

Fazit: Die parodontale Therapie ist überholt und braucht ein Update

FACHBEITRAG – TEIL 17: GANZHEITLICHE PARODONTALE THERAPIEUNTERSTÜTZUNG – ZUSAMMENFASSUNG: In der vorliegenden Artikelreihe hat sich der Autor über 16 Artikel (beginnend in ZWP 4/2016) dem multifaktoriellen Ursachenkomplex der Parodontitis gewidmet. Der vorliegende Beitrag bündelt die zentralen Erkenntnisse und fasst damit die Reihe zusammen.

Parodontitis ist gekennzeichnet durch Entzündung und durch Knochenabbau. Entzündungen werden ausgelöst durch Mikroorganismen. Knochenabbau wird ausgelöst durch zu viel aktivierte Osteoklasten. Unterschiedliche Ursachen brauchen unterschiedliche Therapien. Die Therapie der Entzündung wird generell praktiziert. Die Therapie des Knochenstoffwechsels ist relativ unbekannt und wird nicht gelehrt.

Multifaktorieller Ursachenkomplex

Parodontitis hat einen multifaktoriellen Ursachenkomplex. Es gibt viele Ursachen, die zu einem negativen Knochenstoffwechsel führen. In den seltensten Fällen ist Entzündung die alleinige Ursache für den parodontalen Knochenabbau.

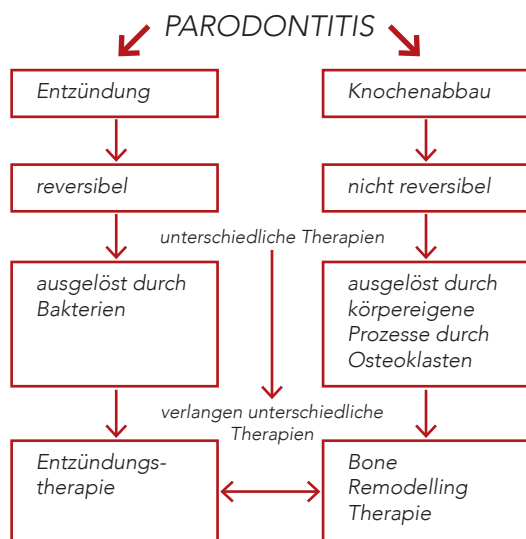


Abb. 1: Überlebenszeitanalyse nach Kaplan und Meier für alle Parodontalbehandlungen zwischen 2012 und 2015. (Aus Barmer Report 2017, Abb. 8.4)

Entzündungsreduktion ist sehr wichtig, ist Voraussetzung, Vorbehandlung bzw. der erste Schritt in der parodontalen Therapie. Sie ist jedoch nicht die Therapie des Knochenstoffwechsels. Nach der Therapie der Entzündungen werden klinisch gesund aussehende Parodontien diagnostiziert und die Therapie als gelungen beendet, aber ob der parodontale Knochenabbau gestoppt wurde, ist klinisch nicht beurteilbar.

Verstärkten Kollagenabbau testen

Dieser wird erst über den Faktor Zeit sichtbar. Damit ist weiterer Knochen verloren gegangen. Die Diagnostik Knochenstoffwechsel ist im Teil 6 (ZWP 11/2016) der vorliegenden Reihe beschrieben. Der einzige Test, der hier Anwendung findet, ist der aMMP8-Test. Dieser zeigt den Kollagenabbau an, auch wenn dieser noch nicht zu sehen ist. Seit August dieses Jahres besteht die Möglichkeit, diesen delikierbaren, in der Praxis durchführbaren Test über einem Reader digital auszuwerten. Somit ist der aMMP8-Test keine Ja-Nein-Entscheidung mehr, sondern wird ein wichtiges Diagnostikum im Therapieverlauf. Er dient der Motivation des Patienten und der Therapiekontrolle des Zahnarztes. Der aMMP8-Test ist kein Entzündungsmarker. Er zeigt den verstärkten Kollagenabbau an. Entzündungen können eine Rolle spielen, aber es gibt auch andere Ursachen für den verstärkten Kollagenabbau.

Wird in der Therapie nur lokal die parodontale Entzündung therapiert, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass der aMMP8 auch nach der Therapie den Schwellenwert von 20ng/ml überschreitet und somit positiv bleibt. Ein

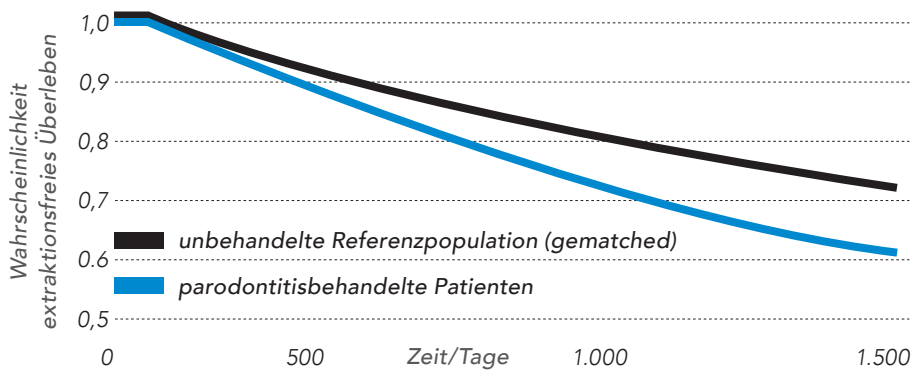
Wert über 20ng/ml ist der molekulare Nachweis für mehr Kollagenabbau und weniger Kollagenaufbau. Klinisch korreliert dieser Wert nicht mit dem Entzündungsgeschehen, ist klinisch nicht abschätzbar oder beurteilbar. Ein Patient mit einem positiven aMMP8 wird weiter Kollagen abbauen, egal ob die Entzündung therapiert wurde oder nicht.

Dilemma: Ziel der PA-Therapie wird verfehlt

Hier liegt das große Problem unseres bisherigen PA-Therapieansatzes. Es wurde bislang nur Entzündung therapiert. Das Ergebnis dieser nur auf Entzündungstherapie ausgerichteten parodontalen Therapie ist das Dilemma. Die Zahnärzte sehen klinisch sehr gute Ergebnisse, nur der Patient verliert Zähne. Hierzu passt auch der Barmer Report 2017. Mit einem Datensatz von 415.718 parodontitisbehandelten Patienten offenbart der Barmer Zahnreport 2017 erstmals ein reales Bild der PA-Therapie aus der Versorgungsrealität, und dieses Bild ist nicht positiv. Ein Drittel der Parodontitispatienten verliert nach der Therapie innerhalb von vier Jahren mindestens einen Zahn.

In der Pressekonferenz zum Barmer Zahnreport 2017 am 27. April 2017 wurde von Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer, und Prof. Dr. Michael Walter, Präsident der DGZMK, vorsichtig das Folgende formuliert:

1. Nicht erhaltungswürdige Zähne werden vor beziehungsweise während der PA-Therapie extrahiert.
2. Nach der Therapie ist eine gewisse Auslaufphase der erhöhten Extraktionsinzidenz sichtbar.



Anmerkung: Zielergebnis ist eine beliebige Extraktion im Gebiss. Der Wert 1,0 entspricht 100 Prozent Wahrscheinlichkeit eines extraktionsfreien „Überlebens“.

Abb. 2: Extraktionen/Woche je 1.000 behandelte Versicherte im Umfeld der Parodontistherapie. (Aus Barmer Zahnreport 2017, Abb. 8.2)

3. Die Extraktionsinzidenz ist vor Parodontistherapie niedriger als danach. Das Niveau vor der Therapie wird im Zeitraum von vier Jahren nach der Therapie nicht erreicht.
4. Es gelingt in der PA-Therapie nicht, die Extraktionshäufigkeit zu senken.
5. Ein parodontal behandelter Patient hat im Fazit weniger Zähne als ein nicht behandelter Patient.

In der Abbildung 2 zeigt sich deutlich, dass die Extraktionsinzidenz vor und während der Therapie schlagartig ansteigt, um zum Abrechnungszeitpunkt beziehungsweise kurz danach abzusinken. Eigentlich soll die PA-Therapie weiteren Zahnverlust verhindern, andererseits bleibt ein Parodontitispatient auch nach Therapie ein Risikopatient, bei dem häufiger Extraktionen auftreten. Das angedachte Ziel der PA-Therapie wird somit bislang verfehlt. Die PA-Therapie führt zu einem höheren Zahnverlust.

Die 4-Jahres-Überlebensrate (extraktionsfreies Überleben des Gebisses) beträgt für behandelte Versicherte rund 64 Prozent und für die Referenzpopulation rund 73 Prozent. Die Überlebensrate in der Referenzpopulation liegt knapp zehn Prozentpunkte über diesem Wert. Wird bei Versicherten eine PA-

Therapie durchgeführt, kommt es in deren Folge demnach signifikant häufiger zu einer Extraktion als bei Versicherten ohne PA-Therapie.

Mit dem Barmer Zahnreport 2017 wird die Frage nach der Wirksamkeit einer vertragszahnärztlichen PA-Therapie auf der Basis harter Zielkriterien (Zahnverlust) möglich. Dies ist deshalb so bedeutend, da es bisher keine vergleichbaren Ergebnisse zur Wirksamkeit dieser Therapie in der Versorgungsrealität gab. Es sind die folgenden wesentlichen Erkenntnisse hervorzuheben:

1. Nach der PA-Therapie wird bei einem Teil der Patienten in der Versorgungsrealität eine nachhaltige Verhinderung von weiteren Zahnverlusten nicht erreicht.
2. Der Parodontitispatient bleibt auch nach Abschluss der Behandlung weiter ein Risikopatient.
3. Es gelingt nicht vollständig, die Zahnverlustraten behandelter Parodontitispatienten an durchschnittliche Zahnverlustraten anzugleichen.

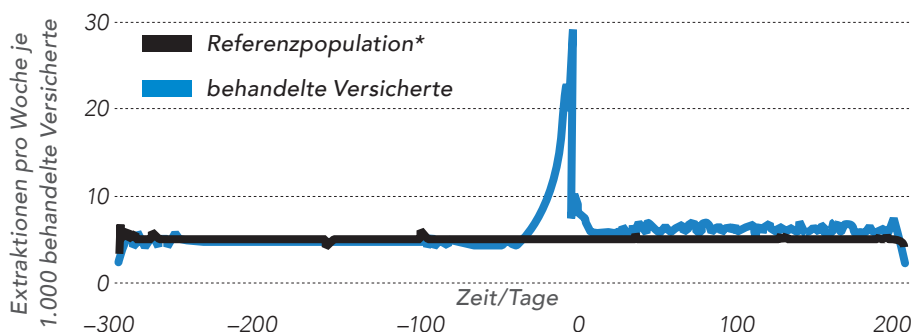
Das Problem erkennen: Knochenstoffwechsel

Zahnärzte, Mitarbeiterinnen in den Zahnarztpraxen und die Patienten wer-

den auf professionelle Zahnreinigung und Biofilmmangement getrimmt. Defizite in der PA-Therapie werden dem ungenügenden Biofilmmangement und der unzureichenden häuslichen Pflege durch den Patienten angelastet. Ständig heißt es, wir Zahnärzte müssen perfekter werden. So werden Fortbildungen, Curriculum, Masterstudiengänge, Online-Fortbildungen in der PA von den Universitäten angeboten. Ständig gibt es neue Geräte, zum Beispiel Ultraschall mit Feedback, neue Techniken, Laser, Ozontherapie und phonodynamische Therapien. Wenn das alles nicht funktioniert, dann wirken Antiseptika und Antibiotika. Und die Entzündung ist geheilt! Die Frage aber, die bleibt, lautet: Für wie lange? Das Fazit aller großen Studien und Analysen besagt: Wir haben schon viel geschafft und müssen noch intensiver werden und früher mit der PA-Therapie beginnen. Früher beginnen? Nein, es muss das Problem erkannt werden. Und dieses Problem heißt: Knochenstoffwechsel.

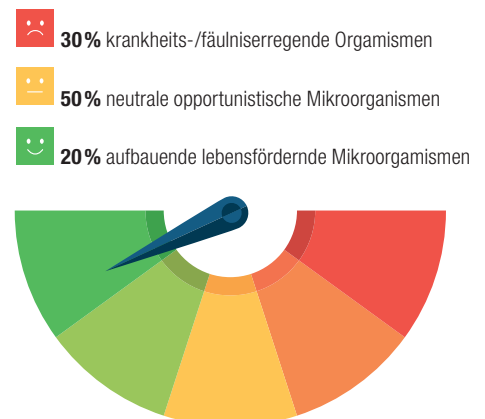
Falscher Therapieansatz

Schon der Ansatz in der Therapie der Entzündungen sollte überdacht werden. Bislang wird in der Therapie der parodontalen Entzündung mit Keim-



Anmerkung: Der Zeitpunkt 0 markiert den letzten Abrechnungszeitpunkt einer Parodontistherapie.
* Referenzpopulation ohne Parodontistherapie gematched nach Alter, Geschlecht und Region.

Abb. 3: Krank machendes Milieu – Abb. 4: Aufbauendes Milieu



Wechselwirkung zwischen Entzündung und Kollagenabbau

antibiotische Wirkung

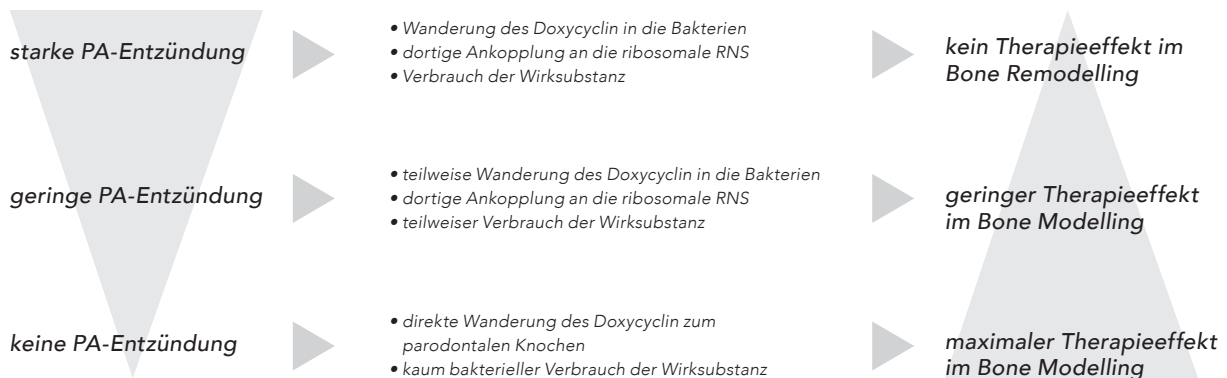


Abb.5: Wechselwirkung zwischen Entzündungsreduktion und Therapie des Knochenstoffwechsels.

reduktion gearbeitet. Es gibt keine Mikroorganismen, die parodontalen Knochen abbauen. Dies sind körpereigene Reaktionen, ausgelöst durch Osteoklasten. Der Mensch lebt nur mit Mikroorganismen. Keimreduktion ist folglich der falsche Therapieansatz. Wir müssen lernen, mit den Mikroorganismen zu leben und das Milieu umzugestalten, d.h. die Anzahl der Mikroorganismen belassen, aber das Verhältnis von pathogen zu regenerativ verändern. Die Entzündungsreduktion ist im Teil 1 (ZWP 4/2016) beschrieben. Die mikrobielle Umgestaltung wird mit „effektiven Mikroorganismen“ in der häuslichen Anwendung unterstützt, wie die Abbildungen 3 und 4 zeigen.

Erst nach der Therapie der parodontalen Entzündung kommt die Therapie des Knochenstoffwechsels voll zum Tragen (Abb. 5) Beschrieben wurde die Therapie des Knochenstoffwechsels in den Teilen 2 und 3 (ZWP 5/2016, ZWP 6/2016).

Im ausgeglichenen Knochenstoffwechsel ist der Knochenabbau genauso groß wie der Knochenaufbau. In der Parodontitis ist dieses Gleichgewicht hin zur Seite des Knochenabbaus verschoben. In der von mir beschriebenen Therapie in den Teilen 1 bis 5 (ZWP 4/2016 bis ZWP 10/2016) geht es darum, den zu starken Knochenabbau so weit runterzubremsen, bis er zu dem zu geringen Knochenaufbau wieder im Gleichgewicht steht. Wir erreichen – ohne gezielte Maßnahmen –, ein Gleichgewicht, wenn auch auf niedrigerem Niveau. Viel effektiver wäre es jedoch, wenn wir den Knochenaufbau forcieren. Wenn man ein altes Haus renovieren möchte, braucht man nicht nur gute Handwerker, sondern genauso wichtig sind Materialbereitstellung (Mineralien), Werkzeuge (Vitamine) und Transportwege (Blutbahnen). Dieses ist ein sehr weites Gebiet und wurde ansatzweise in den Teilen 6 bis 16 (ZWP 11/2016 bis ZWP 11/2017) beschrieben.

Fazit vom Fazit

Wir Zahnärzte haben jahrelang studiert und uns fortgebildet, um den erkrankten Patienten zu therapieren. Wir brauchen den erkrankten Patienten, und genau hierfür ist unser System ausgerichtet und wird ständig perfektioniert. Und nur für den erkrankten Patienten funk-

tioniert auch der Ablauf. Es werden Weiter- und Fortbildungen angeboten und wir erhalten Unterstützung durch die sich ständig weiterentwickelnde Pharma- und Dentalindustrie. Aber warum wollen wir warten, bis der Patient erkrankt (Teile 6 bis 16)? Was muss erfolgen, um den Knochenstoffwechsel gar nicht erst aus dem Gleichgewicht herausrutschen zu lassen (Teile 1 bis 4)? Warum muss das Mikrobiom erst pathogen werden (Teile 1 bis 16)? Für dieses komplexe Hinterfragen fehlen uns die Ausbildung, das Verständnis und jegliche Unterstützung, ganz abgesehen davon, dass sich mit einem gesunden Patienten nur wenig Geld verdienen lässt. Dennoch bleibt es ein wichtiges Interessengebiet. Denn alt werden wollen wir alle, nur alt sein will keiner.

FORTBILDUNGSANGEBOTE ...

... zu dieser Thematik mit Referent
Dr. Ronald Möbius, M.Sc.:

RHEINBACHER REIHE

zahnärztliche FORTBILDUNG (RRzF)

Ein neuer Therapieansatz in der Parodontologie

1. April 2018 | Rheinbach | t.fritz@rrzf.de

Rosenheimer Arbeitskreis

für zahnärztliche Fortbildung e.V.

Ein neuer Therapieansatz in der Parodontologie

15. Juni 2018 | Rosenheim | anmeldung@ro-ak.de

Güstrower Fortbildungsgesellschaft

für Zahnärzte (GFZa)

Die Revolution in der Parodontaltherapie

8. September 2018 | Güstrow | info@gfza.de

INFORMATION

**Dr. Ronald Möbius,
M.Sc. Parodontologie**

Fax: 038483 31539

info@moebius-dental.de

www.moebius-dental.de

Infos zum Autor



Literatur

