

NEUE ARBEITSGRUPPE PARODONTOLOGIE E.V.



Inhalt:	
Editorial	30
Aufruf zum Klassenkampf	
Originalartikel	31
Gehrig Holger, Jähne Andreas	
Rauchen kostet Zähne	
Tabakentwöhnung in der zahnärztlichen Praxis	
NAGP-Dissertationspreis 2010	
Jenzsch, Axel	
Ernährungsintervention - klinisch-parodontologische, mikrobiologische und immunologische Variablen bei Patienten mit metabolischem Syndrom im Verlauf von zwölf Monaten	38
Staab, Benedikt	
Einfluss eines probiotischen Milchgetränkes auf die Ausprägung einer experimentellen-Gingivitis - Pilotstudie	39
Impressum	40

EDITORIAL

Aufruf zum Klassenkampf

Gute Arbeit hat einen Wert. Und hochqualifizierte Arbeit muss angemessen vergütet werden. Das kann auch im medizinischen Bereich nicht anders sein.

Natürlich sehen das die, die bezahlen sollen, grundsätzlich anders: Da wird an der Schraube gedreht, solange kein nennenswerter Widerstand kommt. Mehr Druck, mehr Kontrolle, mehr Arbeitsaufwand, weniger Honorar. Immer wieder wird das alte Klischee vom Großverdiener im weißen Kittel bemüht und im Notfall die ethische Keule herausgeholt, um das anwachsende medizinische Proletariat mundtot zu machen.

Es ist nicht unethisch, wenigstens eine Besitzstandswahrung einzufordern – eigentlich eines der Grundrechte in unserem Lande.

Es ist auch nicht unethisch, nach 8 Jahren hochqualifizierter Ausbildung ein Einkommen oberhalb des Durchschnittes der Facharbeiter zu erwarten.

Und es ist auch nicht unethisch, für diese Rechte zu kämpfen und notfalls auch in den Ausstand zu gehen.

Natürlich wird uns dann mit den gräulichsten Konsequenzen gedroht und versucht, uns gegeneinander auszuspielen – wer sich mit der Geschichte des Klassenkampfes beschäftigt, erkennt die Strategie wieder... Wann ist endlich der Leidensdruck so groß, dass wir uns nicht mehr abspeisen lassen und endlich die internen Querelen

beiseitelegen, um geschlossen gegen Ausbeutung vorzugehen?

Wer glaubt denn noch wirklich den scheinheiligen Versprechungen der FDP, dass sie uns ja angemessen honorieren würden, wenn sie sich nur durchsetzen könnten... haben die jemals zugunsten der Ärzte und Zahnärzte so ein Drama in der Koalition losgetreten wie anlässlich der Herdprämie oder der Steuer-CDs? An Taten, nicht an Worten sollt Ihr sie messen.

Es wird Zeit, in die Offensive zu gehen. Wenn die wunderbare neue GOZ uns davon nicht überzeugt hat, was dann?

Natürlich haben wir Angst vor drastischen Schritten – wir haben ja noch nicht viel Übung als Proletarier... aber man wächst an seinen Aufgaben. Wir müssen den Arbeitskampf organisieren! Ich rege die Schaffung einer Streikkasse an, die Ausfälle bei Praxisschließung ausgleicht, damit diese nicht wie bisher auf eigenes Risiko geht. Das könnte helfen, die Angst vieler Kollegen vor einer Arbeitsniederlegung zu mindern.

Wenn man uns systematisch zu Proletariern macht, dürfen wir uns auch so benehmen. Solidarität ist keine Einbahnstraße.

Eva Streletz

ORIGINALARTIKEL

Rauchen kostet Zähne

Tabakentwöhnung in der zahnärztlichen Praxis

Ein Beitrag von Dr. med. dent. Holger Gehrig MSc., Kandel, und Dr. med. Andreas Jähne, Freiburg

Nach Angaben des Deutschen Krebsforschungszentrums aus dem Jahr 2009 waren im Jahr 2006 30 Prozent der erwachsenen Deutschen Raucher. Gerade in der Mundhöhle sind die Auswirkungen des Rauchens – von Zahnverfärbungen und Mundschleimhauterkrankungen bis zu Parodontitis und Periimplantitis – deutlich sichtbar und die Behandlungskonsequenzen unmittelbar. Der Zahnarzt sieht seine Patienten regelmäßig und ist daher prädestiniert, eine Tabakberatung und -entwöhnung durchzuführen. Mithilfe einer strukturierten Therapie und konkreten Anleitungen zur Gesprächsführung kann dies einfach und zeiteffektiv gelingen.

Tabakinduzierte Erkrankungen

Tabakrauch gilt als wichtigster ätiologischer Faktor für die Entwicklung der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung und von Lungenkrebs sowie als wesentlicher Risikofaktor für die Entstehung der koronaren Herzkrankheit, von Schlaganfall und von verschiedenen Krebsarten (Fagerström 2002, U.S. Department of Health and Human Services 2004). Tabakkonsum schädigt auch die Mund- und Zahngesundheit auf vielfältige Weise. Weitläufig bekannt sind die direkten Folgen des Tabakrauchs auf die Mundschleimhaut, wie Krebs in der Mundhöhle und im Rachen. Typische Veränderungen der Mundschleimhaut sind auch Pigmentierungen, entzündliche Veränderungen und Keratinisierungsstörungen (Bengel 2003). Die Leukoplakie tritt vor allem bei Rauchern auf und gilt als Krebsvorstufe. Die Abbildung 1 zeigt eine histologisch gesicherte Leukoplakie am weichen Gaumen eines starken Rauchers.



Abb.1: Leukoplakie am weichen Gaumen eines starken Rauchers

Rauchen und Parodontalerkrankungen
Tabakkonsum gilt aber auch als signifikanter Risikofaktor für die Entstehung und das Fortschreiten einer Parodontitis (Laxman und Annaji 2008, Rivera-Hidalgo 2003) (Abb.2a und b).



Abb.2a und b: Tiefe Zahnfleischtaschen bei Parodontitis

ORIGINALARTIKEL

Die Odds Ratio für die Entwicklung einer chronischen Parodontitis beträgt dabei nach einer Metaanalyse von Papapanou (1996) 2,82. Dies bedeutet, dass die Chance, eine chronische Parodontitis zu entwickeln, bei Rauchern fast dreimal so hoch ist wie bei Nichtrauchern (Abb. 3a). Stärkere Raucher (> 10 Zigaretten pro Tag) tragen ein noch höheres Risiko (Tonetti 1998). Aber auch das Passivrauchen birgt ein erhöhtes Risiko für die Etablierung einer chronischen Parodontitis (Nishida et al. 2006). Raucher mit einem IL-1 Polymorphismus weisen deutlich größere Attachmentverluste und Sulkussondierungstiefen auf (McGuire und Nunn 1999). Im Vergleich zu Nichtrauchern findet man bei Rauchern mit Parodontitis reduzierte klinische Entzündungszeichen (Haffajee und Socransky 2001). Daher sind bei Rauchern die Alarmzeichen einer beginnenden Parodontitis, wie Zahnfleischbluten, geringer ausgeprägt als bei Nichtrauchern. Dieses Phänomen wird von rauchenden Patienten häufig fehlinterpretiert.

Rauchen und Periimplantitis

Auch an einem Implantat kann es wie bei einem natürlichen Zahn zu einer Entzündung der umgebenden Gewebe kommen. Bei der Periimplantitis ist auch der ortständige Knochen betroffen, was zu einem kompletten Verlust des für den Patienten kostenintensiven Implantates führen kann. Tabakkonsum gilt als signifikanter Risikofaktor für die Entstehung einer Periimplantitis (Heitz-Mayfield 2008). Die Abbildung 3b zeigt zwei schon gelockerte Implantate bei einem starken Raucher mit einem für eine Periimplantitis typischen Knochenabbau.

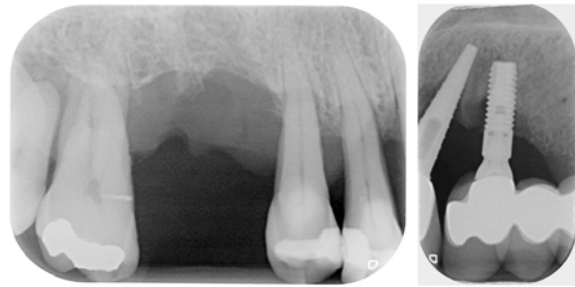


Abb.3a und b: Knochenabbau bei Parodontitis und Periimplantitis

Negativer Einfluss des Rauchens auf die Therapie

Auch Raucher profitieren von einer nicht chirurgischen oder chirurgischen Therapie der Parodontitis. Nach Johnson und Guthmiller (2007) sind allerdings die Verbesserungen der klinischen Parameter um 25 bis 50 Prozent schlechter als bei Nichtrauchern. Es gibt deutliche Hinweise, dass bei Rauchern signifikant mehr Frühverluste bei Implantaten auftreten. Grund hierfür scheint die mangelhafte oder fehlende Osseointegration zu sein (Palma-Carrio et al. 2011). Zudem kann es bei Rauchern nach Zahnextraktionen und zahnärztlichen chirurgischen Routineeingriffen zu einer verzögerten Wundheilung kommen (Balaji 2008).

Nutzen eines Rauchstopps

In einer prospektiven Studie untersuchten Preshaw et al. (2005) den Effekt eines Rauchstopps auf die nicht chirurgische Parodontitistherapie über einen Zeitraum von zwölf Monaten. Im Vergleich zu Patienten mit chronischer Parodontitis, die rauchten oder intermittierende „Aufhörer“ waren, wurde bei Patienten nach einem Rauchstopp ein statistisch signifikant größerer Rückgang der Taschentiefen festgestellt. Es gibt somit hinreichend Evidenz, dass Rauchen mit Parodontalerkrankungen assoziiert ist. Ein Rauchstopp führt nach Hillgers und Kinane (2004) zu einer Verbesserung der allgemeinen und der parodontalen Gesundheit. Zahnärzte sollten daher ihre Patienten über die Folgen des Rauchens

ORIGINALARTIKEL

und den Nutzen eines Rauchstopps aufklären und, wenn möglich, eine Beratung zur Rauchentwöhnung anbieten.

Tabakentwöhnung – eine Aufgabe des zahnärztlichen Teams

Um das Problem der tabakassoziierten Erkrankungen mit all ihren Folgen zu bekämpfen, beschlossen die Mitgliedsstaaten der WHO im Jahr 2003 einstimmig eine Rahmenkonvention zur Tabakkontrolle (Framework Convention on Tobacco Control, WHO 2004). Im Jahr 2004 ratifizierte Deutschland diese Konvention, sie trat 2005 in Kraft (Bätzing 2009). Für den zahnmedizinischen Bereich ist der Artikel 14 der Konvention von Bedeutung (Ayo-Yusuf 2005). Danach sollten von den Vertragsparteien Angebote zur Tabakentwöhnung in die nationalen Gesundheitsprogramme aufgenommen werden. Auf europäischer Ebene gab es bereits im Jahr 1997 eine Konsensuskonferenz der „EU-Working Group on Tobacco and Oral Health“ in Kopenhagen (Legarth und Reibel 1998). Ein Ziel war, dass europäischen Zahnärzten ihre Rolle in der Prävention und Therapie tabakinduzierter Erkrankungen bewusst gemacht werden sollte. Dabei wurde auch auf die Bedeutung der Rauchstoppberatung durch Zahnärzte hingewiesen.

In Deutschland gab der Drogen- und Suchtrat im Jahr 2008 Empfehlungen an die Drogenbeauftragte der Bundesregierung für ein „Nationales Aktionsprogramm zur Tabakprävention“. Darin enthalten war die Strategieempfehlung, dass die Ärzteschaft zur „systematischen Beratung und (Kurz-)Intervention zur Raucherberatung“ qualifiziert werden sollte. Die Bundeszahnärztekammer formulierte im Jahr 2004 „Mundgesundheitsziele für Deutschland – 2020“, die auf den „Global Goals for Oral Health“ der FDI aus dem Jahr 2003 basierten (Hobdell et al. 2003). Zahnärzte sollten dabei die Patienten auch über die Folgen des Rauchens aufklären und eine Beratung

zur Raucherentwöhnung anbieten.

Im Jahr 2008 wurde ein erneutes „Konsensusedokument des 2. Europäischen Workshops über die Prävention und den Ausstieg aus dem Tabakkonsum für das zahnmedizinische Praxisteam“ verabschiedet (Ramseier et al. 2010). Dabei wurde festgestellt, dass das zahnärztliche Team bei der Hilfe zur Tabakentwöhnung gegenüber rauchenden Patienten in der Verantwortung steht. Gleichzeitig wurde gefordert, dass Kenntnisse in der Tabakentwöhnung in die Ausbildung der zahnärztlichen Fachkräfte integriert werden sollen. Im Jahr 2009 wurde auf dem „1st European workshop on periodontal education“ in zwei Konsensuspapieren gefordert, dass Raucherentwöhnung sowohl im klinischen (Sanz und Meyle 2010) als auch im postgraduierten Studium (Van der Velden und Sanz 2010) gelehrt werden soll.

Verantwortung der Zahnärzte

Die Patienten gehen überwiegend regelmäßig zum Zahnarzt. Aus diesem Grund ist das zahnärztliche Team prädestiniert, eine Beratung zum Tabakkonsum und zur Tabakentwöhnung durchzuführen (Micheelis und Reiter 2006, Casals Peidró et al. 2008, Tomar 2001, Gehrig 2010). In einer bundesweiten Umfrage unter 1127 niedergelassenen Zahnärzten wurde festgestellt, dass die Zahnärzte sich zu einem großen Teil ihrer Verantwortung bei der Tabakberatung und -entwöhnung ihrer Patienten bewusst sind (Gehrig 2010). Bisher wird aber routinemäßig in deutschen Zahnarztpraxen weder eine Raucheranamnese noch eine Raucherberatung oder -entwöhnung durchgeführt. Die Umfrage ergab aber eine große Bereitschaft für eine entsprechende Weiterbildung. Die Universität Freiburg setzte entsprechende Forderungen bereits um und hat im Masterstudiengang „Parodontologie und Periimplantäre Therapie“ einen Kurs mit dem im Folgenden beschriebenen Konzept zur strukturierten Tabakentwöhnung integriert. Eine Vorlesung zu diesem Thema gibt es für die Freiburger Studie-

ORIGINALARTIKEL

renden der Zahnheilkunde im zweiten klinischen Semester.

Tabakabhängige Patienten benötigen Hilfe

Etwa die Hälfte der Raucher ist anhand klinischer Kriterien tabakabhängig (Hughes et al. 2006), die Abhängigkeit ist körperlich und psychisch. Obwohl die überwältigende Mehrheit der Raucher (80 bis 90%) prinzipiell das Rauchen aufgeben oder zumindest ihren Zigarettenkonsum reduzieren will (Andreas et al. 2006), ist aufgrund der Abhängigkeitsentwicklung nur eine Minderheit der Raucher in der Lage, das Rauchen langfristig aufzugeben (Breitling et al. 2009). Etwa 30 Prozent der Raucher unternehmen innerhalb eines Jahres mindestens einen ernsthaften Versuch, das Rauchen einzustellen. Dieser ist ohne Unterstützung allerdings in weniger als fünf Prozent der Fälle für die nächsten zwölf Monate erfolgreich (Andreas et al. 2006). Schon der ärztliche Rat, mit dem Rauchen aufzuhören, besitzt nach neueren Studienergebnissen eine wichtige Initialwirkung für die Rauchstoppmotivation und die tatsächliche Rauchabstinenz der Patienten (Mäkinen und Alenius 2010, Stead et al. 2007).

Der Zahnarzt als Therapeut?

Obwohl 84 Prozent der deutschen Zahnärzte Raucherberatung für „sehr wichtig oder wichtig“ halten, gibt es bisher verschiedene Hindernisse wie Zeitmangel und fehlende Kenntnisse, um eine Raucherentwöhnungstherapie anzubieten (Gehrig 2010). Um diese Barrieren für die Durchführung von Raucherentwöhnungen zu beseitigen, haben wir eine einfache und effektive Basistherapie zur Tabakentwöhnung entwickelt. Sie ermöglicht es Zahnärzten, mit einem relativ geringen Zeitaufwand aufhörwilligen Rauchern den Ausstieg aus der Sucht zu erleichtern.

Eine genaue Anleitung zu dieser Therapie mit Beispielen zur Gesprächsführung und

Arbeitsmaterialien für Arzt und Patient findet sich in „Einfach Erfolgreich Rauchfrei – Ein Leitfaden für die zahnärztliche Praxis. Tabakentwöhnung in einfachen Schritten“. Im Folgenden wird die Therapie im Detail vorgestellt.

Das Konzept: Einfach, erfolgreich, rauchfrei

Unser Therapieansatz beruht auf einer einfachen, strukturierten Beratung durch den Zahnarzt in Kombination mit medikamentöser Unterstützung. Diese Kombination bekämpft die psychische und körperliche Abhängigkeit gleichermaßen und wird derzeit als die effektivste Therapie in der Tabakentwöhnung angesehen (Fiore et al. 2008). Die Therapiedauer beträgt etwa drei Monate. In diesem Zeitraum, der die kritischen Phasen der Vorbereitung, Entwöhnung und Stabilisierung abdeckt, werden bis zu fünf kurze Beratungstermine durchgeführt. Diese enthalten ein vorbereitendes Gespräch, drei feste Kontrolltermine sowie ein Abschlussgespräch (Abb.4).



Abb. 4: Therapieschema „Einfach erfolgreich rauchfrei“: Die kritische Zeit in der Tabakentwöhnung wird durch bis zu fünf kurze Termine abgedeckt.

ORIGINALARTIKEL

Bei Problemen oder Rückfallgefahr wird der Patient aufgefordert, von sich aus den Arzt zu kontaktieren. Gemäß einer Metaanalyse zur Effektivität von Beratungsintensität und -frequenz, erhöhen bereits zwei bis drei kurze Gespräche mit dem Patienten die Abstinenzrate deutlich (Fiore 2008).

Die medikamentöse Unterstützung erfolgt durch therapeutisches Nikotin. Durch die ausreichend hoch dosierte Nikotinsubstitution während der etwa dreimonatigen Entwöhnungsphase werden nach dem Rauchstopp Entzugssymptome und Rauchverlangen wirksam reduziert. Die Nikotinersatztherapie gilt als effizient und sicher (Andreas et al. 2009, AWMF 2004, Fiore et al. 2008, Stead et al. 2008). Als Basismedikation dient das Nikotinpflaster, das gemäß bisherigem Rauchkonsum dosiert wird. Bei hohem Rauchkonsum oder starken Entzugssymptomen beim letzten Rauchstoppversuch können zusätzlich zum Nikotinpflaster auch schneller wirkende Nikotinpräparate (Kaugummi, Lutschtablette oder Inhaler) eingesetzt werden. Alle Nikotinpräparate sind rezeptfrei erhältlich. Trotzdem empfehlen wir dringend eine Verordnung auf zum Beispiel privatärztlichem Rezept, was die Compliance wesentlich erhöht.

Einfache Entscheidungshilfen im Leitfaden ermöglichen es dem Zahnarzt, schnell die individuelle medikamentöse Therapie für seinen Patienten zu finden. Die Höhe des Rauchkonsums und der Grad der Tabakabhängigkeit sind die beiden wichtigsten Kriterien.

Vor dem Start: Motivierte Patienten erkennen

Wir empfehlen allen Praxen, grundsätzlich bei allen Patienten den Rauchstatus zu erfassen. Bereits in den Anamnesebogen können zum Beispiel Fragen zum Rauchen und zur Höhe des Konsums integriert werden. Nur so kann vor Behandlungsbeginn das Rauchen als Risikofaktor erkannt und entsprechend eingeschätzt werden (Gehrig 2010). In die Therapie sollten jedoch zunächst nur aufhörbereite Patienten einge-

schlossen werden, bei denen mit begrenztem Aufwand gute Therapieerfolge erzielt werden können. So lässt sich die neu in der Praxis eingeführte Raucherentwöhnungsbehandlung erproben. Mit zunehmender Sicherheit in der Therapie bei Arzt und Team können später auch „härtere Fälle“ in Angriff genommen werden. Durch drei einfache Screening-Fragen können unter allen rauchenden Patienten diejenigen mit hoher Aufhörmotivation identifiziert werden. Die Fragen und mögliche Reaktionen der Patienten sind in Abbildung 5 dargestellt.

Die Beratung: Mitarbeiter einbeziehen

Ziel der Beratung ist es, den Patienten durch kurze Interventionen auf den Rauchstopp vorzubereiten, den Entwöhnungsprozess zu unterstützen und die erreichte Rauchfreiheit dauerhaft zu stabilisieren (Tab.1). Die einzelnen Therapieschritte sind in unserem Leitfaden strukturiert aufbereitet und mit konkreten Gesprächsempfehlungen hinterlegt. Die Gespräche führt der Zahnarzt oder ins Programm eingewiesene Mitarbeiter. Die Kontrollen können auch telefonisch erfolgen.

Das erste Therapiegespräch dient der Planung des Rauchstopps. Wir arbeiten mit der Schlusspunktmethode. Das heißt, dass der erste rauchfreie Tag innerhalb der nächsten zwei Wochen festgesetzt wird. Um dem Patienten die Angst vor Entzugserscheinungen zu nehmen, ist neben der Verstärkung der Motivation zum Rauchstopp die Verordnung und Anwendung der begleitenden Medikation ein wichtiges Ziel für dieses wenige Minuten dauernde Gespräch.

Nach dem Rauchstopp sind in der einmonatigen Entwöhnungsphase drei begleitende Kontrolltermine (3, 14 und 28 Tage nach Rauchstopp) vorgesehen, die auch durch Mitarbeiter oder telefonisch durchgeführt werden können. In dieser Phase ist es wichtig, dem Patienten Gelegenheit zum Erfahrungsbericht zu geben und ihm Mut zu machen. Wichtige Themen sind die Rückfallprophylaxe, zum Beispiel der Umgang

ORIGINALARTIKEL

mit kritischen Situationen (Bewältigungsstrategien, Alternativen) sowie die medikamentöse Unterstützung, die je nach Bedarf angepasst werden sollte. Ein vorgefertigter (Telefon-)Leitfaden hilft, keine wichtigen Themen zu vergessen. Bei einem Rückfall liegt der Fokus auf dem „Entkatastrophisieren“ der Situation. Die Tabakabhängigkeit ist eine chronische Erkrankung und viele Patienten benötigen daher mehr als einen Anlauf, um dauerhaft

rauchfrei zu werden. Am Ende der Stabilisierungsphase nach zwölf Wochen wird die erzielte Rauchfreiheit „gefeiert“ (Loben! Loben! Loben!) und weitere Tipps zur Aufrechterhaltung derselben besprochen. Bei kleineren oder auch größeren Rückschlägen wird zusammen mit dem Patienten die Bereitschaft für einen neuen Versuch erörtert. Jeder Rauchstoppversuch eines Patienten, auch ein zunächst erfolgloser, sollte gewürdigt werden.

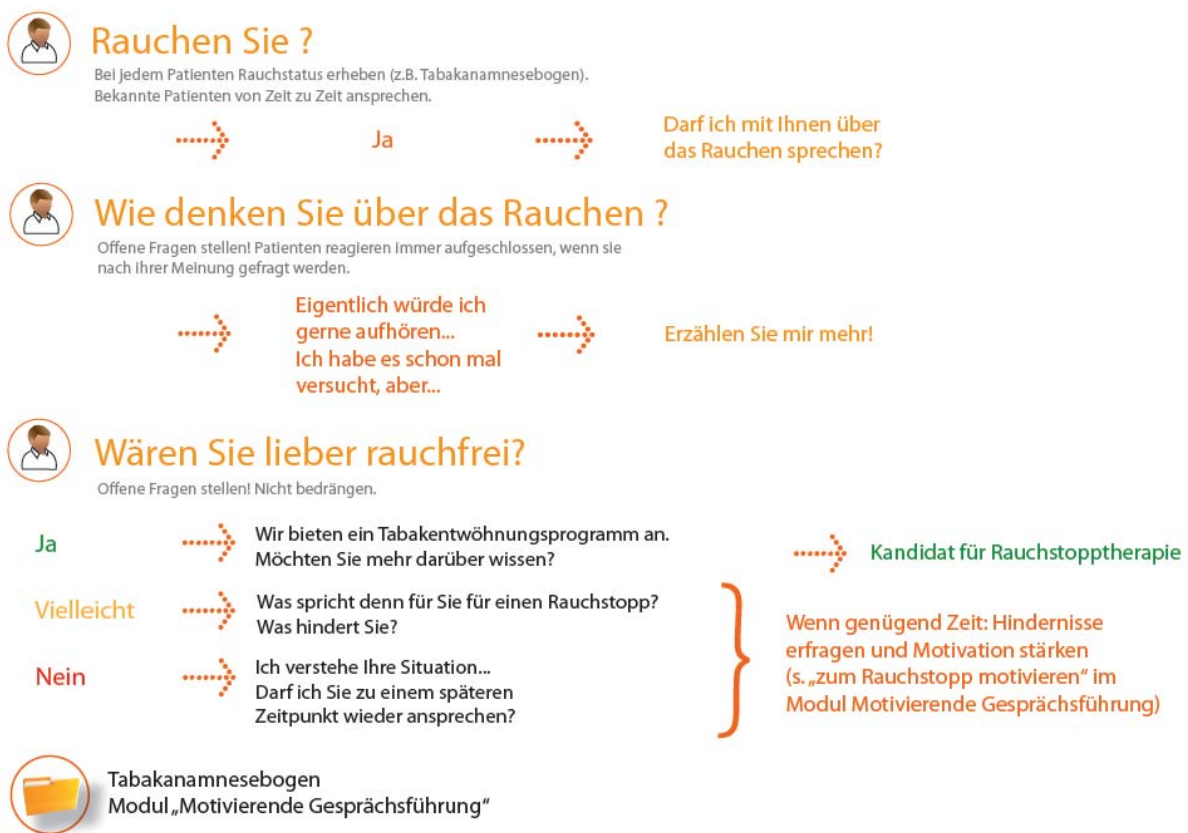


Abb. 5: Durch drei einfache Screening-Fragen können unter allen rauchenden Patienten diejenigen mit hoher Aufhörmotivation identifiziert werden.

Die Beratung - Schritt für Schritt		
Planen des Rauchstopps Termin 1	Entwöhnen und Stabilisieren Termin 2-4	Abschließen der Therapie Termin 5
Raucheranamnese (Konsum, Abhängigkeit)	Rauchfreiheit erfragen Loben!!!	Rauchfreiheit erfragen Loben!!! Neustart?
Medikation auswählen (gemäß Rauchkonsum)	Medikation prüfen und ggf. anpassen, Tipp: Hoch genug, lange genug!	Medikation anpassen bzw. beenden Nicht zu früh beenden!

ORIGINALARTIKEL

Rauchstoptag festlegen: Ruhigen Zeitpunkt wählen!	Therapieverlauf besprechen: positive Veränderungen, Probleme	Therapierückschau: Was war gut? Wie geht es weiter?
Bewältigungsstrategien für den rauchfreien Alltag besprechen: Der „Rauchfrei-Pass“ für den Patienten hilft dabei!	Umgang mit Ausrutschern oder Rückfällen besprechen: Entkatastrophisieren, Mut machen!	
Beratung durch den Zahnarzt	Beratung durch Zahnarzt oder Mitarbeiter (auch telefonisch)	Beratung durch den Zahnarzt (auch telefonisch)
Dauer 15 Minuten	Dauer ca. 5–10 Minuten	Dauer ca. 10 Minuten

Tab. 1: Ablaufschema der Tabakentwöhnung

Welche Erfolge können erzielt werden?

Wie bei jeder anderen Therapie ist es auch bei einer Suchterkrankung unrealistisch, eine hundertprozentige Erfolgsquote zu erwarten. Mit ärztlicher und medikamentöser Unterstützung ist eine dauerhafte Rauchfreiheit etwa bei 30 Prozent der tabakabhängigen Patienten möglich (Fiore et al. 2008).

Abrechnungstipps zur Tabakentwöhnung

Eine strukturierte Tabakentwöhnung findet sich als Leistungsbeschreibung weder im BEMA noch in der GOZ oder in der GOÄ. Sie ist zurzeit eine reine Privatleistung. Ist der Patient an einer strukturierten Tabakentwöhnung interessiert, so wird er über den Programmablauf und die Kosten der Behandlung aufgeklärt. Für die fünf Termine können als Honorar, je nach tatsächlichem Zeitaufwand, insgesamt 150 bis 200 Euro angesetzt werden. Hier empfehlen wir eine analoge Berechnung nach § 6 (1) der aktuellen GOZ. Selbstverständlich muss mit dem Patienten vor Beginn der Therapie eine entsprechende schriftliche Vereinbarung getroffen werden. Die weiteren Kosten für die notwendige, dreimonatige Medikation mit Nikotinpräparaten betragen knapp 200 Euro und müssen ebenfalls vom Patienten übernommen werden. Doch das lohnt sich – ein Durchschnittsraucher mit 20 Zigaretten täglich verraucht in drei Monaten bereits 450 Euro.

Erste Ergebnisse einer Praxisstudie

In einer bundesweiten, nicht

interventionellen Studie wurde das Konzept zunächst für die hausärztliche Praxis evaluiert. Die aktuell vorliegenden Zwischenergebnisse, die vor Kurzem auf dem 13.Kongress für Suchtmedizin in München vorgestellt wurden, zeigen, dass das Konzept eine hohe Akzeptanz bei Ärzten und Patienten hat und leicht in den Praxisalltag zu integrieren ist. Durch das sorgfältige Screening der aufhörwilligen Raucher ist die Abstinenzrate hoch (Jähne et al. 2012).

Der kostenfreie Leitfaden mit Gesprächsempfehlungen und Patientenmaterialien („Rauchfrei-Pass“) kann per Fax unter 09134 7073214 oder online unter www.einfach-erfolgreich-rauchfrei.de bestellt werden.

Korrespondenzadresse:

Dr.med.dent.Holger Gehrig M.Sc.
Bismarckstraße 26, 76870 Kandel
info@zahnarzt-dr-gehrig.de
Literatur bei den Verfassern

Die Autoren bieten Tagesseminare für die Umsetzung des Konzepts in der eigenen Praxis an. Entsprechend den Richtlinien der BZÄK werden die Veranstaltungen mit bis zu 9 Fortbildungspunkten akkreditiert. Weitere Informationen und Termine unter www.einfach-erfolgreich-rauchfrei.de

Dieser Artikel wurde bereits veröffentlicht in „Wissenschaft und Fortbildung BZB Juli/August 12, S. 61-65“

NAGP-DISSERTATIONSPREIS 2010**Universität Leipzig, Dissertation****Ernährungsintervention - klinisch-parodontologische, mikrobiologische und immunologische Variablen bei Patienten mit metabolischem Syndrom im Verlauf von zwölf Monaten****Jenzsch, Axel****113 S., 209 Lit., 6 Abb., 15 Tab., 3 Anlagen**

Die Bedeutung der Ernährung ist in der Ätiopathogenese der Parodontitis nur unzureichend verstanden. Bisherige Studien zu dieser Thematik untersuchten vorwiegend die Bedeutung von einzelnen Ernährungsbestandteilen. Es existieren keine Studien, welche die Effekte einer komplexen umfassenden Ernährungsintervention auf mikrobiologische und immunologische Variablen der chronischen Parodontitis aufzeigen. Der positive Einfluss einer gesunden Ernährungsweise auf Erkrankungen verschiedenster Art, wie Diabetes mellitus Typ II, Adipositas, koronare Herzkrankheit und Hypertonie ist hinreichend belegt.

Die vorliegende Arbeit untersucht an 20 Probanden mit metabolischem Syndrom den Einfluss einer kontrollierten Ernährungsintervention auf die unbehandelte chronische Parodontitis. An fünf Untersuchungszeitpunkten wurde der Einfluss der Vollwert-Ernährung anhand klinisch-parodontologischer, mikrobiologischer und immunologischer Variablen über einen Zeitraum von zwölf Monaten verifiziert.

Im Verlauf des Untersuchungszeitraumes zeigte sich klinisch eine signifikante Reduktion des Gingivalindex sowie eine signifikante Verringerung der Konzentration von Interleukin 1 beta und Interleukin 6 in der Sulkusflüssigkeit. Die Quantität parodontopathogener Mikroorganismen in der Sulkusflüssigkeit sowie oxidative und antioxidative Variablen im Speichel blieben dabei unbeeinflusst.

Die Ergebnisse zeigen, dass Vollwert-Ernährung über einen Einfluss auf die Entzündungsreaktion positive Auswirkungen auf den parodontalen Zustand von Patienten mit metabolischem Syndrom haben kann.

NAGP-DISSERTATIONSPREIS 2010**Universität Leipzig, Dissertation****Einfluss eines probiotischen Milchgetränkes auf die Ausprägung einer experimentellen -Gingivitis - Pilotstudie****Staab, Benedikt****88 S., 303 Lit., 3 Abb., 35 Tab., 3 Anlagen**

Probiotika können das Immunsystem sowohl aktivieren als auch modulieren. Ziel dieser Studie war es, Auswirkungen einer Probiotikaaufnahme auf eine experimentelle plaqueinduzierte Gingivitis nachzuweisen.

An den Untersuchungen nahmen 50 männliche und weibliche freiwillige Probanden teil. Die Testgruppe (n=25) trank über den Zeitraum von acht Wochen jeden Tag 65 ml Yakult®, die Kontrollgruppe (n=25) erhielt keine Nahrungsergänzung. Im Anschluss daran wurde vier Tage auf jegliche Form der Mundhygiene verzichtet. Der Papillenblutungsindex (PBI), der Plaque-Index (PI), der Approximalraum-Plaqueindex sowie die Sulkusflüssigkeitsfließrate an den Zähnen 34 und 44 wurden zum Zeitpunkt der Basisuntersuchung (1), sowie vor (2) und am Ende (3) der experimentellen Gingivitis erhoben. Für die Bestimmung der Aktivität der Granulozyten-elastase (NE) und der Myeloperoxidase (MPO) sowie zur Bestimmung der Konzentration der Matrixmetalloproteinase-3 (MMP-3), des Tumornekrosefaktor- α (TNF- α) und Interleukin-8 (IL-8) wurden Sulkusflüssigkeitsproben an den Zähnen 15 und 24 entnommen.

Die statistische Auswertung mittels SPSS ergab folgende Ergebnisse: Zu Beginn der experimentellen Gingivitis war in der Testgruppe der PI signifikant höher ($p < 0,001$) und die MPO signifikant niedriger ($p = 0,014$), die NE wies eine Tendenz dazu auf ($p = 0,064$). Die Werte der MMP-3 waren in beiden Gruppen zu den Zeitpunkten (1) und (2) ($p = 0,001$; $0,016$) signifikant verschieden, nicht jedoch zum Zeitpunkt (3).

Aus den Ergebnissen dieser Studie kann man schließen, dass trotz höherer Plaqueansammlung die Entzündungsantwort in der Testgruppe niedriger ist als in der Kontrollgruppe. Es scheint, dass das probiotische Milchgetränk die Entzündungsreaktion mindert, jedoch nicht verhindert.

IMPRESSUM

Herausgeber: Neue Arbeitsgruppe Parodontologie e.V.
Redaktion: Dr. Eva Streletz
Beirat: Prof. Dr. Holger Jentsch, PD Dr. Adrian Kasaj
Dr. Beate Schacher
(verantwortlich für dieses Heft)

Die NAGP-News erscheinen bis zu **4x** jährlich

Webadresse: www.nagp.de

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die persönliche Meinung des Verfassers wieder. Diese muss nicht in jedem Fall mit der Meinung der Redaktion übereinstimmen. Im Text sind Warennamen, die patent- und urheberrechtlich geschützt sind, nicht unbedingt als solche gekennzeichnet. Aus dem Fehlen eines besonderen Hinweises oder der Zeichen [®], [™] darf nicht geschlossen werden, dass kein Warenschutz besteht.

Soweit in den NAGP-News ein bestimmtes Medikament, die Dosierung oder die Indikation eines bestimmten Medikamentes erwähnt wird, bitten Redakteure und Autoren, vor Verabreichung eines Medikamentes die Empfehlung des Herstellers in puncto Dosierung, Indikation und Kontraindikation genauestens zu prüfen. Dies gilt insbesondere für solche Präparate, deren Anwendungsbereich vom BfArM eingeschränkt ist.

Urheber- und Gerichtsstand

Für unverlangt eingereichte Manuskripte und Bilder wird keine Haftung übernommen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahmen des Manuskriptes gehen die Rechte der Veröffentlichung, sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Herausgeber über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrecht festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig.

© Copyright bei NAGP – Gerichtsstand Münster