

Die Behandlung der Parodontitis

Wissenschaftliche Betrachtung

- Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) e.V. -

Die aktuelle Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) trat erstmalig am 01.01.1988 in Kraft. Der Leistungsinhalt beschreibt daher den Stand der Wissenschaft aus dem Jahr 1987. Mit Datum vom 01.01.2012 trat eine geänderte GOZ in Kraft. Die GOZ von 2012 ist in vielen Teilen und Positionen jedoch identisch mit der GOZ von 1988. Einige Teile sind ergänzt und einige Positionen verändert worden. Insbesondere die Leistungen der nichtchirurgischen Parodontitistherapie, die im Abschnitt E beschrieben sind, sind in der GOZ von 2012 identisch mit denjenigen aus der GOZ von 1988. Da es bei diesen Leistungen keine Veränderungen gegeben hat, geben diese damit auch den wissenschaftlichen Stand von 1987 wieder.

Im Folgenden soll diese Frage einer Bewertung unterzogen werden. Welche Leistungen der Parodontitistherapie, die nach heutigem wissenschaftlichem Stand erforderlich sind, waren vor dem Jahr 1988 nicht bekannt und haben daher in der am 01.01.1988 in Kraft getretenen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) keine Berücksichtigung finden konnten?

Einige dieser Leistungen sind seit geraumer Zeit Bestandteil der Parodontitistherapie und waren hinsichtlich des Leistungsinhalts im Wesentlichen auch vor 1988 bekannt, andere jedoch wurden erst über die entsprechende wissenschaftliche Evaluation in die Behandlung eingeführt und unterscheiden sich von Art und Umfang deutlich. Diese Leistungen sind Gegenstand der nachstehenden Betrachtung.

1. Parodontalstatus

Vor dem Jahr 1988 beschränkte sich die parodontale Befunderhebung im Wesentlichen auf die Messung der Taschentiefen und Rezessionen. Die im Gebührenverzeichnis der GOZ (Anlage 1) aufgeführte Gebührennummer 4000 GOZ erfasst lediglich eine rein metrische Bestimmung der Taschentiefen und Rezessionen, ohne weiterführende Auswertung und verlässliche Informationen über die zu erwartende Progredienz der parodontalen Erkrankung: „Die daraus resultierenden Befunde stellen allerdings eine Momentaufnahme des Ist-Zustands dar.“ (3)

Hingegen ist heute der Verlust des klinischen Attachments (CAL) die Referenz für die eigentliche Beurteilung der parodontalen Destruktion und wird gegebenenfalls zur Beurteilung des zu erwartenden Krankheitsverlaufs herangezogen:

„Parodontitis definiert sich durch den Verlust der parodontalen Gewebe, was üblicherweise anhand des radiologischen Knochenabbau oder klinisch durch approximalen Verlust an klinischem Attachmentlevel (CAL) erfasst wird. Weitere relevante parodontale Befunde

sind: Anzahl und Anteil von Zähnen mit Sondierungstiefen ab einem bestimmten Schwellenwert (meist > 4 mm mit BOP und ≥ 6 mm), die Anzahl der Zähne, die aufgrund von Parodontitis verloren gegangen sind, die Anzahl der Zähne mit Knochentaschen und die Anzahl der Zähne mit Furkationsbefall Grad II und III.

Der individuelle Parodontitisfall sollte durch Staging und Grading der Erkrankung weiter charakterisiert werden. Die Einteilung des Stadiums ist dabei größtenteils abhängig vom Schweregrad der Erkrankung, ebenso vom zu erwartenden Therapieaufwand und umfasst des Weiteren eine Beschreibung des Ausmaßes und der Verteilung der Erkrankung in der Dentition. Der Grad bietet zusätzliche Informationen über biologische Eigenschaften der Erkrankung einschließlich einer auf der Anamnese basierenden Beurteilung der Progressionsrate, Einschätzung des Risikos für die zukünftige Progression, Abschätzung eines möglichen ungünstigen Therapieverlaufs sowie eine Risikobeurteilung, ob die Erkrankung oder deren Therapie einen negativen Einfluss auf die Allgemeingesundheit des Patienten nach sich ziehen könnte. Im Jahre 2018 wurde eine neue Klassifikation parodontaler Erkrankungen von der Wissenschaft eingeführt. Die neue Klassifikation verwendet das häufig in der Medizin genutzte Staging und Grading. Das Staging, das vom Schweregrad und der Komplexität der Erkrankung abhängig ist, sollte dabei die Grundlage für den individuellen Behandlungsplan unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Evidenz für unterschiedliche therapeutische Interventionen bilden. Das Grading hingegen umfasst zusätzliche Informationen zu patientenbewerteten Risikofaktoren und der Progressionsrate und sollte daher die Grundlage für individuelle Strukturierung der Betreuung sein (Papapanou et al., 2018; Tonetti et al., 2018).“ (1)

Weder waren vor 1988 die umfangreichen Wechselwirkungen zwischen Parodontitis und Allgemeinerkrankungen bekannt, noch gab es ein wissenschaftlich belegtes Konzept zur Beurteilung der zu erwartenden Progredienz der Erkrankung. Eine Definition der therapeutischen Konsequenzen durch das Staging und Grading existierte zu diesem Zeitpunkt ebenfalls nicht. (4)

Diese unter anderem aus dem Parodontalstatus folgende Therapiefestlegung umfasst nunmehr gegebenenfalls auch die Entscheidung über adjuvante Therapiemaßnahmen (physikalische oder chemische Medizinprodukte, immunmodulatorische Mittel, subgingival applizierte lokale/systemische Antibiotika), die vor 1988 noch nicht bekannt waren, oder, über deren Wirksamkeit noch keine ausreichenden Erkenntnisse vorlagen.

Der in den Jahren bis 1988 bekannte Leistungsinhalt hat mit den aktuellen Behandlungsempfehlungen nichts mehr zu tun. Der Parodontalstatus nach der Gebührennummer 4000 GOZ bildet dieses Leistungsgeschehen nicht ab.

2. Aufklärungs- und Therapiegespräch

Eine spezifische und patientenindividuelle Beratung über die parodontale Erkrankung erfolgte vor 1988 nicht. Die Aufklärung beschränkte sich lediglich auf eine allgemeine Mundhygieneunterweisung und am Rande auf Ernährungsgewohnheiten. Der gesamte Bereich der Risikofaktoren war zu diesem Zeitpunkt wissenschaftlich nicht erschlossen.

Insofern war auch die Notwendigkeit PatientInnen über die Wechselwirkungen der parodontalen Erkrankung mit anderen Erkrankungen und Lebensgewohnheiten zu informieren nicht gegeben.

„Essenzielle Voraussetzung vor Beginn der Therapie ist die Aufklärung des Patienten über seine Diagnose, die Gründe der Erkrankung, Risikofaktoren, Therapiealternativen, zu erwartende Vor- und Nachteile der Behandlung und auch über die Option, die Behandlung nicht durchzuführen. Nach der Aufklärung sollte die Zustimmung zu dem personalisierten Behandlungsplan eingeholt werden. Es kann sich im Laufe der Therapie die Notwendigkeit ergeben, den Behandlungsplan abhängig von den Präferenzen des Patienten, den klinischen Befunden und Veränderungen der allgemeinen Gesundheit zu modifizieren.“ (1)

Die Kontrolle von Risikofaktoren, wie Lebensgewohnheiten und Allgemeinerkrankungen, für die Evidenz hinsichtlich des Einflusses auf die Ätiopathogenese der Parodontitis existiert, wird wissenschaftlich empfohlen. Dies setzt eine speziell am individuellen Krankheitsfall ausgerichtete Aufklärung über die Erkrankung und Beratung bezüglich der Therapie voraus. Der Umfang, die Inhalte und die Bedeutung eines solchen, individuell und gesamtheitlich am Patienten ausgerichteten Aufklärungs- und Therapiegesprächs war vor dem Jahr 1988 unbekannt und ist in der GOZ nicht beschrieben.

3. Mundhygieneunterweisung

Vor dem Jahr 1988 beschränkte sich die Mundhygieneunterweisung auf die allgemeine Demonstration von Zahnputztechniken, der Anwendung von Zahnseide und speziellen Hilfsmitteln. Nach durchgeführter Schulung erfolgte zeitnah eine Kontrolle des Übungserfolgs, wie dies in den Gebührennummern 1000 und 1010 GOZ beschrieben ist. Heute soll eine kontinuierliche Anleitung bezüglich der häuslichen Mundhygienemaßnahmen zur Kontrolle von gingivalen Entzündungen im Verlauf aller Therapiestufen inklusive der UPT durchgeführt werden. (5)

Es wird empfohlen, in der 1. Therapiestufe, in Kombination mit der Mundhygieneinstruktion, die Kontrolle der Risikofaktoren während der gesamten Therapie vorzunehmen. Ziel ist es, durch eine kontinuierliche Intervention die Lebensgewohnheiten des Patienten hin zur parodontalen Gesundheit zu beeinflussen. Dies ist eine neue Leistung, die in der GOZ von 1988 nicht beschrieben und abgebildet ist.

„Die erste Therapiestufe bezweckt, auf eine Veränderung des Verhaltens einzuwirken, indem der Patient motiviert wird, Maßnahmen zur Entfernung des supragingivalen Biofilms und der Kontrolle von Risikofaktoren umzusetzen. Diese Therapiestufe kann folgende Interventionen umfassen:

- *Kontrolle des supragingivalen Biofilms,*
- *Interventionen zur Verbesserung der Effektivität der Mundhygiene (Motivation, Instruktion [Mundhygieneinstruktion, MHI]),*
- *adjuvante Therapien bei gingivaler Entzündung,*

- *Kontrolle lokaler und systemischer Risikofaktoren, inklusive der Kontrolle und Therapie kariologischer, mikrobieller und restaurativer Faktoren sowie Interventionen zur Änderung des Gesundheitsverhaltens, um bekannte Risikofaktoren für die Entstehung und Progression einer Parodontitis zu eliminieren bzw. abzumildern (Raucherentwöhnung, Verbesserung der metabolischen Kontrolle eines Diabetes, eventuell körperliche Bewegung, Ernährungslenkung und Gewichtsreduktion).“ (1)*

Die in den Geb.-Nrn. 1000 und 1010 GOZ erfasste „Mundhygieneunterweisung“ beschreibt diese Motivation und Instruktion des Patienten nicht. Es handelt sich vielmehr um eine den Patienten begleitende, gesamtgesundheitliche Beeinflussung in Abhängigkeit vom Schweregrad der parodontalen Erkrankung und der Assoziation mit anderen Risikofaktoren. Das in den Jahren bis 1988 bekannte und praktizierte, von den vorstehenden Gebührennummern umfasste Leistungsgeschehen bildet den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand nicht ab.

4. Subgingivale Instrumentierung

Vor 1988 bezeichnete der übergeordnete Sammelbegriff „geschlossene Kürettage“ die Reinigung der Wurzeloberflächen, das Abtragen endotoxinhaltiger Zementschichten, die Wurzelglättung und die Weichteilkürettage ohne Präparation eines Zugangslappens (3). Dieses Leistungsgeschehen ist als parodontalchirurgische Leistung auch nach Novellierung der GOZ im Jahr 2012 in den Gebührennummern 4070 und 4075 GOZ beschrieben.

Die subgingivale Instrumentierung gemäß S3-Leitlinie (2) kennzeichnet einen Paradigmenwechsels in der Parodontologie. Gemäß S3-Leitlinie (1) wird in der 2. Therapiestufe eine nicht-chirurgische subgingivale Instrumentierung zur Kontrolle/Reduktion der Infektion empfohlen.

„Die Aufgabe der subgingivalen Instrumentierung besteht in der Entfernung bzw. Disruption des dysbiotischen Biofilms („subgingivale Plaque“) sowie mineralisierter Ablagerungen (subgingivaler Zahnstein, „subgingivale Konkremente“) von den Wurzeloberflächen, ohne diese offen durch Elevation eines Schleimhautlappens darzustellen. Diese subgingivale Instrumentierung („geschlossenes Vorgehen“, „geschlossene mechanische Therapie“ (GMT), „subgingivales Debridement“, im anglo-amerikanischen Sprachraum auch „non-surgical periodontal therapy“ oder (historisch) „Scaling and Root Planing“ [SRP] genannt) wird mit Handinstrumenten und/oder mit maschinellen Instrumenten durchgeführt und umfasst ausdrücklich nicht die übermäßige Bearbeitung der Wurzeloberflächen mit gezielter Zemententfernung oder Weichgewebeskürettage.“ (2)

Die subgingivale Instrumentierung ist vor diesem Hintergrund keine parodontalchirurgische Maßnahme.

Ebenso wird die subgingivale Instrumentierung nicht von der professionellen Zahnreinigung erfasst, die ausschließlich auf die Entfernung gingivaler und supragingivaler Beläge abstellt.

Es handelt sich bei der subgingivalen Instrumentierung um eine vor 1988 nicht bekannte Leistung. Nicht zuletzt hat der technische Wandel der letzten Jahrzehnte zur Einführung neuer und grazilerer Instrumente erheblich beigetragen

Diese nicht-chirurgische subgingivale Belagsentfernung kann als Initialtherapie im Rahmen der antiinfektiösen Therapie (AIT), der professionellen mechanischen Plaquerreduktion (PMPR) oder während der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT, PMPR+) indiziert sein.

DG PARO Vorstand, Oktober 2022

- (1) S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ (Stand Dezember 2020)
- (2) S3-Leitlinie „Subgingivale Instrumentierung“ (Stand Oktober 2019)
- (3) Parodontologie, K.H. & E.M. Rateitschak und H.F. Wolf, 1984
- (4) Caton et al., JCP 2018;45 S1-S8
- (5) Sanz M, et al.; EFP Workshop Participants and Methodological Consultants. Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. J Clin Periodontol. 2020 Jul;47 Suppl 22(Suppl 22):4-60. doi: 10.1111/jcpe.13290. Erratum in: J Clin Periodontol. 2021 Jan;48(1):163. PMID: 32383274; PMCID: PMC7891343.