

Volkskrankheit Parodontitis – ein unerkanntes Behandlungspotenzial

► Gregor Gutsche, Klaus Höcker

Indizes: Parodontologen, DGP-Spezialist für Parodontologie®, Fachzahnarzt für Parodontologie

Die Zahlen sprechen Bände: Geschätzt 13 bis 15 Millionen Deutsche leiden unter einer mittleren bis schweren chronischen Parodontitis. Doch pro Jahr werden lediglich etwas mehr als 960.000 Fälle über die GKV abgerechnet. Bundesweit machen die Kosten für die Behandlung der Volkskrankheit „Parodontose“ gerade einmal 330 Mio. Euro aus, etwa ein Drittel des Aufwandes für die Kieferorthopädie. Es scheint also, dass die Parodontitis nicht früh genug erkannt, nicht ausreichend beachtet und nicht konsequent therapiert wird. Woran liegt das? Sind die knauserigen Versicherungen schuld, wollen die Betroffenen keine Therapie? Oder erkennen die Zahnärzte den Behandlungsbedarf etwa bei ihren Patienten nicht? Wahrscheinlich kommen alle diese Ursachen zusammen.

Jede eingehende Untersuchung, die wir im Sinne der BEMA-Position erbringen, umfasst bereits auch eine orientierende Beurteilung der parodontalen Gewebe. Veränderungen von Struktur und Farbe der Weichgewebe sind erste Anzeichen möglicher pathologischer Veränderungen. Und klar ist: Bei jeder dieser Untersuchungen gehört die PAR-Sonde auf das Behandlungstray und in die Hand des Zahnarztes. Eine orientierende Sondierung des Zahnbetts sollte selbstverständlich sein.

Unsere Patienten äußern diesbezüglich nur selten Beschwerden. Das Symptom Zahnfleischbluten spielt zwar in der Werbung für Zahnpflegemittel häufig eine Rolle, doch im täglichen Leben wird es von den Betroffenen oft auch dann nicht wahrgenommen, wenn dem Zahnarzt die erythematöse Schwellung geradezu ins Auge springt. Diskrete Gewebsveränderungen fallen aber nur bei sorgfältiger Betrachtung auf; deshalb sind pathologische Taschen eben nur zu erkennen, wenn die PAR-Sonde orientierend prüft.

Ein gezieltes Screening sollte alle zwei Jahre stattfinden. Der Schnelltest wurde vor Jahren als Ziffer 04 in den Leistungskatalog der GKV eingeführt und zuletzt modifiziert. In den fünf Abstufungsgraden (0 bis 4) des parodontalen Screening-Index (PSI) wird eine Therapieempfehlung mitgegeben.

In Anbetracht der epidemiologischen Daten der IV. Deutschen Mundgesundheitsstudie müsste die Zahl der Behandlungsfälle eigentlich ständig steigen, würden diese grundlegenden Untersuchungen konsequent durchgeführt. Laut Statistikjahrbuch der KZBV wird die Erhebung des PSI-Codes jedoch nur in 14 von 100 Behandlungsfällen abgerechnet. Hier besteht also Nachholbedarf. Dank der anerkannten Qualität der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland werden immer mehr Menschen immer mehr natürliche Zähne bis ins hohe Alter behalten und bedürfen deshalb einer konsequenten parodontologischen Betreuung – nicht zuletzt auch deshalb, weil immer mehr Implantate gesetzt werden, die einer ähnlichen Nachsorge bedürfen. In Anbetracht des Behandlungsbedarfs und der Explosion wissenschaftlicher Erkenntnisse – das zahnmedizinische Wissen verdoppelt sich alle fünf Jahre – ist eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Zahnärzten und Parodontologen von besonderer Bedeutung.

Was ist ein Parodontologe? Wer ist Parodontologe?

Für Patienten, aber auch teilweise für langjährig niedergelassene Kollegen ist der vielfältige Bezeichnungswirrwarr mit zahlreichen Eigenkreationen nicht sonderlich dienlich. Bisher konnte sich in Deutschland die Anerkennung des Fachzahnarztes für Parodontologie nicht durchsetzen. Die berufspolitischen Vertretungen in den einzelnen Zahnärztekammern verhinderten bis heute, dass die Parodontologie – neben Oralchirurgie und Kieferorthopädie – in die jeweiligen Weiterbildungsordnungen aufgenommen wird. Allein im Bezirk Westfalen-Lippe, wo seit 30 Jahren an der Uni Münster ausgebildet wird, ist die dreijährige Fachzahnarztweiterbildung auch öffentlich-rechtlich anerkannt. Ebenso wird in einigen europäischen Ländern wie der Schweiz, den Niederlanden oder Schweden diese Spezialisierung angeboten – und seit einiger Zeit auch in der Türkei. Die European Federation of Periodontology (EFP) formulierte Ausbildungsrichtlinien und akkreditiert Ausbildungsstätten europaweit. Der internationale Zusammenschluss der europäischen Gesellschaften setzt sich zudem für die Anerkennung der Qualifikation „Fachzahnarzt für Parodontologie“ in den Mitgliedsländern ein. Aufgrund der berufspolitischen Querelen und um dem damit verbundenen Stillstand zu begegnen, bietet die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie seit 1992 eine Weiterbildung an, die

BFSP e.V.

Berufsverband der Fachzahnärzte und Spezialisten für Parodontologie

zum „DGP-Spezialisten für Parodontologie®“ führt und sich an die Weiterbildungsordnung in Westfalen-Lippe anlehnt. Die in Deutschland tätigen Parodontologen, d.h. die Fachzahnärzte und die DGP-Spezialisten für Parodontologie®, sind im Berufsverband der Fachzahnärzte und Spezialisten für Parodontologie (BFSP) organisiert. Der „Master of Science Parodontologie“ erfüllt die Kriterien hinsichtlich einer umfassenden parodontologischen Ausbildung nicht in vollem Umfang und wird daher nicht durch den BFSP vertreten. Im BFSP sind mehr als 100 Fachzahnärzte und Spezialisten (DGP)® registriert. Auf der Website www.fachzahnarzte-parodontologie.de finden Patienten einen ausgebildeten und geprüften Parodontologen in ihrer Nähe.

Parodontologiefach Implantologie

Aus dem zahnmedizinischen Kernfach Parodontologie geht die Implantologie hervor, die sich in den letzten Jahren etabliert hat. Kommt es doch noch viel zu häufig vor, dass Zähne im parodontal erkrankten und zerstörten Kauorgan amputiert werden müssen, so zeigt die Implantologie interessante Wege auf, natürliche Zähne fest zu ersetzen.

Es ist nicht nur aus emotionalen Aspekten des Patienten heraus ein Vorteil, einzelne Zähne feststehend zu ersetzen. Auch objektiv ist damit ein langfristig stabilisierender Effekt verbunden, da natürliche und meist auch parodontal gehandicapte Zähne nicht als prothetische Anker dienen müssen. Aber reagiert das Im-



Abb. 1: Für die oftmals diffizile Therapie gibt es eine Reihe besonders feiner Instrumentensets.

plantatbett anders als das Zahnbett? Offensichtlich nicht, wie sich mittlerweile in Studien zeigte. Die in die Höhe schießende Zahl von Periimplantitiden lässt sich allein durch die vermehrten Implantationen erklären. Die Etablierung dieser periimplantären Knochendestruktion ist häufiger bei Patienten mit nicht oder nicht konsequent behandelter Parodontitis zu erkennen. Nur eine risikoorientierte lebenslange parodontale Nachsorge ermöglicht die Erhaltung antiinfektiös therapeutischer Parodontien. Gleiches gilt für die entzündungsfreie Erhaltung von Implantaten.

Nicht von der Hand zu weisen ist, dass diese langjährige und regelmäßige Begleitung der meist chronischen Parodontitiden nicht durchgeführt wird. Gründe hierfür mag es viele geben (zu wenig qualifiziertes Assistenzpersonal, reine Privatleistung, kein parodontales Praxiskonzept ...). In Fachkreisen ist man sich einig, dass der Ausführende einer Implantation auch für eventuell auftretende Komplikationen wie z.B. periimplantäre Entzündungen der Ansprechpartner der Wahl ist. Zahlreich bestehende Kooperationen zwischen dem parodontalchirurgisch-implantolo-



Abb. 2: Die geschädigten Parodontien 35 und 37 mit tiefen vertikalen Knochendefiziten.

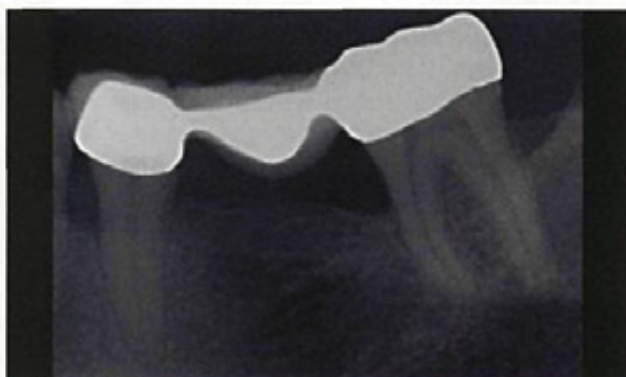


Abb. 3: Die Situation an 35 und 37 zwei Jahre nach gesteuerter Geweberegeneration (GTR).



Abb. 4: Situation nach orthodontischer Therapie einer 23-jährigen Frau. Marktoter und kariesfreier Zahn 31 mit Wurzeldenudation/-rezession.

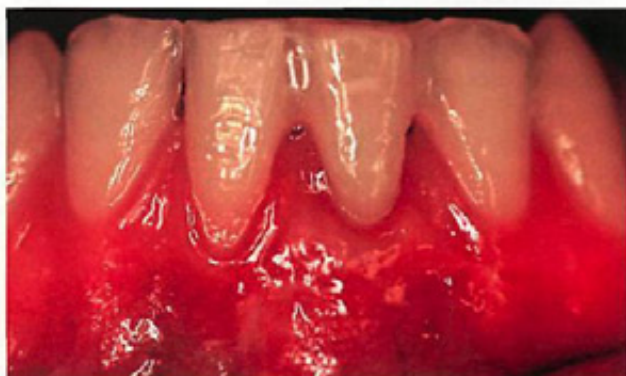


Abb. 5: Gleiche Region nach 15 Monaten vor PZR. Zustand nach WSR, adhäsiver Verblockung, gesteuerter Knochenregeneration (GBR) und Rezessionsdeckung mit Bindegewebe-transplantat sowie doppelt nach medial verlagertem und koronal positioniertem Flap.



Abb. 6: Ergonomie und Übersicht schaffen besonders bei ästhetischen Therapien im Frontbereich die Basis für ein ansprechendes Ergebnis.

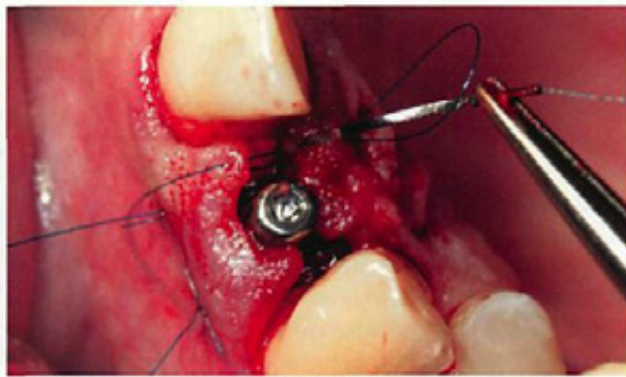


Abb. 7: Mikrochirurgisches Gewebemanagement bei der Freilegung eines Implantates regio 12.

gisch tätigen und dem prothetisch versorgenden Zahnarzt sollten klare Absprachen enthalten, wer für die Erhaltungstherapie verantwortlich ist. So wird garantiert, dass entsprechende Erkrankungen frühzeitig erkannt und kausal therapiert werden.

Ihr Zahnfleisch ist in Ordnung! ... hör ich wohl, allein mir fehlt der Glaube

Die Fakten der DMS IV zu Parodontalerkrankungen liegen schwer auf der Seele des sonst so fortschrittlich orientierten Deutschlands. Klar ist, dass die gesamte Zahnärzteschaft über Jahre hinweg einen schier unmöglichen Arbeitseifer entwickeln müsste, um dieser Volkserkrankung Herr zu werden. Die etwas mehr als 100 praktizierenden Parodontologen sind angesichts der Bevölkerungszahl von knapp 82 Millionen und der darin enthaltenen Unmenge an Erkrankten ein Tropfen auf den heißen Stein. Die Masse der ausgedehnten Erkrankungsfälle und der umfangreichen implantologischen Rehabilitationen kann von den vorhandenen fachzahnärztlich spezialisierten Parodontologen nicht allein gestemmt werden. In anderen europäischen Staaten hat man sich schon vor längerer Zeit ernsthaft mit dieser Problematik beschäftigt und eigene Konzepte entwickelt. Diese stellen auch nicht das Nonplusultra dar, aber man versuchte das Problem in den Griff zu bekommen. Ein einfaches Mittel ist die Erhöhung der Stundenanzahl im Rahmen der universitären Ausbildung. Damit würde die Komplexität des Themas besser beleuchtet und die therapeutischen Fähigkeiten würden umfangreicher trainiert. In den Niederlanden werden alle Studenten der Zahnmedizin eingehend darin ausgebildet, Patienten mit PSI-Code III und geringer ausreichend zu therapieren. Patienten mit PSI-Code IV werden von Parodontologen behandelt, von denen es dort eine höhere Anzahl gibt.

Die PSI-Sonde gehört auf jedes Untersuchungsstray

Die PSI-Sonde ist das einfachste Mittel, um schnell und sicher ein gesundes Parodont von einer einfachen oberflächlichen Gingivitis bzw. von einer Parodontitis zu unterscheiden, der „offensichtliche Augenschein“ reicht dafür nicht aus! Aus der Untersuchung geht deutlich hervor, was und wie therapiert werden muss. Liegt im ungünstigsten Fall ein Code III oder IV vor, handelt es sich um eine Parodontitis, die entsprechend beseitigt werden muss. Alleinige professionelle Zahnreinigungen genügen nicht, um einem Zahnverlust zu verhindern, sie gehen am angestrebten Ziel glatt vorbei. Jeder Zahnarzt kann selbst entscheiden, ob und wie tiefgreifend er in der eigenen Praxis behandeln möchte. Manche Kollegen möchten damit gar nichts zu tun haben, andere sehen einen Code III als praktikabel an, andere möch-

ten die Verantwortung für die Therapie eines Code IV (schwere Parodontitis) nicht übernehmen. Fakt ist, dass die Ermittlung und die Dokumentation des PSI-Codes auch bei GKV-Patienten alle zwei Jahre abrechenbar ist. Dies reicht nachweislich nicht für die begleitende Dokumentation eines erkrankten Menschen, hat jedoch im Rahmen der Routineuntersuchung einen hohen Stellenwert, um zukünftigen Zahnverlust zu vermeiden und um die Auftretenswahrscheinlichkeiten für assoziierte Erkrankungen (koronare Herzkrankheit, Schlaganfälle, Diabetes mellitus) zu minimieren. Die DGP hat einen Ratgeber entwickelt, der dort kostenlos angefordert werden kann und der als Patienteninformation dient.

Kollegial zum Behandlungsziel im Überweisungsfall

Die Lösungen komplexer Fälle sind nie einfach. Insbesondere die Beurteilung der Prognose parodontal erkrankter Zähne als Pfeilerzähne stellt hohe Anforderungen an den Zahnarzt. Die Zusammenarbeit von Zahnärzten und Parodontologen hilft, bringt Sicherheit und der kollegiale Austausch bringt nicht zuletzt anregende Abwechslung in den Praxisalltag. Der Berufsverband der Parodontologen gab sich selbst einen Verhaltenskodex für Überweisungsfälle zur Parodontalbehandlung, denn Überweisung ist Vertrauenssache! Die Überweisung eines Patienten vom Zahnarzt zum Fachzahnarzt oder Spezialisten für Parodontologie dient der optimalen Versorgung des erkrankten Menschen. Um in diesen Fällen das therapeutische Optimum zu erreichen, ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen dem überweisenden Zahnarzt und dem Parodontologen Voraussetzung. Unter Wahrung der diagnostischen und therapeutischen Autonomie des behandelnden Zahnarztes wird durch kollegiale Absprachen unter Darstellung aller therapielevanten Details die optimale Versorgung des Patienten gewährleistet. Aus mangelnder Information, fehlendem Vertrauen und unzureichender Kooperation resultierende Qualitätseinbußen oder gar Fehlbehandlungen können so vermieden werden.

DR. GREGOR GUTSCHE

DGP-Spezialist für Parodontologie®
Rizzastraße 12 A, 56068 Koblenz
E-Mail: praxis@paro-koblenz.de



DR. KLAUS HÖCKER

Fachzahnarzt für Parodontologie
Spezialist der European Federation
of Periodontology
Brandstraße 29, 45127 Essen
E-Mail: khoe@paro-praxis.de

