„Wir benötigen ein strukturiertes **Überweisungssystem**“

Nachgefragt I. Prof. Dr. Henrik Dommisch ist Direktor der Abteilung für Parodontologie, Oralmedizin und Oralchirurgie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Er ist Präsident der Berliner Gesellschaft für Parodontologie. Der DFZ hat mit ihm über den Oral Healthcare Provider gesprochen, eine unzureichend honorierte Sprechende Zahnmedizin und weitere Defizite auf dem Weg, „Prävention in Deutschland neu zu denken“.

Interview: Dr. Pascale Anja Dannenberg



Professor Dommisch, kann die Zahnmedizin Vorbild für die Medizin werden?
Ja, aber ich glaube, Statements dieser Art kommen in der Regel nicht gut an, weil sie ein bisschen belehrend klingen könnten. Wenngleich die Zahnmedizin mit der Kariesprävention einen Leuchtturmeffekt bewirken konnte und eindrücklich gezeigt hat, dass es möglich ist, eine Erkrankung in der Bevölkerung weitestgehend zurückzudrängen. Aber gleichzeitig, das zeigen die DMS·6-Daten auch, ist uns das mit der Parodontitis nicht gelungen. Daher denke ich, dass man mit diesem Vorstoß, nehmt euch ein Beispiel an uns, vielleicht ein bisschen zurückhaltend sein muss. Gleichzeitig sollten wir schauen, die Erfahrungen in Bezug auf die Kariesprävention ebenfalls auf die Parodontitis anzuwenden.

„Wir Zahnmediziner sehen Patienten zu einem Zeitpunkt, zu dem sie gesund sind.“

Anders gefragt, sollte der Zahnarzt zum Lotsen im Gesundheitssystem werden?
Diese Lotsenfunktion ist für mich ein befremdlicher Begriff, weil man sich dann in die anderen Fächer hineinlehnt. Das würde der Medizin nicht gefallen. Wo wir ansetzen müssen, ist der „Oral Healthcare Provider“ oder „Oral Healthcare Manager“. Das ist ein Begriff, der weniger ins Fach der Medizin hineindrängt, aber gleichzeitig dieser die Hand reicht.

Was heißt das mit Blick auf Prävention?
Angesichts einer immer älter werdenden Bevölkerung sehen wir, dass die Patienten in höheren Altersklassen nicht nur zahnmedizinisch intensiver betreut werden müssen, sondern auch allgemeinmedizinisch. Und wir Zahnmediziner haben einen Beruf, in dem wir die Patienten – das ist, glaube ich, der wichtigste Satz dieses Telefonats – zu einem Zeitpunkt sehen, zu dem sie gesund sind. Selbst Patienten mit parodontalen Erkrankungen, bis auf die letzten Stadien, haben selten ein Krankheitsgefühl. Und jetzt kommt die Verknüpfung, die Aufgabe, die wir in der Zahnmedizin haben, ist, wir begleiten die Patienten oft über eine sehr lange Zeitstrecke in einer Regelmäßigkeit wie kein anderer Arzt, von einem gesunden, vielleicht jugendlichen Alter bis ins (höhere) Erwachsenenalter. Unter Umständen sind wir dann diejenigen, die Hinweise auch auf mögliche Entwicklungen anderer Erkrankungen geben können, wenn Patienten ihre Gewohnheiten nicht abstellen – rauchen, übergewichtig werden und (tendenziell) immunologische Grunderkrankungen entwickeln. All dies kann möglicherweise zu einem Lebensstil führen, der ein Risiko für Herz-, Nieren- und/oder Lebererkrankungen darstellen kann. Umgekehrt können ebenso orale immun-entzündliche Konditionen, wie etwa blasenbildende Erkrankungen, Hinweis sein für allgemeinmedizinische Erkrankungen oder Vorbote für die Manifestation derselben Erkrankung anderenorts wie, um bei dem Beispiel zu bleiben, der Haut.

Wie sollte dann die Zusammenarbeit mit der Medizin funktionieren?
Diese Zusammenarbeit kann sehr vielschichtig sein und unterschiedliche Aspekte beinhalten wie etwa die Identifikation von oral- und allgemeinmedizinischen Risikofaktoren oder eine weitgehendere Ernährungsberatung. Zumindest im Hinblick auf die Parodontitis existieren eine Reihe von Risikoindikatoren, die ebenfalls ein Risiko für die Entstehung systemischer Erkrankungen darstellen können. Hierzu gehören beispielsweise Rauchen, Übergewichtigkeit

und erhöhter Alkoholkonsum. Im Zusammenhang mit leicht zu ermittelnden medizinischen Parametern wie etwa der Messung des Blutdrucks können diese Risikoindikatoren Anlass für Empfehlungen hinsichtlich weiterführender medizinischer Tests bei der Hausärztin/dem Hausarzt darstellen. Vermutlich kommt der Ernährungsberatung ebenfalls eine besondere Rolle zu. Vor allem vor dem Hintergrund, dass wir unsere Patienten unter Umständen bereits in jungen Lebensjahren in der zahnmedizinischen Praxis sehen, kann die zahnmedizinische Profession, und damit meine ich das gesamte professionelle zahnmedizinische Team, lenkend Hinweise für eine gesunde und ausgewogene Ernährungsweise geben. Hier genügt es vermutlich dann nicht, dem Patienten zu raten, keinen Zucker zu essen. Wir müssen überlegen, was bedeutet eine ausgewogene Ernährung? Was führt zu einer gesunden mikrobiologischen Homöostase in Darm und Mund? Das wissen wir in der Detailschärfe noch nicht. Die ersten Daten zu Ernährung und parodontaler Gesundheit sind jedoch sehr interessant, denn im Weglassen von Zucker, durch Fasten oder eine bestimmte mediterrane Diät kann die parodontale genauso wie die allgemeine Gesundheit positiv beeinflusst werden. Vor diesem Hintergrund könnte uns als „Oral Healthcare Provider“ die Aufgabe zuteilwerden, festzustellen, welche Risikofaktoren jeder einzelne unserer Patienten auch in allgemeinmedizinischer Hinsicht hat. Etwa anhand eines Tests wie FINDRISK, der das Risiko für Adipositas und gegebenenfalls Diabetes mellitus ermittelt und leicht in einer zahnärztlichen Praxis geleistet werden kann; dort könnte man auch einen HbA1c-Test machen. Die Patienten sollten dann zu weiteren medizinischen Untersuchungen motiviert und an entsprechende Fachärzte überwiesen werden. Eine große Stolperfalle ist jedoch, dass wir bislang noch keine Möglichkeit haben, Überweisungen von der Zahnmedizin aus strukturiert in die Medizin zu tätigen; solch ein Überweisungssystem benötigen wir aber in Deutschland.


© we.bond.creations - stock.adobe.com

Etwa im Zuge der seit 2024 existierenden S2k-Leitlinie Diabetes und Parodontitis?
Diese Leitlinie ist die erste, die zwischen Zahnmedizin und Medizin a priori erstellt wurde. Das Problem ist, die Leitlinie fordert zwar die disziplinübergreifende Überweisungskultur und -struktur sowie rechtliche Rahmenbedingungen, die bislang jedoch nicht umgesetzt sind. Das bedeutet derzeit, dass Kliniker in Zahn- und Humanmedizin Patienten auf Basis einer persönlichen Kontaktaufnahme überweisen und entsprechend behandeln, ohne dass es eine formelle Art einer Überweisungsstruktur gibt. Das beruht zudem darauf, dass wir in der Zahnmedizin – mit der Ausnahme im Rahmen der Behandlungsstrecke für die Parodontitistherapie – den Aspekt der „Sprechenden Medizin“ nicht haben. Gleichwohl Risikophänotypen unter den Patienten schnell zu identifizieren sind, fehlen uns in der Zahnmedizin die Tools, vor allem auch die Zeit und die Abrechnungspositionen, um die Patienten über ihr individuelles Gesundheitsrisiko aufzuklären. Das Dilemma erlebe ich jeden Tag: Meine Patienten sind häufig Risikopatienten und ich verbringe mit ihnen teils viel Zeit, die – auch im öffentlichen Dienst – schwer abbildbar ist.

„Wenn wir die Patienten in jungen Jahren sehen, können wir auf die Ernährung einwirken.“

Ist die Politik gefragt, die Sprechende Medizin auch in der Zahnmedizin zu stärken?
Absolut. Wie sollen wir denn sonst so etwas wie eine strukturierte Ernährungsberatung auf hohem Niveau durchführen, die unter Umständen weit über die Kariesberatung hinausgeht? Wenn wir die Patienten in jungen Jahren sehen, haben wir die Möglichkeit, auf die Ernährung positiv einzuwirken. Und wir wissen, der Großteil chronischer, nicht-übertragbarer Erkrankungen wie kardiovaskuläre und metabolische Erkrankungen – Stichwort Diabetes mellitus – sind erworbene Erkrankungen, deren Entstehung und Progression unter anderem durch Ernährungsweise, Rauch- und Aktivitätsverhalten beeinflusst werden. Da können wir beispielsweise mit einer Ernährungsberatung in der Zahnmedizin ein neues Feld aufmachen und möglicherweise einen erheblichen Beitrag für die allgemeine Prävention in Deutschland leisten. Das sollte dann jedoch entsprechend honoriert werden.

Wie könnten verbindliche Kommunikationswege zwischen Zahnmedizin und Medizin etabliert werden?
Es müssen in der Zahnmedizin Anreize geschaffen werden, Zeit in die Patientenberatung, auch im Hinblick auf allgemeinmedizinische Aspekte, zu investieren. Gerade im ländlichen Bereich ist die zahnärztliche Praxis häufig ein Anlaufpunkt für die ganze Familie. So könnte dort die Versorgungsproblematik entschärft, zugleich den Medizinern geholfen werden, weil sie gezielte Zuweisungen bekommen könnten. Das wäre ein Gesamtpräventionskonzept, bei dem Medizin und Zahnmedizin exzellent zusammenarbeiten könnten, ohne dass die eine Fachdisziplin die andere „belehren" muss.

Wie kann die Zahnmedizin auch bei der Parodontitis präventiv erfolgreich werden?
Zurückgeworfen hat uns die Budgetierung, die sich als kontraproduktiv erwies mit Blick auf Prävention, auf Diabetes mellitus, kardiovaskuläre Erkrankungen sowie vermutlich auch auf andere, etwa neurodegenerative, Erkrankungen und Rheuma. Stichwort subklinische Entzündungen. Bei einer schweren Form der Parodontitis, die zwar per se kein Fieber verursacht, wird der Körper permanent unter entzündlichem Stress gehalten. Deshalb haben die Patienten dauerhaft einen leicht erhöhten Blutzuckerspiegel, selbst ohne die Diagnose Diabetes mellitus. Im Verständnis für diese Erkrankungen muss der dahinterstehende Mechanismus begriffen werden. Bei Mundhöhlenerkrankungen wie einer Parodontitis geht es um Schleimhäute und damit um Körperoberflächen. Unser gesamter Körper ist mit Epithel überzogen,



„Prävention und rechtzeitig therapieren – oder Zahnverlust"

und wo wir kein Epithel haben, da besitzen wir Strukturen, die sich permanent erneuern und wachsen wie Haare, Wimpern, Augenbrauen und Fingernägel. Das sorgt dafür, dass Mikroorganismen von der Körperoberfläche entfernt werden. Die Haut ist unser Virenschutz, denn in verhornten, „toten Zellen" können sich Viren nicht vermehren. Das Schutzprinzip gilt so nicht unbedingt für alle Schleimhäute, weshalb diese für virale Infektionen anfälliger sein können. Der Zahn ist letztlich die einzige Struktur unserer Körperfläche, die sich nicht selbst erneuert. Wenn nun aber eine entzündlich erkrankte Grenzfläche durch Risikofaktoren wie Rauchen und Diabetes mellitus kompromittiert wird, ist es immunologisch für den Körper wichtig, die Integrität der Körperoberfläche aufrechtzuerhalten. Doch solange ein angrenzender Zahn existiert, im Knochen und damit im Körperinneren steckt, gelingt das dem Körper nicht ohne Weiteres. Der Patient kann zudem in der Zahnfleischtasche nichts wegputzen. Das heißt, Prävention und rechtzeitig therapieren – oder Zahnverlust. Das ist eine harte Erkenntnis, macht aber deutlich, warum die Parodontitis, gerade wenn Risikofaktoren dazukommen, ein hohes Risiko für andere Erkrankungen darstellen kann. Wenn die epitheliale Oberfläche „brüchig" und damit „durchlässiger" wird, können Mikroorganismen und jede Menge Entzündungsmediatoren leicht in den Blutstrom gelangen und eine subklinische Entzündung provozieren. Dieser immunologische Blick auf die Parodontitis hilft, zu verstehen, warum die allgemeine Medizin unmittelbar mitbetroffen ist.

Was heißt das gesundheitspolitisch?
Neben der Forderung einer Rücknahme der Budgetierung der GKV-Parodontitis-Behandlungsstrecke, der Einführung eines strukturierten Überweisungssystems zwischen Medizin und Zahnmedizin sowie einer Einführung neuer abrechenbarer Leistungen müssen wir in Deutschland ebenfalls darauf achten, nicht europäisches Schlusslicht zu werden, wenn es um eine deutschlandweite strukturierte Fachzahnarztweiterbildung für das Fach Parodontologie geht. Fachzahnärztinnen und -ärzte können dazu beitragen, die Last von 14 Millionen Menschen in Deutschland mit schwerer Parodontitis zu reduzieren. Damit meine ich bei Weitem nicht, dass Parodontitis nur von weitergebildeten Zahnärztinnen und Zahnärzten therapiert werden kann, im Gegenteil. Das gesamte professionelle zahnmedizinische Team ist angesprochen, sodass zwar die schweren Formen der Parodontitis, gegebenenfalls bei multimorbiden Patientinnen und Patienten, von speziell ausgebildeten Fachzahnärztinnen und -ärzten – auch chirurgisch – gezielt betreut werden, wohingegen der überwiegende Teil der jüngeren Erwachsenen und ein signifikanter Anteil der jüngeren Senioren ohne Weiteres ebenso gut von allgemeinzahnärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen bestens versorgt werden können. All diese Aspekte werden uns helfen, Prävention in Deutschland neu zu denken. ■

» Weiter auf Seite 20

KULZER

VIVIDA

HYDROGEN PEROXIDE SUPERIOR
HPS TECHNOLOGY

EIN SCHÖNES LÄCHELN KANN SO EINFACH SEIN



OFFICE



HOME

Entdecken Sie eine vollständige und flexible Whitening-Lösung, die sich ideal in den Alltag Ihrer Patientinnen und Patienten und in die Abläufe Ihrer Praxis integriert:

- **Kulzer Vivida Office Kit:** Professionelle Office-Lösung für Ihre Praxis: sichtbare Farbkorrektur in nur 30–45 Minuten – ohne aktivierendes Licht und mit einem gebrauchsfertigen Brush Pen mit 25 % HPS, der kein Anmischen erfordert.
- **Kulzer Vivida Home Kit:** Sichere All-in-One-Lösung für die Anwendung zu Hause. Die 6 %-HPS-Formel benötigt lediglich 15–30 Minuten tägliche Anwendung.

Beide Systeme sind bei **Raumtemperatur lagerfähig** und unterstützen eine **gute Verträglichkeit.**

Der Weg zu einem strahlenderen Lächeln beginnt hier.

kulzer.de/vivida-dentist

KULZER
MITSUI CHEMICALS GROUP

© 2026 Kulzer GmbH. All Rights Reserved.