



Anfang des Jahres veröffentlichte die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DG PARO) eine der wichtigsten zahnmedizinischen Publikationen. In einer Adaption der S3-Leitlinie *Treatment of Stage I–III Periodontitis* der European Federation of Periodontology (EFP) auf deutsche Verhältnisse werden klare Handlungsempfehlungen für einzelne Behandlungsschritte der Parodontitistherapie gegeben. Der folgende CME-Artikel stellt diese neue Leitlinie genau vor.



Dr. Lisa Hezel
[Infos zur Autorin]

Von der Klassifikation zur Therapie

Die neue Leitlinie zur Behandlung einer Parodontitis

Dr. Lisa Hezel

S3-Leitlinien geben Empfehlungen auf höchstem Evidenzniveau, die sich aus einer systematischen Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenz) zu den relevanten klinischen Fragestellungen ergeben. Abschließend findet eine Konsentierung der Empfehlungen in einer Gruppe statt, die Fachleute, Vertreter verschiedener Fachbereiche und Arbeitsgruppen sowie Patientenvertreter und potenzielle Anwender miteinbezieht. Solche umfangreichen, in den einzelnen Therapieschritten aufeinander aufbauenden Empfehlungen, wie die der European Federation of Periodontology (EFP), sind in der Zahnmedizin erstmalig.

Stufenplan der Parodontitistherapie

Die neue S3-Leitlinie baut auf der 2018 veröffentlichten international vereinbarten neuen Klassifikation parodontaler Erkrankungen auf. Durch die neue Klassifikation wird es ermöglicht, eine Parodontitis in einer multidimensionalen Matrix nach Schweregrad, Komplexität, Ausdehnung, historischer Progressionsrate sowie den Risiko- und Komplikationsfaktoren der Patient*innen individuell zu beurteilen

(Abb. 1). So können Patient*innen bereits im Vorfeld hinsichtlich des zu erwartenden Behandlungsaufwands besser bewertet werden. Ergänzend zur neuen Klassifikation wurde ein therapeutischer aufeinander aufbauender Stufenplan konzipiert (Abb. 2).

Grundsätzlich durchlaufen alle Parodontitispatient*innen die Stufen 1 (Kontrolle des supragingivalen Biofilms und der Risikofaktoren) und 2 (subgingivale Instrumentierung). Die Stufe 3 (chirurgische Therapie) erfolgt bei den Patient*innen, die bei der Reevaluation noch Resttaschen aufweisen, ggf. mit Assoziation zu vertikalen Defekten oder Furkationsbeteiligungen. Weiterhin wurden therapeutische Endpunkte festgelegt, die ein/e Parodontitispatient*in erreichen sollte, bevor er/sie in Stufe 4 und die unterstützende Parodontitistherapie (UPT) überführt wird.

Deutsche Anpassung der EFP-Leitlinie: Mehr als nur reine Übersetzung

Die deutsche Adaption der S3-Leitlinie *Treatment of Stage I–III Periodontitis* der European Federation of Periodontology (EFP) *Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III – die*

deutsche Implementierung ist eine 154 Seiten umfassende, gut strukturierte, evidenz- und konsensbasierte Leitlinie. In der Verantwortung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DG PARO) wurde in einem aufwendigen Prozess von 36 Fachgesellschaften, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) sowie Patientenorganisationen die Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem überprüft und teilweise daraufhin angepasst. Es handelt sich hierbei also nicht um eine reine Übersetzung der europäischen Leitlinie, sondern um eine auf das deutsche Gesundheitssystem angepasste Adaption der Leitlinie. Der Adaptionprozess wurde methodologisch vom Institut für medizinisches Wissensmanagement der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF-IMWi) begleitet und überprüft.

Die Leitlinie gibt Empfehlungen zu Interventionen in den einzelnen Therapiestufen. Das Konzept zur Behandlung eines/er Parodontitispatient*in wurde in der im Juli 2020 vorgestellten EFP-Leitlinie aufgegriffen und durch über 60 klinische Schlüsselempfehlungen für alle Phasen der Parodon-

Parodontitis: Staging

Parodontitis-Stadium STAGING		Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Schweregrad	interdentaler CAL an Stellen mit höchstem Verlust	1 - 2 mm	3 - 4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	KA	< 15 %	15 - 33 %	> 33 %	
	Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	kein Zahnverlust		≤ 4 Zähne	≥ 5 Zähne
Komplexität	lokal	<ul style="list-style-type: none"> · ST ≤ 4 mm · vorwiegend horizontaler KA 	<ul style="list-style-type: none"> · ST 5 mm · vorwiegend horizontaler KA 	zusätzlich zu Stadium II: <ul style="list-style-type: none"> · ST ≥ 6 mm · vertikal KA ≥ 3 mm · FB Grad II oder III 	zusätzlich zu Stadium III: <ul style="list-style-type: none"> komplexe Rehabilitation erforderlich aufgrund von: · mastikatorischer Dysfunktion · sekundärem okklusalen Trauma (Zahnbeweglichkeit ≥ Grad 2) · Zahnwanderung · ausgeprägtem Kammdefekt · Biss Höhenverlust · < 20 Restzähnen (10 okkludierende Paare)
	Ausmaß und Verteilung	wird zur genaueren Beschreibung des Staging verwendet	für jedes Stadium Ausmaß als lokalisiert (< 30 % der Zähne betroffen), generalisiert oder Molaren-Inzisivi-Muster beschreiben		

Papapanou, Sanz et al., 2018 Konsensus-Bericht; Tonetti et al., 2018 Fall-Definition

Für das erste Staging sollte CAL herangezogen werden. Falls nicht verfügbar, sollte der KA verwendet werden. Die Information zum Zahnverlust kann das Staging auch in Abwesenheit anderer Komplexitätsfaktoren verändern. Oft sind nicht alle Komplexitätsfaktoren vorhanden, aber es wird auch nur ein einziger benötigt, um die Diagnose hin zu einem höheren Stadium zu verändern.

Für Patienten nach aktiver Therapie stellen CAL und KA weiterhin die primären Determinanten des Stadiums dar. Auch wenn Komplexitätsfaktoren, die zu höherem Staging geführt hatten, durch die Behandlung eliminiert wurden, soll doch keine Herabstufung erfolgen, weil dieser Faktor immer in der Erhaltungs-therapie Berücksichtigung finden sollte.

Parodontitis: Grading

Parodontitis GRADING			GRAD A: langsame Progressionsrate	GRAD B: moderate Progressionsrate	GRAD C: rasche Progressionsrate
Primäre Kriterien	direkte Evidenz für Progression	longitudinale Daten für KA oder CAL	kein Verlust	< 2 mm über 5 Jahre	≥ 2 mm über 5 Jahre
		KA (%) / Alter	< 0,25	0,25 - 1,0	> 1,0
	indirekte Evidenz für Progression	Phänotyp	· erheblicher Biofilm mit geringer parodontaler Destruktion	· Zerstörung proportional zum Biofilm	· Zerstörung unproportional zum Biofilm · Episoden rapider Zerstörung · früher Erkrankungsbeginn (z. B. Molaren-Inzisivi-Muster oder behandlungsresistente Erkrankung)
Modifikatoren	Risikofaktoren	Rauchen	Nichtraucher	Raucher < 10 Zig./Tag	Raucher ≥ 10 Zig./Tag
		Diabetes	kein Diabetiker, normoglykämisch	HbA1c < 7,0 % bei Patienten mit Diabetes	HbA1c ≥ 7,0 % bei Patienten mit Diabetes

Das Grading sollte als Indikator für die Geschwindigkeit der Parodontitis-Progression verwendet werden. Die primären Kriterien sind entweder direkte oder indirekte Evidenz für Progression. Sofern vorhanden, wird direkte Evidenz verwendet. Wenn diese nicht vorliegt, kann indirekt über die Relation des KA zum Lebensalter des Patienten bei dem am stärksten betroffenen Zahn auf die vergan-

gene Progression geschlossen werden. Zunächst sollte allen Patienten ein Grad B zugeordnet werden. Danach soll nach Evidenz gesucht werden, die eine Einstufung in Grad A oder C rechtfertigen würde. Ähnlich dem Staging kann nach Bestimmung des Grading eine Modifikation auf der Basis von Risikofaktoren erfolgen.

CAL = klinischer Attachmentverlust / FB = Furkationsbeteiligung / HbA1c = glykiertes Hämoglobin / KA = röntgenologischer Knochenabbau / ST = Sondierungstiefe / Zig. = Zigaretten

Abb. 1: Übersicht der Einteilung „Staging und Grading der Parodontitis“.

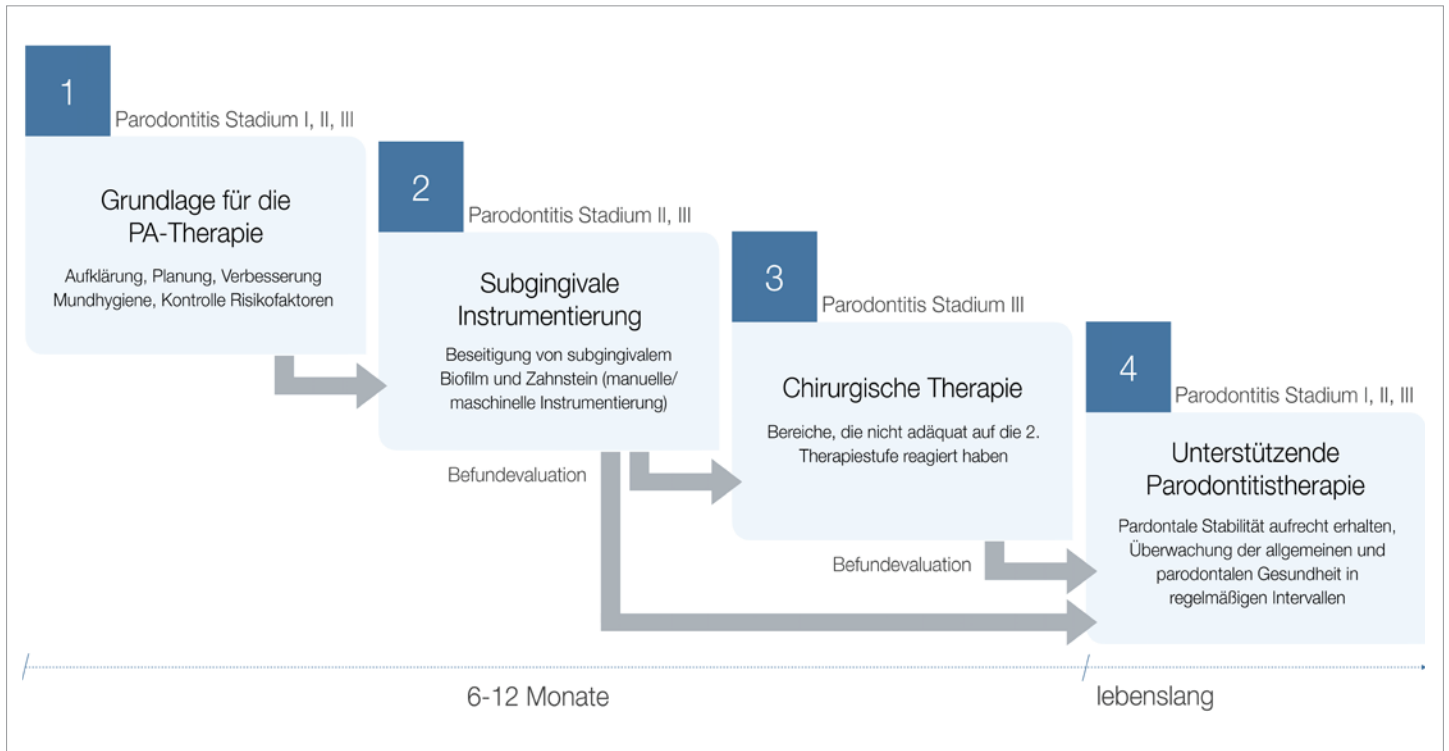


Abb. 2: Aufeinander aufbauender Stufenplan der Parodontitistherapie, nach „Bearbeitung“ einer Stufe geht es weiter zur nächsten.

titistherapie mit praktisch relevantem Inhalt gefüllt. Auf der Basis von 15 durch renommierte internationale Autorenteams durchgeführten systematischen Übersichtsarbeiten konnten die Empfehlungen zur Therapie der Parodontitis der Stadien I bis III erarbeitet werden.

Therapiestufe 1

Das Ziel der ersten Therapiestufe ist es, den/die Parodontitispatient*in mit adäquaten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung vertraut zu machen, damit seine/ihre Adhärenz bezüglich der Therapie und die Vorhersagbarkeit eines adäquaten Ergebnisses steigen. Diese Stufe umfasst nicht nur die Implementierung einer Patientenmotivation und Verhaltensänderung mit dem Ziel einer adäquaten häuslichen Mundhygiene, sondern auch die Kontrolle der beeinflussbaren lokalen und systemischen Risikofaktoren, die sich signifikant auf eine Parodontitis auswirken. Obwohl diese erste Stufe in der Behandlung eines/r Parodontitispatient*in nicht hinreichend ist, um eine Parodontitis auszuheilen, stellt sie die notwendige Basis für ein optimiertes

Ansprechen auf die Behandlung und für die Langzeitstabilität des Therapieergebnisses dar.

Zur ersten Stufe gehören neben den aufklärenden und präventiven Interventionen zur Reduktion gingivaler Entzündung durch den/die Patient*in auch die professionelle mechanische Entfernung von supragingivaler Plaque (Biofilm) und Zahnstein sowie von lokalen retentiven Faktoren (Reizfaktoren).

Therapiestufe 2

Bei entsprechender Mitarbeit des/der Patient*in wird anschließend in die Stufe 2 übergegangen, die subgingivale Instrumentierung aller pathologisch vertieften Taschen.

Diese Stufe (ursachenbezogene Therapie) zielt auf die Kontrolle (Reduktion/Elimination) des subgingivalen Biofilms und Zahnsteins (subgingivale Instrumentierung). Zusätzlich können folgende Interventionen erforderlich sein:

- adjuvante Anwendung physikalischer oder chemischer Mittel
- adjuvante Anwendung immunmodulatorischer Mittel (lokal oder systemisch)

- adjuvante Anwendung subgingival applizierter lokaler Antibiotika
- adjuvante Anwendung systemisch wirksamer Antibiotika

Therapiestufe 3

Nach der ersten Heilung der parodontalen Gewebe sollte die individuelle Reaktion auf die zweite Therapiestufe bewertet werden (parodontale Reevaluation). Wenn die Endpunkte der Behandlung noch nicht erreicht wurden (keine parodontalen Taschen >4 mm mit BOP oder keine tiefen parodontalen Taschen ≥ 6 mm), sollte die dritte Therapiestufe in Betracht gezogen werden. Wenn die Behandlung erfolgreich war und die Therapieziele erreicht wurden, wird der/die Patient*in in die UPT eingegliedert.

Die dritte Stufe zielt auf die Behandlung der Dentitionsbereiche ab, die nicht adäquat auf die zweite Therapiestufe reagiert haben (Taschentiefen > 4 mm mit BOP oder tiefe parodontale Taschen ≥ 6 mm). Das Ziel ist es dabei, den Zugang für die subgingivale Instrumentierung zu verbessern oder die Läsionen, die zur Komplexität der Parodontitis und Parodontalbehandlung

beitragen (Knochtaschen und Furkationsbefall), regenerativ oder resektiv zu therapieren. Dies kann folgende Interventionen umfassen:

- wiederholte subgingivale Instrumentierung mit/ohne adjuvante Therapien
- Parodontalchirurgie: Zugangslappen
- resektive Parodontalchirurgie
- regenerative Parodontalchirurgie

Therapiestufe 4

Die UPT zielt darauf ab, bei allen behandelten Parodontitispatient*innen parodontale Stabilität aufrechtzuerhalten. Nach Abschluss der aktiven Parodontaltherapie fallen erfolgreich behandelte Patient*innen in eine von zwei diagnostischen Kategorien: Parodontitispatient*innen mit reduziertem, aber gesundem Parodont oder mit gingivaler Entzündung.

Da die Parodontitis eine chronische Erkrankung ist, besteht das Risiko eines

Rezidivs/einer Progression. Daher benötigen alle Parodontitispatient*innen eine spezifisch angepasste UPT. Diese besteht aus einer Kombination von präventiven und therapeutischen Maßnahmen (Stufe 1 und 2), die in verschiedenen Intervallen durchgeführt werden sollen. Hierzu zählen Bewertung und Überwachung der systemischen und parodontalen Gesundheit, Stärkung der Mundhygieneinstruktionen, Patientenmotivierung zur kontinuierlichen Kontrolle von Risikofaktoren, professionelle mechanische Plaquereduktion (PMPR) und lokalisierte subgingivale Instrumentierung bei Resttaschen. Die professionellen Interventionen, die häufig auch als parodontale Erhaltungs- oder unterstützende Parodontaltherapie bezeichnet werden, benötigen ein strukturiertes Recall-System mit Besuchen von etwa 45–60 Minuten, die auf den Bedarf des/der einzelnen Patient*in individuell angepasst sind. Zur UPT gehören auch patienten-

spezifische Verhaltensanweisungen, da Patient*innen die empfohlenen Mundhygienemaßnahmen und einen gesunden Lebensstil einhalten sollten.

Leitlinien – wichtige Hilfe für die Praxis

Medizinische Leitlinien sind systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen, die Angehörige von Gesundheitsberufen und Patient*innen bei ihren Entscheidungen über die angemessene Gesundheitsversorgung unterstützen sollen. Leitlinien geben Orientierungshilfen im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Ebenso werden auch ökonomische Aspekte des Behandelns in Leitlinien berücksichtigt. Sie sind im Gegensatz zu Richtlinien nicht bindend. Da Leitlinien nicht von Ge-

ANZEIGE

Die optimierte Aminomed – durch klinische Studien bestätigt



NEU OHNE TITANDIOXID



Die weiterentwickelte Formulierung der medizinischen Kamillenblüten-Zahncreme ist jetzt noch empfehlenswerter für Sensitiv-Patienten und bei erhöhtem Parodontitis-Risiko:

- ✓ einzigartiges Doppel-Fluorid-System mit erhöhtem Fluoridanteil (1.450 ppmF)
- ✓ ohne Titandioxid – so werden die natürlichen Inhaltsstoffe wie z. B. Kamillenextrakte sichtbar
- ✓ noch sanftere Zahnpflege (RDA 31)² bei sehr guter Plaquentfernung
- ✓ für die bestmögliche Mundpflege bei gereiztem Zahnfleisch und empfindlichen Zähnen

Wirksamkeit bestätigt durch zahnmedizinische Untersuchungen und klinische Studien



Senkung des Gingiva-Index nach 4 Wochen¹



weniger Schmerzempfindlichkeit bereits nach 7 Tagen¹



Senkung des Plaque-Index nach 4 Wochen¹

Kostenlose Proben:

Bestell-Fax: 0711-75 85 779-64
E-Mail: bestellung@aminomed.de

Praxisstempel, Anschrift

Datum, Unterschrift

Prophylaxe Journal August 21



Dr. Liebe Nachf. GmbH & Co. KG
D-70746 Leinfelden-Echterdingen
www.aminomed.de/zahnaerzte

¹ Klinische Anwendungsstudie unter dermatologischer und zahnmedizinischer Kontrolle, durchgeführt von dermatest 01/2021
² Messmethode „Zürcher Modell“, Aminomed bisher: RDA 50

setzungskörperschaften erlassen werden, stellen sie keine gesetzlichen Regelungen dar.

Hilfestellung bei neuer PAR-Richtlinie

Nach mehr als sieben Jahren der Bewertung im Gemeinsamen Bundesausschuss wurde im Dezember 2020 die neue Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) in der gesetzlichen Krankenkasse beschlossen, welche am 1. Juli 2021 in Kraft trat. Mit dieser Richtlinie werden Inkonsistenzen der zuvor bestehenden Regelungen in der Behandlungsrichtlinie beseitigt (Abb. 3).

Ein besonderes Augenmerk wurde dabei auf das zahnärztliche Gespräch gelegt, das unverzichtbar ist, wenn eine Verhaltensbeeinflussung der Patient*innen erreicht werden soll (Stufe 1). Außerdem wurde am Übergang von der nichtchirurgischen (Stufe 2) zur chirurgischen Therapie (Stufe 3) die Überprüfung des parodontalen Befunds, die Reevaluation, eingeführt, welche die Entscheidungsgrundlage dafür liefert, ob ergänzend chirurgisch therapiert werden muss. Schließlich wurde die UPT als Element zur Sicherung der Langzeitstabilität zumindest für zwei Jahre in die vertragszahnärztliche Versorgung eingeführt. So erlaubt die neue PAR-Richtlinie im Wesentlichen die Umsetzung parodon-

taler Therapien auf der Basis international anerkannter wissenschaftlicher Standards und entsprechend der neuen Leitlinie.

Die parodontologische Leitlinie der EFP bzw. insbesondere deren deutsche Adaption stellt hier einen besonderen Mehrwert dar, da sie einen praktischen Leitfaden nicht nur für einzelne Behandlungsmethoden, sondern für die gesamte Therapiestrecke der Parodontitis gibt. Sie gibt konkrete Hinweise für das tägliche Arbeiten und verhindert eine Unter-, aber auch Überbehandlung von Parodontitispatient*innen. Um zusätzliche Hilfestellung bei der Umsetzung der neuen PAR-Richtlinie in der Praxis zu geben, hat die DG PARO eine Homepage erstellt. Auf



PAR-RICHTLINIE | PARODONTALTHERAPIE IN DER GKV

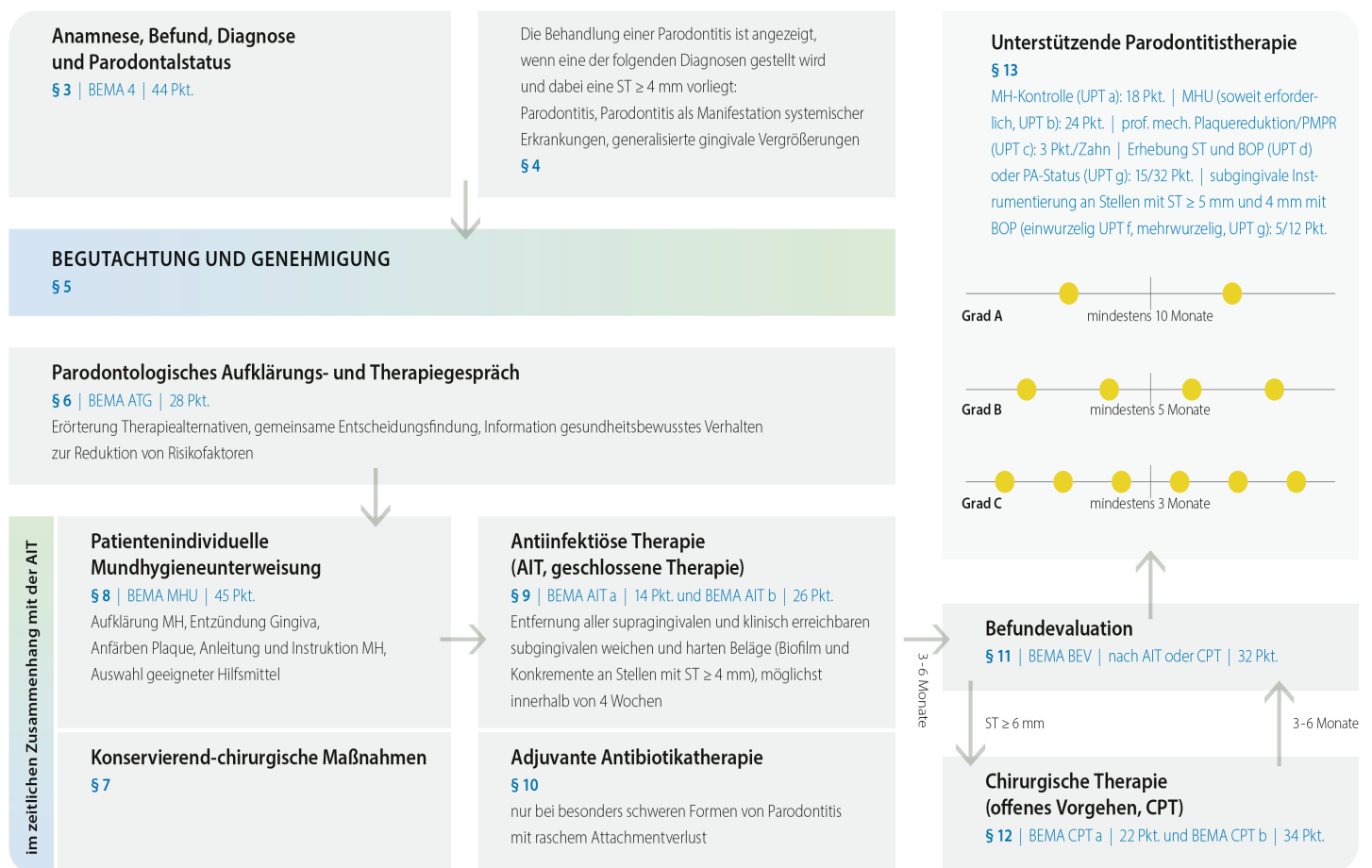


Abb. 3: Schematische Darstellung des Ablaufs einer Parodontitisbehandlung nach der neuen GKV-Richtlinie.

Die neue PAR-Behandlungsrichtlinie

Wir möchten SIE unterstützen



Mit dem Inkrafttreten der neuen PAR-Richtlinie ab dem 01.07.2021 werden neue Elemente in die Versorgungstrecke von parodontal erkrankten Patienten integriert. Wir möchten Ihnen Hilfestellung bei der Umsetzung in der Praxis geben. Auf dieser Seite finden Sie nicht nur eine ausführliche Darstellung der Richtlinie, sondern auch Tipps und Material für jeden Schritt der Behandlungstrecke.

Wir haben Antworten zu den häufigsten Fragen zusammengestellt. Trotz intensiver Beratungen, werden viele Dinge aber auch erst auffallen, wenn die neue PAR-Richtlinie im Alltag umgesetzt wird. Diese Internetseite wird daher kontinuierlich angepasst und mit weiteren Inhalten ergänzt.

Abb. 4: Die von der DG PARO erstellte Homepage www.par-richtlinie.de gibt zahlreich Tipps und Hilfestellung bei der Umsetzung der neuen PAR-Richtlinie.



CME-Fortbildung

Von der Klassifikation zur Therapie

Dr. Lisa Hezel

CME-Fragebogen unter:
www.zwp-online.info/cme/wissenstests

ID: 93997



Informationen zur CME-Fortbildung



Alle Wissenstests auf einen Blick

www.par-richtlinie.de sind viele Inhalte rund um die systematische Parodontitistherapie frei zugänglich zusammengestellt (Abb. 4). Neben einer ausführlichen Darstellung der Richtlinie bilden vor allem Tipps und Materialien für jeden Schritt der Behandlungstrecke den Kerninhalt der Homepage. Zusätzlich werden Antworten zu den häufigsten Fragen gegeben.

Ausblick

Ergänzend zur jetzt veröffentlichten Leitlinie wird demnächst mit der Erstellung einer weiteren begonnen, die sich mit der Behandlung der Parodontitis im Stadium IV beschäftigen wird, also mit zusätzlichen Komplexitätsfaktoren wie einem Verlust der vertikalen Dimension und/oder von mehreren Zähnen sowie pathologischen Zahnwanderungen oder -bewegungen, die durch starke Interdisziplinarität gekennzeichnet ist, da sie restaurative Maßnahmen benötigt. Auch diese Leitlinie wird dann von der DG PARO in ähnlicher Weise wie die

derzeit vorliegende für das Stadium I bis III auf die Situation in Deutschland angepasst.

Die Inhalte der neuen S3-Leitlinie *Parodontitis Stadium I bis III* sind auf den Internetseiten der AWMF, DGZMK und DG PARO zugänglich.

Abbildungen: © DG PARO

Kontakt



Dr. Lisa Hezel

DG PARO Spezialistin für Parodontologie
Zahnarztpraxis Dr. Hezel
Ernst-Reuter-Allee 28
39104 Magdeburg
mail@dr-hezel.de