

# Moderne PA-Therapie

„Mein Zahnarzt hat gesagt: Sie haben Parodontitis, da kann man nichts machen, außer abwarten und dann irgendwann alles extrahieren.“ – Ein Patient, der sich mit dieser Aussage bei einem anderen Behandler vorstellt, sollte bzw. muss heute der Vergangenheit angehören. Im Zeitalter der effektiven Prophylaxe, fundierter Diagnostik und moderner Therapiemethoden sind den Zahnärzten viele Türen zur effizienten Therapie der Parodontitis offen. Erfolgreiche Therapie und damit verbunden auch eine erfolgreiche Praxisführung erfordern jedoch die systematische Umsetzung aktueller Erkenntnisse und ein effektives PA-Behandlungskonzept in allen Phasen der Behandlung.

Redaktion

■ In Deutschland weisen ca. 75 Prozent aller Erwachsenen eine behandlungsbedürftige Parodontitis auf, die von jedem Behandler insbesondere vor geplantem Zahnersatz oder gar Implantatversorgung einer geeigneten Therapie zugeführt werden müssen. Bei einem Patientenalter von 40 Jahren gehen heute statistisch gesehen mehr Zähne aufgrund von Parodontitis als durch Karies verloren. Hält man sich diese Zahlen vor Augen, mag es verwundern, dass die geringe Zahl der beantragten Parodontosebehandlungen heute noch ein anderes Bild zeigt. Die Abwertung der PA-Behandlungen durch die gesetzlichen Krankenkassen trugen sicher bei kassenorientierten Praxen eher weniger zur Motivation bei, doch wie in allen Bereichen der Zahnmedizin sind auch PA-Patienten bereit, für sinnvolle und verständlich aufgeklärte Leistungen zur Erhaltung und Verbesserung ihrer Zahngesundheit zuzuzahlen. Je mehr der Patient das Gefühl hat, nach einem effektiven Behandlungskonzept versorgt zu werden, desto eher werden auch Privatleistungen innerhalb dieses Konzeptes zur Selbstverständlichkeit.

## Frühzeitige Diagnostik stellt Weichen

Die frühzeitige Diagnostik einer parodontalen Entzündung ist für die Gesundheit und den Zahnerhalt von größter Bedeutung und seit den letzten BEMA-Veränderungen als Parodontaler Screening Index (Periodontal Screening Index, PSI) sogar mit einer eigenen Position 04 alle zwei Jahre auch beim Kassenpatienten abrechenbar. Bereits 1992 in den USA entwickelt, beruht der PSI auf einem modifizierten CPITN-Index (Community Periodontal Index of Treatment Needs) und wurde in den Niederlanden schon vor einigen Jahren als obligatorischer Bestandteil der zahnärztlichen Untersuchung eingeführt. Nach den Vorstellungen der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP e.V.) soll der Index zum selbstverständlichen Bestandteil jeder zahnärztlichen Routineuntersuchung werden, wobei ein auffälliger PSI-Code für den Behandler nicht Ende der Diagnostik, sondern Anlass zu weiterführender Diagnostik sein sollte, u.a. mit vollständigem Status und longitudinaler Kontrolle, Recallsitzungen etc. Obwohl das Ziel des Index die

Früherkennung ist und nicht primär die erforderliche therapeutische Maßnahme, lassen sich den einzelnen Codewerten für den Patienten sehr anschaulich therapeutische Konsequenzen zuordnen. Diese Aufwertung der einfachen Diagnostik mit Sonde und auch die bereits überfällige Aktualisierung der Klassifikation der Parodontitis rücken die Parodontitis wieder mehr ins Blickfeld von Patienten und Behandlern und ebnen teilweise den Weg für weitere Maßnahmen wie Keimbestimmungen, genetische Risikobestimmungen sowie die risikoassoziierte Prophylaxe. Früherkennung und adäquate Behandlungsmaßnahmen verhindern meist das Voranschreiten der Parodontitis und vermeiden damit verbundene Folgeschäden.

## Risikofaktoren abschätzen – Einleitung der Basistherapie

Als Hauptursache für die Parodontitis gelten vor allem parodontalpathogene Keime und Risikofaktoren wie eine mangelnde Mundhygiene, Rauchen, systemische Erkrankungen, die genetische Prädisposition im Immunsystem und Stress. Diese endogenen und exogenen Faktoren spielen im Gesamtgeschehen bei jedem Patienten eine unterschiedliche Rolle, die es bereits bei den ersten Untersuchungen zu ermitteln gilt, um eine erfolgreiche Therapie einleiten zu können. Der einfachste Weg ist die Erhebung von Mundhygieneindizes zur Feststellung der Mundhygienequalität und eine Risikoanamnese zu den genannten Faktoren mit der folgenden Aufklärung zur Beseitigung derselben. Dieser Teil der Behandlung liegt bereits in den Händen der speziell geschulten ZMF, im Idealfall der Dentalhygienikerin. Sie unterweist den Patienten gezielt zur häuslichen Mundhygiene und zur Verwendung diverser Hilfsmittel, bespricht Themen wie Ernährung, Rezessions- und Erosionsprophylaxe, erläutert mögliche Hilfsmittel, nimmt Speicheluntersuchungen vor und entnimmt Bakterienproben zur Keimbestimmung. Röntgenbilder werden angefertigt und nach umfassender Diagnostik gemeinsam mit dem Zahnarzt die weitere Therapie festgelegt. Die Bestimmungen von Markerkeimen kann dabei eine wertvolle Hilfe sein.