

„Ausbildung zum Fachzahnarzt muss eingeführt werden“

| Carla Senf

Vor knapp fünf Jahren wurde der Berufsverband der Fachzahnärzte und Spezialisten für Parodontologie (BFSP) gegründet. Wir sprachen mit Dr. Klaus Höcker, dem Vorsitzenden des Berufsverbandes, über die aktuelle Situation der Parodontologie in Deutschland im Zusammenhang mit der häuslichen Mundhygiene.

Der Berufsverband der Fachzahnärzte und Spezialisten für Parodontologie (BFSP) wurde zwar erst 2005 gegründet, doch bereits vor mehr als 25 Jahren fanden sich in einem Arbeitskreis der Fachzahnärzte für Parodontologie Zahnärzte zusammen, die ihre Spezialisierung an der Universität Münster oder im Ausland absolviert hatten. Die dreijährige Ausbildung zum Parodontologen war damals nur im Bereich der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe möglich – bis heute sperren sich die Landesvertretungen in den anderen Bundesländern gegen die Einführung der Fachzahnarzt Ausbildung. Als die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie schließlich eine in Zeit und Umfang gleiche Ausbildung zum Spezialisten für Parodontologie bundesweit einführte, war es an der Zeit, einen Verband zu gründen, um die berufspolitischen Interessen dieser Fachzahnärzte vertreten zu können. In erster Linie will der Verband Informationen über die Diagnose und die Therapie bieten, und Ansprechpartner für Patienten, Krankenkassen und zahnärztliche Kollegen sein. Kaum jemand weiß bislang, dass es ausgebildete und geprüfte Fachzahnärzte gibt.

Und was den Mitgliedern besonders am Herzen liegt: Die Ausbildung und Ernennung zum Fachzahnarzt muss bundesweit eingeführt werden. Nur dann kann sich der Patient im Dschungel der werbenden Zusatzbezeichnungen zurechtfinden.

Sehr geehrter Herr Dr. Höcker, wie schätzen Sie das Ausmaß von parodontalen Erkrankungen in Deutschland ein?

Parodontalerkrankungen sind eine Volkskrankheit. Die Parodontitis ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen des Menschen und eine Hauptursache für Zahnverlust. Wie die Vierte Mundgesundheitsstudie aus dem Jahr 2006 zeigte, entwickelt jeder Zehnte eine schwere Form der Parodontitis mit Zahnfleischtaschen von mehr als 6 mm Tiefe. Und noch etwas wurde deutlich: Mit steigendem Lebensalter geht ein Anstieg der Prävalenz und vor allem auch der Schwere der Parodontitis einher.

In der Altersgruppe von 65 bis 74 Jahren verdoppelte sich die Zahl der schweren Parodontitisfälle mit Taschentiepen von mehr als 6 mm im Vergleich zu den 35- bis 44-jährigen Erwachsenen.

Wird die Dramatik der Erkrankung erkannt?

Es wäre falsch zu dramatisieren – aber man sollte achtsam sein. Es gibt Zusammenhänge zwischen der chronischen Parodontitis und der systemischen Allgemeinerkrankung. Die Wechselwirkungen zwischen Diabetes mellitus und einer unbehandelten Zahnbettentzündung sind gut belegt. Aber auch für Herz-Kreislauf-Erkrankung wie Herzinfarkt und Schlaganfall stellt die Parodontitis ein Risikofaktor dar. Außerdem ist bei parodontal erkrank-

ten Schwangeren die Gefahr einer Frühgeburt erhöht.

Welche Phasen durchläuft die Parodontosebehandlung?

Am Anfang jeder Therapie steht die Diagnose. Der Patient muss informiert und motiviert werden, denn nur dann ist es möglich, die Entzündung dauerhaft zu bekämpfen. Im ersten Abschnitt schafft die antiinfektiöse Therapie die Grundlage für eine erfolgreiche Behandlungssequenz. Hier sind zumeist mehrere Behandlungssitzungen notwendig, um den aggressiven Biofilm in den Zahnfleischtaschen – mit dem Ziel der Entzündungsfreiheit und der Reduktion der Taschentiepen – zu zerstören. Die Befunde der Nachuntersuchung entscheiden dann, ob parodontal-chirurgische Maßnahmen zur Regeneration des Zahnbetts notwendig und Erfolg versprechend sind. In besonders aggressiven Fällen ist auch die Gabe von Antibiotika angezeigt. Ein Langzeiterfolg wird sich aber nur dann einstellen, wenn die parodontale Nachsorge aufrechterhalten wird. Die unterstützende Parodontaltherapie in individuell abzustimmenden Zeitintervallen ist unerlässlich, um die chronische Erkrankung ein Leben lang unter Kontrolle halten zu können.

Wie wird die Diagnose gestellt?

Ein vollkommen schmerzfreier Schnelltest erlaubt uns heute in jeder zahnärztlichen Untersuchung festzustellen,

ob ein ansonsten beschwerdefreier Patient an einer Parodontitis erkrankt ist. Weist der Parodontale Screening-Index einen pathologischen Wert auf, muss ein vollständiger Parodontalstatus aufgenommen werden, um das exakte Ausmaß der Erkrankung zu spezifizieren. Röntgenaufnahmen zeigen uns Ort und Umfang des Knochenabbaus. In einigen Fällen ist es darüber hinaus sinnvoll, auch einen mikrobiologischen Abstrich aus den Zahnfleischtaschen zu nehmen, um den Anteil der periopathogenen Leitkeime bestimmen zu können.

Welche Maßnahmen fallen in die Akutbehandlung?

Im Rahmen der antiinfektiösen Therapie wird der parodontitisauslösende Biofilm in den pathologischen Zahnfleischtaschen zerstört. In den meisten Fällen muss eine Vorbehandlung vorausgehen, in der Plaque und Zahnstein oberhalb des Zahnfleischrandes entfernt und die Zahnflächen poliert werden. Wesentlich ist auch die Information des Patienten über die Ursache seiner Parodontitis.

Wie sieht die Erhaltungsphase aus?

Die eigene Mundhygiene ist ein wichtiger Baustein in der Erhaltungsphase. Millionen von Bakterien besiedeln unsere Mundhöhle. Unser Abwehrsystem sorgt dafür, dass sie uns nicht schaden, sondern eigentlich nutzen. In Nischen

und in den vertieften Zahnfleischtaschen verändert sich im Laufe der Zeit die Zusammensetzung dieser Plaque und des Biofilms. Deshalb muss sich der PAR-Patient so lange einer professionellen Nachsorge unterziehen, wie er Zähne hat. Wichtig ist hierbei eine regelmäßige Nachuntersuchung, um den Verlauf der chronischen Parodontitis kontrollieren zu können. Aktive Schübe kann nur der Fachmann erkennen.

Welchen Stellenwert nimmt die häusliche Mundhygiene ein?

Die Mundhygiene ist eine der entscheidenden Faktoren für den Behandlungserfolg. Nur so lässt sich eine frühe Reinfektion der parodontalen Taschen verhindern und die Entzündung reduzieren. Aber auch hier sollte der Patient nicht allein gelassen werden, sondern umfassend über Pflorgetechnik und geeignete Hilfsmittel informiert werden.

Natürlich spielt die Zahnbürste eine wichtige Rolle. Wird in den wissenschaftlichen Untersuchungen denn ausreichend Wert auf die PA-Effekte gelegt?

Es wird untersucht, aber in den meisten Fällen geht es um das Plaque-Biofilm-Management auf den Glattflächen der Zähne. Die Effekte im Sulkus oder die Prozesse am Zahnfleisch sind leider eher Nebenkriegsschauplätze. Auch fehlt ein für mich wesentlicher Aspekt: Wie effizient ist eine Zahnbürste, wenn

die „handwerkliche“ Geschicklichkeit nicht oder nicht mehr ausreicht.

Welche Zahnbürste empfehlen Sie PA-Patienten? Handzahnbürste oder elektrisch?

Es gibt überzeugende Studien, die die Verwendung von elektrischen Zahnbürsten empfehlen. Sie erleichtern dem Patienten „die Arbeit“. Daher sind diese Bürsten vor allem in der langfristigen Anwendung oft wirkungsvoller. Inzwischen gibt es auch Produktkonzepte, die sich mit den von mir angesprochenen Themen – Glattfläche UND Zahnfleisch – auseinandersetzen (wie z.B. die Sonicare FlexCare+ von Philips). Das ist der richtige Weg.

Wir als BFSP empfehlen die Schalltechnologie. Nicht nur zahlreiche Untersuchungen unterstreichen die Wirksamkeit dieser Bürsten. Auch die Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass sie den Patienten die tägliche Mund- und Zahnpflege erleichtern.

kontakt.

**Berufsverband der
Fachzahnärzte und Spezialisten
für Parodontologie e.V. (BFSP)**

Brandstraße 29
45127 Essen
www.fachzahnaerzte-parodontologie.de

ANZEIGE

Ein Lächeln wirkt immer...

Implantat-Pflege-Gel
durimplant

Zur Vorbeugung von Periimplantitis
und Entzündungen rund um das
Implantat.

www.durimplant.com

