist du nicht willig …

Probleme mit der Patientenmitarbeit – was tun?

MED Geprüft WISS

von **Benjamin Schütz**
Arbeitsbereich Gesundheitspsychologie, Freie Universität Berlin

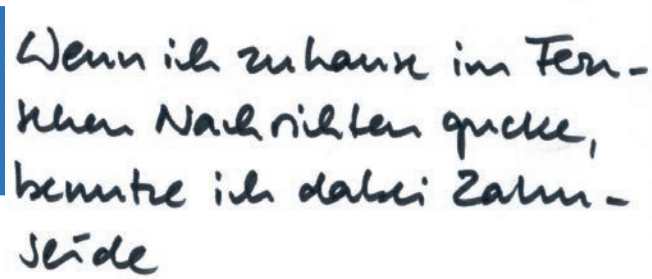
„Die Straße zur Hölle ist mit guten Vorsätzen gepflastert.“ (Unbekannt, 16. Jahrhundert) – was wie eine Binsenweisheit klingt, ist in Wirklichkeit eine der größten Herausforderungen in den Gesundheitswissenschaften. Schließlich ist die Patientenmitarbeit (Compliance) nicht nur bei der zahnmedizinischen Prophylaxe entscheidend für den Erfolg einer Behandlung.

Oft ist es leider auch nicht damit getan, die Patienten über Sinn und Unsinn prophylaktischer Behandlungen zu informieren und zu demonstrieren, wie sie auch zuhause richtig putzen und zwischen den Zähnen reinigen können. Manchmal fallen genau die Patienten, die während einer Sitzung besonders aufmerksam waren, bei der Nachuntersuchung mit schlechteren Ergebnissen durch niedrigere Compliance auf. Es muss also neben dem Training von Fertigkeiten und der Information der Patienten zusätzliche Faktoren geben, die dafür verantwortlich sind, ob sich jemand auch zuhause an die Zahnpflegeempfehlungen hält oder nicht. Diese Faktoren können beispielsweise in der Interaktion von Zahnarzt/PTA und Patient/Patientin oder aber im psychologischen Bereich liegen.

Klar und knapp informieren

Wie wichtig es ist, Informationen und Anweisungen klar und verständlich mitzuteilen, zeigt eine erschreckende Zahl aus einer – allerdings auch schon etwas älteren – Studie, laut der sich die Patienten unmittelbar nach einem ärztlichen Gespräch nur noch an weniger als die Hälfte der Informationen erinnern konnten. Das heißt, dass man davon ausgehen muss, dass Patienten im besten Fall die Hälfte der Empfehlungen und Informationen aus einer prophylaktischen oder zahnmedizinischen Behandlung mit nachhause nehmen.

So wird es schwierig mit der Mitarbeit: Patienten müssen aktiv in den Prozess mit einbezogen und ernst genommen werden.



Auch so kann ein guter Plan aussehen: Eine konkrete Situation (Nachrichten im Fernsehen schauen) wird mit einer konkreten Handlung (Zahnseide benutzen) verknüpft.

Was also tun? Am wichtigsten ist sicherlich, Informationen klar und knapp zu präsentieren. Was eigentlich selbstverständlich sein sollte (Vermeiden medizinischer Fachbegriffe, genaues Erklären der Zusammenhänge von Erkrankungen), hat leider oft noch Verbesserungspotenzial. Erst wenn die Patienten über die genauen Zusammenhänge von Mundhygiene, Plaqueentstehung

sowie Zahn- und Zahnfleischerkrankungen Bescheid wissen, können sie sich dafür entscheiden, regelmäßig Mundhygiene zu betreiben. Da schadet es nicht, sich zu wiederholen und im Zweifelsfall immer die einfachsten Begriffe zu verwenden, also beispielsweise „Zahnfleischentzündung“ statt Gingivitis, „Zahnseide benutzen“ statt Interdentalhygiene und derlei mehr.

Schwierig zu realisieren, aber genau so wichtig ist es, den Patienten nicht wertend gegenüber zu stehen, aber doch auf Defizite in der Mundhygiene aufmerksam zu machen. Wer sich beleidigt, als Person nicht ernst genommen oder als Schmutzfink behandelt fühlt, kommt nicht wieder und wird sich kaum an Empfehlungen zur Mundhygiene halten.

Gesundes Selbstvertrauen

Information ist aber nicht alles. Mindestens genauso wichtig für regelmäßige Mundhygiene zuhause sind psychologische Faktoren, die direkt auf die Motivation der Patienten einwirken. Hier sind besonders die Risikowahrnehmung, die Erwartung persönlicher Vorteile von Verhalten und die optimistische Überzeugung, das auch schaffen zu können, ausschlaggebend. So konnte in einer Studie gezeigt werden, dass Teilnehmer, die es sich zutrauten, regelmäßig Zahnseide zu benutzen, tatsächlich auch geringere Plaque aufwiesen. Dieses Selbstvertrauen kann man stärken, indem man mit den Teilnehmern übt und ihnen so klar macht, wie einfach korrekte Zahnhygiene durchzuführen ist.

Lebensdauer guter Vorsätze

Oft reicht diese Motivation – deswegen auch das Zitat am Anfang – aber auch nicht aus, um wirklich regelmäßig Zahnhygiene zu betreiben. Auch wer sich fest vorgenommen hat, regelmäßig eine neue Verhaltensweise zu beginnen oder eine alte zu ändern, sieht sich einer Vielzahl möglicher Probleme gegenüber.
Ganz abgesehen davon, dass gesundheitlich wichtige Verhaltensweisen wie regelmäßige Interdentalhygiene, gesündere Ernährung oder regelmäßiger Ausdauersport am Anfang eigentlich keinen Spaß machen, könnten gute Gelegenheiten zum Handeln verpasst werden, könnten die Vorsätze schnell wieder vergessen werden oder könnten verschiedene Dinge, die im Moment einfach attraktiver scheinen, dazwischen kommen. Und schon wird der Vorsatz verschoben oder vergessen.
Eine Strategie, die sich hier bewährt hat und die sich zudem noch recht einfach in machbare Maßnahmen umsetzen lässt, ist die konkrete Planung von „Wenn-dann-Zusammenhängen“. Hier machen sich die Patienten im Vorhinein genaue Pläne, wann, wo und wie genau sie beispielsweise Zahnseide benutzen wollen, also: „Jeden Abend nach dem Zähneputzen (wann?) benutze ich vor dem Spiegel im Badezimmer (wo?) korrekt Zahnseide (wie?).“ Diese ganz konkrete bildhafte Vorstellung führt, wenn die Patienten sich in der entsprechenden Situation befinden, dazu, dass die Vorsätze schneller, zuverlässiger und öfter ausgeführt werden.

Obwohl sich das vielleicht ein wenig banal anhört – es leuchtet schließlich ein, eher das zu tun, was man genau geplant hat –, so finden sich in verschiedenen gesundheitlichen Bereichen wie Ernährung, körperliche Aktivität oder eben Interdentalhygiene starke Hinweise darauf, dass Patienten, die einen solchen konkreten Wenn-dann-Plan formulieren, auch tatsächlich öfter zur Zahnseide greifen. Wichtig ist, dass die Situation, in der Mundhygiene durchgeführt werden soll, vom Patienten ganz konkret und möglichst genau beschrieben wird, dann der Plan formalisiert und am besten als Satz zu Papier gebracht wird. So formulierte Pläne können dazu führen, dass wichtige Schlüsselreize in den Situationen schneller erkannt werden, dass die Zahnpflege in diesem Moment über andere Verhaltensweisen Priorität gewinnt und der Griff zur Zahnseide schlussendlich wahrscheinlicher wird.

Literatur beim Verfasser

prophy 3 2006
magazin für professionelle zahnprophylaxe

Prophylaxe-Assistentinnen sehen Patienten, die regelmäßig zur Prophylaxe kommen, häufig öfter als der Zahnarzt. Daher ist es besonders wichtig, dass auch sie die Patienten auf Mundschleimhauterkrankungen untersuchen und die wichtigsten Krankheitsbilder als solche auch erkennen.

„Krank im Mund“

Überblick über häufige Mundschleimhauterkrankungen | Teil 1

MED Geprüft WISS

von **Dr. Klaus Charvat**
FA für ZMK in Theresienfeld, Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Parodontologie

Erkrankungen der Mundschleimhaut sind durch verstärktes Rauchen, gesteigerte Umwelteinflüsse, höheres Alter der Patienten und große prothetische Restaurationen, die oft einen Störfaktor darstellen, im Zunehmen begriffen. Bei jeder Prophylaxesitzung sollte daher immer auch auf Mundschleimhauterkrankungen untersucht werden – lieber einmal zu viel als einmal zu wenig.

Die Voraussetzung für eine genaue Untersuchung ist eine gründliche und ausreichende Beleuchtung der Mundhöhle. Zu untersuchen sind der gesamte Mund-Rachen-Raum mit Gaumen und Mundboden (gegebenenfalls Prothesen herausnehmen), der Zungengrund (Herausziehen der Zunge mit Hilfe eines Gaze-Tupfers, damit sie nicht wegrutscht), Gingiva von Ober- und Unterkiefer und ebenso die Mandeln und die Ausführungsgänge der großen Speicheldrüsen.

Dabei können folgende Veränderungen gefunden werden, ohne sie einem speziellen Krankheitsbild zuzuordnen: Rötungen, Schwellungen, weiße Flecken, Verfärbungen, Geschwüre, Fissuren (Spalten), Tumore, Blutungen, dicke oder flächige Beläge, Austritt von Eiter, Blasen.

Natürlich sollte die Prophylaxeassistentin bei solchen Veränderungen nie eine Selbstdiagnose stellen, sondern immer den Arzt holen.

Im Folgenden und in der nächsten Augabe von prophy sind die häufigsten Mundschleimhauterkrankungen kurz beschrieben:

Aphthen

Aphthen finden sich bei fünf bis 66 Prozent entsprechend untersuchter Patientengruppen. Frauen scheinen häufiger betroffen zu sein. Die Geschwüre stellen sich meist im Verlauf der zweiten Lebensdekade ein. Sind Kinder betroffen, so entwickeln sich Aphthen in 40 Prozent der Fälle vor dem fünften Lebensjahr.

Das klinische Bild besteht in wiederkehrenden Schüben einer oder mehrerer runder, flacher, schmerzhafter oraler Geschwüre, wobei Intervalle von wenigen Monaten bis zu Jahren auftreten können. Drei Hauptformen (Minor-Aphthen, Major-Aphthen, herpetiforme Ulzerationen) sind bekannt. Ständig wiederkehrende Formen (chronisch rezidivierende Aphthen, CRA) treten am häufigsten auf.

Minor-Aphthen finden sich bei 80 Prozent der Patienten mit Aphthen. Klinisch erscheinen diese als runde oder ovale flache Geschwüre mit weniger als 5 mm Duchmesser, im Zentrum grauweiß, mit einem schmalen, geröteten Rand (Halo). Die Minor-Variante tritt normalerweise an nichtverhornter, beweglicher Schleimhaut auf und ist selten an der Gingiva, dem Gaumen oder dem Zungenrücken zu beobachten. Die Geschwüre heilen in einem Zeitraum von ein bis zwei Wochen ohne Narbenbildung ab.

Die Major-Variante ist selten und wird als schwere Aphthen-Form angesehen. Die Major-Aphthen sind oval oder unregelmäßig begrenzt und können größer als 1 cm sein. Sie finden sich insbesondere an den Lippen, dem weichen Gaumen und an den Gaumenbögen. Sie können bis zu sechs Wochen persistieren und heilen oft unter Narbenbildung ab.

Großflächige Aphthe

krank

Herpetiforme Aphthen sind ebenfalls selten und charakterisiert durch zahlreiche (bis zu 100) rezidivierende, kleine schmerzhafte Geschwüre, die sich in der gesamten Mundhöhle finden und die Tendenz haben, sich zu vereinigen.

CRA-ähnliche Erkrankungen

Aphthen-ähnliche Veränderungen können bei diversen Systemerkrankungen sowie verschiedenen ernährungsbedingten Mangelzuständen auftreten. Sie finden sich darüber hinaus bei angeborenen sowie erworbenen (HIV-Infektion) Immunstörungen, gelegentlich auch als Folge von Medikamenten (nichtsteroidale Schmerzmittel oder Nicorandil). Bei Verdacht auf Systemerkrankungen mit aphthoiden Veränderungen sind diese ärztlich abzuklären.

Zu erwägen sind weiterhin virusbedingte Erkrankungen wie eine Herpes-Infektion (Fieberblasen, Gürtelrose), die Hand-Fuß-Mund-Krankheit sowie die Maul-und-Klauen-Seuche. Auch Bednar-Aphthen sowie schwere Verlaufsformen einer Herpes-Ginigivostomatitis (siehe unten) bei Kleinkindern, die durch Masern, Röteln, Varizellen oder Mumps stark geschwächt sind, kommen infrage.

Gingivostomatitis herpetica

Diese Virusinfektionen werden am häufigsten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr gefunden. Bei der Erstinfektion treten Fieber und lokale Lymphknotenschwellungen auf. Lokal findet sich eine akut schmerzhafte Gingivitis mit bläschenartigen, Aphthen-ähnlichen Veränderungen an der angewachsenen Gingiva. Ursache ist eine Infektion mit dem Herpes-simplex-Virus. Das Wiederauftreten wird begünstigt durch mechanische Einwirkungen, Sonnenreize, Diätfehler, hormonelle Faktoren und starke psychische Belastungen. Die Erkrankung klingt meist nach ein bis zwei Wochen ohne Therapie wieder ab.

Gingivostomatitis herpetica

Leukoplakien

Eine Leukoplakie ist ein „weißer Fleck" auf der Schleimhaut, der bei Rauchern häufiger zu finden ist als bei Nichtrauchern. In zehn Prozent der Fälle kann sich aus einer Leukoplakie eine Krebserkrankung entwickeln. Daher müssen Leukoplakien regelmäßig kontrolliert werden und, wenn Verdacht auf ein Karzinom besteht oder sich die Leukoplakie im Aussehen verändert, eine histologische Untersuchung veranlasst werden.

Flächenhafte Leukoplakie an der Gingiva

Im zweiten Teil der Serie werden Pilzinfektionen, Lichen und Perlèche behandelt.

service

Dr. med. DENTIKUS rät!

Beantwortung interessanter Fragen aus der täglichen Praxis

Wir haben kürzlich in der Ordination darüber diskutiert, ab welchem Alter eine professionelle Zahnreinigung sinnvoll ist. Was ist Ihre Meinung dazu?
Birgit H., Prophylaxe-Assistentin aus Linz

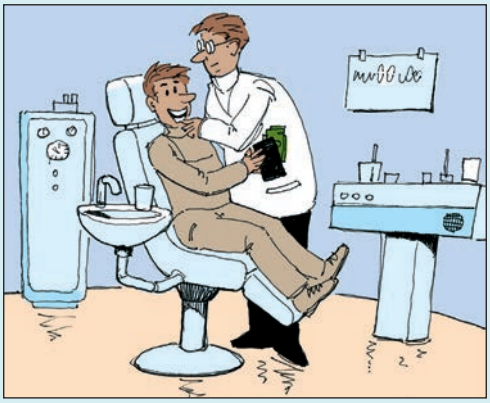
Dr. med. DENTIKUS rät: Professionelle Hilfe bei der Zahnreinigung ist weniger eine Frage des Alters, sondern des Hygienezustandes bzw. der Möglichkeiten der häuslichen Reinigung. Wann der Zeitpunkt für die erste professionelle Zahnreinigung gekommen ist, lässt sich daher nur individuell festlegen. Im Normalfall ist dies aber erst dann der Fall, wenn die bleibenden Zähne, vor allem die Molaren, durchgebrochen sind. Ein früheres Eingreifen kann in speziellen Fällen einer erhöhten Kariesanfälligkeit notwendig sein, so etwa, wenn eine Schmelzbildungsstörung vorliegt, die eine lokale Fluoridierung erforderlich macht.

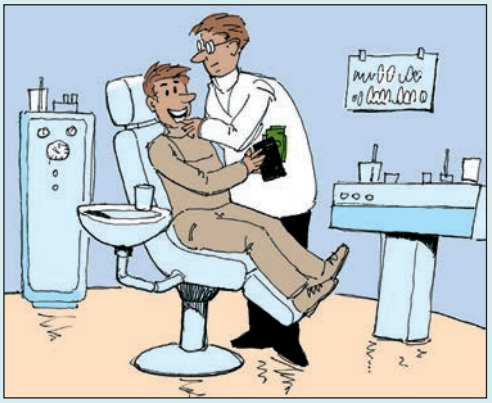
Die Gewinner sind …

In unserer Ausgabe 01/2006 haben wir vier Nachschlagewerke „Ganzheitliche und naturkundlich orientierte Zahnheilkunde“ von Mag. Dr. Christian Kobau verlost. Ein umfassendes Arzt- und Patienten-Nachschlagewerk mit interessanten Anregungen und Denkansätzen für die ganzheitliche Betrachtung der Zahnheilkunde.

Die glücklichen Gewinnerinnen:
Margit Jungwirth (Ferschnitz)
Nicole Rybka (Wien)
Marion Zenz (Deutschfeistritz)
Christina Lach (Schiefling)
Wir wünschen Ihnen viel Freude bei der Lektüre!

Suchbildrätsel: Finden Sie die 5 Fehler im rechten Bild





Abgefertigt!

Wer gewinnt durch die neue Abfertigungsregelung?

Seit 1. 1. 2003 gilt in Österreich für alle nach diesem Zeitpunkt aufgenommenen Arbeitsverhältnisse das System der Abfertigung neu. Vor diesem Zeitpunkt bestehende Dienstverhältnisse verbleiben im System der Abfertigung alt, sofern nicht Dienstnehmer und Dienstgeber übereingekommen sind, in das neue System zu wechseln.

In der Abfertigung alt entstand der Anspruch auf Abfertigung nach drei Dienstjahren in Höhe von 2/12 des Jahresbruttobezuges, erhöhte sich nach fünf Dienstjahren auf 3/12, nach zehn Dienstjahren auf 4/12, nach 15 Jahren auf 6/12, nach 20 Jahren auf 9/12, um nach 25 Dienstjahren schließlich die maximale Höhe von 12/12 des Jahresbruttobezuges zu erreichen. Der Jahresbruttobezug ist umfassend zu interpretieren, d. h. es werden auch ein 13. und 14. Monatsbezug, Prämien, Sachbezüge und regelmäßig geleistete Überstunden hinzugerechnet.

Eine Abfertigung nach dem alten System stand zu, wenn das Dienstverhältnis durch Kündigung durch den Dienstgeber, einvernehmliche Auflösung (also etwa auch bei Pensionsantritt) oder berechtigten vorzeitigen Austritt endete. Kein Anspruch auf Abfertigung bestand bei Kündigung durch den Dienstnehmer und bei berechtigter Entlassung. Die besondere Attraktivität der Abfertigung liegt darin, dass die im alten System als Einmalbetrag ausbezahlte Abfertigung nur mit sechs Prozent Lohnsteuer besteuert wurde.

Bei der Abfertigung neu zahlt der Dienstgeber an eine externe Mitarbeitervorsorgekasse ein. Beginn der Einzahlungen an die Vorsorgekasse ist sofort nach dem Probemonat, auch für Lehrlinge, geringfügig Beschäftigte, Mitarbeiter im Mutterschutz, Krankenstand oder beim Präsenzdienst.

Der Normalfall bei der Abfertigung neu ist bei Wechsel des Unternehmens die Mitnahme der angesammelten Abfertigungsansprüche zu einem neuen Dienstgeber, die Ansprüche gehen auch dann nicht verloren, wenn der Mitarbeiter von sich aus kündigt. Wenn die Abfertigung anlässlich der Pensionierung anfällt, kann der Mitarbeiter wählen, sich diese als Einmalzahlung auszahlen zu lassen (wie bisher mit sechs Prozent besteuert) oder die Abfertigung in Form einer lebenslangen Rente zu beziehen, die steuerfrei ist (mit diesem „Zuckerl“ wollte der Gesetzgeber die Rentenvariante fördern, somit praktisch eine Zusatzpension für die Dienstnehmer schaffen).

Gewinner der Abfertigung neu sind ohne Zweifel jene Dienstnehmer, die häufig ihre Jobs wechseln, somit nach altem System nie Anspruch auf eine Abfertigung erhalten hätten (also auch Dienstnehmer in „Fluktuationsbranchen“ wie Gastronomie oder auch Prophylaxe-Assistentinnen), Verlierer sind eher die Dienstgeber in Betrieben mit hoher Fluktuation, deren Personalkosten angestiegen sind.

Aus Sicht der Dienstnehmer ist ein Umstieg in das System der Abfertigung neu dann sinnvoll, wenn die Dienstnehmer jünger sind und sich vorstellen können, sich noch einige Male beruflich zu verändern. Älteren Dienstnehmern muss von einem freiwilligen Umstieg in das neue System dringend abgeraten werden.

Volkswirtschaftlich ist der Abfertigung neu die Sinnhaftigkeit nicht abzusprechen, wurde doch auf lange Sicht für die Arbeitnehmer de facto eine Zusatzpension geschaffen, die auch durch häufigen Arbeitgeberwechsel nicht verloren geht.

von **Mag. Gerhard Goldsteiner**
Goldsteiner & Partner,
Steuerberater,
Wiener Neustadt

Die Entfernung interdentaler Plaque ist nicht nur aus kariesprophylaktischer Sicht von Bedeutung, sondern auch für den Schutz vor parodontalen Erkrankungen. Natürliche Reinigungseinflüsse wie der Speichelfluss kommen approximal kaum zum Tragen. So kann sich schnell eine pathogene Flora bilden.

„Zwischen den Zähnen“

Fädeln, stochern, bürsten für saubere Interdentalräume

MED Geprüft WISS

von **Dr. Daniel Bachteler**

Die Folgen der interdentalen Plaqueansammlung sind bekannt: Bakterielle Säuren demineralsieren Zahnschmelz und Dentin, toxische Stoffwechselprodukte reizen das Zahnfleisch und führen zu Entzündungen. Interdentalräume zählen damit zu den so genannten Prädilektionsstellen, also jenen Orten, an denen bevorzugt Infektionen – hier Karies – entstehen.

Einige Zahlen sollen die Situation und das potenzielle Risko verdeutlichen: Das menschliche Gebiss weist bei voller Bezahnung (inklusive der Weisheitszähne) 30 Interdentalräume auf. Immerhin 40 Prozent aller Zahnoberflächen liegen somit an schwer zu erreichenden Stellen. Anders ausgedrückt: Nur zirka 60 Prozent der Zahnoberflächen lassen sich mit einer Zahnbürste erreichen. Unabhängig von der Art der Zahnbürste und der Putztechnik! Wer auf Interdentalprodukte verzichtet, verzichtet also ganz bewusst darauf, 40 Prozent der kariesanfälligsten Bereiche des Gebisses von Plaque und Speiseresten zu befreien.

Realität der Zahlenspiele

Solche Zahlenspiele mögen vereinzelt Patienten überzeugen, die Realität sieht leider anders aus: Rund 180 Meter Zahnseide wären pro Jahr und Benutzer notwendig, um der zahnärztlichen Empfehlung von 50 Zentimeter Zahnseide pro Anwendung gerecht zu werden. Gerade einmal vier Meter (umgerechnet 0,08 Packungen pro Kopf und Jahr) werden in Deutschland verbraucht. Die Folge: 45 Prozent aller gefüllten Oberflächen in der Altersgruppe zwischen 35 und 44 Jahren liegen im Interdentalraum.

Der gute Wille reicht nicht aus

Was ist die Ursache dieser Diskrepanz zwischen dem scheinbaren Willen zur Verhaltensänderung („ich werde heute abend flossen“) und dem überaus niedrigen Pro-Kopf-Verbrauch? Die Reinigung des Approximalraumes gestaltet sich umbequem, schwierig, zeitaufwändig und hat bis dato bei den meisten Patienten noch keinen Eingang in die tägliche Routine gefunden. Der Vorsatz alleine ist nicht genug – es fehlt an Motivation (siehe dazu den Artikel von Dipl.-Psych. Benjamin Schüz in diesem Heft).

Es reicht nicht aus, den Patienten mit einer Rolle Zahnseide, der Aufforderung zum täglichen „Flossen“ und der Hoffnung auf zukünftig saubere Approximalräume aus der Ordination zu entlassen. Einmal mehr steht die Auseinandersetzung mit dem Patienten, die Analyse der individuellen Gebisssituation (z. B. Lückenbildungen, Füllungen, Zahnfehlstellungen, prothetische Versorgungen, kieferorthopädische Apparaturen etc.) im Vordergrund. Der Umfang der präventiven Unterweisungen und Hilfsmittel bemisst sich schließlich an den klinischen Befunden. Erschwerend kommt hinzu, dass einfaches Erklären von Prophylaxemaßnahmen nur in den seltensten Fällen zum Erfolg führen wird. Es ist somit absolut unerlässlich, dem Patienten die korrekte Anwendung nicht nur zu zeigen, sondern mit ihm zu üben, bis die Technik wirklich „sitzt“.

Flossen, aber richtig!

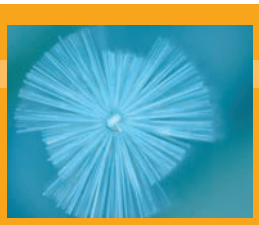
In besonderem Masse trifft dies für Zahnseide zu. Richtiges „Fädeln“ ist schwierig und bedarf einer gründlichen Unterweisung und der Übung durch den Patienten. Nur so lassen sich Verletzungen des Zahnfleisches vermeiden und die Motivation erhalten – wer flosst schon gerne auf Basis einer schmerzhafen, blutigen Erfahrung?

Welche Zahnseide für den jeweiligen Patienten die geeignete ist, liegt im Ermessen der Prophylaxeassistentin. Ob gewachst oder ungewachst, in Form eines „Tapes“ oder als Superfloss-Modifikation für Träger festsitzender Spangen – nur fluoridiert sollte sie sein.

Studien belegen, dass die Fluoridfreisetzung aus Zahnseide und Zahnhölzern im Interdentalraum zu einer signi-

Der Interdentalraum: Seitenansicht

Interdentalbürste mit Dreiecksschnitt



Interdentalbürste mit Dreiecksschnitt (elmex®)

fikanten Reduktion sowohl des Mineralverlustes als auch von Mutans-Streptokokken führen.

Dass die Anwendung von Zahnseide ganz wesentlich am Kariesrückgang in approximalen Bereichen beteiligt ist, sollte nicht über einen Nachteil hinwegtäuschen: Zahnseide kann sich nicht an die Zahnform anpassen und spannt sich geradlinig über konkave Wurzeleinziehungen. Die wie in einem Kanal geschützt liegende Plaque wird damit nicht erreicht. Approximale Wurzeleinziehungen und -teilungsstellen lassen sich mit (dreikantigen) Zahnhölzern oder besser mit Interdentalbürsten erfassen.

Bürsten für die Zwischenräume

Als besonders effektiv gelten Interdentalbürsten, deren Borsten unabhängig von der Zahnform „arbeiten". Selbst subgingivale Plaque kann in Abhängigkeit vom Bürstentyp und den Filamenten im Bereich der obersten 1–2 mm erreicht werden. Üblicherweise werden Interdentalbürsten in verschiedenen Größen und verschiedenen Schnitten angeboten, so dass für jeden Patienten die passende Größe bestimmt werden muss. Innovativ sind Bürsten mit Dreiecksschnitt, die der Form des Interdentalraumes nachempfunden sind. Ideale Reinigungsergebnisse lassen sich mitunter aber erst dann erzielen, wenn mit zwei unterschiedlichen Größen gearbeitet wird. Besonders praktisch sind Interdentalbürsten auch für Träger festsitzender kieferorthopädischer Apparaturen und von Implantaten. Der geringe Pro-Kopf-Verbrauch von nur 0,04 Packungen im Jahr zeigt allerdings deutlich, dass seitens des Zahnarztes bzw. der Prophylaxeassistentin Aufklärungsbedarf besteht, welche Bedeutung der Interdentalreinigung zukommt.

Zahnhölzer und Mundduschen

Während Zahnstocher vor allem dazu dienen, störende Speisereste mehr oder weniger sanft aus den Approximalräumen hervorzuholen, haben (fluoridierte) Zahnhölzer medizinische Funktion. Sie lassen sich einfacher anwenden als Zahnseide und reinigen aufgrund ihrer größeren Oberfläche auch ein größeres Areal auf dem Zahn. Ihre Reinigungsleistung ist aber nicht so gut wie die der bereits vorgestellten Produkte. Dennoch bieten sie eine sinnvolle Ergänzung zur Zahnpflege, beispielsweise auf Reisen.

Mundduschen eignen sich übrigens nicht für die Plaqueentfernung im Interdentalraum. Da es sich bei Plaque um einen zähen, fest anhaftenden Biofilm handelt, ist die mechanische Reinigung unerlässlich. Ihr Nutzen liegt vielmehr im Herausspülen von Speiseresten, dem Ausschwemmen bakterieller Stoffwechselprodukte aus der Plaque sowie der Massage des Zahnfleisches. Nicht vergessen sollte man, dass bei unsachgemäßem Gebrauch auch Keime in die Zahnfleischtaschen gespült werden können oder sich innerhalb des Schlauchsystems gefährliche Keime (z. B. Pseudomonaden) anreichern können.

Fazit

- Die Interdentalreinigung gehört in ein dentalhygienisches Gesamtkonzept, das individuell auf den Patienten abzustimmen ist.
- „Brushing and flossing", also „Bürsten und Fädeln", sollte zur täglichen Routine werden. Nur wenn die Interdentalreinigung vor dem Zähneputzen erfolgt, werden die gelockerten Beläge auch wirklich richtig entfernt.
- Aus Motivationsgründen sollte der Ablauf dieser Routine so einfach wie möglich gehalten werden.
- Aus zahnmedizinischer Sicht kann die kombinierte Anwendung von Zahnseide und Interdentalbürsten sinnvoll sein, da hierbei sowohl Berührungspunkte als auch Approximalräume optimal gereinigt werden.

Literatur beim Verfasser

Interdentalbürsten mit Rundschnitt (Curaden, TePe, Oral B, Butler)

intern

Fortbildungskurse 2006/07

ÖGZMK

Cerec 3D – Assistenz BK
für Zahnärztliche AssistenInnen,
Univ. Klinik ZMK Graz,
Freitag 8:00–16:00 Uhr,
Samstag 8:00–16:00 Uhr
Univ.-Prof. Dr. Gerwin Arnetzl
20.–21. Oktober 2006

Parodontologie und Prophylaxe I
Ausbildung zur Prophylaxe-AssistentIn
Freitag & Samstag 9:00–18:00 Uhr
Kursleitung: Univ.-Prof. Dr. M. Haas
12. Jänner–13. Jänner 2007
19. Jänner–20. Jänner 2007
26. Jänner–27. Jänner 2007

Auskünfte bzw. Anmeldung: Universitätsklinik für ZMK Graz / Frau Brigitte Pall, A-8036 Graz, Auenbruggerplatz 12,
Tel.: 0316/385-814 25, Fax: -40 58, E-Mail: brigitte.pall@meduni-graz.at

PASS TIROL
PROPHYLAXE ASSISTENTIN

Ausbildungskurs zur Prophylaxe-Assistentin – PASS-Kurs 7
1. Kurs nach den neuen Richtlinien der österr. Zahnärztekammer (144 Ausbildungsstunden – 64 Stunden Theorie und 80 Stunden Praktikum)
Zeit: 8. September 2006 bis 20. Jänner 2007 (10 Wochenenden – Freitag 10:00 bis Samstag 18:00 Uhr)
Referenten: Prof. Dr. Einwag, Doz. Dr. Wimmer, Dr. Müller, Dr. Mayr, Dipl. Päd. Prange, Diätologin Fr. Schrott-Ratschiller, DDr. Favero, DH Fr. Starkhammar, Fr. Ritter
Kursleitung: Präs. Dr. W. Kopp

Information und Anmeldung: Verein ZahnGesundheit Tirol
c/o CW-Consult, Fischnallerstaße 4, 6020 Innsbruck, Tel./Fax: 0512/29 12 06 oder 0699/11 49 49 83

INNSBRUCKER **ZAHN-PROPHYLAXE-TAGE**
THE AUSTRIAN PREVENT EVENT
24./25. November 2006
Organisationsbüro Innsbrucker Zahn-Prophylaxe-Tage 2006
Haus der Gesundheit, Klara-Pölt-Weg 8, A-6021 Innsbruck
Tel.: 0512/59 16-22 23, E-Mail: cornelia.ritter@tgkk.sozvers.at, www.zahngesundheit-tirol.at

Obwohl die Münchner Weißwurst eigentlich das ganze Jahr über eine herrliche Delikatesse ist, so hat sie doch jetzt zu Beginn des Münchner Oktoberfestes ihre Hochsaison.

leben

Es geht um die Wurst

Warum uns die Weißwürste ganz und gar nicht Wurst sein sollten

Die Weißwurst ist, obwohl man ihr das eigentlich nicht ansieht, ein edles Geschöpf. Das kann man bereits an den Zutaten sehen, die der Fleischhauer in die bleichen Schweinsdärme füllt. Neben Kalbfleisch und gekochter Schweineschwarte machen vor allem die Gewürze ihren feinen Geschmack aus. Je nach Rezept wird der Fleischmasse Petersilie, Zitrone, Zwiebeln, Ingwer und Kardamon zugesetzt. Obwohl die Bayern darauf bestehen, dass die Weißwurst eine Zufallserfindung des Sepp Moser, dem Wirten des Münchner Gasthauses „Zum ewigen Licht" war, stammt sie ursprünglich – und das ist ziemlich gesichert – aus dem Gourmetland Frankreich.

Aus der Zeit vor der Erfindung der modernen Kühltechnik stammt der Brauch, dass Weißwürste das „Mittagsläuten" um 12 Uhr nicht hören sollten, denn nur bis zu diesem Zeitpunkt wären sie frisch genug. Auf alle Fälle werden Weißwürste aber nicht mit Messer und Gabel gegessen, sondern ausgezutzelt. D. h. der Inhalt wird mit den Zähnen aus dem Darm gezogen. Eine Alternative dazu ist, sie der Länge nach zu halbieren, aber so, dass der Darm auf der Unterseite unversehrt bleibt, und dann das Wurstbrät mit dem Besteck stückerlweise herausschälen.

Dazu gibt's eine klassische Brezn aus Laugenteig, die stets frisch, knusprig und gut gesalzen sein sollte. Das Tüpfelchen auf dem I ist allerdings der süße „Weißwurstsenf".

Natürlich kann man den in fast perfekter Form auch fertig in Delikatessenläden erstehen. Wer jedoch in der Küche etwas auf sich hält, gibt lieber seinen selbst gefertigten Senf dazu: Dazu eine kleine Zwiebel schälen und vierteln, diese mit gut 350 ml Wasser, 2 EL dunklem Waldhonig, 2 Gewürznelken, 3 Wacholderbeeren, 5 Pfefferkörnern, 1 Lorbeerblatt, Salz und 3 EL Essigessenz 15 Minuten leise köcheln lassen.

In einer Schüssel 125 g gelbes und 40 g grünes Senfmehl mit 175 g braunem Zucker mischen. Den Essigsud durch ein Sieb gießen und so viel davon unter das Senfmehl mischen, bis ein zeimlich flüssiger Brei entstanden ist. Restlichen Essigsud aufheben und den Senf zugedeckt bei Zimmertemperatur bis zum nächsten Tag quellen lassen.

2 TL geriebenen Kren und nach Bedarf weiteren Essigsud einrühren, bis der Senf zähflüssig vom Löffel tropft. Jetzt den Senf in ein Glas füllen und mindestens 1 Woche ruhen lassen. Fertig ist der selbst gemachte Weißwurstsenf.

Jetzt braucht's nur noch die Weißwürste, ein passendes Kochgefäß, die richtige Technik fürs Weißwurstbrühen und einen guten Appetit.

Wer sich aber mit der „einfachen" Weißwurst nicht zufrieden geben will, der kann sich auch an raffinierteren Rezepten probieren. Wie wär's zum Beispiel mit „Gebratenem Weißwurststrudel auf Linsensalat" oder mit „Gebackenen Weißwurstradln auf Erdäpfel-Eierschwammerl-Salat"?

Wer sich für die Rezepte interessiert, schreibt einfach an die Redaktion. Wir senden Ihnen die Rezepte gerne zu.

Viel Spaß beim Weißwurstkochen wünscht euch eure prophy-Redaktion.

Ess-Anleitung für Weißwürste zum Schmunzeln (orig. bayrisch)

1. Neman's de Wuaschd in d'Finga.
2. Schdeggan se's in Sempft.
3. Zuzln's a bissal aus da Wuaschdhaut.
4. Obeschlugga.
5. An fest'n Bissn Brezn nochschiam.
6. Mid Weißbia obeschwoam.

Die Weißwurst will richtig „ein"-gekocht werden

So ein dünnhäutiges Wesen wie die Weißwurst will dem richtigen Garprozess unterworfen werden, sonst kann sie ganz schnell beleidigt sein wie eine Leberwurst. Die Folge – sie platzt vor Wut.

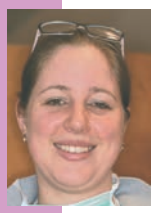
Zunächst leicht gesalzenes Wasser zum Kochen bringen, dann den Herd ausschalten und lediglich mit der Restwärme weiterkochen. Die Weißwürste vorsichtig ins Wasser gleiten lassen und ohne Deckel ca. 10 Minuten gar ziehen lassen. Das Wasser darf nicht mehr kochen, sonst platzen die Würste auf, und Sie bleiben mit hungrigem Magen auf der Strecke.

Bei der Interpretation der PGU-Werte ist eine Unterscheidung zwischen neuen und Recall-Patienten zu machen, um die jeweils passende Behandlungsstrategie verfolgen zu können.

Jedem das Seine

Unterschiedliche Interpretationen von PGU-Werten bei neuen und Recall-Patienten

von **Dr. Walter Wadsak**
Facharzt für ZMK in Wien, Vizepräsident der OEGP



Anne-Claire van der Lans
Registrierte Dental-Hygienikerin (RDH) in Wien

Mittels der parodontalen Grunduntersuchung (PGU) ist es möglich, Patienten in klinisch Gesunde, Gingivitis- und Parodontitis-Patienten einzuteilen. Es ist klar, dass die Behandlung in jeder dieser Patientengruppen unterschiedlich zu erfolgen und eine andere Zielsetzung hat.

Neue Patienten

Je nach PGU-Grad ist es notwendig, eine Prophylaxe- oder Parodontalbehandlung durchzuführen:

Bei Patienten mit einem PGU-Grad von 0 bis 2 ist mit einer oder mehreren Prophylaxesitzungen zu beginnen. Ziel dieser Prophylaxesitzungen ist die Schaffung eines plaque- und zahnsteinfreien Gebisses und die Optimierung der individuellen häuslichen Mundhygiene. Die wichtigsten Elemente dieser Behandlung sind Patienteninformation, -motivation und -instruktion. Die Instruktion soll individuell angepasst werden, d. h. unter Berücksichtigung der jeweiligen Mundsituation und der Geschicklichkeit des Patienten.

Bei Patienten mit einem PGU-Grad von 3 bis 4 ist eine Prophylaxe-Sitzung allein nicht mehr ausreichend: Eine Parodontalbehandlung ist notwendig, mit einer klinischen Untersuchung, Röntgenbefund, eventuell zusätzlich mikrobiologischen und genetischen Tests sowie erforderlichen weitergehenden Untersuchungen. Eine ausführliche allgemein-medizinische und zahnärztliche Anamnese (durch den Arzt) darf dabei nicht fehlen. Wichtig ist auch eine gründliche extra- und intraorale Untersuchung, wobei u. a. Abweichungen vom normalen Parodontium festgestellt und notiert werden.

Ein anderer Teil der klinischen Untersuchung umfasst die Dokumentation von Ausmaß und Schweregrad des parodontalen Schadens. Zu einer kompletten Dokumentation der parodontalen Situation gehören Befunde wie: Sondierungstiefe, Rezessionen, Mobilität, Furkationsbefall, Blutung nach Sondieren und Plaquebefall..

Aufgrund der allgemeinen und zahnmedizinischen Anamnese, der klinischen Untersuchungen und des Röntgenbefundes kann eine klinische Diagnose sowie eine Einzelzahnprognose gestellt werden. Erst dann wird in Absprache mit dem Patienten ein Therapieplan erstellt, der das Ziel hat, den weiteren Krankheitsverlauf aufzuhalten oder zumindest zu verlangsamen.

Die Therapie bei Patienten mit einem PGU-Grad 3 bis 4 umfasst eine ausführliche Therapie jedes betroffenen Sextanten, wobei es sinnvoll sein kann, den Patienten an einen Spezialisten zu überweisen.

Recall-Patienten

Auch bei Recall-Patienten sollte regelmäßig eine PGU durchgeführt werden, um den parodontalen Zustand kontinuierlich zu überwachen. Auf diese Weise kann man eine Änderung des parodontalen Zustandes nicht übersehen und die Behandlung den geänderten Verhältnissen umgehend anpassen.

Man hält heute einen Zusammenhang von Parodontalerkrankungen – Parodontitis, aber neuerdings auch schon Gingivitis – und verfrühter Geburt eines Kindes mit zu geringem Geburtsgewicht für sehr wahrscheinlich.

Österreichische Gesellschaft für Parodontologie

Niedriges Geburtsgewicht und Frühgeburt: Parodontitis als Damoklesschwert

von **Dr. Gernot Wimmer**
Klinische Abteilung für Zahnersatzkunde – Arbeitsgruppe für Parodontologie

Die Säuglingssterblichkeit in den westlichen Industrienationen basiert hauptsächlich auf Störungen infolge einer zu geringen Schwangerschaftsdauer und eines zu geringen Geburtsgewichtes. Zum Glück überleben heute die meisten Säuglinge dank modernster Intensivbehandlung, die nach einer Schwangerschaftdauer von 26 oder mehr Wochen geboren werden, sie leiden aber sehr häufig unter verschiedenen Entwicklungsstörungen.
Begleiterscheinungen solcher hoch spezialisierter Behandlungen sind schwindelerregende Kosten! Dies macht verständlich, dass man nach Risikofaktoren eines zu geringen Geburtsgewichtes und frühzeitiger Geburt sucht, die Präventivmaßnahmen zugänglich sind.

Suche nach Risikofaktoren

Rauchen, Alkohol und Drogen sind die häufigsten bekannten Ursachen und sind wohl für zwei Drittel aller wachstumseingeschränkten Säuglinge verantwortlich. Als weitere Risikofaktoren gelten ethnische Abstammung, Erstgeburt, zurückliegende Frühgeburt, geringe mütterliche Statur, geringes mütterliches Geburtsgewicht, mütterliche Krankheiten, fetale Infektionen und eine Vielzahl von Stoffwechselstörungen. Ein erheblicher Teil der Fälle in westlichen Industrienationen wird aber unbekannten Ursachen zugeschrieben.

Mütterliche Infektionen

Für verschiedenste mütterliche Infektionen sind bereits Verbindungen mit Frühgeburten mit niedrigem Geburtsgewicht (PT/LBW) nachgewiesen. Gerade die Infektionen durch gramnegative anaerobe Bakterien, so wie wir sie bei der Parodontitis finden, können durch die Produktion von Zytokinen den Geburtsvorgang stören. Zytokine sind kurzlebige, von Zellen produzierte Proteine, die eigentlich der Steuerung des Immunsystems dienen. Durch das Vorhandensein der oben genannten Bakterien treten Zytokine vermehrt auf und wirken nun als Auslöser und beschleunigend auf die Steuerung des Geburtszeitpunktes ein.

Der Zusammenhang zwischen parodontalen Infektionen und einer möglichen PT/LBW ist sowohl durch tiermodell- als auch therapeutische Studien mehrfach bestätigt worden. Tierversuche an schwangeren Goldhamstern, die mit Porphyromonas gingivalis infiziert wurden, zeigten erstmals deutlich diese Zusammenhänge auf. Zahlreiche Humanstudien untermauern diese Verbindung. Es scheint, dass Mütter, die während der Schwangerschaft eine Parodontitis haben, einem 8,6-fach höheren Risiko unterliegen, eine untergewichtige Frühgeburt zu bekommen. Man vermutet, dass parodontale Infekte für fast 20 Prozent aller PT/LBW verantwortlich sind. Nach einer jüngsten Studie kann die parodontale Behandlung von Schwangeren die Rate untergewichtiger Frühgeburten sogar reduzieren.

Was ist zu tun?

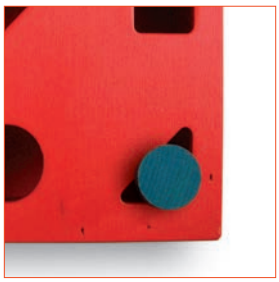
Schwangere Frauen sollten daher besonders auf ihre Mundgesundheit achten und Kontrolluntersuchungen beim Zahnarzt während der Schwangerschaft unbedingt wahrnehmen. Optimal wäre eine genaue parodontale Untersuchung im ersten Schwangerschaftsdrittel, Aufklärung und Motivation zur bestmöglichen häuslichen Eigenhygiene und bei Nicht-Erkrankten eine professionelle Reinigung. Zwei weitere Kontrollen sollten zwischen der 20. und 25. bzw. 30. und 34. Schwangerschaftswoche erfolgen.

Am besten sollte bei Kinderwunsch die Mundgesundheit schon vor der Schwangerschaft kontrolliert bzw. hergestellt werden. Wird trotzdem eine Parodontitis in der Schwangerschaft diagnostiziert, sollte diese grundsätzlich in herkömmlicher Weise (Antibiotika nur unter strengster Indikation, wenn überhaupt) behandelt werden!

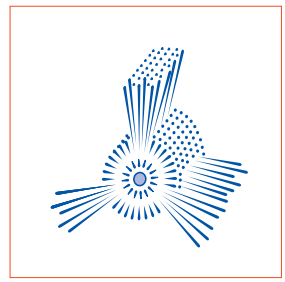
elmex® interdental

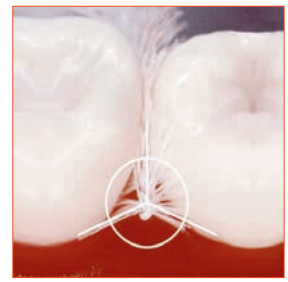
Effektive Plaque-Entfernung im Zahnzwischenraum

Die meisten von Ihnen kennen dieses Spielzeug und haben irgendwann gelernt, dass Kreise nicht in Dreiecke passen



Wir haben einen Bürstenkopf entwickelt, der ideal in den dreieckigen Interdentalraum passt.





elmex® Interdentalbürsten mit Dreiecksschnitt

Der Dreiecksschnitt der elmex® Interdentalbürste ist der natürlichen, dreieckigen Form der Zahnzwischenräume angepasst und ermöglicht so eine optimierte Reinigungsleistung im Interdentalraum.

- Plaque-Entfernung im Zahnzwischenraum reduziert das Kariesrisiko
- einfache Handhabung erleichtert die Reinigung von schwer erreichbaren Zahnzwischenräume
- ergonomisches Design (mit Wissenschaftlern der ETH Zürich entwickelt) ermöglicht eine sichere und einfache Anwendung

Die Kombinationen der elmex® Interdentalbürsten für individuelle Handhabung:

mit Griffverlängerung

ohne Griffverlängerung

Zahnzwischenräume sind naturbedingt unterschiedlich groß, deshalb gibt es elmex® Interdentalbürsten in sechs Größen. 2, 4, 5, 6, 7 und 8mm Bürstendurchmesser stehen zur Auswahl. Die Größenkodierung erfolgt nach Nummern und Farben. Eine Verkaufseinheit besteht aus 6 x 4 Bürstenköpfen und einem Griffstück, das gleichzeitig als Schutzkappe verwendet werden kann. Der Preis beläuft sich auf € 24,84 exkl. MwSt. (unabhängig von der Größe).

- **2** mm Ø
- **4** mm Ø
- **5** mm Ø
- **6** mm Ø
- **7** mm Ø
- **8** mm Ø

ELM 060810

Gebro Pharma

Für Fragen: Gebro Pharma GmbH, 6391 Fieberbrunn, Tel.: 053534 5300 0, E-Mail: info@elmex.at