

Lisa Hierse

Parodontitis als Volkskrankheit.

Prävalenz, Diagnostik, Therapie und eine kritische Auseinandersetzung mit der Kostenübernahme durch die GKV



Dr. Lisa Hierse,
Zahnärztin,
DG PARO-Spezialistin für
Parodontologie®

Einleitung

In Deutschland leidet nahezu jeder zweite Erwachsene an einer Parodontalerkrankung [1]. Diese hohe Prävalenz verdeutlicht, dass parodontale Erkrankungen durch regelmäßige Screenings zunächst erkannt und auch behandelt werden müssen. Dies vor allem vor dem Hintergrund, dass eine Parodontitis neben der lokalen Wirkung, nämlich dem Verlust des Zahnhalteapparates bis hin zum Zahnverlust, auch systemische Auswirkungen besitzen kann (s. weitere Artikel dieser Schwerpunktausgabe).

Im folgenden Artikel wird eine Übersicht darüber gegeben, wie eine Parodontitis entsteht, wer davon betroffen ist und wie eine Parodontitis therapiert werden kann. Weiterhin wird in diesem Artikel auf die Diskrepanz eingegangen, die zwischen medizinisch notwendiger, evidenz-basierter Parodontistherapie und der im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung verankerten Behandlung herrscht.

Parodontitis- was ist das?

Parodontitis ist eine hochprävalente, chronische und meist schmerzlos verlaufende Entzündungserkrankung des Zahnhalteapparates. Unbehandelt führt eine Parodontitis zum Abbau des zahntragenden Knochens und folgend zum Zahnverlust. Die primäre Ursache einer Parodontitis sind Bakterien. In der gesunden Mundhöhle leben über 700 Arten von Bakterien, die überwiegend nützlich und harmlos sind, von denen aber einige auch destruktive Wirkungen entfalten können. Gingivitis (Zahnfleischentzündung) oder Parodontitis entwickelt sich, wenn bei einem Patienten mit entsprechender Empfänglichkeit (s. Ab-

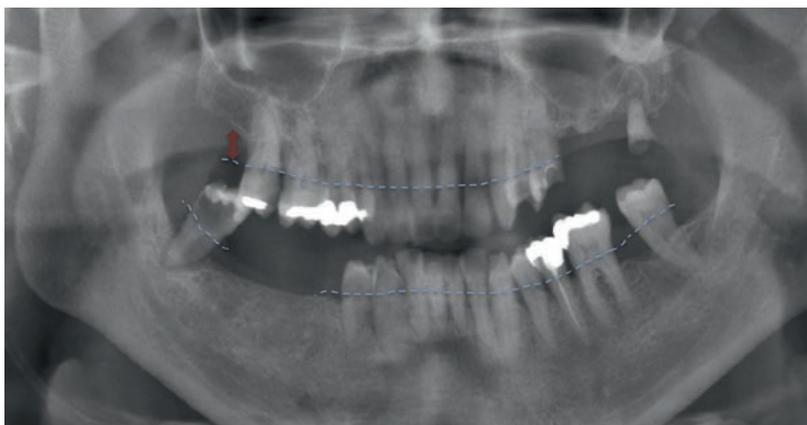
schnitt Risikofaktoren) durch unzureichende Reinigung der Zähne die Zahnbeläge und somit die Menge der Bakterien zunehmen. Die Bakterien organisieren sich zu einem Biofilm, der sich vom Zahnfleischrand entlang der Zahnwurzeloberfläche ausbreitet. Unter dem Einfluss von Stoffwechselprodukten schädlicher Bakterien löst sich das Zahnfleisch von der Zahnoberfläche und es bildet sich eine Zahnfleischtasche. Diese Zahnfleischtasche wiederum bietet optimale Bedingungen für weiteres Bakterienwachstum. Gifte des Bakterienstoffwechsels gelangen in das Zahnfleisch und lösen dort eine körpereigene Immunabwehr aus. Sowohl die bakteriellen Gifte als auch die Entzündungsmoleküle der Immunabwehr bauen bei anhaltender Bakterienbesiedlung den zahntragenden Faserapparat und den umgebenden Knochen ab (s. Abb. 1). Eine Parodontitis kann an einzelnen, mehreren oder allen Zähnen auftreten. Zusätzlich gibt es verschiedene Schweregrade, eine milde, moderate oder schwere Parodontitis.

Abzugrenzen ist die Parodontitis von der Gingivitis. Die Gingivitis ist eine reversible Entzündung des Zahnfleisches, tiefer liegende Strukturen des Zahnhalteapparats sind nicht betroffen.

Die meisten Parodontitisfälle verlaufen recht langsam und fallen oft erst ab dem 40. oder 50. Lebensjahr auf. Diese Erkrankungsform, die chronische Parodontitis, ist überwiegend auf eine mangelnde Mundhygiene zurückzuführen. Nach der Herstellung optimaler Mundhygieneverhältnisse, Entfernung der bakteriellen Ablagerungen und entsprechender Nachsorge ist sie relativ vorhersagbar zu therapieren. Die weitaus seltenere aggressive Parodontitis hingegen hat eine erhebliche genetische Komponente und tritt meist bei jungen Erwachsenen auf. Sie ist auf eine erhöhte Empfindlichkeit des Organismus auf die parodontalen Bakterien zurück zu führen.

Zu den oben genannten Formen der Parodontitis gibt es nach der Klassifikation der Parodontalerkrankungen von 1999 noch fünf weitere, seltener auftretende Formen (s. Tab. 1).

Abb. 1: Röntgenbild eines parodontal geschädigten Gebisses, deutlich sichtbar der starke Abbau des zahntragenden Knochens, die Zahnwurzeln stehen nur noch zur Hälfte im Knochen; die blau gestrichelte Linie zeigt, wo eine gesunde Knochenlinie liegen würde



Wer ist davon betroffen?

Parodontitis ist eine hochprävalente Erkrankung und gilt nicht umsonst als Volkskrankung. Die Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie zeigt, dass rund jeder Zweite der ab 35-Jährigen an einer parodontalen Erkrankung leidet. Etwa jeder Fünfte sogar an einer schweren Form. Unter den Senioren ist die Parodontitis sogar noch mehr verbreitet. Mehr als die Hälfte dieser Altersgruppe ist von einer mittelschweren und rund 22 % von einer schweren Ausprägung betroffen (s. Tabelle 2).

Wie merke ich, dass ich eine Parodontitis habe?

Erstes Anzeichen für eine Parodontitis ist Zahnfleischbluten. Es kommt durch die Entzündung zu einer verstärkten Durchblutung des Gewebes. Das Zahnfleisch schwillt an und verfärbt sich dunkelrot. Bei fortgeschrittenen Parodontitiden kann es zur Lockerung, Verschiebung und Verlängerung von Zähnen kommen (s. Abb. 3). Weiterhin bemerkt der Patient oder sein Umfeld häufig einen schlechten Mundgeruch. Entzündete Zahnfleischtaschen können vom Zahnarzt mit einer dünnen Sonde vermessen werden. Messwerte bis 3 mm sind dabei normal, ab einer Tiefe von 4 mm ist Vorsicht geboten. Tiefe Taschen sind behandlungsbedürftig. Um sich einen Überblick über den bereits stattgefundenen Knochenverlust zu machen, werden zusätzlich Röntgenbilder angefertigt (s. Abb. 1, 3c).

Zusätzlich werden zahlreiche weiterführende diagnostische Mittel angeboten, deren Einsatz allerdings nicht zwangsläufig von Nutzen ist. So werden häufig mikrobiologische Tests eingesetzt, um das bakterielle Spektrum der Zahnfleischtasche zu ermitteln. Der diagnostische Mehrwert solcher Keimbestimmung ist jedoch fraglich. Allerdings kann die mikrobiologische Testung im Einzelfall zur Bestätigung des klinischen Befundes oder zur Verlaufskontrolle sinnvoll sein. Weitere Tests analysieren die Ausschüttung von Entzündungsmolekülen oder genetische Besonderheiten des Patienten. Auch hier ist der Mehrwert der erlangten Informationen kritisch zu betrachten. Schließlich ist ein aktiver Entzündungsstatus klinisch durch Blutung und Taschenbildung erkennbar. Das Vorliegen spezieller genetischer Risikofaktoren beeinflusst zwar nicht das therapeutische Vorgehen, kann allerdings eine Auswirkung auf das Nachsorgeintervall ausüben.

Zusätzlich werden zahlreiche weiterführende diagnostische Mittel angeboten, deren Einsatz allerdings nicht zwangsläufig von Nutzen ist. So werden häufig mikrobiologische Tests eingesetzt, um das bakterielle Spektrum der Zahnfleischtasche zu ermitteln. Der diagnostische Mehrwert solcher Keimbestimmung ist jedoch fraglich. Allerdings kann die mikrobiologische Testung im Einzelfall zur Bestätigung des klinischen Befundes oder zur Verlaufskontrolle sinnvoll sein. Weitere Tests analysieren die Ausschüttung von Entzündungsmolekülen oder genetische Besonderheiten des Patienten. Auch hier ist der Mehrwert der erlangten Informationen kritisch zu betrachten. Schließlich ist ein aktiver Entzündungsstatus klinisch durch Blutung und Taschenbildung erkennbar. Das Vorliegen spezieller genetischer Risikofaktoren beeinflusst zwar nicht das therapeutische Vorgehen, kann allerdings eine Auswirkung auf das Nachsorgeintervall ausüben.

Hauptgruppe	Erkrankung
I	Gingivale Erkrankungen
II	Chronische Parodontitis
III	Aggressive Parodontitis
IV	Parodontitis als Manifestation einer Systemerkrankung
V	Nekrotisierende Parodontalerkrankungen
VI	Parodontalabszesse
VII	Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen
VIII	Entwicklungsbedingte oder erworbene Deformationen und Zustände

Tab. 1: Klassifikation der Parodontalerkrankungen [2]

	35- bis 44-Jährige	65-bis 74-Jährige
Schwere Parodontalerkrankung	7,8 %	21,9 %
Moderate Parodontalerkrankung	45,3 %	54,1 %
Keine/ leichte Parodontalerkrankung	46,9 %	24,0 %

Tab.2: Häufigkeit parodontaler Erkrankungen, aufgeteilt nach Altersstruktur und Schweregrad (Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie) [1]



Abb. 2: a) Röntgenbild eines durch starke parodontale Entzündung bereits resorbierten Zahns, b) nach der Entfernung des Zahns werden massive mineralisierte Beläge und aufgelöste Zahnhartsubstanz sichtbar

Gibt es Risikofaktoren?

Der Schweregrad und Verlauf einer Parodontitis wird nicht nur von der Menge und Art der Bakterien bestimmt, sondern auch von der Intensität der körpereigenen Abwehr des Patienten. Jeder Patient bringt seine spezifische Empfänglichkeit für die Entstehung und das Fortschreiten des entzündungsbedingten Abbaus mit. Zudem können lokale und systemische Risikofaktoren den Verlauf der Erkrankung beeinflussen. Lokale Faktoren wie eine verschachtelte Zahnstellung oder überstehende Restaurationsränder begünstigen die Bakterienanlagerung und erschweren die Reinigung. Systemische Faktoren können beispielsweise

Abb. 3: Klinische Zeichen für das Vorliegen einer Parodontitis a) Schwellung und Rötung, b) Zahnverlängerung und deutlicher Rückgang des Zahnfleischs c) starker parodontitis-bedingter Knochenabbau



Stress, Allgemeinerkrankungen wie Diabetes mellitus und vor allem das Rauchen sein. Raucher haben ein wesentlich erhöhtes Risiko, eine schwere Parodontitis zu entwickeln und sprechen schlechter auf die Parodontistherapie an.

Wie wird eine Parodontitis behandelt?

Die Behandlung der Parodontitis wird als systematische Parodontistherapie bezeichnet. Systematisch deshalb, weil sie ein evidenz-basiertes Konzept umfasst, welches mehrere aufeinander aufbauende Therapiephasen beinhaltet. Ein schematischer Ablaufplan einer solchen systematischen Parodontistherapie ist in der Abbildung 4 dargestellt.

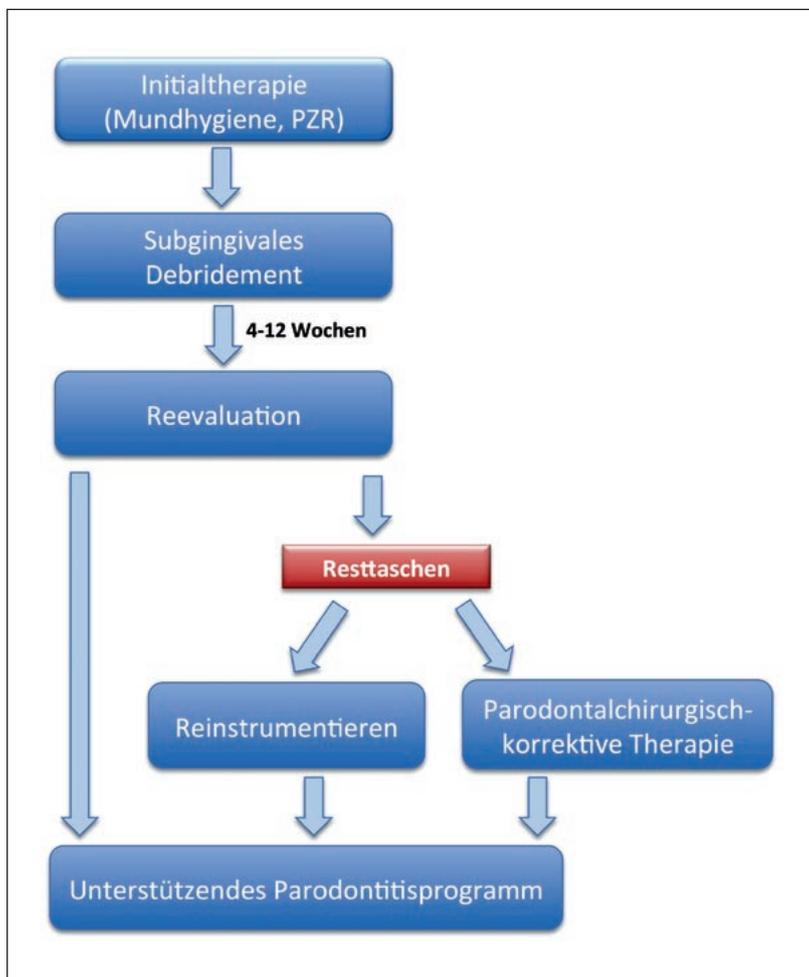
Ziel der Parodontistherapie ist die Beseitigung der Zahnfleischtaschen und der Entzündung. Durch die Taschenelimination wird die Bakterienlast verringert, wodurch weiterer Abbau des Zahnhalteapparates verhindert wird.

Initialtherapie

Optimierung der häuslichen Mundhygiene

Eine entscheidende Voraussetzung für den Erfolg und die Langzeitprognose der Parodontistherapie, nämlich die dauerhafte Beseitigung der Entzündung, nimmt die tägliche Mundhygiene des Patienten ein.

Abb. 4: Schematische Darstellung der systematischen Parodontistherapie



In der initialen Therapiephase wird dem Patienten ausführlich die Bedeutung der regelmäßigen und vor allem gründlichen Mundhygiene zur Beseitigung des Biofilms erklärt. Es erfolgen auf die individuelle Situation angepasste Mundhygienedemonstrationen, bei denen die für den Patienten optimale Putztechnik bestimmt wird und geeignete Hilfsmittel ausgewählt werden (s. Abb. 5). Auch die praktische Durchführbarkeit muss in Anwendungstrainings geschult und geübt werden.

Reduktion irritierender Faktoren und Entfernung nicht-erhaltungswürdiger Zähne

Zusätzlich müssen irritierende Faktoren reduziert werden. Raucher sollten zur Teilnahme an einem Raucherentwöhnungsprogramm motiviert werden. Parallel zu den ersten Sitzungen müssen insuffiziente Füllungen, kariöse Läsionen und Restaura-tionsüberhänge entfernt und/oder ausgetauscht werden. So werden potenzielle Keimreservoirs eliminiert und die Mundhygienefähigkeit verbessert. Unter Umständen kann eine Schienung gelockerter Zähne erfolgen. Dabei ist penibelst auf eine optimale Reinigbarkeit zu achten.

Weiterhin sollte während der Initialphase die Extraktion nicht erhaltungswürdiger Zähne erfolgen.

Professionelle Zahnreinigung

Zu Beginn jeder parodontalen Behandlung sollte eine professionelle Zahnreinigung (PZR) durchgeführt werden. Hierbei werden alle harten und weichen Beläge oberhalb des Zahnfleisches sorgfältig entfernt (s. Abb. 6). Somit werden die Zahnoberflächen geglättet und neu entstehender Biofilm kann sich nicht so schnell anheften. Weiterhin kommt es durch die PZR zu einer kurzzeitigen Reduktion der Entzündung. Die Zahnfleischtaschen bleiben zunächst unberührt. Die PZR wird mit Handinstrumenten, Schall- und Ultraschalls-calern, Pulver-Wasser-Spray bzw. fluoridhaltiger Polierpaste und Gummikelch durchgeführt.

Subgingivales Debridement

Anschließend wird ein sogenannter Parodontalstatus erhoben. Hier werden an 4, besser an 6 Stellen jedes



Abb. 5: Beispiel für Zahnzwischenraumpflege

Zahns die Taschentiefen gemessen. Alle Taschen ≥ 4 mm müssen behandelt werden. Ein entsprechender Antrag über die geplanten Maßnahmen muss bei der gesetzlichen Krankenkasse des Patienten zur Befürwortung eingereicht werden. Erst nach der Genehmigung darf mit der Reinigung der Zahnfleischtaschen (subgingivales Debridement) begonnen werden. Im Rahmen des subgingivalen Debridements wird der mineralisierte und nicht mineralisierte Biofilm sorgfältig von der Wurzeloberfläche entfernt. Je nachdem, wieviel Zähne betroffen sind, bietet sich ein Vorgehen in mehreren Sitzungen an, optimalerweise innerhalb einer Woche. Je nach Taschentiefe und Patientenempfindlichkeit sollte das subgingivale Debridement unter örtlicher Betäubung erfolgen.

Das subgingivale Debridement kann mithilfe von Handinstrumenten oder maschinell durchgeführt werden, eine effiziente Reinigung wird auf beiden Wegen erzielt. Zunehmend wird im Rahmen der Parodontistherapie die Laserbehandlung oder die antimikrobielle-photodynamische Therapie beworben. Bei der photodynamischen Therapie wird ein Photosensibilisator in die parodontale Tasche appliziert und die anschließende Belichtung mit einem niedrigerenergetischen Laser führt zur Abtötung parodontaler Bakterien. Was den Erfolg dieser Behandlung angeht, konnte bislang nur in Kombination mit der subgingivalen Instrumentierung ein kurzzeitiger klinischer Effekt gezeigt werden. Die alleinige Anwendung dieser Therapie führt hingegen zu keinen besseren Ergebnissen als das subgingivale Debridement [3].

In Ausnahmefällen kann beim Vorliegen einer schweren Parodontitis zusätzlich, nicht ersatzweise (!), ein Antibiotikum verabreicht werden, um die Bakterienzahl in der parodontalen Tasche über die Wirkung der mechanischen Entfernung hinweg verringern. Zu betonen ist in diesem Zusammenhang, dass ein Antibiotikum nur in zwingender Kombination mit der mechanischen Therapie sinnvoll ist. Der bakterielle Biofilm muss zunächst zerstört werden, damit das Antibiotikum überhaupt wirken kann. In einen bestehenden Biofilm kann ein Antibiotikum nur ein-



Abb. 6: angefärbte bakterielle Beläge, hauptsächlich im interdentalen Bereich

geschränkt eindringen, was zur Folge hat, dass Bakterien im Biofilm nicht abgetötet werden und eine Antibiotikaresistenz ausbilden können.

Reevaluation

Nach vier bis zwölf Wochen wird der Erfolg der Therapie überprüft und die Taschen werden erneut gemessen. Ein früherer Zeitpunkt ist nicht sinnvoll, da das parodontale Gewebe einen drei- bis vierwöchigen Zeitraum für erste Heilungsvorgänge benötigt. Nach drei Monaten kommt es zu keiner zusätzlichen Ausheilung mehr [4]. Der Erfolg der Therapie zeigt sich in einer Reduktion der Taschentiefen. Diese Reduktion ergibt sich zum einen durch den Gewinn an

Heilung bedeutet oft nicht, dass der Ausgangszustand wieder hergestellt werden kann. In den meisten Fällen lässt sich der Zahnfleischrückgang nicht mehr umkehren und die Patienten müssen mit den Risiken und ästhetischen Beeinträchtigungen freiliegender Zahnwurzeloberflächen leben.

Zahnhalteapparat, zum anderen durch den Rückgang des Zahnfleisches. Dieser Zahnfleischrückgang beruht auf Heilungsprozessen, die zur Straffung des Gewebes führen. Die damit verbundene Schrumpfung darf nicht mit einem krankhaften Prozess verwechselt werden. Die Folge können je nach vorheriger Taschentiefe „längere“ Zähne mit freiliegenden Zahnhälsen und breitere 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. Zusätzlich sollten verbliebene entzündete Zahnfleischtaschen gereinigt und alle Zahnoberflächen vom Biofilm befreit und poliert werden. Der zeitliche Rahmen einer Reevaluation beträgt daher ca. 1 Stunde.

Einmal therapiert und für immer geheilt? - Die Notwendigkeit der unterstützenden Parodontistherapie

Da Parodontitis eine chronische Erkrankung ist, hängt der langfristige Erfolg maßgeblich von der Mitarbeit des Patienten bei der täglichen Mundhygiene und der regelmäßigen Betreuung durch das zahnärztliche Praxisteam ab.

Allerdings spielt nicht nur die Mundhygiene des Patienten beim weiteren Voranschreiten der parodontalen Entzündung eine Rolle. Viele andere Faktoren

wie z. B. Stress oder der Allgemeinzustand beeinflussen den Verlauf. Daher ist es wichtig, regelmäßig den parodontalen Status des Patienten zu überprüfen. So können aktive Entzündungsschübe frühzeitig erkannt und behandelt werden, wodurch ein weiterer Abbau des Zahnhalteapparates vermieden wird.

Im Rahmen der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) werden alle Zähne gründlich gereinigt, die Mundhygiene des Patienten wird analysiert, die Taschentiefen gemessen und bei Bedarf gereinigt.

Die Häufigkeit der Nachsorgetermine richtet sich nach dem Schweregrad der Erkrankung und dem

kann Zahnhalteapparat sogar neu gebildet werden. Die am häufigsten verwendeten Techniken sind die Verwendung von Schmelz-Matrix-Proteinen oder die gesteuerte Geweberegeneration mithilfe von Membranen. Häufig werden beide Techniken mit der Verwendung von Knochenersatzmaterialien kombiniert. Deutlich zu betonen ist, dass der Erfolg der Regeneration stark an die Indikation gekoppelt ist und nur die Minderheit der parodontalen Defekte auf diese Weise zu heilen sind.

Beim so genannten Zugangslappen oder der offenen Kürettage wird das Zahnfleisch eröffnet und die Wurzeloberflächen werden unter Sicht gereinigt. Dies macht Sinn, wenn Zahnbesonderheiten wie Einziehungen oder Überhänge eine gründliche Reinigung beim geschlossenen Vorgehen behindern. Allerdings liegen bestehenden Zahnfleischtaschen meist Knochendefekte zugrunde. Daher sind resektive oder regenerative Verfahren häufig sinnvoller als die alleinige Reinigung unter Sicht.

Ohne regelmäßige Nachsorge besteht die Gefahr, dass die Parodontitis wiederkehrt und sich die Zerstörung des Zahnhalteapparates fortsetzt.

individuellen Erkrankungsrisiko jedes Patienten, meistens sind aber Intervalle von drei bis sechs Monaten angezeigt.

Ohne regelmäßige Nachsorge besteht die Gefahr, dass die Erkrankung wiederkehrt und sich die Zerstörung des Zahnhalteapparates fortsetzt.

Was tun bei Resttaschen? Kann verloren gegangener Knochen nicht einfach wieder aufgebaut werden?

Bleiben nach der Therapie noch Resttaschen über 4 mm bestehen, müssen diese Taschen erneut gereinigt werden. In Abhängigkeit vom Ausmaß der Resttaschen kann es auch sein, dass eine chirurgische Therapie zur Beseitigung der Taschen nötig ist (korrektive Parodontitistherapie).

Beim Vorliegen spezieller anatomischer Besonderheiten wie z. B. tiefer Knochentaschen kann auch schon zu Beginn der Therapie feststehen, dass ein chirurgisches Vorgehen zur Beseitigung der Zahnfleischtaschen erforderlich sein wird. In jedem Fall sollte vorher allerdings die nicht-chirurgische Parodontitistherapie durchgeführt werden, um ein weniger entzündetes OP-Gebiet zu erhalten. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für gute Wundheilung und Therapieerfolg. Weiterhin sollten möglichst gewebeschonende Operationstechniken im Rahmen des so genannten mikrochirurgischen Konzepts angewendet werden.

Ziel eines chirurgischen Eingriffs ist Entfernung von Nischen, die von Bakterien besiedelt werden und nicht der täglichen Reinigung zugänglich sind.

Grundsätzlich sind resektive und regenerative parodontal-chirurgische Eingriffe voneinander zu unterscheiden. Bei den resektiven Verfahren werden Zahnfleischtaschen, Knochenkrater und/oder Zahnanteile chirurgisch entfernt. Durch regenerative Maßnahmen

Systematische Parodontitistherapie in der GKV - wo bleibt die Systematik?

Die Übersicht auf der linken Seite zeigt, welche Behandlungsschritte einer systematischen Parodontitistherapie im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) enthalten sind (s. Tab. 3). Weiterhin wird verdeutlicht, wo eine Diskrepanz zwischen den im Sinne der (erfolgreichen) systematischen Behandlung notwendigen und den von der GKV übernommenen Behandlungsschritten vorhanden ist.

Beim genaueren Betrachten der einzelnen Schritte der systematischen Parodontitistherapie wird deutlich, dass nicht alle Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden. So stellen Teile der Initialtherapie, die bei einer Gingivitis oder leichten Formen der Parodontitis meist therapeutisch ausreichend sind, eine Privatleistung dar. Weiterhin ist der Unterstützenden Parodontitistherapie als essentielle Voraussetzung für den Langzeiterfolg im Sinne des Zahnerhalts keine eindeutige Position im GKV-Leistungskatalog zuzuordnen und muss vom Patienten privat bezahlt werden. Demnach sind diese wichtigen Therapieschritte von der wirtschaftlichen Situation des Patienten abhängig. Wünschenswert wäre eine Aufnahme dieser Behandlungsschritte in den Gebührenkatalog der GKV mit entsprechender adäquater zahnärztlicher Honorarvergütung.

Tab. 3: Medizinisch notwendige und von der GKV übernommene Therapieschritte einer systematischen Parodontitistherapie

	Behandlungsphase	Therapeutischer Schritt	GKV-Leistung	Ziel
	Initiale Therapie	Mundhygieneinstruktion, -demonstration, -übung (für Erwachsene ab 18 Jahren)	nein	Therapie einer Gingivitis und häufig auch milden Parodontitis
		Beseitigung irritierender Faktoren	ja	
		Extraktion nicht erhaltungswürdiger Zähne	ja	
		Professionelle Zahnreinigung	nein	
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> • Durch eine intensive Mundhygieneschulung lassen sich Zahnfleischtaschen einer milden Form der Parodontitis häufig bereits reduzieren • Die Mundhygieneschulung weist auf Putzdefizite hin, die in Zukunft vermieden werden können und stellt somit ein Grundgerüst für parodontale Gesundheit dar. 			
Konsequenz	Kausale Therapie, nämlich Beseitigung des Biofilms und ausführliche Anweisung für die tägliche häusliche Plaqueentfernung werden bei ersten Entzündungszeichen nicht durch die GKV abgedeckt			
	Subgingivales Debridement	Mechanische Entfernung des Biofilms	ja	Behandlung einer moderaten/schweren Parodontitis
		Antibiose	ja	
Kommentar	Diesen Schritt der systematischen Parodontitistherapie übernimmt die GKV vollständig.			
	Reevaluation	Erneute Mundhygieneschulung (für Erwachsene ab 18 Jahren)	nein	Überprüfung des Therapieerfolgs
		Messung der Taschentiefen	nein	
		Reinigung verbleibender Taschen	s. Kommentar	
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> • Die angegebenen Maßnahmen zur Anpassung der Mundhygienemaßnahmen auf die veränderte parodontale Situation werden von der GKV nicht bzw. nur zum Teil übernommen. • Für eine sorgfältige Überprüfung des Therapieerfolgs mit Identifizierung und Behandlung von Resttaschen gibt es im GKV-System keine eindeutig zugeordneten Positionen. Die einfache Reinigung verbleibender Taschen in der Phase der Reevaluation muss derzeit über alternative Positionen (Exc1, Exc2) abgerechnet werden. Dringend notwendig wäre die Schaffung von Gebührenspositionen, die sich klar zuordenbar an den Behandlungsschritten einer systematischen Parodontitistherapie orientieren. 			
Konsequenz	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht diagnostizierte, persistierende Infektion führt zu weiterem Abbau des Zahnhalteapparates • Unzureichende Mundhygiene des Patienten führt zu erneuter bakterieller Besiedlung, Taschen entstehen erneut 			
	Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)	Mundhygienetraining	nein	Erhaltung der parodontalen Gesundheit, frühzeitiges Erkennen erneuter Entzündung
		Messung der Zahnfleischtaschen	ja (alle 2 Jahre als PSI, PSI allerdings nicht für Nachsorge geeignet)*	
		Professionelle Zahnreinigung	nein	
		Reinigung von Zahnfleischtaschen	ja (bis zu 3 Zähne als Exc1 und/oder Exc2)**	
Kommentar	<ul style="list-style-type: none"> • Der Langzeiterfolg der Parodontitistherapie entsteht maßgeblich aus der ständigen Überwachung dieser chronischen Entzündungserkrankung. Eine wirksame Unterstützende Parodontitistherapie, wie sie Fachleute und die wissenschaftliche Fachgesellschaft DG Paro fordern, ist jedoch mit den Positionen des GKV-Leistungskataloges nicht durchführbar. 			
Konsequenz	Eine ausbleibende Unterstützende Parodontitistherapie reduziert den Langzeiterfolg der Therapie erheblich.			
	Korrektive Therapie	Zugangslappen***	ja	Beseitigung von Resttaschen, Knochendefekten
		Resektive Chirurgie****	unzureichend	
		Regenerative Chirurgie	nein	
Kommentar	Kostenübernahme durch GKV für Zugangslappen-OP, allerdings nicht kostendeckend bei Anwendung des mikrochirurgischen Konzepts			
Konsequenz	Eine Beseitigung anatomischer Defekte als Ursache ist nicht in der GKV vorgesehen, die Tasche persistiert.			

* Soll die Messung der Zahnfleischtaschen häufiger abgerechnet werden, muss ein PA-Plan samt Dokumentation erstellt werden - ein Zeitaufwand, der durchaus den Aufwand für die abzurechnende Maßnahme selbst überschreiten kann. Bei zu häufiger Anwendung müssen die therapeutischen Maßnahmen ggf. noch im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung aufwändig begründet werden.

** kann von KZV zu KZV variieren - keine bundeseinheitliche Regelung

*** offenes Vorgehen, einfaches Verfahren mit Aufschneiden des Zahnfleisches, Entfernung des entzündeten Gewebes und des Biofilms mit anschließendem Nahtverschluss.

**** offenes Vorgehen, komplexes Verfahren wie bei „Zugangslappen“; zuzüglich Entfernung anatomischer Strukturen, die als Bakteriennischen dienen können (z.B. Knochenkrater) - s. auch Artikeltext S. 8.

Fazit

Parodontitis als chronische Erkrankung betrifft fast die Hälfte der Erwachsenen. Neben den lokalen Folgen, nämlich dem Verlust des Zahnhalteapparates, übt die Parodontitis über eine niedriggradige systemische Entzündung einen Einfluss auf andere Erkrankungen aus. Die Therapie der Parodontitis ist bei entsprechender Mitarbeit des Patienten relativ einfach und vorhersagbar. Somit trägt sie nicht nur zum Erhalt der Zähne bei und verhindert so Folgekosten für Zahnersatz, sondern hilft auch mit, paro-

odontitis-assoziierte Erkrankungen und deren Folgekosten zu reduzieren.

Ziel sollte weiterhin eine präventionsorientierte zahnmedizinische Betreuung sein. Durch regelmäßige Mundhygieneschulungen und Prophylaxemaßnahmen, ähnlich aufgebaut wie das Individualprophylaxe-Programm bei Kindern, können parodontale Erkrankungen reduziert und somit Folgekosten eingespart werden. Diese Betreuung sollte unabhängig von der wirtschaftlichen Lage des Patienten möglich sein.

Um den GKV-Grundsatz nach einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen vertragszahnärztlichen Versorgung aufzugreifen, macht es keinen Sinn, die systematische Parodontistherapie nur ausschnittsweise ohne aufeinander aufbauendes Therapiekonzept durchzuführen, da somit kein Langzeiterfolg erreicht werden kann. Ebenso bleibt die lebenslange Nachsorge als wesentlicher Faktor für parodontale Gesundheit im GKV-Katalog unberücksichtigt.

Literatur:

1. Micheelis, W., Hoffmann, T., Holtfreter, B., Kocher, T., Schroeder E., Zur epidemiologischen Einschätzung der Parodontitislast in Deutschland – Versuch einer Bilanzierung. *Deutsche zahnärztliche Zeitschrift* 2008. 63(7): p. 464-472.
2. Armitage, G.C., Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol*, 1999. 4(1): p. 1-6.
3. Sgolastra, F., et al., Photodynamic therapy in the treatment of chronic periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *Lasers Med Sci*, 2013. 28(2): p. 669-82.
4. Caton, J., M. Proye, and A. Polson, Maintenance of healed periodontal pockets after a single episode of root planing. *J Periodontol*, 1982. 53(7): p. 420-4.