PAROplus

GESUND IM MUND

WISSENSWERTES RUND UMS ZAHNFLEISCH

07 SELBSTTEST
Habe ich ein erhöhtes Risiko für Parodontitis?

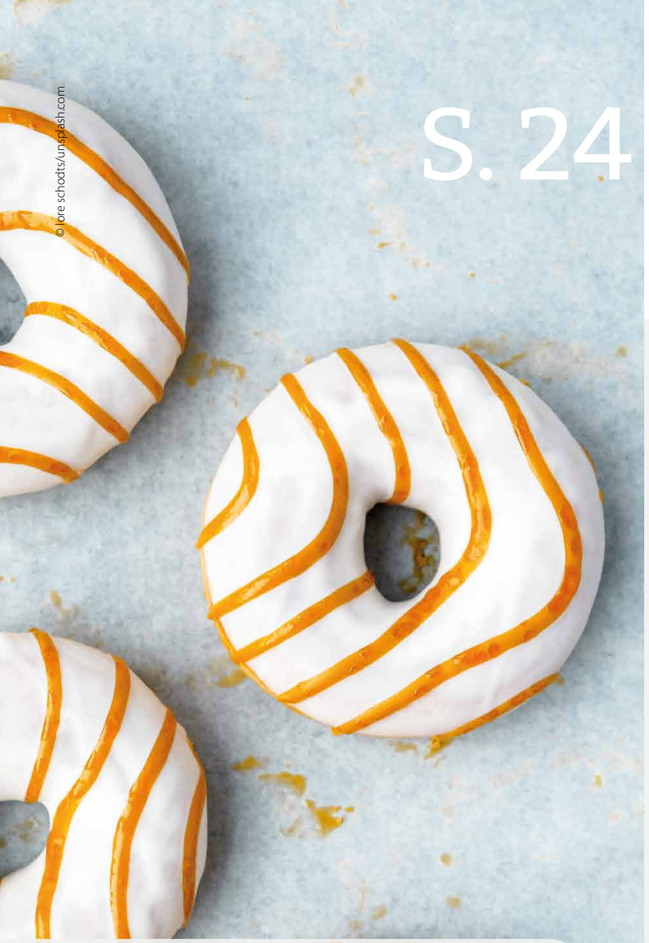
21 PARODONTITIS und DIABETES
Welche Rolle spielt die Ernährung bei Behandlung und Heilung?

36 VORSICHT FALLE
Märchen und Mythen rund um den Mund

DAS WARTEZIMMERMAGAZIN DER DG PARO

DG PARO

Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e. V.



© lore schoats/unsplash.com

S. 24

Welche Rolle spielt eigentlich die Ernährung? Sie ahnen es: eine erhebliche! Hin und wieder darf man der Versuchung nach etwas Süßem aber doch nachgeben: Bei ansonsten gesunder Ernährung und ausreichender Bewegung ist eine kleine Portion am Tag erlaubt.

Impressum

PAROplus – Das Wartezimmermagazin der
Deutschen Gesellschaft für Parodontologie e. V.
April 2022

Herausgeber:
DG PARO | Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e. V.
Neufferstraße 1 | 93055 Regensburg

Redaktionelle Leitung:
Dr. Lisa Hezel, Magdeburg

Lektorat: Anne Vonderstein

Gestaltung: Dorothee Menden | dorotheemenden.de

Bildrechte: Die Bildrechte liegen, wenn nicht anders angegeben, bei den abgebildeten Personen. Titel: ksenia chernaya/pexels.com

Druck: Stolz Druck GmbH
Unterholzener Str. 25 | 94360 Mitterfels

Nachdruck, auch auszugsweise, sowie elektronische Vervielfältigung von Artikeln und Fotos nur mit ausdrücklicher Genehmigung der DG PARO e. V.

Inhalt

3 Editorial

4 Parodontitis – eine Volkskrankheit

7 Selbsttest Parodontitis: Wie hoch ist mein Risiko?

8 Diagnose Parodontitis. Was nun?
Ablauf einer systematischen Parodontitistherapie

11 „Wir sind heute Allround-Gesundheitsprofis."
Expertengespräch mit Prof. Bettina Dannewitz

14 Was machen eigentlich Parodontologinnen
und Parodontologen?

16 Gute Nachsorge hat einen Namen: UPT

18 Der Krankheit vorbeugen: Parodontitis ist kein Schicksal

19 Tipps und Tricks zur Mundhygiene

21 Volkskrankheit im Doppelpack:
Parodontitis und Diabetes mellitus

24 Gesundheit im Gleichgewicht:
Welche Rolle spielt die Ernährung?

27 Selbsttest Diabetes: Wie hoch ist mein Risiko?

29 Eine Parodontitis kann den ganzen Körper krank machen

32 „Kooperieren ist der goldene Weg."
Expertengespräch mit Prof. James Deschner
und Prof. Erhard Siegel

36 Mythen und Märchen rund um unsere Zähne:
8 Gerüchten auf den Zahn gefühlt

38 Aufklärung in Sachen Gesundheit:
DG PARO-Patientenratgeber

39 Liste der Autoren und Autorinnen

Liebe Patientinnen und Patienten!

Wir begrüßen Sie herzlich zum ersten Wartezimmermagazin der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie! Bei manchen von Ihnen mag allein das Wort Parodontitis schon Schrecken erzeugen und den Impuls, das Heft gleich wieder beiseite zu legen. Oder Sie glauben, über das Internet bereits ausführlich informiert zu sein, vielleicht auch vom Thema gar nicht betroffen. Doch ein Blick in unsere Broschüre lohnt. Denn die Parodontitis ist eine Volkskrankheit auf dem Vormarsch. Das Vertrackte an ihr: Die ersten Anzeichen sind für den Einzelnen nicht immer leicht zu erkennen. Und sie ist begleitet von allerhand Märchen und Mythen.

Daher möchten wir Sie als wissenschaftliche Fachgesellschaft über die wichtigsten medizinischen Erkenntnisse aufklären und Ihr Bewusstsein dafür schärfen, wie Mundgesundheit und Allgemeingesundheit zusammenhängen. In unserem Heft erfahren Sie, was Sie selbst tun können, um zur Erhaltung Ihrer Gesundheit beizutragen und einer Erkrankung des Zahnapparates aktiv vorzubeugen. Denn Parodontitis ist kein Schicksal – aber eine Entzündung mit Folgen weit über den Mundraum hinaus. Diese reichen vom Zahnverlust über Diabetes bis zu Herzerkrankungen.

Ist die Krankheit erst einmal ausgebrochen, kommt es auf eine möglichst frühzeitige und nachhaltige Therapie an. Auch dabei ist Ihre Mitwirkung gefragt! Daher informiert unser Magazin Sie über alle Schritte von der Vorsorge über die einzelnen Therapiephasen bis hin zur Nachsorge – wissenschaftlich fundiert, anschaulich und gut verständlich.

Wir freuen uns besonders, zwei ausgewiesene Experten für Parodontitis und Diabetes im Interview vorstellen zu können. Sie erläutern die häufig übersehene Wechselwirkung zwischen den beiden weit verbreiteten Erkrankungen. Weil Ernährung dabei eine wichtige Rolle spielt, zeigt ein weiterer Beitrag, wie ein gesunder, ausgeglichener und genussvoller Speiseplan aussieht. Parodontitis ist aber nicht nur eine Gefahr für die Zahn- und Mundgesundheit oder Diabetes mellitus, sondern kann den ganzen Körper krank machen. Den Forschungsstand dazu haben wir für Sie ab S. 29 zusammengefasst. Umso wichtiger ist es, die Erkrankung früh zu erkennen und ihre Folgen zu beschränken. Wie Sie ganz konkret dazu beitragen können, zeigen wir Ihnen mit hilfreichen Tipps zur richtigen und effektiven Mundhygiene. Wir hoffen, durch die umfassende Aufklärung der Krankheit ihren Schrecken zu nehmen.

Wir freuen uns über Ihr Interesse und wünschen eine erkenntnisreiche Lektüre!

Bettina Dannewitz

Prof. Bettina Dannewitz
Präsidentin der DG PARO

Lisa Hezel

Dr. Lisa Hezel
Wissenschaftliche Leitung und Redaktion
Vorstandsmitglied der DG PARO

© filip mishevski/unsplash.com

Paro-donti-tis

Eine Volkskrankheit

Beinahe jeder zweite Erwachsene in Deutschland ist von ihr betroffen: der Parodontitis. Auch weltweit ist die Entzündung des Zahnhalteapparates eine der verbreitetsten chronischen Erkrankungen. Ihren zweifelhaften Siegeszug verdankt sie ihrem schleichenden Verlauf und den schmerzfreien Anfängen. Deswegen wird sie häufig erst zu spät erkannt. Mit dramatischen Folgen: Zahnverlust, aber auch ein erhöhtes Risiko für Diabetes mellitus und Herzerkrankungen gehören dazu. So weit muss es allerdings nicht kommen. Eine gute Zahnpflege und der regelmäßige Besuch beim Zahnarzt machen die Krankheit gut beherrschbar.

EINE CHRONISCHE ENTZÜNDUNG MIT FOLGEN

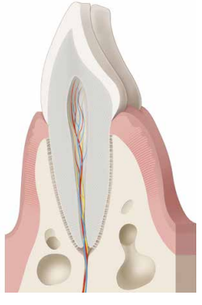
Eine Parodontitis ist die Entzündung des Zahnhalteapparates. Unbehandelt kann sie zum Zahnverlust führen (Abb. 1). Die Hauptursache für die Erkrankung ist unzureichende Mundhygiene. Bei mangelnder Mundpflege bleiben diese Bakterien zu lange am Zahnfleischrand und auf den Zähnen entsteht Zahnbelag (Plaque). Zunächst ist dieser weich. Doch wird er nicht gründlich entfernt, lagern sich Mineralien ein und verfestigen ihn zu Zahnstein, der mit seiner rauen Oberfläche auch weiteren Belägen das Anheften erleichtert. Das Gleichgewicht der nützlichen und meist harmlosen Bakterien, die die gesunde Mundhöhle besiedeln, gerät ins Ungleichgewicht und verschiebt sich ins Krankhafte.

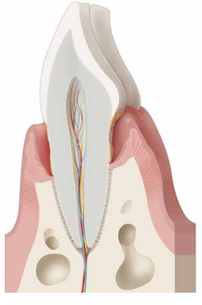
Der Körper reagiert mit einer Entzündung. Zunächst ist davon nur das oberflächliche Zahnfleisch betroffen: Es schwillt an, rötet sich, beim Essen oder Zähneputzen blutet es auch schon einmal. Die Gingivitis, wie die Zahnfleischentzündung im medizinischen Fachjargon heißt, kann vollständig ausheilen, wenn die Plaque gut und nachhaltig entfernt wird. Harmlos ist sie deswegen aber dennoch nicht. Denn bleibt sie unbehandelt, kann sie zum Beginn einer Parodontitis führen.

Dann greift die Entzündung auch auf die tieferliegenden Strukturen über. Durch die körpereigene Abwehrreaktion auf die Bakterien werden der Kieferknochen und die Haltefasern des Zahnes zerstört – der Zahn wird locker (Abb. 2) und fällt bei fortgeschrittener Erkrankung sogar aus. Parodontitis ist die Hauptursache für Zahnverlust bei Erwachsenen; meist setzt sie im vierten Lebensjahrzehnt ein. Es gibt aber auch eine sehr rasch fortschreitende seltene Form der Parodontitis bereits bei Kindern und Jugendlichen.

WOHER KOMMT EINE PARODONTITIS?

Mangelnde Zahnhygiene ist zwar die häufigste Ursache für Parodontitis, aber nicht die einzige. Denn das Risiko für Parodontitis ist individuell unterschiedlich, das körpereigene Immunsystem spielt dabei eine wichtige Rolle. Entscheidend für den Schweregrad und den Verlauf der Krankheit sind auch Faktoren wie eine verschachtelte Zahnstellung, prothetische Arbeiten, deren Ränder sich nur schwer reinigen lassen, oder fehlerhafte Füllungen, die die Bakterienanlagerung erleichtern. Begünstigt wird die Krankheit auch durch eine geschwächte Infektionsabwehr, beispielsweise durch dauerhaften Stress oder Nikotinkonsum. Raucher erkranken deutlich häufiger an Parodontitis als Nichtraucher, außerdem meist schwerer – und sie sprechen schlechter auf die Behandlung an. Der Abschied von der Zigarette ist daher nicht nur das beste Mittel, um das eigene Risiko für Parodontitis zu verringern, sondern steigert auch den Erfolg der Behandlung. Und wie bei fast allen anderen Krankheiten gilt auch hier: Jeder Mensch kann durch einen gesunden Lebensstil mit ausgewogener Ernährung und ausreichender Bewegung zur Vorbeugung beitragen. →

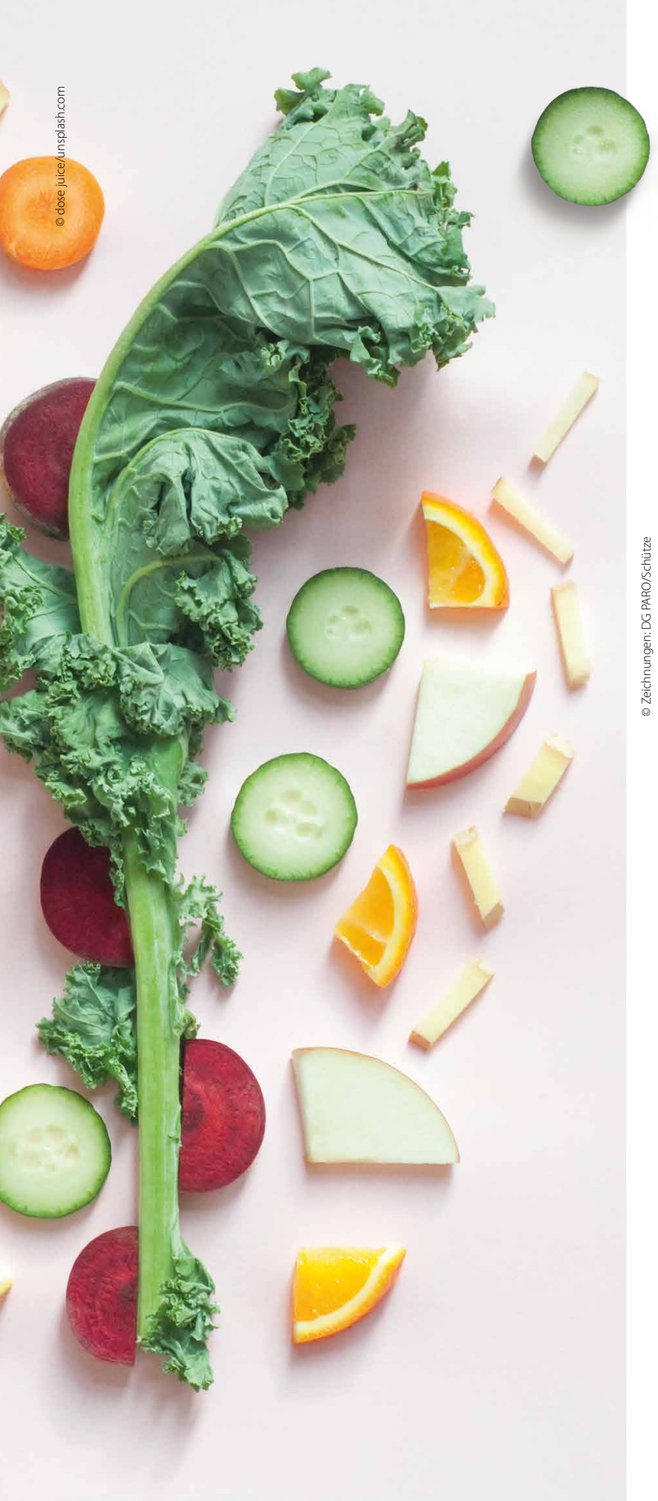




© Zeichnungen: DG PARO/Schütze

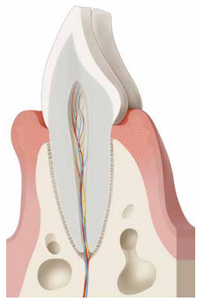
Abb. 1 (links) Der Zahnhalteapparat (Parodont) setzt sich aus verschiedenen Teilen zusammen. Neben dem Zahnfleisch (Gingiva) und dem Kieferknochen sorgen vor allem feine Bindegewebsfasern für den Halt des Zahnes. Das Parodont ist einzigartig und durch nichts zu ersetzen.

Abb. 2 (rechts) Eine anhaltende Entzündung des Gewebes, das den Zahn umgibt, führt zum Abbau des Zahnhalteapparates. Das Zahnfleisch zieht sich zurück. Der Zahn verliert seinen Halt.



© dose juice/unsplash.com

Wie bei fast allen anderen Krankheiten gilt auch für die Parodontitis: Jeder Mensch kann durch einen gesunden Lebensstil zur Vorbeugung beitragen.



© Zeichnungen: DG PARO/Schütze

Abb. 3 Ursache für Parodontitis ist immer die Ansammlung von Bakterien in Form von Zahnbelägen (Plaque/Biofilm). Ohne bakterielle Beläge kann weder eine Gingivitis noch eine Parodontitis entstehen.

WORAN ERKENNE ICH EINE PARODONTITIS?

Parodontitis verursacht selten Schmerzen, sodass die Erkrankung häufig erst in einem weit fortgeschrittenen Stadium vom Patienten selbst erkannt wird oder gänzlich unbemerkt bleibt.
Blutendes Zahnfleisch kann ein Anzeichen für eine beginnende Parodontitis sein – aber auch erst spät oder sogar gar nicht im Krankheitsverlauf auftreten. Insofern ist es für Betroffene nicht immer leicht, die Gesundheit des Zahnfleischs einzuschätzen. Sicherheit bringt daher nur die zahnärztliche Untersuchung.
Es gibt dennoch einige Warnsignale, auf die Sie achten sollten:

ANZEICHEN FÜR EINE MÖGLICHE PARODONTITIS (nicht immer vorhanden):

- Zahnfleischbluten (beim Zähneputzen, beim Kauen)
- Dunkel gerötetes und/oder geschwollenes Zahnfleisch
- Dauerhafter Mundgeruch und/oder unangenehmer Geschmack im Mund
- Zurückgehendes Zahnfleisch
- Empfindliche Zähne (Zahnhälse)
- Eiteraustritt aus den Zahnfleischtaschen
- Zähne verändern ihre Stellung
- Zähne werden locker

Sie fragen sich, ob Sie vielleicht eine Parodontitis haben? Dann hilft Ihnen der Parodontitis-Selbsttest auf der rechten Seite.

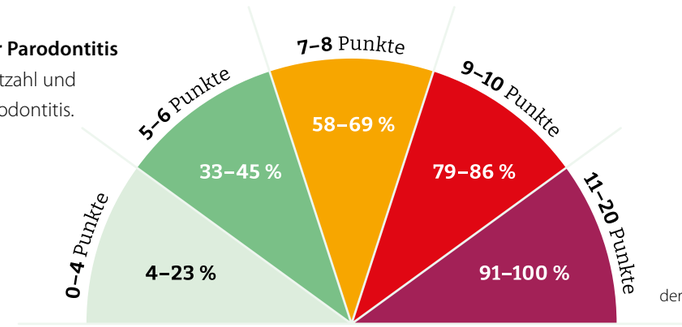
SELBSTTEST

Habe ich ein erhöhtes Risiko für Parodontitis?

Parodontitis ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen weltweit. Viele Menschen merken aber nicht, dass sie davon betroffen sind. Denn Parodontitis ist anfänglich meist nicht schmerzhaft und ihre ersten Anzeichen werden gar nicht wahrgenommen oder aber nicht ernst genug genommen. Unbehandelt kann Parodontitis zu Zahnverlust führen, was weitreichende Folgen hat. Dabei ist Parodontitis gut behandelbar, vor allem wenn sie frühzeitig erkannt wird. Die DG PARO hat zusammen mit der Universität Greifswald einen Selbsttest mit nur sieben einfachen Fragen entwickelt, mit dem Sie Ihr persönliches Parodontitisrisiko in Sekundenschnelle einfach einschätzen können.

Risikofaktoren	Kategorien	Punkte
Wie alt sind Sie?	20 – 29 Jahre	**0**
	30 – 39 Jahre	**2**
	40 – 49 Jahre	**4**
	50 – 59 Jahre	**6**
	60 – 69 Jahre	**8**
	70 – 81 Jahre	**10**
Welches Geschlecht haben Sie?	weiblich	**0**
	männlich	**1**
Rauchen Sie zur Zeit?	nein	**0**
	ja	**2**
Wenn Sie zur Zeit nicht rauchen, haben Sie in der Vergangenheit geraucht?	nein	**0**
	ja	**1**
Nach wie vielen Jahren haben Sie die Schule abgeschlossen?	10 Jahre oder weniger	**1**
	mehr als 10 Jahre	**0**
Blutet Ihr Zahnfleisch nach dem Zähneputzen?	nein	**0**
	manchmal	**1**
	oft	**2**
Sind Ihre Zähne beweglich?	nein	**0**
	ja	**3**

Risiko für das Vorliegen einer Parodontitis
Berechnen Sie die Gesamtpunktzahl und damit Ihren Risiko-Score für Parodontitis.



Sie finden den Test auch auf der Website der DG PARO unter: **selbsttest.dgparo.de**

© alexandr podvalny/pexels.com

DIAGNOSE PARODONTITIS

Was nun?

Parodontitis lässt sich meist erfolgreich behandeln. Je früher sie beim zahnärztlichen Kontrollbesuch erkannt wird, umso besser lässt sich der Schaden begrenzen, den sie anrichtet. Die systematische Parodontitistherapie erfolgt in mehreren Stufen. Ziel ist es, die Bakterien als Verursacher der Krankheit zu beseitigen und damit auch der Entzündung Einhalt zu gebieten – im Mund und im gesamten Körper. Für den dauerhaften Erfolg ist die aktive Mitarbeit von Patientinnen und Patienten gefragt!

SCHRITT 1: PARODONTITIS ERKENNEN. VORSORGEUNTERSUCHUNG

Um eine parodontale Erkrankung zu erkennen, werden Zähne, Zahnfleisch und die gesamte Mundhöhle untersucht. Dafür gibt es eine spezielle Vorsorgeuntersuchung, die im Rahmen der zahnärztlichen Kontrolle erfolgt und nur wenige Minuten dauert: den Parodontalen Screening Index (PSI). Dabei wird das Zahnfleisch Zahn für Zahn mit einer stumpfen Sonde abgetastet. Dies ist kaum spürbar. Bei Auffälligkeiten wird dann mit einer Parodontalsonde (Abb. rechts) untersucht, ob es zu Blutungen kommt oder sich Zahnfleischtaschen gebildet haben. Taschenmesswerte bis 3 mm sind dabei normal, ab einer Tiefe von 4 mm bedarf es einer Behandlung. Aufschluss darüber, ob bereits Knochenverlust stattgefunden hat, geben zusätzlich Röntgenbilder. Gesetzlich Versicherte haben alle zwei Jahre einen Anspruch auf diese sinnvolle Früherkennungsmaßnahme. Zudem erhalten sie nach der Erhebung des PSI von der Zahnarztpraxis eine schriftliche Information zum Ergebnis, wenn erforderlich, mit Erläuterungen und individuellen Empfehlungen zum weiteren Vorgehen.

SCHRITT 2: PARODONTITIS BEHANDELN

Die Therapie hat das Ziel, die Bakterien (Biofilm, Plaque) als Verursacher der Krankheit vollständig und dauerhaft zu beseitigen und die Entzündung zu stoppen. Dabei ist Teamarbeit gefragt: Neben der Behandlung in der Praxis gehört auch die häusliche Mundhygiene der Betroffenen zu einer erfolgreichen Therapie:

1. Stufe:
Mundhygiene: Entfernung von Bakterienbelägen und Optimierung der häuslichen Zahnpflege

Gleich von Anfang an kommt es bei der Parodontitistherapie entscheidend auf die Mitwirkung der Patientinnen und Patienten an. Denn die tägliche Mundhygiene entscheidet maßgeblich über den nachhaltigen Erfolg einer Therapie, indem Bakterien und Entzündung dauerhaft beseitigt bleiben. Daher beginnt die Therapie mit einer ausführlichen Unterweisung und praktischen Tipps für die optimale Zahnpflege. Neben der richtigen Putztechnik gehört dazu auch der Gebrauch von Hilfsmitteln zur Reinigung der Zahnzwischenräume. Darüber hinaus erfolgt eine professionelle Zahnreinigung: Die Zahnoberflächen werden von allen erreichbaren weichen und harten Belägen oberhalb des Zahnfleischrandes befreit und anschließend poliert. Je nach Ausgangssituation sind für diese Maßnahmen mehrere Termine notwendig. Durch diese erste Hygienephase wird die Bakterienmenge verringert und die oberflächliche Entzündung geht zurück.

Weil neben mangelnder Zahnpflege auch andere Risikofaktoren den Behandlungserfolg gefährden können, sind ggf. auch weitere Änderungen im Gesundheitsverhalten empfehlenswert (Nikotinentwöhnung, Verbesserung der metabolischen Kontrolle eines Diabetes, evtl. körperliche Bewegung, Ernährungslenkung und Gewichtsreduktion). Bei Patienten mit Karies, überhängenden Füllungen u. Ä. werden diese möglichen Nischen für Bakterien parallel zur Parodontalbehandlung entfernt. Unter Umständen müssen gelockerte Zähne geschient oder nicht erhaltungsfähige Zähne gezogen werden.

2. Stufe:
Reinigung der Zahnfleischtaschen

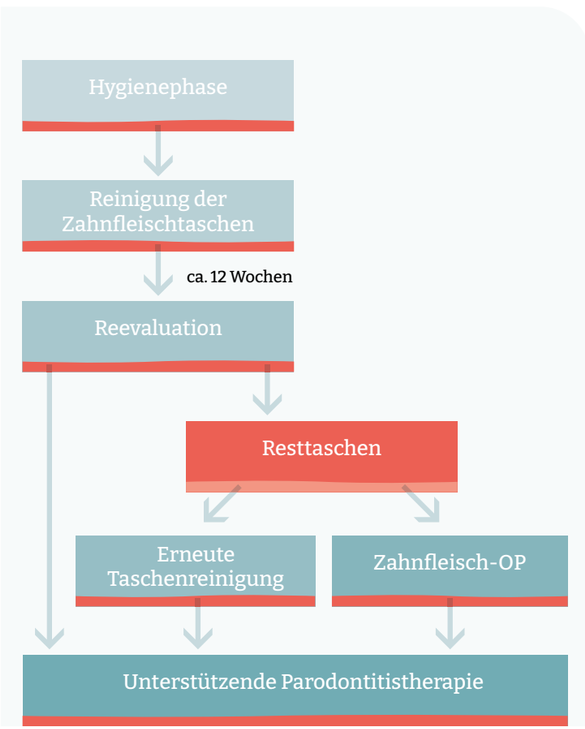
Unter örtlicher Betäubung werden die bakteriellen Beläge von den Wurzeloberflächen unterhalb des Zahnfleischsaumes bzw. in den Zahnfleischtaschen (subgingival) entfernt. Je nachdem, wie viele Zähne betroffen sind, bietet sich ein Vorgehen in mehreren Sitzungen an. Diese Reinigung kann mithilfe von Handinstrumenten oder unter Nutzung von Schall- oder Ultraschallinstrumenten durchgeführt werden, eine effiziente Reinigung wird auf beiden Wegen erzielt. Bei sehr schweren klinischen Verlaufsformen kann es sinnvoll sein, diese subgingivale Reinigung der Wurzeloberflächen mit der Gabe von Antibiotika zu kombinieren.

→

Parodontitistherapie ist Teamarbeit: Nehmen Sie die Behandlungstermine und die Termine der unterstützenden Parodontitistherapie unbedingt wahr und machen Sie eine sorgfältige Mundhygiene mit den empfohlenen Hilfsmitteln zur täglichen Routine.

Zwischenkontrolle

Nach einigen Wochen wird der Erfolg der Therapie überprüft und das Zahnfleisch beurteilt. Nach dieser Zeit ist eine Heilung des entzündeten Gewebes erfolgt. Nun können die Zahnfleischtaschen erneut gemessen werden und sie sollten weniger tief sein als zuvor und im besten Fall gänzlich ausgeheilt. Die Heilung der Taschen führt zu einer Straffung des Zahnfleischs. Die Folge können je nach vorheriger Taschentiefe „längere" Zähne mit freiliegenden Zahnhälsen und breiteren Zahnzwischenräumen sein. Daher sollte bei der Reevaluation erneut eine Anpassung der Mundhygienehilfsmittel erfolgen, insbesondere für die Interdentalpflege, um die häusliche Pflege auf einem Optimum zu halten.



EIN SCHRITT NACH DEM ANDEREN
Schematischer Ablaufplan einer systematischen Parodontitistherapie

3. Stufe:
Korrektive Phase

Wenn die bisherige Behandlung nicht ausgereicht hat, um die Zahnfleischtaschen zu beseitigen oder zu verringern, gibt es weitere Behandlungsmöglichkeiten. So können Resttaschen erneut gereinigt werden. Es kann aber auch sein, dass eine chirurgische Beseitigung der Taschen nötig ist, um Auflagerungen, die in schwer zugänglichen sehr tiefen Zahnfleischtaschen oder Wurzelgabelungen verblieben sind, zu entfernen. Bei diesem Vorgehen können bei Bedarf auch Zahnfleisch und Zahnteile entfernt werden. In seltenen Fällen besteht sogar die Möglichkeit, den Zahnhalteapparat wieder herzustellen (sog. regenerative Verfahren).

4. Stufe:
Nachsorge

Der langfristige Erfolg der Parodontalbehandlung hängt von der Mitarbeit des Patienten/der Patientin durch eine optimale tägliche Mundhygiene und von der regelmäßigen Nachsorge durch das zahnärztliche Praxisteam ab (unterstützende Parodontitistherapie – UPT).
Im Rahmen der UPT werden nicht nur Zähne und Zahnfleisch durch das Messen der Zahnfleischtaschen kontrolliert, sondern auch die Mundhygiene. Ebenso werden andere Faktoren beurteilt, wie z. B. Stress, Lebensgewohnheiten oder der Allgemeinzustand, da diese den Verlauf beeinflussen. Den Patienten werden Hinweise zur optimalen Mundhygiene gegeben und die Zähne sowie verbliebene Zahnfleischtaschen professionell gereinigt. So können aktive Erkrankungsschübe frühzeitig erkannt und behandelt werden, wodurch weiterer Abbau des Zahnhalteapparates vermieden werden kann.
Die Häufigkeit der Nachsorgetermine richtet sich nach dem Schweregrad der Erkrankung und dem persönlichen Erkrankungsrisiko. In den meisten Fällen ist ein Nachsorgetermin alle drei bis sechs Monate nötig. Ohne regelmäßige Nachsorge besteht die Gefahr, dass die Erkrankung wiederkehrt und sich die Zerstörung des Zahnhalteapparates fortsetzt.

Informationen zur Nachsorge und zur unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) finden Sie **auf S. 17**.

EXPERTENGESPRÄCH (1)

„Wir sind heute Allround-Gesundheitsprofis"

Die gute Nachricht: Unsere Zahn- und Mundgesundheit hat sich in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich verbessert. Warum es jetzt trotzdem wichtig ist, unser Augenmerk auf Parodontalerkrankungen zu richten, erklärt Prof. Bettina Dannewitz, die Präsidentin der DG PARO, im Gespräch.

Haben wir in Deutschland unsere Mundgesundheit im Griff?

Die Zahn- und Mundgesundheit in Deutschland hat sich in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich verbessert. Die Karies bei Kindern ist auf dem Rückzug, und es gibt immer mehr ältere Menschen, die viele ihrer eigenen Zähne noch bis ins hohe Lebensalter behalten. Das ist der zahnärztlichen Betreuung zu verdanken, die zunehmend auf Prävention gesetzt hat und damit erfolgreich war. Prävention von oralen Erkrankungen beginnt heute bereits im Babyalter – und Erwachsene sind sich zunehmend der Auswirkungen bewusst, die die Mundgesundheit auf die Lebensqualität und das allgemeine Wohlbefinden haben kann. Vor allem bei der Prävention von Karies haben wir in den letzten Jahren also wirklich viel erreicht. Bei den Erkrankungen des Zahnhalteapparates – den sogenannten Parodontalerkrankungen – bleibt hingegen noch viel zu tun.

Warum geben Parodontalerkrankungen Anlass zur Sorge?

Zunächst einmal zählen sie zu den häufigsten Erkrankungen weltweit. Neben Parodontitis und Gingivitis (Zahnfleischentzündung) gibt es noch weitere Erkrankungen und Veränderungen, die das Parodont (Zahnhalteapparat) betreffen können. Darunter hat die Parodontitis allerdings die stärksten Auswirkungen auf das Gesundheitswesen und die Gesundheit von Erwachsenen.
Parodontitis ist eine chronisch entzündliche nichtübertragbare Erkrankung, die alle Anteile des Zahnhalteapparates betrifft. Besorgniserregend ist vor allem, dass sie im fortgeschrittenen Stadium zu Schäden führt, die weitgehend irreversibel sind – mit der Zerstörung der Haltefasern und des Knochens geht dann eine Lockerung der Zähne und Zahnwanderung einher, das Zahnfleisch zieht sich zurück, es entstehen „schwarze Dreiecke" in den Zahnzwischenräumen und die Zahnhälse liegen frei. Vor allem im höheren Alter tritt diese Krankheit häufiger auf. Schätzungen auf Basis der Daten der 5. Deutschen Mundgesundheitsstudie legen nahe, dass in Deutschland ca. 10 bis 11 Millionen Menschen an einer schweren Parodontitis erkrankt sind. Für die leichten bis mittelschweren Formen liegen die Zahlen natürlich noch viel höher.
Bei einer Gingivitis bleibt die Entzündung auf das Zahnfleisch (Gingiva) beschränkt und die dabei auftretenden Veränderungen (Zahnfleischbluten, Schwellung und Rötung der Gingiva) sind im Gegensatz zur Parodontitis reversibel. Trotzdem ist eine Gingivitis nicht harmlos, denn daraus kann sich eine Parodontitis entwickeln.

Die Erkrankung ist also ernsthaft, gefährlich und weit verbreitet. Erhält sie denn die Aufmerksamkeit, die sie verdient?

Nein. Der Verlauf von Parodontitis ist zumeist langsam und schmerzlos, leichte und moderate Formen von Parodontitis zeigen daher über viele Jahre zumeist wenige oder nur milde Symptome. Veränderungen der Gingiva (Zahnfleischbluten, Rötung und Schwellung) sind oft die ersten und einzigen Anzeichen. Sie werden von den Betroffenen oft nicht wahrgenommen oder richtig eingeordnet, bis es dann zu einer Lockerung der Zähne kommt. Eine Gingivitis ist von den frühen Stadien der Parodontitis für Patienten nicht zu unter-

„Prävention von oralen Erkrankungen ist nicht immer kostenfrei, aber immer eine Investition, die sich gut auszahlt. Denn sie spart die Kosten ein, die durch Ersatz von Zähnen notwendig werden können.“

scheiden. Bei einer telefonischen Befragung in Deutschland wurde zudem deutlich, dass in der Bevölkerung erhebliche Wissensdefizite darüber bestehen, was Parodontitis ist und welche Konsequenzen die Erkrankung haben kann, welche Risikofaktoren es gibt und welche präventiven Maßnahmen effektiv sein können. Das fehlende Bewusstsein für die eigene Erkrankung kann dazu führen, dass zahnärztliche Behandlung erst dann in Anspruch genommen wird, wenn es bereits zu massiven Gewebeverlusten gekommen ist. Dadurch werden umfangreiche Therapiemaßnahmen notwendig und die Prognose für den Erhalt der Zähne verschlechtert sich meist deutlich.

Wirken sich Zahnfleischerkrankungen auch auf die allgemeine Gesundheit aus?

Ja. Parodontitis verursacht nicht nur lokale Schäden am Zahnhalteapparat, sie kann auch Auswirkungen auf den gesamten Körper haben. Sie steht in Zusammenhang mit einer Vielzahl von systemischen Erkrankungen, darunter Diabetes mellitus, kardiovaskuläre Erkrankungen, Schwangerschaftskomplikationen und Demenz. Ergebnisse einer aktuellen Studie zeigen zudem, dass Menschen mit Parodontitis, die an Covid-19 erkranken, ein signifikant höheres Risiko für schwere Komplikationen (Einweisung auf Intensivstationen, Beatmung und Tod) im Verlauf der Infektion haben.
Da die Zähne die Mundschleimhaut durchbrechen, stellen sie für Bakterien eine mögliche Eintrittspforte in den Körper dar. Gesundes Zahnfleisch haftet wie eine Manschette fest um den Zahn und kann das verhindern. Wenn sich bei einer Parodontitis aber das Zahnfleisch vom Zahn ablöst und tiefe Taschen entstehen, können dort Mikroorganismen in den Blutkreislauf übertreten und sich dann im gesamten Körper verteilen. Die oralen Bakterien können selbst systemische Erkrankungen negativ beeinflussen oder im Körper eine Entzündung befeuern, die Ursache von vielen chronischen Leiden ist.

Viele Menschen befürchten hohe Kosten bei einem Zahnarztbesuch. Ist diese Sorge berechtigt?

In Deutschland werden große Teile der zahnärztlichen Behandlung von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) getragen. Bei der Versorgung innerhalb des Solidarsystems gilt aber immer der Grundsatz, dass die Behandlungsmaßnahmen ausreichend, notwendig und wirtschaftlich sein müssen. Eine optimale Versorgung ist unter diesen Vorgaben nicht immer umsetzbar. Daher fallen für einige Leistungen tatsächlich auch schon einmal Zuzahlungen an, die aber vor der Behandlung mit dem zahnärztlichen Fachpersonal vereinbart werden.
Was die Behandlung von Parodontalerkrankungen betrifft, gibt es übrigens für Erkrankte seit vergangenem Jahr eine deutliche finanzielle Entlastung: Im Sommer 2021 haben sich die Rahmenbedingungen für die Parodontaltherapie in der GKV maßgeblich verbessert. Es wurden neue Leistungen in die Behandlungsstrecke integriert, die bisher von den Patienten privat bezahlt werden mussten.
Für Maßnahmen zur Vorbeugung von oralen Erkrankungen gilt: Sie werden von den gesetzlichen Krankenversicherungen grundsätzlich nur bis zum 18. Lebensjahr übernommen. Für diese Altersgruppe sind umfangreiche Maßnahmen zur Individualprophylaxe (IP) im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) enthalten. Erwachsene sind dagegen verpflichtet, selbst für die Erhaltung ihrer Gesundheit zu sorgen. Prävention von oralen Erkrankungen ist damit nicht immer kostenfrei, aber immer eine Investition in die Erhaltung der eigenen Zähne, die sich gut auszahlt. Denn sie spart die Kosten ein, die durch Ersatz von Zähnen notwendig werden können.

Was kann ich denn präventiv noch für meine Mundgesundheit tun?

Die effektivste Vorbeugung gegen Erkrankungen des Zahnhalteapparates sind fachkundige, gründliche Mundhygiene und die Kontrolle von bekannten Risikofaktoren (in erster Linie Nikotin-

„Zahnärzte und Zahnärztinnen sind heute Allround-Gesundheitsprofis, die sich umfassend um die Vorsorge und Therapie von oralen Erkrankungen kümmern und damit auch die allgemeine Gesundheit verbessern.“

konsum und ein bestehender Diabetes mellitus). Für die Kariesprophylaxe ist die Ernährung ein weiterer wichtiger Einflussfaktor. Dem eigenen Verhalten kommt bei der Prävention von oralen Erkrankungen damit eine entscheidende Rolle zu.
Wenn Bedarf besteht, kann man die eigenen Bemühungen unterstützen und Zähne auch professionell reinigen lassen (Professionelle Zahnreinigung, PZR). Neben der gründlichen Reinigung der Zähne erhält man dabei auch Tipps und Tricks für die Umsetzung der eigenen Mundhygiene. Manchmal wird auch die Ernährung thematisiert. Die PZR wird von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen, aber viele Krankenkassen gewähren immerhin einen Zuschuss zu den Kosten.

Welchen Stellenwert hat Ihrer Meinung nach der Zahnarztbesuch in der Bevölkerung?

Es gibt nur wenige Menschen, die wirklich gerne zum Zahnarzt gehen. Viele verbinden den Beruf mit negativen Erfahrungen oder dem Vorurteil, dass es bei der Behandlung allein um Ästhetik und Funktion geht. Zahnärzte und Zahnärztinnen sind heute aber Allround-Gesundheitsprofis, die nicht nur Zähne reparieren, sondern sich umfassend um die Vorsorge und Therapie von oralen Erkrankungen kümmern und damit das Wohlbefinden, die Lebensqualität und letztendlich auch die allgemeine Gesundheit verbessern können.

Wie können sich Parodontologie und Allgemeinmedizin ergänzen?

Sehr positiv! Der Lebensstil hat ja enormen Einfluss auf den Verlauf einer Parodontitis. Der Blick auf die Zähne allein reicht daher nicht, um der Erkrankung langfristig vorzubeugen oder sie in den Griff zu bekommen. In den Zahnarztpraxen wird daher auch immer öfter über Rauchentwöhnung, Ernährung und Bewegung gesprochen. Wir sehen unsere Patienten und Patientinnen oft viel regelmäßiger als unsere ärztlichen Kollegen. Denn die Mehrzahl der Deutschen in allen Altersgruppen nimmt mindestens einmal jährlich zahnärztliche Kontrolltermine wahr, auch ohne Beschwerden an den Zähnen zu haben. Dieser enge Kontakt bietet uns die Chance, die Menschen umfassend über Risikofaktoren zu informieren und vielleicht Verhaltensmuster zu beeinflussen, die auch relevant für die allgemeine Gesundheit sind.
Zudem haben viele allgemeinmedizinische Erkrankungen auch Auswirkungen auf die Mundhöhle und umgekehrt. Wir müssen daher die Kooperation zwischen Medizin und Zahnmedizin verstärken – das Bewusstsein dafür ist in den letzten Jahrzehnten in der Ärzteschaft auch immer weiter gewachsen. Das ist ein gutes Zeichen für die Zukunft!

© A. Daouk

Prof. Dr. med. dent. Bettina Dannewitz weiß, wovon sie spricht – kennt Sie doch die Zahnmedizin von allen Seiten: als praktizierende Zahnärztin mit eigener Praxis, als Wissenschaftlerin und seit drei Jahren als Präsidentin einer der größten zahnmedizinischen Fachgesellschaften, der DG PARO.

© cedric fauntleroy/pexels.com

Was steckt hinter den Bezeichnungen

- **Fachzahnarzt/Fachzahnärztin für Parodontologie,**
- **DG PARO-Spezialist/in für Parodontologie®,**
- **Master of Science in Parodontologie und Implantattherapie oder**
- **Tätigkeitsschwerpunkt Parodontologie?**

Es gibt verschiedene Bezeichnungen, mit denen Zahnärztinnen und Zahnärzte ihre besondere Befähigung und Qualifikation für die Behandlung von Parodontalerkrankungen herausstellen. Als am umfangreichsten ausgebildet auf diesem Spezialgebiet können der „Fachzahnarzt für Parodontologie“ und der „DG PARO-Spezialist für Parodontologie®“ gelten.

Was machen eigentlich Parodontologen und Parodontologinnen?

Das Spezialgebiet von Parodontologen und Parodontologinnen ist die Vorbeugung und Behandlung von Erkrankungen des Zahnhalteapparates. Eine Grundausbildung in Parodontologie ist in Deutschland fester Bestandteil eines Studiums der Zahnmedizin. Diese Grundausbildung vermittelt theoretische Kenntnisse in allen Aspekten parodontaler Erkrankungen und eine praktische Ausbildung in Diagnostik, Vorbeugung und der nichtchirurgischen Behandlung. Sie versetzt damit alle Zahnärzte und Zahnärztinnen in die Lage, parodontale Erkrankungen rechtzeitig zu erkennen und einfache bis mittelschwere Fälle zu behandeln.

Eine vertiefende praktische Ausbildung in operativen Verfahren (Parodontalchirurgie) gehört allerdings nicht dazu. Das Fach Parodontologie nimmt außerdem im Zahnmedizinstudium nur einen geringen Teil des Lehrplans ein – es macht weniger als 5 Prozent des Unterrichts aus. Aber in Deutschland sind parodontale Erkrankungen auf dem Vormarsch: etwa 10 bis 15 Prozent aller Erwachsenen leiden sogar an schweren Formen.

Das spricht dafür, dass Zahnärzte und Zahnärztinnen nach dem Studium eine der vielen Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung wahrnehmen und sich auf das Fach Parodontologie spezialisieren. Die parodontologische Schwerpunktsetzung kann bei der Beurteilung und Behandlung schwerer und komplizierter Fälle hilfreich sein.

FACHZAHNARZT/FACHZAHNÄRZTIN FÜR PARODONTOLOGIE

Fachzahnärzte und Fachzahnärztinnen für Parodontologie haben nach ihrem Studium der Zahnmedizin eine 3-jährige theoretische und praktische Weiterbildung absolviert, in der sie sich ausführlich mit allem Aspekten der Parodontologie beschäftigen und Hunderte von parodontalen Erkrankungen behandeln. Die Ausbildung versetzt sie in die Lage, alle Erkrankungen des Zahnfleisches (Gingiva) und des Zahnhalteapparates (Parodont) zu erkennen und umfassend zu behandeln. Ebenfalls zur Ausbildung gehören Implantattherapie, plastische Parodontalchirurgie und die Rekonstruktion mit Zahnersatz sowie die Nachsorge.

Fachzahnarzt und Fachzahnärztin für Parodontologie darf sich nur nennen, wer nachweisen kann, in seiner Ausbildungszeit eine große Vielfalt an parodontologischen Behandlungsmaßnahmen durchgeführt zu haben. Eingeführt wurde die Berufsbezeichnung in Deutschland bisher allerdings nur im Gebiet der Landeszahnärztekammer Westfalen-Lippe. In allen anderen Bundesländern haben sich die Zahnärztekammern, aufgrund vor allem standespolitischer Erwägungen, bislang nicht dazu entscheiden können, parodontologisch intensiv geschulten zahnärztlichen Spezialisten den offiziellen Titel eines Fachzahnarztes/einer Fachzahnärztin zu verleihen.

DG PARO-SPEZIALIST/SPEZIALISTIN FÜR PARODONTOLOGIE®

Um diese Lücke zu schließen, hat die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie 1992 den/die DG PARO-Spezialisten/Spezialistin für Parodontologie® ins Leben gerufen.

Die Ausbildung ist identisch mit der Ausbildung zum Fachzahnarzt für Parodontologie und umfasst wie diese ca. 5.000 Stunden. Davon müssen 2 Jahre an einer Fachabteilung für Parodontologie einer Universitätszahnklinik oder vergleichbaren Ausbildungsstätten absolviert werden. Die Abschlussprüfung wird vor einer Kommission der DG PARO abgelegt.

Ein kleiner, aber wichtiger Unterschied

Im Unterschied zum „DG PARO-Spezialisten für Parodontologie®“, der/die eine bestimmte Ausbildung absolviert haben muss, um diese geschützte Bezeichnung führen zu dürfen, darf sich jeder Zahnarzt und jede Zahnärztin, egal wie gut sie in Parodontologie ausgebildet sind,„Spezialist/Spezialistin für Parodontologie“ nennen.

Eine Liste der DG PARO-Spezialisten/Spezialistinnen für Parodontologie® finden Sie auf **www.dgparo.de**. Die Qualifikation „DG PARO-Spezialist für Parodontologie®“ ist gesetzlich geschützt und wird von vielen Zahnärzten/Zahnärztinnen, die diese Ausbildung gemacht haben, auf dem Praxisschild geführt.

DG PARO-MASTER OF SCIENCE FÜR PARODONTOLOGIE UND IMPLANTATTHERAPIE

Viele Zahnärzte/Zahnärztinnen, die sich bereits in einer Praxis niedergelassenen haben, möchten sich gerne auf dem Gebiet der Parodontologie weiterbilden. Es ist für sie praktisch unmöglich, ihre eigene Praxis für drei Jahre aufzugeben und die Weiterbildung zum Fachzahnarzt/ärztin für Parodontologie oder DG PARO-Spezialisten/in für Parodontologie® zu absolvieren.

Für diese Gruppe bietet die DG PARO seit 2007 den Master of Science für Parodontologie und seit 2009 den Master of Science für Parodontologie und Implantattherapie an. Die Ausbildung erfolgt berufsbegleitend neben der normalen Praxistätigkeit in 24 Unterrichtseinheiten über einen Zeitraum von 2 Jahren überwiegend an Wochenenden und umfasst insgesamt ca. 3.200 Stunden.

Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Theorie. Der Master of Science für Parodontologie sowie der Master of Science für Parodontologie und Implantattherapie sind von Universitäten verliehene akademische Grade und dürfen auf dem Praxisschild geführt werden.

WEITERE FORTBILDUNGSMÖGLICHKEITEN

Auch viele Zahnärztekammern und private Fortbildungsinstitute bieten Fortbildungsmöglichkeiten an, die von einzelnen Kursen bis zu Kursserien (sogenannte Curricula) für Parodontologie reichen. Diese umfassen etwa 130 Ausbildungsstunden an 14 Fortbildungstagen (7 Wochenenden). Dazu kommen Hospitationen (Praktikum in einer Ausbildungspraxis) und Supervisionen (Operation unter Anleitung).

Einige Zahnärztekammern vergeben nach Abschluss eines Curriculums sogenannte Kammerzertifikate oder Tätigkeitsschwerpunkte in Parodontologie, die auf den Praxisschildern geführt werden dürfen. Zahnärzte und Zahnärztinnen dürfen aber auch ohne besondere Qualifikationsnachweise auf besondere, personenbezogene Kenntnisse, Fertigkeiten und Tätigkeitsschwerpunkte hinweisen. Hierzu zählt der Zusatz „Parodontologie“ oder auch die Bezeichnung „Tätigkeitsschwerpunkt Parodontologie“ auf dem Praxisschild.

© Istockphoto.com

Gute Nachsorge hat einen Namen: UPT

Der Parodontitis kann zwar mit der richtigen Behandlung zunächst erfolgreich Einhalt geboten werden. Aber zur richtigen Behandlung gehört mehr als die Ersttherapie. Denn mit den bakteriellen Belägen kehrt auch die Parodontitis zurück. Deshalb ist eine gründliche Mundhygiene zu Hause entscheidend – ebenso wie die regelmäßige Nachsorge in der Zahnarztpraxis. Hier kommt die UPT ins Spiel …

UPT – was ist das eigentlich?

UPT bedeutet „unterstützende Parodontitistherapie". Sie ist ein Nachsorgeprogramm, das im Anschluss an eine systematische Parodontitistherapie (siehe S. 8–10) durchgeführt werden muss, um das erreichte Behandlungsergebnis so lange wie möglich aufrechtzuerhalten. Denn eine Heilung der Parodontitis durch eine einmalige Parodontitistherapie ist derzeit leider nicht möglich. Wer einmal an ihr erkrankt ist, hat lebenslang ein erhöhtes Risiko für eine erneute Erkrankung. Vorbeugen lässt sich diesem Risiko mit regelmäßigen gezielten Terminen im Rahmen der UPT. Diese können Sie sich vorstellen wie zahnärztliche Kontrollen inklusive professioneller mechanischer Plaqueentfernung und Motivation zur Mundhygiene.

In der UPT wird mindestens einmal jährlich die Mundhygiene überprüft, der Biofilm entfernt und der parodontale Status erhoben. So wird frühzeitig erkannt, wenn die Parodontitis an einer Stelle wieder aufflammt. Die Häufigkeit der Nachsorgetermine richtet sich nach dem Grad der Erkrankung und dem individuellen Erkrankungsrisiko. Eine normale „Zahnreinigung" reicht dafür nicht aus.

Wer braucht eine UPT?

Aus dem Gesagten geht schon hervor: Die UPT benötigen alle, die schon einmal an einer Parodontitis erkrankt sind und behandelt wurden. Denn auch eine sehr gute häusliche Mundhygiene reicht nicht aus, den Zahnhalteapparat entzündungsfrei zu halten, da dadurch die Taschen in der Regel nicht komplett erreicht werden können. Der entzündungsfreie Zustand, der nach einer Zahnfleischbehandlung hergestellt wurde, ist nur eine Momentaufnahme. Deshalb ist es wichtig, dass auch erneut auftretende Entzündungen, die vom Patienten selbst meist nicht wahrgenommen werden, rechtzeitig erkannt und geeignete Maßnahmen dagegen eingeleitet werden. Nur dann können sie wieder ausheilen und ein weiterer entzündungsbedingter Verlust von parodontalem Stützgewebe wird vermieden.

Ein UPT-Programm beinhaltet daher die regelmäßige Untersuchung des Zahnfleischs (Messung von Zahnfleischtaschen) sowie die Reinigung der für den Patienten nicht erreichbaren Taschenbereiche.

Wie unterscheidet sich die UPT von der PZR?

Die UPT ist eine erweiterte professionelle Zahnreinigung (PZR), die die Regionen unterhalb des Zahnfleischrandes (= subgingival) mit einbezieht. Sie umfasst neben Elementen der PZR auch die regelmäßige Kontrolle und Reinigung der Zahnfleischtaschen sowie die Modifikation von Risikofaktoren. Dabei arbeiten Zahnarzt und Prophylaxeteam eng zusammen. Die PZR dient der Vorbeugung (Prävention) – die UPT ist dagegen eine Erhaltungstherapie von zuvor an Parodontitis erkrankten Patienten.

Alle subgingivalen Bereiche werden mindestens einmal jährlich inspiziert und verbliebene Taschen oder Blutungen gezielt therapiert. Wurzeloberflächen unterhalb der Zahnfleischgrenze werden von Biofilm, Zahnstein und Konkrementen befreit, geglättet und der häuslichen Pflege zugänglich gemacht. Reize durch überstehende Füllungs- und Kronenränder werden beseitigt.

Die Zahnreinigung ist bei Patienten mit reduziertem Zahnfleischniveau und fortschreitendem Knochenabbau aufgrund von großflächigen freiliegenden Kronen- und Wurzeloberflächen aufwendiger. Die Wurzeloberflächen sind zum Teil kompliziert geformt und für die häusliche Mundhygiene nur schwer zugänglich.

Die Patienten werden in der Kontrolle ihrer individuellen Risikofaktoren unterstützt, die ihre Anfälligkeit für die Parodontitis begünstigen. Dazu gehören beispielsweise die Nikotinentwöhnung, Stressbewältigung oder die Suche nach Erkrankungen, die eine Parodontitis fördern können, wie z. B. der Diabetes mellitus.

Wann und wie wird eine UPT durchgeführt?

Die Häufigkeit der Nachsorgetermine richtet sich nach der Schwere der vorangegangenen Erkrankung, dem individuellen Erkrankungsrisiko und der Möglichkeit und Fähigkeit des Patienten zur Mitarbeit, erfolgt aber in der Regel zwischen ein- bis viermal im Jahr.

Im Rahmen der UPT wird die Tiefe und Blutungsneigung aller Zahnfleischtaschen gemessen und mit den vorherigen Messwerten verglichen. Alle Bereiche mit erhöhten oder verschlechterten Taschentiefenwerten oder einer erhöhten Blutungsneigung werden erneut therapiert. Die Prophylaxefachkräfte ermitteln die Qualität der häuslichen Mitarbeit, steigern diese, wenn möglich, durch Remotivation, Anpassung besser geeigneter Mundhygieneprodukte und Schulung. Dort, wo der Patient die adäquate häusliche Mundhygiene nicht selbst erbringen kann, wird er professionell unterstützt. Bevor das nächste UPT-Intervall angesetzt wird, kann die Wirksamkeit der vorangegangenen Erhaltungstherapie bei einem zeitnahen Kontrolltermin überprüft werden.

Was bringt die UPT?

Das Fortschreiten einer Parodontitis und eine erneute Zahnfleischentzündung lassen sich nur mit einer UPT verhindern, denn allein mit häuslicher Mundpflege ist eine vollständige Kontrolle des Biofilms auf Dauer nicht sicherzustellen. Mit der UPT gelingt es, aktiv gegen ein weiteres Fortschreiten von Knochenverlusten und damit Zahnverlusten vorzugehen. Auch für hochwertige Versorgungen wie Implantate gilt: Für ihren Erhalt ist eine professionelle Nachsorgetherapie unerlässlich.

Die Parodontitis ist mit einem Gewebeverlust einhergegangen, sodass die Wurzeloberflächen zum Teil freiliegen und leicht anfällig für Wurzelkaries sind. Durch die UPT wird der Wurzelkaries vorgebeugt.

Bei einer regelmäßigen UPT können neu beginnende Entzündungen rechtzeitig erkannt und gestoppt werden. Damit lässt sich die Mundgesundheit von vorerkrankten und anfälligen Patienten aufrechterhalten.

Die Professionelle Zahnreinigung

Die Professionelle Zahnreinigung (PZR) dient dem Erhalt von Ästhetik und Gesundheit von Zähnen und Zahnfleisch bei gesunden Personen: Bei der PZR werden in der Zahnarztpraxis mithilfe von Spezialinstrumenten auch schwer erreichbare und hartnäckige bakterielle Beläge entfernt, die oberhalb des Zahnfleisches liegen und in der häuslichen Mundhygiene schwer zugänglich sind.

Verfärbungen durch Genussmittel wie Tee, Kaffee, Rotwein und Nikotin werden mit einem Luft-Pulver-Wasserstrahlsystem schonend entfernt.

Die Zähne werden anschließend poliert und durch das Auftragen eines Fluoridlacks oder -gels zusätzlich vor Säureangriffen und Kariesentstehung geschützt.

Zur professionellen Zahnreinigung gehört außerdem ein Schulungsprogramm für die häusliche Mundhygiene:

- Beratung über die individuelle Mundhygiene, Risikofaktoren und Ernährung
- Information über die notwendigen häuslichen Mundhygienemaßnahmen
- Unterweisung zu den empfohlenen häuslichen Mundhygienemaßnahmen (Umgang mit Hand- oder elektrischer Zahnbürste, Zahnzwischenraumhygiene mit Zahnzwischenraumbürsten oder Zahnseide, spezielle Tipps zur häuslichen Reinigung an schwer zugänglichen Stellen)
- Remotivation zu den empfohlenen häuslichen Mundhygienemaßnahmen

Wichtig: Bereits eingetretene parodontale Probleme kann die PZR nicht lösen und überdeckt sie sogar unter Umständen!

Der Krankheit vorbeugen: Parodontitis ist kein Schicksal

Erkrankungen des Zahnhalteapparates lassen sich vermeiden: durch richtige und gründliche Mundhygiene zu Hause und regelmäßige Besuche beim Zahnarzt. Die Kombination von Eigeninitiative und professioneller Betreuung schiebt der Entstehung von Zahnfleischentzündung und Parodontitis wirksam den Riegel vor!

3 GOLDENE REGELN, wie Sie selbst zur gelungenen Vorbeugung beitragen können:

- Putzen Sie sich zweimal täglich die Zähne, morgens nach dem Frühstück und abends vor dem Zubettgehen.
- Lassen Sie sich vom zahnärztlichem Team zeigen, wie Sie die bakteriellen Beläge von allen Zahnflächen effektiv entfernen. Bei gesundem Zahnfleisch genügen 2 Minuten Putzdauer. Bei einer Zahnfleischerkrankung wird dagegen eine gründliche Reinigung etwas mehr Zeit benötigen.
- Benutzen Sie täglich Zahnseide und Zahnzwischenraumbürsten, um Zahnbelag aus den Zwischenräumen zu entfernen.

Für alle weiteren Vorbeugemaßnahmen gilt: Die für Sie beste Vorsorge klären Sie am besten bei einer regelmäßigen Professionellen Zahnreinigung (PZR) ab. Dabei werden alle Bakterien und Belege auf den Zähnen gründlich entfernt und Ihre individuellen Problemzonen im Mund fachkundig aufgedeckt. Sie erfahren, was die erforderlichen Hygienemaßnahmen sind und üben unter professioneller Anleitung die korrekte Mundpflege ein. Viele Krankenkassen geben inzwischen (freiwillig) Zuschüsse, da ein gesetzlicher Anspruch nur auf das Entfernen von Zahnstein einmal pro Jahr (bei Vorliegen eines Pflegegrades zweimal pro Jahr) besteht.

Es ist nicht genug zu wissen, man muss es auch anwenden. Es ist nicht genug zu wollen, man muss es auch tun.

Das könnte Johann Wolfgang von Goethe zum Thema Mundhygiene gesagt haben

FAQ – TIPPS UND TRICKS ZUR GUTEN MUNDHYGIENE

Was ist besser – eine elektrische oder eine manuelle Zahnbürste?

Beide Arten von Zahnbürsten sind für alle gut geeignet, um bakterielle Biofilme von den zugänglichen Zahnoberflächen zu entfernen und so Entzündungen des Zahnfleischs und Kariesbildung zu vermeiden. Bei einer Handzahnbürste empfehlen sich Modelle mit einem kleinen Kopf und möglichst vielen weichen Borsten. Sie können auch enge Bereiche des Kiefers erreichen und sich den Zahnformen und Zahnzwischenräumen besser anschmiegen. Elektrische Zahnbürsten arbeiten mit schwingenden und rotierenden Kreisbewegungen. Die Anwendung erlernen Sie am besten unter professioneller Anleitung vom Prophylaxe-Team.
Wichtig ist bei beiden Typen von Zahnbürsten ein systematisches Vorgehen beim Putzen. Die Regel: zweimal täglich mindestens 2 Minuten Zähneputzen. Nach zwei Minuten Zähneputzen sind 41 Prozent der Plaque entfernt, nach einer Minute hingegen nur 27 Prozent. Die Extraminute zahlt sich also aus!

Was kann ich beim Zähneputzen falsch machen?

Grundsätzlich gilt: Der einzige wirkliche Fehler ist, sich die Zähne nicht zu putzen. Im Vergleich dazu ist jeder Kollateralschaden durch falsche Handhabung beim Zähneputzen sehr gering. Außerdem wird das beim Zahnarztbesuch rechtzeitig erkannt und es kann gegengesteuert werden.
Der häufigste Fehler ist: zu kurz und nicht gründlich genug zu putzen. Es reicht nicht, nur die vorderen, leicht erreichbaren Zähne gut zu reinigen. Auch die schwerer erreichbaren Regionen im Gebiss, vor allem die zur Zunge zeigenden Innenseiten der Zähne und die Backenzähne, gehören zu einer systematischen Mundpflege. Aber Obacht vor zu hohem Druck! Auch „Schrubben" kann die Zahnhartsubstanz und das Zahnfleisch schädigen, mitunter so stark, dass die Wurzel freigelegt und Rillen in den Zahn hineingeputzt werden.

Welche Zahncreme soll ich benutzen?

Eine fluoridhaltige Zahncreme mit mindestens 1.000 ppm Fluorid – so lautet die einhellige Empfehlung. Sie gilt für Kinder ab dem Durchbruch der ersten Zähne (hier jedoch nur eine reiskorn- bzw. erbsengroße Menge), Jugendliche und Erwachsene gleichermaßen. Verzichten Sie auf den regelmäßigen Gebrauch von zahnaufhellenden Zahncremes, da diese auf Dauer die Zahnhartsubstanz schädigen können.

Reicht die Zahnbürste oder muss ich auch noch andere Hilfsmittel benutzen?

Die Basiszahnpflege zweimal täglich mit der Zahnbürste reinigt nur die frei zugänglichen Flächen der Zähne – also die Kauflächen und die Vorder- und Innenseite der Zähne (zur Wange und zur Zunge hin). Alle in Kontakt zueinander stehenden Seitenflächen der Zähne hingegen kann die Zahnbürste nicht vollständig erreichen, unabhängig davon, ob Sie eine elektrische oder eine manuelle Zahnbürste benutzen. An diesen unzugänglichen Flächen entsteht leicht Karies und am Zahnfleischrand beginnt häufig eine Zahnfleischentzündung.
Zur Säuberung dieser anfälligen Bereiche haben sich Zahnzwischenraumbürsten, sogenannte Interdentalbürsten, besonders bewährt. Auch Spüllösungen oder Mundduschen können diese nicht ersetzen. Daher gilt: Einmal am Tag auch zur Interdentalbürste greifen. So halten Sie die Bakterien am besten im Zaum!

Was ist besser für die Pflege der Zahnzwischenräume: Zahnseide oder Interdentalbürsten?

Zahnzwischenraumbürsten sind die beste Wahl, vor allem wenn sich das Zahnfleisch bereits aus dem Zwischenraum zurückgezogen hat und dieser als Dreieck offensteht. Es gibt sie in vielen verschiedenen Größen und Ausführungen für fast jede Zahnstellung und Größe der Zahnzwischenräume. Mit diesen Interdentalbürsten wird mehr bakterieller Biofilm abgebürstet, als das mit Zahnseide gelingt. Außerdem dehnen sich die Borsten auch in die Einziehungen an der Zahnwurzeloberfläche aus, was weder mit Zahnseide noch mit Dentalsticks zu erreichen ist.
Zahnseide ist nur dann gut geeignet, wenn das Zahnfleisch, wie es bei Jugendlichen der Fall ist, noch den kompletten Zahnzwischenraum vollständig ausfüllt, oder für Zahnstellungen, in denen die Zähne so eng nebeneinanderstehen, dass selbst die kleinste Interdentalbürste nicht dazwischen passt.

Es gibt so viele Zahnzwischenraumbürsten: Welche soll ich nehmen?

Die Zahnzwischenraumbürsten sollen möglichst viele lange flexible Borsten und einen dünnen Drahtkern besitzen, der aber stabil genug ist, um beim Einführen in den Zwischenraum nicht zu verbiegen. Lassen Sie sich bei der Zahnprophylaxe zeigen, welche Größe und Konstruktion für welchen Zahnzwischenraum in Ihrem Mund

am besten geeignet ist. Denn eine zu kleine Bürste entfernt die Biofilme nicht effektiv. Ist sie hingegen zu groß, kann sie das Zahnfleisch oder die Zahnhälse beschädigen.

Wie wende ich die Zahnzwischenraumbürsten richtig an?

Die Zahnzwischenraumbürste wird einmal am Tag ohne Zahncreme angewendet. Sie wird in den Zahnzwischenraum horizontal von der Außenseite der Zahnreihe eingeführt, unterhalb des Kontaktpunktes hindurch rotiert, bis ihre Spitze an der Zungenseite wieder heraustritt. Danach wird sie wieder herausgezogen. Ihre Wirksamkeit entfaltet sie bei der Bewegung des Herausziehens. Zu beachten ist, dass sie nicht ins Zahnfleisch stechen darf. Wenn die Zahnzwischenräume sehr weit offenstehen und unregelmäßig geformt sind, kann es sinnvoll sein, die Zahnzwischenraumbürste im Zwischenraum unter mehreren Putzbewegungen hin- und herzuschwenken. Solche speziellen Techniken dürfen nur nach professioneller Anleitung und kontrollierter Übung angewendet werden.

Die Zahnzwischenraumbürsten verbiegen mir sehr leicht. Woran liegt das?

Die Zahnzwischenraumbürsten werden nicht wie ein Zahnstocher verwendet, sondern vor dem jeweiligen Zahnzwischenraum positioniert und dann von dieser Position aus geradlinig in den Zwischenraum hineingeschoben. Solch eine geradlinige Einschubrichtung ist im Seitenzahnbereich, vor allem an den Backenzähnen, nicht immer möglich, weil dort die Wange im Weg ist. Um die Bürsten mit geradem Handgriff dort einzuführen, muss man sie vorher beugen, und durch den Widerstand beim Einführen wird der umgebogene Draht gestaucht. Besser ist in solchen Situationen daher die Verwendung von abgewinkelten Zahnzwischenraumbürsten, bei denen der Bürstenteil im rechten Winkel zum Handgriff montiert ist, sodass die Rückseite des Griffes die Wange abstützen kann. So lässt sich die Bürste ohne Vorbiegen positionieren.

Nach der Verwendung der Zahnzwischenraumbürste blutet mein Zahnfleisch. Soll ich sie lieber nicht benutzen?

Wenn bereits eine Zahnfleischentzündung besteht, kommt es durch den Reiz bei der Anwendung der Zahnzwischenraumbürste zu einer reaktiven Blutung. Das ist aber kein Grund zur Beunruhigung, solange die Zahnzwischenraumbürste korrekt angewendet wurde und das Zahnfleisch unverletzt bleibt. Nur durch die regelmäßige Entfernung der bakteriellen Biofilme kann die Zahnfleischentzündung heilen. Das äußert sich durch einen Rückgang der Blutung innerhalb von wenigen Wochen. Allerdings sollten Sie bei Zahnfleischbluten zum Zahnarzt gehen und abklären, ob es sich wirklich nur um eine oberflächliche Zahnfleischentzündung handelt oder um erste Anzeichen einer Parodontitis. Dann sollte eine Parodontitistherapie durchgeführt werden.

Sind die Regeln zur Mundhygiene eigentlich in jedem Alter und für alle gleich?

Die Mundhygiene-Empfehlungen unterscheiden sich je nach Patientengruppe: Bei ganz gesunden, vor allem jungen Menschen reichen Zahnbürste und Zahnseide aus. Bei Patienten mit Zahnfleischrückgang, Füllungen oder Kronen, aber ohne Parodontitis, kommen die Zahnzwischenraumbürsten hinzu. Patienten, die eine Parodontitistherapie erhalten haben, müssen evtl. verbliebene Problembereiche wie freiliegende Wurzelteilungen gezielt mit Einbüschel-Zahnbürsten reinigen. Beim Einsetzen umfangreicher prothetischer Versorgungen erhalten Patienten zugleich eine Anleitung zur speziellen Mundhygiene: beispielsweise mittels Floss-Zahnseide mit Einfädelhilfe zur Reinigung unter Brückengliedern und der Einbüschel-Zahnbürste.

Ich habe ein Implantat: Wie reinige ich es am besten?

Am Implantat verwenden Sie die gleichen Hilfsmittel wie am Zahn. Allerdings müssen Implantate noch sorgfältiger geputzt werden als die eigenen Zähne, weil besonders am Übergang von der Implantatkrone zum Zahnfleisch sehr leicht Entzündungen entstehen können. Hier empfiehlt sich eine kombinierte Pflege mit Zahnzwischenraumbürsten, voluminös aufgefaserter Floss-Zahnseide und Einbüschel-Zahnbürste. Die Prophylaxe-Fachkraft zeigt Ihnen gerne, wie das geht!

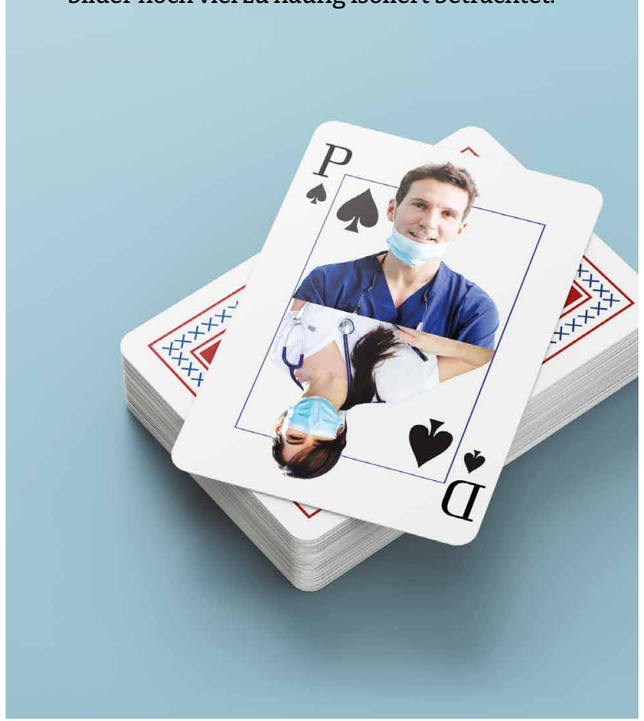
Soll ich auch die Zunge täglich „putzen"?

Die Zunge hat durch ihre samtartige Textur eine große Oberfläche und beherbergt ein großes Bakterienreservoir, das auf Zähne und Zahnfleisch übergehen kann. Ein starker Zungenbelag sorgt außerdem häufig für Mundgeruch. Insofern ist es eine gute Idee, auch die Zunge in die tägliche Mundhygiene einzubeziehen. Sie kann mit der Zahnbürste, speziellen Zungenschabern oder aber auch mit einem umgedrehten Löffel gereinigt werden. Da der Würgereiz am Abend häufiger weniger stark ausgeprägt ist, empfiehlt es sich, die Zungenreinigung mit dem Zähneputzen vor dem Schlafengehen zu verbinden.

DUO INFERNALE:

Parodontitis und Diabetes mellitus

Sie sind weit verbreitet, bleiben lange unbemerkt und treten oft im Doppelpack auf – die Zahnfleischentzündung und die Zuckerkrankheit, wie die chronischen Erkrankungen im Volksmund heißen. Eine weitere Gemeinsamkeit: Nicht selten verursachen oder verstärken sie sich gegenseitig. Deshalb setzt eine erfolgreiche Therapie auch bei dieser Wechselwirkung an. Doch in der Praxis werden beide Krankheitsbilder noch viel zu häufig isoliert betrachtet.



GEFAHR IM VERZUG

Immerhin rund 20 Millionen Menschen leiden in Deutschland an Erkrankungen des Zahnhalteapparates, davon etwa 10 Millionen schwer. Nur ein kleiner Teil davon wird allerdings umfassend behandelt. Ähnlich ist das beim Diabetes mellitus. Rund 8 Millionen Personen in Deutschland dürften davon betroffen sein – so die Schätzung. Doch nur 20 Prozent der Fälle werden auch behandelt. Die Ursache: Beide Erkrankungen verlaufen lange Zeit nahezu schmerz- und symptomlos und werden oft erst in einem weit fortgeschrittenen Stadium erkannt.

Dabei ist die Früherkennung der ausschlaggebende Faktor im Kampf gegen diese Krankheiten, die auf dem Vormarsch sind. Bei einer Diagnose im Anfangsstadium lässt sich eine Parodontalerkrankung schon mit vergleichsweise einfachen Maßnahmen behandeln. Damit wachsen die Chancen, dem Zahnverlust und anderen Auswirkungen auf den Gesamtorganismus vorzubeugen. Denn die Parodontitis betrifft nicht nur die Zähne. Bakterien und ihre Gifte können über das geschädigte Zahnfleischgewebe in die Blutbahn und damit in den gesamten Körper gelangen, den Blutzuckerwert verschlechtern und neben Diabetes viele andere Erkrankungen hervorrufen oder verstärken.

Menschen mit Diabetes wiederum haben ein dreifach erhöhtes Risiko, an Zahnfleischentzündungen und einer Parodontitis zu erkranken. Zudem ist der Krankheitsverlauf bei ihnen oft besonders schwer. Denn ein chronisch zu hoher Blutzucker schädigt auf Dauer die großen und kleinen Blutgefäße. Die Folgeerkrankungen zeigen sich unter anderem an Zahnbettentzündungen. Werden diese nicht möglichst rasch und systematisch therapiert, verschlimmern sie die Diabeteserkrankung. Auch hier gilt also: Je eher die Signale erkannt werden, umso weniger organische Folgeschäden sind zu befürchten.

→

Ein hoher Zuckerwert im Blut erhöht das Risiko für Zahnverlust; eine unbehandelte Parodontitis wiederum verschlechtert den Diabetes.

© istockphoto.com

PFLEGE MIT VEREINTEN KRÄFTEN

Weil Parodontitis und Diabetes mellitus eng miteinander verzahnt sind, kommt es auch bei Früherkennung und Therapie darauf an, die ärztlichen Kräfte über die Fachgrenzen hinaus zu bündeln: Steckt hinter einer schweren oder wiederkehrenden Parodontitis möglicherweise ein nichtdiagnostizierter Diabetes? Oder befördert diese wiederum entzündliche Prozesse im Körper, die den Blutzucker aus der Bahn werfen? Um das genauer abzuklären, ist die Zusammenarbeit von Allgemeinmedizin, Zahnmedizin und Diabetologie gefragt. Denn nur ein gut eingestellter Blutzuckerspiegel verspricht eine langfristige Verbesserung der Parodontitis – und nur eine dauerhaft wirksame parodontale Behandlung kann den Blutzuckerwert effektiv senken. Bietet Ihnen die Praxis, bei der Sie in Behandlung sind, diesen ganzheitlichen Ansatz in Zusammenarbeit mit anderen Praxen nicht von selbst an, sollten Sie unbedingt darum bitten!

Aktiv können Sie aber auch schon vorher werden: Mit einem gesunden Lebensstil, gründlicher Mundhygiene und regelmäßigen Prophylaxebesuchen beim Zahnarzt verringern sie das Risiko für Parodontitis, Karies, Zahn- und Implantatverlust deutlich. Auf diesem Wege tragen sie zudem zum Erhalt Ihrer allgemeinen Gesundheit bei und sorgen außerdem dafür, dass es nicht zu diabetischen Komplikationen kommt. Denn Vorbeugung ist bekanntlich die beste Medizin (siehe Kasten unten rechts).

Mehr Informationen und Anregungen zu den Themen Prophylaxe und Ernährung erhalten Sie **auf Seite 18 und 24**.

WAS IST DIABETES MELLITUS?

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ist der Sammelbegriff für verschiedene Erkrankungen des Stoffwechsels, die zu erhöhten Blutzuckerwerten führen. Ursache dafür ist eine Störung der körpereigenen Produktion des blutzuckersenkenden Mittels Insulin oder seine verringerte Wirkung. Man unterscheidet die beiden Hauptformen Typ-1- und Typ-2-Diabetes mellitus. Am häufigsten ist der Typ-2-Diabetes: Er betrifft 90 bis 95 Prozent aller bekannten Diabeteserkrankten in Deutschland.

Typ-1-Diabetes (Autoimmunerkrankung)

- Ursache ist ein Mangel des Hormons Insulin. Die Zellen in der Bauchspeicheldrüse wurden vom Immunsystem zerstört und können das Hormon Insulin nicht produzieren.
- Beginnt meist im Kindes- und Jugendalter.
- Bisher nicht heilbar. Betroffene müssen ihr Leben lang Insulin spritzen.

Für die Entstehung sind vermutlich neben der Fehlsteuerung des Immunsystems erbliche Veranlagung und äußere Faktoren verantwortlich, etwa bestimmte Virusinfektionen.

Typ-2-Diabetes (früher „Altersdiabetes“ genannt)

- Ursache: Eine verminderte Empfindlichkeit der Körperzellen für Insulin (Insulinresistenz), die der Körper durch Überproduktion wettzumachen versucht. Dies führt auf Dauer zu einer „Erschöpfung“ der insulinproduzierenden Zellen (die Bauchspeicheldrüse kann nicht genügend Insulin für den erhöhten Bedarf liefern).
- Beginnt meist schleichend.
- Eine Therapie besteht aus mehreren Bausteinen: Am wichtigsten sind zunächst regelmäßige Bewegung, angepasste Ernährung und ein normales Körpergewicht.

Seit einigen Jahren tritt dieser Typ nicht nur in höherem Alter auf, sondern immer häufiger auch bei Jugendlichen und sogar Kindern.

Neben einer erblichen Veranlagung zählen Übergewicht, falsche Ernährung und Bewegungsmangel zu den Hauptauslösern.

So erkennen Sie die ersten Anzeichen

- Starker Durst
- Häufiges Wasserlassen (starker Harndrang),
- Müdigkeit, Abgeschlagenheit
- Trockene Haut und Juckreiz
- Schlecht heilende Wunden
- Neigung zu Infektionen
- Sehstörungen
- Starke Gewichtsabnahme (Typ-1-Diabetes)

Wichtig: Wenn Sie eines oder mehrere dieser Symptome bei sich beobachten, sollten Sie unbedingt Ihre Hausarztpraxis aufsuchen! Spezielle Blutzuckertests geben rasch Aufschluss darüber, ob eine Erkrankung vorliegt oder nicht.

Sie wollen wissen, wie hoch Ihr persönliches Risiko ist, an Diabetes zu erkranken? Die Deutsche Diabetes Stiftung hat einen Selbsttest zusammengestellt. Sie finden ihn **auf S. 25**.

VIELFÄLTIGE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Die gute Nachricht: Der Typ-2-Diabetes ist zwar auf dem Vormarsch, aber es gibt ein schmerzfreies Mittel, sich ihm in den Weg zu stellen: eine gesündere Lebensweise. In vielen Fällen lässt sich durch mehr Bewegung und eine ausgewogene Ernährung (siehe **S. 25**) bereits eine gute, konstante Blutzuckereinstellung erreichen. Gelingt das nicht, steht ein breites Spektrum an Medikamenten in Tablettenform zur Verfügung. Erst wenn auch diese Maßnahmen nicht helfen, kommt bei der Behandlung des Typ-2-Diabetes Insulin zum Einsatz.

FATALE VERZAHNUNG

Bei Menschen mit diagnostiziertem Diabetes erschwert eine unbehandelte Parodontitis die optimale Blutzuckereinstellung. Bei Menschen mit Prädiabetes (erhöhte Blutzuckerwerte) steigt das Risiko für eine Verschlechterung der Blutzuckerwerte. Daher gilt: Eine erfolgreiche Parodontitistherapie dient nicht allein der Mundgesundheit. Sie beugt auch einem gestörten Zuckerstoffwechsel bis hin zur Entstehung eines Diabetes mellitus vor.

TIPPS ZUR PRÄVENTION

Eine gesunde Lebensweise ist der beste Schutz. Durch eine abwechslungsreiche Ernährung in Verbindung mit regelmäßiger Bewegung können Sie das Risiko einer Erkrankung deutlich verringern.

- Vermeiden Sie Übergewicht! Bauchfett und Diabetes-Risiko stehen in direktem Zusammenhang. (Kritisch wird es bei Männern ab einem Taillenumfang von 102 cm, bei Frauen von 88 cm).
- Bewegen Sie sich an mindestens fünf Tagen in der Woche jeweils 30 Minuten so, dass Sie leicht ins Schwitzen geraten.
- Nehmen Sie pro Tag 30 Gramm Ballaststoffe (z. B. Vollkornprodukte, Gemüse, Obst) zu sich und reduzieren Sie den Anteil gesättigter Fettsäuren, die sich vorwiegend in tierischen Fetten finden.
- Verzichten Sie auf das Rauchen.

© daria shevtsova/pexels.com

Gesundheit im Gleichgewicht

Welche Rolle spielt die Ernährung?

Entzündungen im Mundraum haben Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit insgesamt. Welche Rolle die richtige Zahnpflege spielt, wenn es darum geht, schädliche Bakterien im Zaum zu halten, konnten Sie in unserem Magazin bereits erfahren. Aber auch eine ausgewogene Ernährung wirkt Wunder. Nur, was heißt das eigentlich genau – ausgewogen?

WIE ERNÄHRE ICH MICH SINNVOLL?

Die Dreidimensionale Lebensmittelpyramide der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) veranschaulicht die Prinzipien einer vollwertigen Ernährung. Auf der Unterseite der Pyramide ist der DGE-Ernährungskreis abgebildet. Er teilt das reichhaltige Lebensmittelangebot in sieben Gruppen ein und erleichtert so die tägliche Lebensmittelauswahl. Je größer ein Segment des Kreises ist, desto größere Mengen sollten daraus verzehrt werden. Lebensmittel aus kleinen Segmenten sollten dagegen sparsam verwendet werden.

Die vier Seitenflächen der Dreidimensionalen DGE-Lebensmittelpyramide geben zusätzliche Informationen, welche Lebensmittel innerhalb der Gruppen pflanzliche Lebensmittel, tierische Lebensmittel, Öle und Fette sowie Getränke zu bevorzugen sind. Dies wird durch die räumliche Anordnung der Lebensmittel veranschaulicht: Lebensmittel an der Basis der Pyramidenseite gelten als besonders empfehlenswert, Lebensmittel in der Spitze als weniger empfehlenswert. Eine Farbleiste verdeutlicht diese Bewertung der ernährungsphysiologischen Qualität der einzelnen Lebensmittel. Für die Anordnung der Lebensmittel innerhalb der vier Pyramidenseiten werden für jede Lebensmittelgruppe unterschiedliche Bewertungskriterien verwendet, zum Beispiel die Energie- und Nährstoffdichte oder präventive Wirkungen. Lebensmittel auf unterschiedlichen Pyramidenseiten sind daher hinsichtlich ihrer ernährungsphysiologischen Qualität nicht miteinander vergleichbar.

DIABETES & ERNÄHRUNG

Die meistgestellte Frage nach einer Diabetes-Diagnose ist: Was darf ich denn von nun an noch essen? Grundsätzlich gilt: Alles. Denn weder bei Typ-1- noch bei Typ-2-Diabetes gibt es eine spezielle Ernährungsform oder verbotene Lebensmittel. Auch spezielle „Diabetiker-Lebensmittel" sind unnötig und werden deswegen auch seit Ende 2012 in Deutschland nicht mehr verkauft. Eine Umfrage unter 1.500 Menschen mit Typ-2-Diabetes ergab 2019, dass den Teilnehmenden besonders wichtig beim Essen ist, dass es schmeckt (79 %), dass es gesund ist (66 %) sowie schnell und einfach zuzubereiten (51 %).

Gesunde Abwechslung in der Praxis

Eine einseitige und ungesunde Ernährung mit viel Fett und Zucker wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus, denn Blutzuckerwerte und Waage spielen verrückt. →

Die dreidimensionale DGE-Lebensmittelpyramide, links der Ernährungskreis mit Empfehlungen zur Verzehrhäufigkeit (Quelle: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Bonn)

Eine gesunde und ausgewogene Ernährung dagegen hilft, den Blutzuckerspiegel leichter unter Kontrolle zu bekommen und Folgeschäden vorzubeugen. Dabei ist Naschen in Maßen auch mal erlaubt.

Liegt ein Frühstadium von Typ-2-Diabetes vor, kann der Ausbruch der Krankheit mit gesunder, abwechslungsreicher Ernährung und ausreichender Bewegung hinausgezögert werden. Mit genügend Trinken und viel Gemüse und Obst hält man den Körper fit und energiegeladen. Ballaststoffe machen satt und halten den Darm gesund. Zucker hingegen verursacht Heißhunger und bringt den Blutzuckerspiegel durcheinander.
Je gesünder also die Ernährung, umso einfacher wird es, den Blutzuckerspiegel zu regulieren und das Körpergewicht zu halten. Lebensmittel mit geringer Energiedichte sollten dabei bevorzugt werden.

Für Menschen mit Diabetes gelten dabei die gleichen goldenen Regeln wie für Stoffwechselgesunde:

- Die Kraft steckt in Pflanzen! Denn pflanzliche Lebensmittel sind die Basis einer gesunden Ernährung. An Lebensmitteln mit geringer Energiedichte und hoher Nährstoffdichte kann man sich satt essen: Gemüse, Obst und Vollkornprodukte sind hier die Power-Pakete, auch Hülsenfrüchte sind ein idealer Energielieferant und die empfohlenen 40 Gramm Ballaststoffe (für Stoffwechselgesunde: 30 Gramm) am Tag sind leicht zu erreichen.

- 1- bis 2-mal pro Woche Fisch auf dem Teller liefert zusätzliche Vitamine und gute Fette, ebenso wie Nüsse und Avocados. Pflanzenöle sind besser als Butter, Schmalz und Co. – zum Braten kann einfach raffiniertes Rapsöl verwendet werden. Schon mit kleinen Mengen erhält der Körper so alle wichtigen Fettsäuren. Schlechte Fette, die in Fleisch, Wurstwaren und Eiern enthalten sind, sollten hingegen nicht zu oft verzehrt werden – tabu sind sie aber für Diabetiker nicht. Milch und Milchprodukte sind wichtig für gesunde Knochen. Auch sie enthalten jedoch eher schlechte Fette, weshalb man beim Kauf eher zu den fettarmen Produkten greifen sollte.

- Süßigkeiten, wie Schokolade, Chips, Kuchen und Co., sind sehr energiedicht und bringen gleichzeitig kaum Nährstoffe mit. Hin und wieder darf man der Versuchung aber doch nachgeben: Bei ansonsten gesunder Ernährung und ausreichender Bewegung ist eine kleine Portion am Tag erlaubt.

- Guter Geschmack ist uns beim Essen besonders wichtig. Doch Salz und Zucker regen den Appetit an und verführen dazu, zu viel zu essen. Deshalb sollte möglichst viel selbst gekocht werden, sodass sich der Gaumen wieder an den natürlichen Geschmack der Lebensmittel gewöhnen kann. Das ist schon im Kindesalter wichtig, denn was Hänschen gelernt hat, fällt Hans nicht mehr schwer! Auch die geschmackliche Vielfalt hat für viele Menschen eine hohe Bedeutung: Auf dem Markt oder im Supermarkt kann man immer wieder neue Lebensmittel entdecken und ausprobieren. Mit mehr Vielfalt in der Küche steht einer abwechslungsreichen Ernährung nichts mehr im Weg!

- Der Körper braucht vor allem eines: Wasser. Ungefähr 1,5 Liter Flüssigkeit sollten es am Tag sein. Den Rest bekommt er über die Nahrung, vor allem über Obst und Gemüse. Kalorienfreie Getränke sind zum Durstlöschen die beste Wahl. Zuckrige Getränke wie Limonade, Cola oder Säfte liefern viele Kalorien, aber wenig Nährstoffe und kaum Sättigung. Sie sollten nur sehr selten getrunken werden und zählen zur Kategorie Süßigkeiten. Wer Probleme mit der Niere hat, muss ggf. mit der Menge an eiweißreichen Lebensmitteln aufpassen. Hier wird der Arzt/die Ärztin alle nötigen Tipps geben.

- Vorsicht bei Alkoholkonsum! Wer eine Insulintherapie hat und Alkohol trinkt, riskiert eine (nächtliche) Unterzuckerung. Es muss nicht komplett auf Alkohol verzichtet werden, jedoch ist es wichtig, immer etwas dazu zu essen. Die Kohlenhydrate aus dem alkoholischen Getränk sollten keinesfalls mit Insulin abgedeckt werden – Betroffene sollten lieber die zu hohen Blutzuckerwerte in Kauf nehmen als eine nächtliche Unterzuckerung zu riskieren. Denn nach dem Alkoholkonsum hilft die Notfall-Glukagonspritze nicht. Normalerweise würde Glukagon die Ausschüttung von Zucker aus den Leberspeichern auslösen – dieses System wird aber durch Alkohol blockiert. Hier hilft nur noch ein Notarzt, der Zucker direkt ins Blut spritzt.

- Mit einer gesunden Ernährung und ausreichend Bewegung gelingt es, das Gewicht zu halten. Bei Übergewicht kann eine Gewichtsabnahme die Diabetes-Therapie erleichtern. Hilfe finden Betroffene bei Diabetes- und Ernährungsberater/innen.

diabetesDE
DEUTSCHE DIABETES HILFE
Stark für Millionen.

Dieser Beitrag wurde von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe verfasst. Mehr Information auf **www.diabetesde.org**

SELBSTTEST

Wie hoch ist mein Risiko, an Typ-2-Diabetes zu erkranken?

Die chronische Stoffwechselerkrankung Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes) verursacht einen zu hohen Blutzuckerwert im Körper. Wird die Krankheit nicht rechtzeitig behandelt, kann es zu Schäden an Organen wie Herz, Nieren und Augen kommen. Um das eigene Risiko, an Diabetes zu erkranken, besser einschätzen zu können, hat die Deutsche Diabetes Stiftung (FINDRISK-Evaluation 2007; Prof. Dr. Peter E. H. Schwarz) einen Selbsttest des Public Health Institute in Helsinki weiterentwickelt. Mit nur acht Fragen lässt sich das individuelle Risiko, innerhalb der nächsten zehn Jahre an Typ-2-Diabetes zu erkranken, einfach und schnell ermitteln.

Risikofaktoren	Kategorien		Punkte
Wie alt sind Sie?	unter 35 Jahre		**0**
	35–44 Jahre		**1**
	45–54 Jahre		**2**
	55–64 Jahre		**3**
	älter als 64 Jahre		**4**
Wurde bei mindestens einem Mitglied Ihrer Verwandtschaft Diabetes diagnostiziert?	nein		**0**
	ja, in der entfernten Verwandtschaft bei leiblichen Großeltern, Tanten, Onkeln, Cousinen oder Cousins		**3**
	ja, in der nahen Verwandtschaft bei leiblichen Eltern, Kindern, Geschwistern		**5**
Welchen Taillen-Umfang messen Sie auf Höhe des Bauchnabels?	Frau	Mann	
	unter 80 cm	unter 94 cm	**0**
	80 bis 88 cm	94 bis 102 cm	**3**
	über 88 cm	über 102 cm	**4**
Haben Sie täglich mindestens 30 Minuten körperliche Bewegung?	ja		**0**
	nein		**2**
Wie oft essen Sie Obst, Gemüse oder dunkles Brot (Roggen- oder Vollkornbrot)?	jeden Tag		**0**
	nicht jeden Tag		**1**
Wurden Ihnen schon einmal Medikamente gegen Bluthochdruck verordnet?	nein		**0**
	ja		**2**
Wurden bei ärztlichen Untersuchungen schon einmal zu hohe Blutzuckerwerte festgestellt?	nein		**0**
	ja		**5**
Wie ist bei Ihnen das Verhältnis von Körpergröße zu Körpergewicht (Body-Mass-Index)?*	unter 25		**0**
	25 bis 30		**1**
	über 30		**3**

* Eine Tabelle zum Errechnen Ihres Body-Mass-Indexes finden Sie auf der nächsten Seite. Dort sehen Sie auch, was Ihre Punktzahl über Ihr persönliches Risiko aussagt, an Typ-2-Diabetes zu erkranken.

Körpergewicht in Kilogramm	1,50	1,60	1,70	1,80	1,90	2,00
110	48	45	43	40	38	36	34	32	30	29	27
	46	43	41	38	36	34	32	31	29	28	26
100	44	41	39	37	34	33	31	29	28	26	25
	42	39	37	35	33	31	29	28	26	25	24
90	40	37	35	33	31	29	28	26	25	24	23
	38	35	33	31	29	28	26	25	24	22	21
80	35	33	31	29	28	26	25	23	22	21	20
	33	31	29	28	26	25	23	22	21	20	18
70	31	29	27	26	24	23	22	21	20	19	18
	29	27	26	24	23	21	20	19	18	17	16
60	27	25	24	22	21	20	19	18	17	16	15
	25	23	22	20	19	18	17	16	16	15	14
50	23	21	20	19	18	17	16	15	14	13	13
	20	19	18	17	16	15	14	14	13	12	12

■ Starkes Übergewicht (Adipositas) | ■ Übergewicht | ■ Normalgewicht | ■ Untergewicht

Sie können Ihren Body-Mass-Index (BMI) auch selbst errechnen: Körpergewicht (in Kilogramm) dividiert durch die Körpergröße (in Metern) im Quadrat.

Haben Sie Ihre Punkte zusammengerechnet? So hoch ist Ihr Typ-2-Diabetes-Risiko*

Unter 7 Punkte — Risiko: 1 %*

Sie sind kaum gefährdet. Eine spezielle Vorsorge oder Vorbeugung ist in Ihrem Fall nicht nötig. Trotzdem schadet es natürlich nicht, auf eine gesunde Ernährung und auf ausreichend Bewegung zu achten.

7 bis 11 Punkte — Risiko: 4 %*

Ein wenig Vorsicht ist für Sie durchaus angeraten, auch wenn Ihr Risiko für eine Diabetes-Erkrankung nur leicht erhöht ist. Wenn Sie sichergehen wollen, beachten Sie folgende Regeln:

- → Bei Übergewicht sollten Sie versuchen, 7 % des Körpergewichts abzubauen.
- → Bewegen Sie sich an mind. 5 Tagen in der Woche jeweils 30 Min. so, dass Sie leicht ins Schwitzen geraten.
- → Fett sollte nur maximal 30 % Ihrer Nahrungsenergie ausmachen.
- → Der Anteil gesättigter Fettsäuren (vorwiegend in tierischen Fetten) sollte 10 % Ihrer Nahrungsenergie nicht übersteigen.
- → Nehmen Sie pro Tag 30 Gramm Ballaststoffe zu sich (wie z. B. in Vollkornprodukten, Gemüse, Obst).

12 bis 14 Punkte — Risiko: 17 %*

Wenn Sie in diese Risikogruppe fallen, dürfen Sie Vorsorgemaßnahmen auf keinen Fall auf die lange Bank schieben. Dabei helfen können Ihnen Expertentipps und Anleitungen zur Lebensstiländerung, die Sie alleine umsetzen. Greifen Sie auf professionelle Hilfe zurück, wenn Sie merken, dass Sie auf diese Weise nicht zurechtkommen.

15 bis 20 Punkte — Risiko: 33 %*

Ihre Gefährdung ist erheblich: Ein Drittel der Menschen mit diesem Risikograd erkrankt in den nächsten zehn Jahren an Diabetes. Das Unterschätzen der Situation könnte schlimme Folgen haben. Im Idealfall nehmen Sie professionelle Hilfe in Anspruch. Machen Sie einen Blutzuckertest und gehen Sie zur Gesundheitsuntersuchung zu Ihrem Hausarzt (»Check-up ab 35«).

Über 20 Punkte — Risiko: 50 %*

Es besteht akuter Handlungsbedarf, denn es ist durchaus möglich, dass Sie bereits an Diabetes erkrankt sind. Das trifft für rund 35 % der Personen zu, deren Punktewert über 20 liegt. Ein einfacher Blutzuckertest kann als zusätzliche Information hilfreich sein. Allerdings ersetzt er nicht eine ausführliche Labordiagnostik zum Ausschluss einer bereits bestehenden »Zuckerkrankheit«. Daher sollten Sie umgehend einen Arzttermin vereinbaren.

* Risiko in Prozent. 4 % bedeutet z. B., dass 4 von 100 Menschen mit dieser Punktzahl in den nächsten 10 Jahren Typ-2-Diabetes bekommen können. Den Test finden Sie auch online auf der Website der Deutschen Diabetes Stiftung unter **diabetesstiftung.de/gesundheitscheck-diabetes-findrisk**

Eine Gefahr – nicht nur für die Zähne

Parodontitis ist eine komplexe chronische Entzündungserkrankung, die Einfluss auf viele systemische Erkrankungen hat. Darunter sind Krankheiten zu verstehen, die sich auf verschiedene Organe und Gewebsstrukturen auswirken. Die Zusammenhänge zwischen Parodontitis und Diabetes mellitus sind inzwischen wissenschaftlich sehr gut belegt. Aber auch bei anderen Erkrankungen mehren sich die wissenschaftlichen Hinweise auf Wechselwirkungen mit Parodontitis, etwa bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bei rheumatischen Leiden, bei Krebs oder Nieren- und Atemwegserkrankungen. Den aktuellen Forschungsstand haben wir hier für Sie kurz zusammengefasst.

ERHÖHTES RISIKO FÜR HERZ-KREISLAUF-ERKRANKUNGEN

© jesse orrico/unsplash.com

Die Atherosklerose ist eine vor allem in Industrieländern verbreitete Herz-Kreislauf-Erkrankung, die immer häufiger vorkommt. Ihre Kennzeichen sind krankhafte Veränderungen der arteriellen Gefäßinnenwände durch Ablagerung von Blutbestandteilen, Fett, Bindegewebe und Kalk (sog. Plaques). Diese verengen den Gefäßinnenraum und lassen die Blutgefäße starrer werden. Wenn sich Ablagerungen ablösen, kann dies zum Verschluss feinerer Arterien z. B. im Gehirn, in den Beinen oder in anderen Organen führen. Aber auch eine Vielzahl anderer Folgeerkrankungen sind möglich. Häufig anzutreffen sind etwa Schlaganfall, periphere arterielle Verschlusskrankheit oder Herzinfarkt. Die genauen Ursachen der Erkrankung sind bislang nicht geklärt, aber als Risikofaktoren gelten neben genetischer Veranlagung und fortschreitendem Alter Bluthochdruck, chronisch-entzündliche Erkrankungen wie Diabetes mellitus, erhöhte Blutfette, Übergewicht und Nikotinkonsum.

Epidemiologische Studien zeigen nun, dass auch die Parodontitis ein bedeutender Risikofaktor für künftige Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist. Bei unbehandelter Parodontitis können Bakterien und ihre Stoffwechselprodukte aus entzündlich veränderten Zahnfleischtaschen in den Blutkreislauf eindringen und sich fernab der Mundhöhle in tiefere Gefäßgewebe absetzen. Dort regen sie die Verklumpung der Blutplättchen an, fördern atherosklerotische Veränderungen und erleichtern in späteren Stadien die Ablösung der Plaques. Das ist aber noch nicht alles: Die Bakterien lösen auch die Freisetzung entzündungsfördernder Faktoren im Körper aus und aktivieren damit entzündliche Immunreaktionen, die wiederum die Atherosklerose fördern können.

Umso wichtiger ist eine möglichst frühzeitige Parodontitisbehandlung: Ist diese erfolgreich, kann die Therapie dazu beitragen, die Entzündung im Körper zu verringern, die Gefäßfunktion zu verbessern – und das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu reduzieren.

→

Eine nicht behandelte Parodontitis kann den ganzen Körper krank machen.

AUCH DIE GELENKE ENTZÜNDEN SICH

Die rheumatoide Arthritis (RA) ist eine chronisch-entzündliche Autoimmunerkrankung, bei der körpereigene Abwehrzellen die Gelenkschleimhaut schädigen. Das komplexe Immunsystem des Menschen erkennt dabei Teile des Körpers als fremd und reagiert mit Entzündung. Die Ursachen dieser Fehlreaktion sind nicht vollständig geklärt, aber neben Übergewicht und Rauchen zählt auch die Parodontitis zu den begünstigenden Faktoren für eine Gelenkentzündung. Das zeigen klinische und experimentelle Beobachtungen der vergangenen Jahre.

Während die Parodontitis durch entzündliche Veränderungen am Zahnhalteapparat und Verlust von zahntragendem Knochen charakterisiert ist, zeichnet sich die rheumatoide Arthritis durch entzündliche Veränderungen an den Gelenken mit nachfolgendem Abbau von Gelenk und Knorpel aus. Beide Erkrankungen haben einen variablen, meist in Schüben voranschreitenden Verlauf. Dabei werden entzündungsfördernde Proteine hochreguliert, die eine überschießende Immunantwort auslösen und zu Funktionsverlust führen können.

Eine mögliche Verbindung zwischen Parodontitis und rheumatoider Arthritis könnte die Zusammensetzung der Plaque (parodontaler Biofilm) sein und dabei vor allem das Bakterium *Porphyromonas gingivalis*, das die entzündeten Zahnfleischtaschen besiedelt. Es hat die besondere Eigenschaft, ein Enzym bilden zu können, das in einer entzündlichen Umgebung die körpereigene Aminosäure Arginin in eine nicht im menschlichen Körper vorkommende Aminosäure verwandelt – das Citrullin. Es ist für das Immunsystem fremd und kann daher die Bildung von Antikörpern auslösen.

Laut einigen Studien erkrankten Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis häufiger an einer Parodontitis als Gesunde. Bei diesen Patienten war der Nachweis von *P. gingivalis* in bakteriellen Zahnbelägen aus Zahnfleischtaschen mit erhöhten spezifischen Antikörperwerten assoziiert.

EINFLUSS AUF DIE ENTSTEHUNG VON KREBS

Eindeutige Daten zum genauen Zusammenhang zwischen Tumorerkrankungen und Parodontitis stehen bislang noch aus. Doch Beobachtungsstudien geben erste Hinweise darauf, dass mit Parodontitis und Zahnverlust auch das Risiko für zahlreiche Krebserkrankungen wächst, etwa im Kopf-Hals-Bereich und in der Speiseröhre, aber auch für mundfernere Krebserkrankungen in Darm, Lunge, Nieren, Leber, Bauchspeicheldrüse und selbst für Blutkrebs. Aktuelle Studien bestätigen nun: Mit einer andauernden Parodontitis steigt das Gesamtrisiko für Krebserkrankungen sowie für Krebserkrankungen der mundhöhlennahen Bereiche und des oberen Verdauungstrakts. Teilnehmer mit schwerer Parodontitis hatten ein um 24 Prozent erhöhtes Gesamtkrebsrisiko im Vergleich zu solchen ohne oder mit leichter Parodontitis.

Eine mögliche Rolle für das erhöhte Krebsrisiko scheinen auch hier entzündliche Prozesse zu spielen. Chronische Entzündungen wie bei einer Parodontitis stehen seit Längerem im Verdacht, mit Krebs in Verbindung zu stehen. Neuere Studien gehen diesem Zusammenhang näher nach und sehen Hinweise darauf, dass sogenannte anaerobe, gramnegative Bakterien, die sich im bakteriellen Zahnbelag der Parodontitis befinden, zur Entstehung von Krebs beitragen könnten. Diese Bakterien setzen Enzyme und Stoffwechselprodukte frei, welche direkte Schäden am Erbgut der oberflächlichen Zellen der Mundhöhle verursachen können. Es gibt auch Indizien dafür, dass durch Einatmen, Verschlucken oder Eindringen dieser Bakterien in die Blutbahn lokale oder systemische Immunreaktionen hervorgerufen werden können. Das könnte den Zusammenhang mit mundhöhlenfernen Krebserkrankungen erklären. Im Verdacht für das höhere Krebsrisiko von Parodontitis-Patienten steht aber auch die Ernährung: Aufgrund von Zahnbeschwerden, Zahnlockerung und/oder Zahnverlust fällt ihnen das Kauen schwer. Die Folge: Sie verzehren im Vergleich zu Menschen mit gesundem Kauapparat weniger Obst und faserhaltige Gemüsesorten – und ernähren sich daher weniger gesundheitsfördernd. Denn dass Obst und nichtstärkehaltiges Gemüse das Risiko für bestimmte Krebsarten senken können (Mundhöhle, Rachen, Speiseröhre, Magen und Lunge), auch darauf gibt es Hinweise aus wissenschaftlichen Studien.

© stock.adobe.com

Eine erfolgreiche Behandlung der Parodontitis kann den Verlauf einer chronischen Nierenerkrankung durchaus positiv beeinflussen. Prophylaxe und frühzeitige Behandlung sind deswegen besonders wichtig!

BEI NIERENERKRANKUNG KANN PARODONTITIS GEFÄHRLICH SEIN

Die chronische Niereninsuffizienz (CKD) stellt eine langandauernde und fortschreitende Einschränkung der Nierenfunktion dar, mit der ein gestörter Flüssigkeitshaushalt im Körper einhergeht. Das kann die Mundgesundheit beeinträchtigen und zu zahlreichen Veränderungen im Mundbereich führen. Dazu gehören verringerter Speichelfluss, Karies, Pilzinfektionen (Mundsoor), Zahnfleischbluten, Zahnfleischwucherungen – und nicht zuletzt auch eine Parodontitis. Daran erkranken besonders häufig Menschen, bei denen infolge der Niereninsuffizienz auch ein Diabetes mellitus vorliegt.

Bei CKD-Patienten mit Parodontitis verschlechtert sich nicht nur die Grunderkrankung. Auch ihr Risiko zu versterben kann sich im Vergleich zu CKD-Erkrankten ohne schwere Parodontitis erhöhen, wie beobachtet werden konnte. Als mögliche Erklärung werden die durch eine Parodontitis hervorgerufenen lokalen und systemischen Entzündungsreaktionen diskutiert. Man vermutet, dass diese zu einer Funktionseinschränkung der Nierengefäßzellen und damit zu einer reduzierten Nierenfunktion beitragen. Aber es gibt auch gute Nachrichten: Eine erfolgreiche Behandlung der Parodontitis kann den Verlauf einer chronischen Nierenerkrankung durchaus positiv beeinflussen. Prophylaxe und frühzeitige Behandlung sind deswegen besonders wichtig!

VOM MUND IN DIE LUNGE UND DIE ATEMWEGE

Auch die Wechselbeziehungen zwischen Parodontitis und Atemwegserkrankungen ist durch Studien gut belegt. Infektionen der Atemwege – etwa Lungenentzündungen – können durch schädliche Bakterien verursacht werden, die über die Atemluft aus der Mundhöhle und dem Nasen-Rachen-Raum in die unteren Atemwege eindringen. Je mehr schädliche Bakterien sich dauerhaft im Mundraum ansiedeln, umso höher auch die Gefahr für solche Infektionen. Das erklärt auch den Zusammenhang zwischen Parodontitis und Atemwegsinfektionen. Denn die Zahnbeläge (Plaque/Biofilm) in den Zahnfleischtaschen bieten den Bakterien ein Reservoir, um sich kräftig zu vermehren.

Eine Verbesserung der Mundhygiene hat deshalb positive Effekte auf die Vorbeugung solcher Atemwegserkrankungen, insbesondere bei Hochrisikogruppen. In Studien erwies sich, dass sich das Risiko für Lungenentzündungen bei älteren Menschen in Pflegeheimen oder in betreuten Wohneinrichtungen sowie bei intensivmedizinisch beatmeten Patienten durch die Entfernung von Zahnbelägen deutlich verringerte. Diese Erkenntnis ist wichtig auch für andere Personen, die aufgrund eines geschwächten Immunsystems oder anderer Erkrankungen ebenfalls zu den Risikogruppen gehören: Bereits einfache vorbeugende und therapierende Maßnahmen gegen Parodontitis, die den schädlichen Zahnbelag verringern oder ganz entfernen, zeigen erhebliche Wirkungen gegen eine Infektion der Atemwege.

Kooperieren ist der goldene Weg

Wenn ein Spezialist für Parodontologie und Zahnerhaltung und der Ärztliche Direktor einer Klinik für Gastroenterologie, Diabetologie und Ernährungsmedizin aufeinandertreffen, liegt das Thema nahe: Wir sprachen mit Prof. Dr. James Deschner und Prof. Dr. Erhard Siegel über zwei große Volkskrankheiten und über die Frage, welche Synergien es in der Behandlung geben sollte.

Der Zahnarzt erkennt Diabetes mellitus! Das klingt für den Laien zunächst irritierend. Prof. Deschner, können Sie das genauer erklären?

Prof. Deschner: Das ist gar nicht so merkwürdig, wie es klingt. Denn Diabetes mellitus hat zahlreiche Auswirkungen auch auf die Mundhöhle. Menschen mit Diabetes leiden häufig an Mundtrockenheit. Diese begünstigt nicht nur die Entstehung von Karies, sondern fördert auch die Bildung von Zahnbelag (Plaque). In dieser Plaque befinden sich zahlreiche Bakterien, die zu einer Entzündung des Zahnfleischs (Gingivitis) oder des gesamten Zahnhalteapparates (Parodontitis) führen können. Normalerweise kontrolliert unser Immunsystem die Bakterien in der Mundhöhle gut, aber wenn sie zu zahlreich werden, kann es überfordert sein – auch weil die Abwehrzellen bei einem Diabetes oft nicht richtig funktionieren. Kurz: Der Zahnarzt kann häufig schon aufgrund der Mundtrockenheit, des vermehrten Auftreten von Karies sowie der vergleichsweise stärkeren Ausprägung von Gingivitis und Parodontitis vermuten, dass ein schlecht eingestellter Blutzucker und möglicherweise ein Diabetes vorliegt.
Erste Verdachtsmomente für einen Diabetes ergeben sich aber manchmal sogar schon vor der eigentlichen Untersuchung der Mundhöhle. Diabetes mellitus ist eine Stoffwechselerkrankung, die vor allem durch einen erhöhten Blutzuckerspiegel gekennzeichnet ist. Dieser erhöhte Blutzucker kann, wenn er lange besteht, die kleinen und großen Gefäße des Körpers schädigen. So führt Diabetes häufig zu Erkrankungen der Augen, Nieren und Nerven, aber auch zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Vor der zahnärztlichen Untersuchung wird der Patient immer nach solchen Allgemeinerkrankungen befragt, sodass sich bereits im Vorfeld schon Hinweise auf das mögliche Vorliegen eines Diabetes ergeben. Aufmerksam werden wir auch bei Patienten mit typischen Risikofaktoren für Typ-2-Diabetes, etwa wenn bereits in früheren Jahren ein Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) bestand, der sich danach wieder zurückentwickelte, oder Übergewicht vorliegt.

Was verbindet Diabetiker und Parodontitis-Patienten?

Prof. Siegel: Zunächst einmal bestimmte Merkmale, die beiden Krankheiten gemeinsam sind: In beiden Fällen handelt es sich um chronische Erkrankungen, die weit verbreitet sind und immer häufiger werden. In Deutschland sind etwa 15 Prozent der Bevölkerung schwer parodontal erkrankt und rund 10 Prozent haben einen Diabetes mellitus. Dann besteht zwischen beiden Krankheiten vor allem aber auch eine enge Wechselwirkung: Der Diabetes kann viele Spätschäden haben, neben Herzinfarkt und Schlaganfall, Nerven-, Nieren- und Augenschäden eben auch häufig Komplikationen im Mundraum, insbesondere Zahnfleischentzündungen und Parodontitis. Diabetes-Patienten haben im Vergleich zu Nichtdiabetikern immerhin ein dreifach höheres Risiko, an Parodontitis zu erkranken. Die Erkrankung verläuft bei ihnen schwerer und Diabetiker verlieren mehr Zähne als Nichtdiabetiker. Der Diabetes begünstigt also die Entstehung, die Progression und den Schweregrad einer Parodontitis. Umgekehrt erschwert die Parodontitis die gute und stabile Einstellung des Blutzuckers und trägt möglicherweise sogar, wenn die Krankheit nicht erfolgreich therapiert wird, zur Entstehung eines Diabetes mellitus bei.

„Eine praktische Empfehlung kann heute nur lauten: Jeder Diabetiker sollte zum Zahnarzt überwiesen werden, wie auch umgekehrt die Zahnarztpraxis ein Screeningort für Diabetes sein sollte."

PROF. ERHARD SIEGEL

Prof. Deschner: Ja, man kann sogar von einem Teufelskreis sprechen, in dem die beiden Krankheiten sich wechselseitig verstärken. Wie bereits erwähnt, kann ein Diabetes das Risiko für Parodontitis erhöhen. Andererseits kann die Parodontitis auch zur Entstehung und zum Fortschreiten des Diabetes beitragen. Parodontitis hemmt nämlich die Aufnahme des Zuckers aus dem Blut in die Körperzellen, sodass sich dadurch der Blutzuckerspiegel erhöht und ein Diabetes entstehen kann. Der Diabetes kann nun wiederum die Entzündung und damit die Zerstörung des Zahnhalteapparates fördern und beschleunigen. Diabetes- und Parodontitis-Patienten verbindet auch, dass beide Erkrankungen zwar behandelt und kontrolliert, aber in der Regel nicht „ausgeheilt" werden können.

Ist das Risiko, an Parodontitis zu erkranken, bei Typ-1- und Typ-2-Diabetikern gleich hoch?

Prof. Siegel: Ja, das Parodontitisrisiko ist für alle Diabetestypen höher, das gilt auch für den sogenannten Schwangerschaftsdiabetes. Nicht nur ist das Risiko höher, sondern die Parodontitis verläuft bei Diabetikern häufig auch schwerer. Bei Diabetikern jeden Typs zeigen sich bei schlechter Stoffwechsellage im Durchschnitt tiefere Zahnfleischtaschen und häufigere Verluste der Verankerung der Zahnwurzel im Kieferknochen. Das erhöhte Parodontitisrisiko steht allerdings im direkten Zusammenhang mit der Kontrolle des Blutzuckerspiegels: Bei einem gut eingestellten Diabetes verschwindet auch das erhöhte Risiko. Metabolisch gut eingestellte Diabetiker sprechen ähnlich gut auf eine Parodontitistherapie an wie Nichtdiabetiker, während schlecht eingestellte Diabetes-Patienten schlechtere Ergebnisse nach parodontaler Therapie aufweisen.

Wie können Diabetologen oder Allgemeinmediziner erkennen, dass ihre Patienten auch an einer Parodontitis erkrankt sind?

Prof. Siegel: In der Diabetologie sollte die Kontrolle des Zahnstatus grundsätzlich zur routinemäßigen Untersuchung dazugehören. Anzeichen einer Parodontitis sind gerötetes, blutendes oder geschwollenes Zahnfleisch, Eiter aus den Zahnfleischtaschen, schlechter Geschmack im Mund, Mundgeruch, lockere Zähne, vergrößerte Zahnzwischenräume sowie Zahnstein und Zahnbeläge. Die Abfrage des Zahnstatus sollte mithilfe eines standardisierten Fragebogens durchgeführt werden, der an den behandelnden Zahnarzt übermittelt und von ihm vervollständigt wird.

Worin liegt der Vorteil, wenn Zahnärzte und Diabetologen über ihr eigentliches Fachgebiet hinausschauen?

Prof. Siegel: Sowohl Diabetes mellitus als auch Parodontitis sind Erkrankungen, die so komplex sind, dass sie die Fachgrenzen überschreiten. Deshalb müssen sie auch interdisziplinär betreut werden. Ohne richtige Blutzuckereinstellung kein Langzeiterfolg bei der parodontalen Therapie. Und ohne optimale parodontologische und dentalhygienische Behandlung lassen sich umgekehrt kaum langfristig die Entzündungswerte im Blut senken. Beides geht also Hand in Hand. →

„Wenn der Zahnarzt über Verlauf und Zustand des Diabetes informiert ist, kann er das Risiko für die Entstehung und das Fortschreiten einer bereits bestehenden Parodontitis viel besser einschätzen."

PROF. JAMES DESCHNER

Prof. Deschner: Zahnärzte und Diabetologen behandeln zwar verschiedene Erkrankungen, aber für den Therapieerfolg ist es entscheidend, auch die jeweils andere Erkrankung fest im Blick zu haben. Wenn der Zahnarzt über Verlauf und Zustand des Diabetes informiert ist, kann er das Risiko für die Entstehung und das Fortschreiten einer bereits bestehenden Parodontitis viel besser einschätzen und auf dieser Grundlage Therapieentscheidungen treffen und die Nachuntersuchungsintervalle passgenau festlegen. Außerdem kann er das Risiko für zahnärztliche Notfälle und Wundheilungsstörungen nach zahnärztlichen Eingriffen deutlich senken. Ein Diabetologe wiederum kann seine Patienten mit Diabetes auf die Gefahren der Entstehung einer Parodontitis hinweisen und sie zur Zahnpflege sowie zum regelmäßigen Zahnarztbesuch ermutigen. Dadurch kann der „Teufelskreis", also der gegenseitige negative Einfluss von Diabetes und Parodontitis aufeinander, zum Wohle der Patienten von beiden Seiten aus durchbrochen werden.

Wie könnten sich im Idealfall Zahn- und Humanmedizin ergänzen?

Prof. Siegel: Zu den Wechselwirkungen, auch für den langfristigen therapeutischen Erfolg, haben wir ja bereits einiges gesagt. Meiner Ansicht nach gehört zur idealen fachübergreifenden Zusammenarbeit aber auch die aktive Einbindung des Patienten dazu. Die Behandlung einer Parodontitis muss Teil des Diabetesmanagements sein – inklusive der Aufklärung des Patienten über sein erhöhtes Parodontitisrisiko, die Wichtigkeit der richtigen Mundpflege und die routinemäßige Überweisung zum Zahnarzt.
Umgekehrt sollte die zahnärztliche Praxis Patienten, die offensichtliche Risikofaktoren für einen Diabetes und Anzeichen einer Parodontitis aufweisen, über ihr Diabetesrisiko aufklären. Die zahnärztliche Praxis könnte in diesem Fall einen Screeningtest auf Diabetes durchführen und den Patienten zum Hausarzt/ärztin oder Diabetologen/in überweisen. Im Rahmen der Anamneseerhebung sollte außerdem bei Diabetikern der Krankheitstyp, der Zeitpunkt der Erkrankung und der Diabetes-assoziierten Komplikationen, die Therapie sowie der Blutzuckerwert erfragt werden.
Eine praktische Empfehlung kann heute nur lauten: Jeder Diabetiker sollte zum Zahnarzt überwiesen werden, wie auch umgekehrt die Zahnarztpraxis ein Screeningort für Diabetes sein sollte.

Prof. Deschner: Die Zahnmedizin muss sich selbst als Teil der Humanmedizin betrachten, und diese sollte wiederum auch die orale Gesundheit als integralen Bestandteil der Allgemeingesundheit betrachten. Die enge Zusammenarbeit zwischen Zahn- und Humanmedizin sollte selbstverständliche Praxis werden. Die Zahn- und die Humanmediziner müssen die Zusammenhänge zwischen Mund- und Allgemeingesundheit kennen, ihre Patienten darüber kompetent aufklären und die Erkrankungen des jeweils anderen Fachbereichs vom Patienten erfragen. Gemeinsame Informationsveranstaltungen, Aufklärungsbroschüren, Fallbesprechungen und gegenseitige Patientenüberweisungen könnten zu festen Routinen werden. Und schließlich sollten sich auch wissenschaftliche Studien unter Beteiligung beider Disziplinen den Zusammenhängen zwischen Mund- und Allgemeingesundheit widmen.

„Regelmäßige zahnärztliche Kontrollen fördern nicht nur die Mundgesundheit, sondern auch eine optimale Blutzuckereinstellung, was wiederum vor Folge- und Begleiterkrankungen des Diabetes schützt."

PROF. JAMES DESCHNER

Herr Prof. Siegel, was kann ein Diabetes-Patient tun, um eine Parodontitistherapie zu unterstützen?

Prof. Siegel: Eine regelmäßige und gründliche Mundhygiene mit sorgfältiger und regelmäßiger Reinigung von Zähnen und Zahnfleisch ist eine wichtige Voraussetzung, um Erkrankungen des Zahnhalteapparates vorzubeugen. Hierzu gehören auch die Verwendung von Zahnseide und Zahnzwischenraumbürsten. Regelmäßige zahnärztliche Kontrolluntersuchungen und professionelle Zahnreinigungen sind ebenfalls ein Muss. Natürlich trägt ansonsten vor allem eine gesunde Lebensführung zur Krankheitsvorbeugung bei: Mit dem Verzicht aufs Rauchen, abwechslungsreicher und ausgewogener Ernährung, ausreichend Bewegung und Vermeidung von zu viel Stress kann das Risiko für Parodontitis weiter gesenkt werden.

Und wie können Zahnärzte das Diabetesmanagement ihrer Patienten unterstützen?

Prof. Deschner: Durch eine Parodontitisbehandlung wird die Aufnahme des Zuckers aus dem Blut in die Zellen gefördert, sodass der Blutzuckerspiegel bei Typ-2-Diabetikern wieder sinkt. Regelmäßige zahnärztliche Nachkontrollen und ggf. erneute Behandlungen fördern nicht nur die Mundgesundheit, sondern auch eine optimale Blutzuckereinstellung, was wiederum vor Folge- und Begleiterkrankungen des Diabetes schützt. Zahnärzte sollten außerdem ihre Patienten motivieren, sich gesund zu ernähren, Sport zu treiben und bei Übergewicht abzunehmen.

Gibt es einen Rat, den Sie Ihren Patienten mit auf den Weg geben?

Prof. Siegel: Als Diabetiker haben Sie eine höhere Gefahr, an Parodontitis zu erkranken. Aber die Parodontitis ist kein Schicksal. Sie können aktiv gegensteuern, indem Sie Ihren Mund durch gute Pflege und regelmäßige Besuche beim Zahnarzt so gesund wie möglich halten. Dasselbe gilt natürlich auch für die Gesundheit allgemein – begeben Sie sich in gute, regelmäßige fachärztliche Betreuung und pflegen Sie einen aktiven Lebensstil.

Prof. Deschner: Da kann ich mich nur anschließen! Betrachten Sie Ihre Mundhöhle als einen wichtigen Teil des Gesamtorganismus. Mundgesundheit ist nicht nur wichtig für Kaukomfort, Sprechen und Ästhetik, sondern auch untrennbar mit der Allgemeingesundheit verbunden.

DIE EXPERTEN
Univ.-Prof. Dr. med. dent. James Deschner, Zahnarzt und Direktor der Poliklinik für Parodontologie und Zahnerhaltung der Universitätsmedizin Mainz an der Johannes Gutenberg-Universität
Prof. Dr. med. Erhard G. Siegel, Facharzt für Innere Medizin und Ärztlicher Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Diabetologie und Ernährungsmedizin am St. Josefskrankenhaus Heidelberg GmbH

VORSICHT FALLE:

8 Gerüchten auf den Zahn gefühlt

Nicht nur die Zahnfee gehört dazu – auch sonst sind viele Mythen und Märchen über unsere Zähne im Umlauf. Vieles davon hat vor der Realität genauso wenig Bestand wie das Fabelwesen, das angeblich nachts die Milchzähne einsammelt. Das Problem: Selbst Erwachsene sitzen noch manchem Märchen auf. Das hat fatale Folgen für die Mundgesundheit. Wir ziehen deshalb hier den 8 wichtigsten Mythen mal die Zähne:

Mythos 1
„Zahnfleischbluten ist normal."

Ganz und gar nicht! Gesundes Zahnfleisch blutet nicht. Blutungen sind immer ein Alarmsignal dafür, dass etwas nicht stimmt. Es kann ein Zeichen für andere Erkrankungen, eine Zahnfleischentzündung oder für den Beginn einer Parodontitis sein. Diese kann über längere Zeit unbemerkt voranschreiten. Wenn Schmerzen auftreten, ist es meist schon zu spät und unwiderruflicher Knochenverlust hat sich ausgedehnt. Daher: Warten Sie nicht, bis Sie Schmerzen verspüren. Regelmäßige zahnärztliche Untersuchung des Zahnfleischs sorgt für frühzeitiges Erkennen von Erkrankungen. Und je eher die Therapie einsetzt, umso erfolgreicher sind Sie vor weiteren Schäden geschützt – und vor den höheren Kosten für spätere, aufwendigere Behandlungen.

© lisa peh/unsplash.com

Mythos 2
„Zahnfleischrückgang ist eine Alterserscheinung."

Irrtum! Im Laufe unseres Lebens zeigen sich auch am Zahnfleisch Alterserscheinungen – das ist tatsächlich ein ganz normaler Vorgang. Aber die häufigste Ursache für Zahnfleischrückgang ist nicht das Alter, sondern eine Krankheit: die Parodontitis. Diese taucht gelegentlich auch schon bei jungen Erwachsenen und sogar bei Kindern auf.

Zu den Ursachen von Zahnfleischrückgang in jungen Jahren gehört ein zu kräftiges und energisches Zähneputzen, aber auch Zahnfehlstellungen oder Piercings, die die korrekte Zahnpflege behindern und Entzündungen verursachen können – all dies erleichtert das Freiliegen der Wurzeloberfläche.

Die gute Nachricht: Diese Situation kann durch Anleitungen zum korrekten Zähneputzen und im schlimmsten Fall durch Zahnfleischtransplantationen behandelt und korrigiert werden, um sowohl die Gesundheit als auch die Ästhetik zu verbessern.

Mythos 3
„Speichel ist schuld am vielen Zahnstein."

Nicht nur! Es stimmt zwar: Die Zusammensetzung des pH-Werts im Speichel ist mitverantwortlich dafür, wie schnell und in welcher Menge sich in unserem Mund Zahnstein bildet – und sie ist von Mensch zu Mensch verschieden. Aber Zahnstein ist mineralisierter Zahnbelag – und der wird nicht allein durch Speichel gebildet, sondern entsteht durch den Bakterienstoffwechsel und längere Anlagerung der Bakterien an der Zahnoberfläche. Schon wenige Minuten nach einer korrekten Zahnreinigung heften sich Bakterien an die Zahnoberfläche an und bilden im Laufe der nächsten 24 Stunden einen Biofilm (Plaque). Wird dieser nicht durch zweimal tägliches Zähneputzen entfernt, siedeln sich immer mehr Keime an, vermehren sich, die Plaqueschicht wird dicker und mineralisiert. Kurz: Zahnstein entsteht.

Richtiges, umfassendes und gründliches Zähneputzen minimiert die Bildung von Zahnstein – ganz unabhängig vom Zustand Ihres Speichels!

Mythos 4
„Tabak verfärbt die Zähne nur, macht sie aber nicht krank."

Definitiv falsch! Denn Tabak richtet nicht nur ästhetischen Schaden in Form von Farbbelägen oder Mundgeruch an. Raucher haben vielmehr auch ein deutlich erhöhtes Risiko, an Parodontitis zu erkranken. Die Krankheit schreitet bei ihnen zudem schneller voran und sie sprechen häufig weniger gut auf die Behandlung an, was den Verlust von Zähnen nach sich ziehen kann. Damit noch nicht genug: Zusammen mit Alkohol ist Rauchen außerdem die Hauptursache für Mundhöhlenkrebs.

Auf dem Weg in ein rauchfreies Leben gibt es Unterstützung: Die Krankenkassen bieten Rauchentwöhnungsprogramme an oder fördern die Teilnahme. Erkundigen Sie sich doch einmal unverbindlich bei Ihrer Krankenversicherung!

Mythos 5
„Ich putze mir sogar dreimal am Tag die Zähne: Da kann mein Zahnfleisch nur gesund sein!"

Falsch gedacht! Beim Zähneputzen kommt es nicht nur auf die Häufigkeit an, sondern vor allem auf die Gründlichkeit. Das betrifft sowohl die Dauer des Putzens als auch das systematische Vorgehen dabei: Achten Sie darauf, sich mindestens 2 Minuten Zeit zum Zähneputzen zu nehmen: Danach sind 41 Prozent des Zahnbelags beseitigt, nach einer Minute nur 27 Prozent. Wichtig: Reinigen Sie auch die schwer erreichbaren Stellen wie die Zwischenräume. Dreimal täglich nach den Mahlzeiten kann das nicht schaden – aber lieber zweimal täglich gründlich als dreimal kurz und oberflächlich!

Mythos 6
„Es ist egal, welche Zahncreme ich benutze."

Nur teilweise! Das stimmt nur in einer Hinsicht: Wenn es um die Entfernung von Biofilm geht, ist es sogar egal, ob Sie überhaupt eine Zahnpasta benutzen – denn gegenüber der Reinigung mit der Zahnbürste allein lässt sich kein zusätzlicher Effekt nachweisen.

Aber ansonsten tun Zahnpasten durchaus ihre Wirkung – und dies mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Zahncremes für empfindliche Zähne haben beispielsweise einen geringen RDA-Wert (Wert für den Abrieb durch Polierkörper) und als Zusatz spezielle Inhaltsstoffe, die Beschwerden lindern können. Aufhellende Zahncremes besitzen hingegen oft einen höheren RDA-Wert, um oberflächliche Verfärbungen besser zu entfernen, verursachen dabei aber auch einen höheren Abrieb der Zähne. Daher sind sie für den Dauergebrauch und für empfindliche Zähne eher ungeeignet. Eine Zahnpasta mit einem sehr geringen RDA-Wert hingegen hat zwar einen geringen Abrieb, aber auch eine geringere Reinigungswirkung.

In einem aber sollten sich Zahncremes tatsächlich alle gleichen: Sie sollten Fluorid enthalten. Es sorgt nachweislich dafür, dass die Zahnhartsubstanz gestärkt wird und Ihre Zähne weniger kariesanfällig sind.

Mythos 7
„Implantate muss man nicht reinigen."

Ein fataler Irrtum! Implantate müssen mindestens genauso gereinigt werden wie die natürlichen Zähne – wenn nicht sogar noch etwas sorgfältiger, weil sie anders als die eigenen Zähne ohne Schutzmechanismen sind und noch weniger Belag vertragen als diese. Fehlt die gründliche regelmäßige Reinigung, kann es durch die bakteriellen Beläge zu einer Entzündung der Schleimhaut um das Implantat herum kommen (periimplantäre Mukisitis), die im schlimmsten Fall auf den implantattragenden Knochen übergehen und diesen abbauen kann (Periimplantitis) – ein erhebliches Risiko für den Erhalt des Implantats. Neben der Reinigung mit einer Zahnbürste und Zahnpasta sollten die Zwischenräume unbedingt auch mit Zahnzwischenraumbürsten gereinigt werden.

Mythos 8
„Zahnseide ist genauso gut wie Interdentalbürsten."

Nicht ganz! Die Zahnzwischenräume machen immerhin rund 40 Prozent der Zahnoberflächen aus. Es ist also wichtig, auch diese verborgenen Stellen zu reinigen, die die Zahnbürste (unabhängig von Borstendesign oder Zahnbürstentyp) nicht erreicht. Das beste Hilfsmittel dafür sind Interdentalbürsten, die die bakteriellen Beläge auch in den Einziehungen der Zähne effektiver entfernen als Zahnseide. Das gilt jedoch nur, wenn Sie für jeden Zahnzwischenraum auch die richtige Bürstengröße wählen, sodass die Borsten auch die Zahnoberflächen erreichen … und wenn Sie die Bürste richtig handhaben.

Tipps zur optimalen Mundhygiene finden Sie auch **auf Seite 19 und 20.**

DG PARO-PATIENTENRATGEBER

Aufklärung in Sachen Gesundheit

Die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) steht für Aufklärung! Deshalb haben wir bereits sieben Ratgeber veröffentlicht, in denen Patienten alle wichtigen Informationen zur Parodontitis erhalten – von der Früherkennung und Vorbeugung über die Wechselwirkung mit anderen Erkrankungen bis hin zu Behandlungsweisen von Erkrankungen des Zahnhalteapparates.
Die DG PARO-Patientenratgeber sind informative Wegweiser, die Krankheitsbilder und Behandlungen anschaulich in Text und Bild erklären. Interessierte erhalten außerdem nützliche Tipps, was sie selbst für Ihren Zahnerhalt tun können. Regelmäßiges Zähneputzen und Kontrollbesuche beim Zahnarzt sind essenziell für gesunde Zähne und gesundes Zahnfleisch, weshalb mit den Ratgebern auch das Bewusstsein für eine gute Zahnpflege geschärft werden soll.

RATGEBER 1: Parodontitis – verstehen, vermeiden und behandeln

RATGEBER 2: Gesundes Zahnfleisch bei Kinderwunsch und Schwangerschaft

RATGEBER 3: Parodontale Nachsorge – Unterstützende Parodontitistherapie

RATGEBER 4: Implantate – Vorbehandlung, Pflege, Erhalt

RATGEBER 5: Halitosis – Ursachen und Behandlung von Mundgeruch

RATGEBER 6: Parodontitis und Diabetes

RATGEBER 7: Risikoerhöhung von Herz- und Gefäßerkrankungen

Wenn Sie sich für eines oder mehrere Themen der DG PARO-Patientenratgeber interessieren, dann sprechen Sie Ihren Zahnarzt an. Sie finden die Ratgeber auch auf unserer Website **www.dgparo.de** im Patientenbereich zum Download.

Ein Dank an unsere Expertinnen und Experten!

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. Lisa Hezel, Magdeburg

Die DG PARO bedankt sich bei den Autoren:

Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Thomas Beikler
Poliklinik für Parodontologie, Präventive Zahnmedizin und Zahnerhaltung
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf/UKE, 20246 Hamburg

Prof. Dr. med. dent. Bettina Dannewitz
Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. Bettina Dannewitz und Dr. Yuri Glass, Weilburg

Poliklinik für Parodontologie, Zentrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Carolinum) der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Prof. Dr. med. dent. James Deschner
Poliklinik für Parodontologie und Zahnerhaltung der Universitätsmedizin Mainz an der Johannes Gutenberg-Universität

Deutsche Diabetes Stiftung
www.diabetesstiftung.de

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.
www.dge.de

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe
www.diabetesde.org

Prof. Dr. med. dent. Henrik Dommisch
Abteilung für Parodontologie, Oralmedizin und Oralchirurgie
CharitéCentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Dr. med. dent. Lisa Hezel
Zahnarztpraxis Dr. Hezel
Magdeburg

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Holger Jentsch
Funktionsbereich Parodontologie der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie
Department für Kopf- und Zahnmedizin
Universitätsklinikum Leipzig AöR

Dr. med. dent. Denica Kuzmanova
Abteilung für Parodontologie, Oralmedizin und Oralchirurgie
CharitéCentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. med. dent. Ulrich Schiffner
Poliklinik für Parodontologie, Präventive Zahnmedizin und Zahnerhaltung
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf/UKE, 20246 Hamburg

Prof. Dr. med. dent. Petra Schmage
Poliklinik für Parodontologie, Präventive Zahnmedizin und Zahnerhaltung
Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf/UKE, 20246 Hamburg

Prof. Dr. med. Erhard Siegel
Klinik für Gastroenterologie, Diabetologie und Ernährungsmedizin am St. Josefskrankenhaus Heidelberg GmbH

Prof. Dr. med. dent. Johan Wölber
Klinik für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie
Department für Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde
Universitätsklinikum Freiburg

© C. Marohl (Kuzmanova), G. Born (Dommisch), A. Daouk (Dannewitz)

Wer ist die DG PARO?

Die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e. V. mit aktuell über 5.000 aktiven Mitgliedern ist eine der ältesten und größten zahnmedizinischen Fachgesellschaften. Heute noch so fortschrittsorientiert wie bei ihrer Gründung vor fast 100 Jahren, lautet ihr Ziel: Forschung in der Parodontologie und Aufklärung zum Wohle der Patienten und Patientinnen.

Auf ihrem Patientenportal bietet die DG PARO umfangreiches Informationsmaterial zur Volkskrankheit Parodontitis in Form von Videos, Illustrationen und Ratgebern. Dort wird der aktuelle Forschungsstand zu Diagnose, Wechselwirkungen und Behandlung allgemeinverständlich zusammengefasst.

Das neue Wartezimmermagazin PAROplus, das Sie hier in den Händen halten, möchte Sie über die wichtigsten medizinischen Erkenntnisse aufklären und Ihr Bewusstsein dafür schärfen, wie Mundgesundheit und Allgemeingesundheit zusammenhängen.

Sie wollen die PAROplus lesen, wo immer Sie wollen?
Oder sie unkompliziert mit anderen teilen?
Der QR-Code führt Sie direkt zur Online-Version des Magazins.

www.dgparo.de

DG PARO