

Ausgabe 01/2015
ePaper Exemplar
für ÖGP Mitglieder

PRAXIS GUIDE

PARODONTOLOGIE

Österreichische Gesellschaft für Parodontologie

Erfolgreicher Einstieg in die Parodontologie

Praxisleitfaden • Kompaktes Wissen • Tipps & Tricks

Kompendium für Parodontologie-Interessierte Praktiker

AUTOREN

PD Dr. Kristina **BERTL** MSc | DDr. Anna **KRAFT** MSc | Dr. Andreyana **LEON** | Dr. Ilse **STEINER**
Dr. Behrouz **AREFNIA** | Dr. Hady **HARIRIAN** MSc | Dr. Alfred **KLEIN**

Dieser Praxis-Guide basiert auf der Grundlage des „Young Practitioners Guide to Periodontology“ der Britischen Gesellschaft für Parodontologie und wurde durch das Team der ÖGP YOUNGSTERS aus dem Englischen übersetzt, überarbeitet und möglichst praxisrelevant dargestellt.

Im Studium hilft oft ein Skriptum, um sich an Methodik und Diagnostik festzuhalten - in der Praxis fehlt oft ein solcher Leitfaden.

Dieser Praxis-Guide soll den Einstieg in die Parodontologie erleichtern - mit kompaktem Wissen, Tipps und Tricks. Die Ergänzungen zum englischen Originalskript dienen der besseren Umsetzung im deutschsprachigen Raum. Dieser Leitfaden erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und das dargebrachte Wissen sollte ständig mit der aktuellen Literatur in Einklang gebracht werden.

Viel Freude an der Parodontologie!

Euer ÖGP YOUNGSTERS-TEAM

Herausgeber | Eigenverlag

Österreichische Gesellschaft für Parodontologie
Klostergasse 37 | 1180 Wien | Österreich

1. Auflage | April 2015

© Österreichische Gesellschaft für Parodontologie 2015

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlages. Das gilt insbesondere für Verfielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Gender-Hinweis

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit der Texte wurde entweder die männliche oder weibliche Form von personenbezogenen Hauptwörtern verwendet. Dies sollte keinesfalls eine Benachteiligung des jeweils anderen Geschlechts implizieren.

INHALTSVERZEICHNIS	Seite
1. PGU - Die Parodontale Grunduntersuchung	4
2. Diagnostik	
2.1 Anamnesegespräch - Zuhören!	7
2.2 Parodontalstatus	7
2.3 Röntgendiagnostik	8
2.4 Immer wieder erklären!	12
2.5 Flowchart „Diagnostik“	13
3. Klassifizierung der Parodontalerkrankungen	
3.1 Gingivitis	14
3.2 Gingivahyperplasie	14
3.3 Chronische Parodontitis	15
3.4 Aggressive Parodontitis	16
3.5 Nekrotisierende ulzerierende Gingivitis (NUG) und Parodontitis (NUP)	17
3.6 Parodontalabszess	18
3.7 Paro-Endo-Läsionen	19
4. Risikofaktoren	
4.1 Rauchen	19
4.2 Diabetes	19
4.3 Lokale Risikofaktoren	20
5. Konservative, nicht-chirurgische Therapie	
5.1 Prognose	21
5.2 Die zwei wesentlichen Pfeiler der nicht-chirurgischen Therapie: Debridement und häusliche Mundhygiene	22
5.3 Zeitaufwand	22
5.4 Nebenwirkungen der Therapie	23
5.5 Therapieunterstützung durch Chemotherapeutika	23
5.6 Rauchen und parodontale Gesundheit	24
5.7 Verhalten des Patienten - Vermittlung der Bedeutung parodontaler Gesundheit	25
6. Antimikrobielle Substanzen in der parodontalen Therapie	
6.1 Systemische Antibiose	27
6.2 Lokale Antibiose	28
7. Parodontalchirurgie	
7.1 Resektive Parodontalchirurgie	29
7.2 Kronenverlängerung	30
7.3 Regenerative und augmentative Parodontalchirurgie	30
7.4 Mukogingivalchirurgie	31
8. Erhaltungstherapie	31
9. Zähne vs. Implantate bei Parodontitispatienten	32
10. Zahnmedizinisch-rechtliche Aspekte in der Behandlung von Patienten mit parodontalen Erkrankungen	33
11. Patientenüberweisung	35
12. Wichtige Web-Links	36
13. Meine Notizen	37

1. PGU - DIE PARODONTALE GRUNDUNTERSUCHUNG

Die PGU ist eine einfache Screeningmethode, die relativ rasch und unaufwendig durchzuführen ist. Diese Untersuchung wird mit einer Parodontalsonde durchgeführt, mit der das Vorhandensein von Zahnfleischtaschen, die Blutungsneigung der Gingiva, Rauigkeiten der subgingivalen Zahnoberflächen und mögliche überstehende Füllungsänder festgestellt werden können.

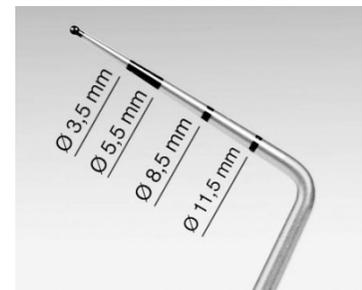
Ziel: Mit akzeptablem Zeitaufwand über die parodontalen Verhältnisse und den Behandlungsbedarf eines Patienten Aufschluss erhalten.

Vorgehen

- Jeder Zahn ist individuell zu beurteilen, wobei Implantate wie natürliche Zähne untersucht werden.
- Der Gebrauch einer dünnen, graduierten Parodontalsonde ist erforderlich. Für die Sondierung soll nur ein leichter Druck von 0.25N (25g) angewandt werden.
- Die Sondenspitze wird entlang der Zahnängsachse in den gingivalen Sulkus eingeführt und die Sondierungstiefe abgelesen. An jedem Zahn sollten mindestens zwei Stellen untersucht werden (mesial und distal).
- Es wird für jeden Sextanten nur der höchste PGU Wert festgehalten. Der Untersucher kann zum nächsten Sextanten übergehen sobald ein PGU-Grad 4 für einen Sextanten aufgezeichnet oder ein Sextant vollständig untersucht wurde.
- Ist der Sextant zahnlos, wird er mit einem „X“ markiert.

Beispiel

18 - 14	13 - 24	24 - 28
3	4	2
3	X	2*
48 - 44	43 - 33	34 - 38



Wann sollte die PGU durchgeführt werden?

- Bei allen neuen Patienten.
- Für Patienten mit PGU-Grad 0, 1 oder 2 sollte die PGU mindestens einmal pro Jahr durchgeführt werden.
- Für Patienten mit PGU-Grad 3 oder 4 sollte ein ausführlicher Parodontalbefund erhoben werden.

Die PGU kann nicht verwendet werden, um die Entwicklung einer parodontalen Therapie zu beurteilen. Das Ansprechen auf die Behandlung sollte - wie auch bei der genauen Erstbefunderhebung - über eine Sechspunktmessung erfolgen.

Definition der PGU Grade

Grad 0 = parodontal gesund

Die Sondierungstiefe geht nicht über 3.5 mm an der tiefsten Stelle eines Sextanten hinaus. Die Gingiva ist klinisch gesund und ohne Bluten nach dem Sondieren („Bleeding on Probing“-negativ). Kein Zahnstein (ZS) oder abstehegender Füllungsrand (F) tastbar.

PGU Grad	ST (Sondierungstiefe)	BoP (Bleeding on Probing)	ZS / F (Zahnstein/Füllungsrand)
0	< 3.5 mm	-	-

Grad 1 = Gingivitis

Die Sondierungstiefe geht nicht über 3.5 mm an der tiefsten Stelle eines Sextanten hinaus. Nach dem Sondieren entsteht Reizbluten („Bleeding on Probing“-positiv, Blutung auf Sondierung-positiv). Kein Zahnstein oder abstehegender Füllungsrand tastbar.

PGU Grad	ST	BoP	ZS / F
1	< 3.5 mm	+	-

Grad 2 = Gingivitis

Die Sondierungstiefe geht nicht über 3.5 mm an der tiefsten Stelle eines Sextanten hinaus. Supra- oder subgingivaler Zahnstein und/oder abstehegender oder undichte Füllungsrande sind tastbar.

PGU Grad	ST	BoP	ZS / F
2	< 3.5 mm	+ / -	+

Grad 3 = Parodontitis

Die Sondierungstiefe liegt zwischen 3.5 und 5.5 mm, geht jedoch auch an der tiefsten Stelle des Sextanten nicht über 5.5 mm hinaus.

PGU Grad	ST	BoP	ZS / F
3	3.5 - 5.5 mm	- / +	- / +

Grad 4 = Parodontitis

Die Sondierungstiefe liegt an der tiefsten Stelle des Sextanten über 5.5 mm.

PGU Grad	ST	BoP	ZS / F
4	> 5.5 mm	- / +	- / +

Zusatzbefunde: PGU *

- Furkationsbefall (> Grad 1)
- Erhöhte Zahnbeweglichkeit
- Mukogingivalproblem
z.B. gingivale Rezession > 3 mm oder Stillman-Cleft

Die parodontale Grunduntersuchung (PGU)				
Grad 0	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4
				
erste Farbkodierung bleibt vollständig sichtbar			zweite Farbkodierung bleibt nur teilweise sichtbar	zweite Farbkodierung verschwindet vollständig
keine Blutung	Blutung auf Sondieren	Blutung auf Sondieren möglich	Blutung auf Sondieren möglich	Blutung auf Sondieren möglich
kein Zahnstein	kein Zahnstein	Zahnstein und/oder	Zahnstein und/oder	Zahnstein und/oder
keine defekten Restaurationsränder	keine defekten Restaurationsränder	defekte Restaurationsränder	defekte Restaurationsränder möglich	defekte Restaurationsränder möglich
Klinische Abnormitäten (Befall der Furkationen von mehr als 3 mm, erhöhte Zahnbeweglichkeit, Mukogingivalprobleme) werden mit einem * gekennzeichnet.				
Die therapeutischen Konsequenzen				
gesund	Gingivitis	Gingivitis	mittelschwere Parodontitis	schwere Parodontitis
adäquate präventive Betreuung	Mundhygieneinstruktionen (MHI) und Prophylaxe inklusive Eliminierung der Plaque	MHI und Prophylaxe mit zusätzlicher subgingivaler Plaqueelimination, sowie Entfernung von Zahnstein und Korrektur von plaquerentiven Restaurationsrändern	zusätzlich zur Gingivitistherapie: umfassende Parodontaluntersuchung und Therapie jedes betroffenen Sextanten, ev. Überweisung an einen Spezialisten für Parodontologie	umfassende Gesamtuntersuchung (siehe „Richtlinien der ÖGP für den Parodontalstatus“) sowie Behandlung durch einen Spezialisten für Parodontologie
Grad 0	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4

Abb. 1: Parodontale Grunduntersuchung | Info-Karte der Österreichischen Gesellschaft für Parodontologie

PGU und Behandlungsbedarf

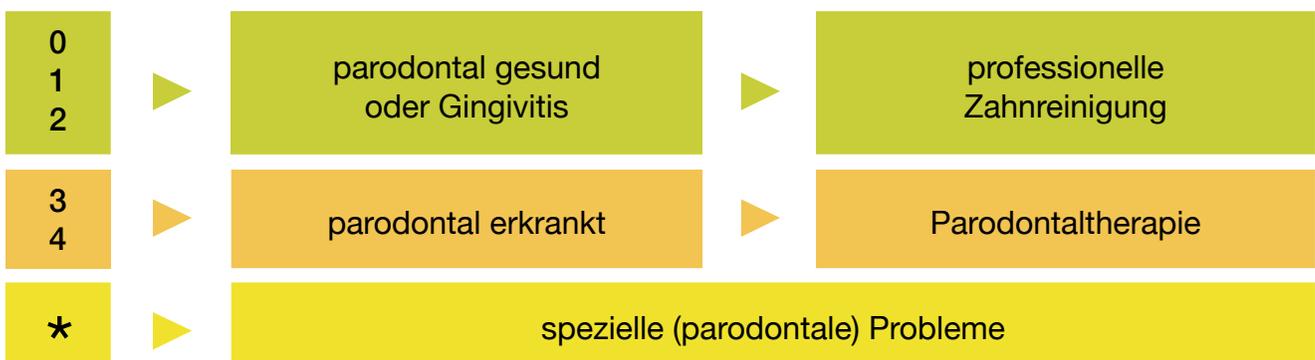


Abb. 2: Interpretation der parodontalen Grunduntersuchung

2. DIAGNOSTIK

2.1 Anamnesegespräch - Zuhören!

Das Anamnesegespräch ist der erste und äußerst wichtige Schritt vor der Behandlung eines Patienten. Durch aufmerksames Beobachten, durch Beachtung der Körpersprache und durch gezielte Fragen kann sich der Behandler rasch einen Gesamteindruck über den Patienten machen. Dabei will man nicht nur Informationen über die zahnmedizinischen Anliegen des Patienten gewinnen, sondern vor allem auch allgemeinmedizinisch relevante Befunde und den sozioökonomischen Status des Patienten evaluieren.

Es gilt nicht nur Risikofaktoren für parodontale Erkrankungen ausfindig zu machen, sondern auch allgemeinmedizinische Zustände oder medikamentöse Therapien festzuhalten, die Einfluss auf die spätere parodontale Behandlung nehmen könnten. Die Anamnese sollte bei jedem Kontroll- bzw. Recall-Termin aktualisiert werden.

Bei Erfragung der allgemeinen sowie einer parodontalen Anamnese sollte genau zugehört werden, da medizinische Probleme manchmal erst indirekt ans Licht kommen. So geben z.B. viele Patienten Medikamente an, ohne jedoch eine Grunderkrankung zu nennen. Es empfiehlt sich offene Fragen (Was, Wann, Weshalb, Wo, Wie und Wer) und nach Möglichkeit immer die folgenden sieben Fragen zu stellen:

1. **Blutet Ihr Zahnfleisch beim Zähneputzen oder in der Nacht?**
2. **Haben Sie einen oder mehrere lockere Zähne?**
3. **Können Sie alles kauen?**
4. **Leiden Sie an einem schlechten Geschmack im Mund bzw. an Mundgeruch?**
5. **Leiden Sie an Schmerzen oder Schwellungen im Zahnfleischbereich?**
6. **Rauchen Sie?**
7. **Gibt es sonst noch etwas, das Sie mir gerne erzählen möchten?**

Gutes Zuhören und Beobachten sowie nonverbale Hinweise sind die Devise. Man sollte auch selbst dem Patienten Aufmerksamkeitssignale und Hinweise auf Verständnis, wie ein zustimmendes Nicken senden, oder aber bei Unklarheiten sofort rückfragen. Umformulierungen helfen beim Aufbau des Vertrauensverhältnisses mit dem Patienten.

2.2 Parodontalstatus

Ein Parodontalstatus ist wichtig um einerseits die Ausgangssituation vor der Therapie zu dokumentieren und einen adäquaten Behandlungsplan erstellen zu können. Andererseits dient er als Arbeitsunterlage um beim subgingivalen Debridement zu wissen wo und wie tief die erkrankten Stellen bearbeitet werden müssen.

In weiterer Folge dient der Parodontalstatus nach erfolgter Therapie (Reevaluationsstatus) zur Dokumentation des Behandlungserfolgs oder als Unterlage für eine weiteführende (beispielsweise chirurgische) Therapie.

Sondieren ist essentiell für die parodontale Diagnose und das Monitoring. Sondierungstiefen bis zu 3 mm ohne Blutung auf Sondieren werden als parodontal gesund angesehen. Sondierungstiefen über 3 mm bedürfen mehr Aufmerksamkeit und zeigen einen erweiterten Behandlungsbedarf auf, da erhöhte Sondierungstiefen nicht mehr vom Patienten und dessen häuslicher Mundhygiene alleine beherrschbar sind.

Mit Hilfe einer Parodontalsonde lassen sich zwei wesentliche Fragen beantworten:

1. Wie weit unter dem Zahnfleischrand liegt der Boden der Zahnfleischtasche?

Dies stellt die Sondierungstiefe dar. Darüber hinaus kann noch der Abstand zur Schmelz-Zement-Grenze (SZG) bestimmt werden (Sondierungstiefe + Rezession); dies ist dann ein Maß für den gesamten, bislang stattgefundenen parodontalen Attachmentverlust. Das klinische Attachmentlevel ist ein Parameter mit besserer Aussagekraft für das Langzeit-Monitoring.



Abb. 3: Sondierung

2. Blutet das Gewebe bei Berührung?

Blutung bei Berührung oder nach Sondierung weist auf das Vorliegen einer Entzündung hin. Vice versa weist die Abwesenheit von Blutung nach Sondierung auf Entzündungsfreiheit hin. Etwas eingeschränkt anzuwenden ist dieser Parameter bei Rauchern, wo die Blutungsneigung trotz parodontaler Erkrankung oft nicht oder nur etwas erhöht ist.

Die Parodontalstuserhebung sollte in eine vorgedruckte Grafik oder in ein Zahnschema (Muster zum Download unter www.oegg.at) in einem Computerprogramm eingetragen werden und folgende Parameter enthalten:

Sondierungstiefen	<ul style="list-style-type: none"> • 6-Punktmessung • Sondierungstiefe = Distanz vom Sulkusboden bis zum Oberrand der Gingiva • Implantate werden wie natürliche Zähne behandelt - man braucht keine spezielle Kunststoffsonde!
Rezessionen	<ul style="list-style-type: none"> • Werden zugleich mit den Sondierungstiefen erhoben • 6-Punktmessung • Rezession = Distanz von der SZG zum marginalen Gingivarand
BOP	<ul style="list-style-type: none"> • „Bleeding on Probing“ • Blutung nach dem Sondieren, erhoben als ja/nein Entscheidung • 6-Punktmessung • Gibt Auskunft über den Entzündungsgrad in der Tasche • Prozentsatz berechnen
Plaque	<ul style="list-style-type: none"> • Erhoben als ja/nein-Entscheidung • Wird zugleich mit der Sondierungstiefenmessung erhoben • 6-Punktmessung
Mobilität	<ul style="list-style-type: none"> • Grad 0 = physiologisch • Grad 1 = 0.2 - 1 mm horizontale Auslenkung • Grad 2 = 1 - 2 mm horizontale Auslenkung • Grad 3 = > 2 mm horizontale und/oder vertikale Auslenkung • Beurteilung mit zwei Instrumentenstielen
Furkationsbefall	<ul style="list-style-type: none"> • Beurteilung mit der Naberssonde (Furkationssonde) • Grad 1 = horizontaler Attachmentverlust in der Furkation ≤ 3 mm • Grad 2 = horizontaler Attachmentverlust in der Furkation von > 3 mm, aber nicht durchgängig • Grad 3 = durchgängige Furkation
Sensibilität	<ul style="list-style-type: none"> • Wird mit CO₂-Schnee oder Kältespray beurteilt

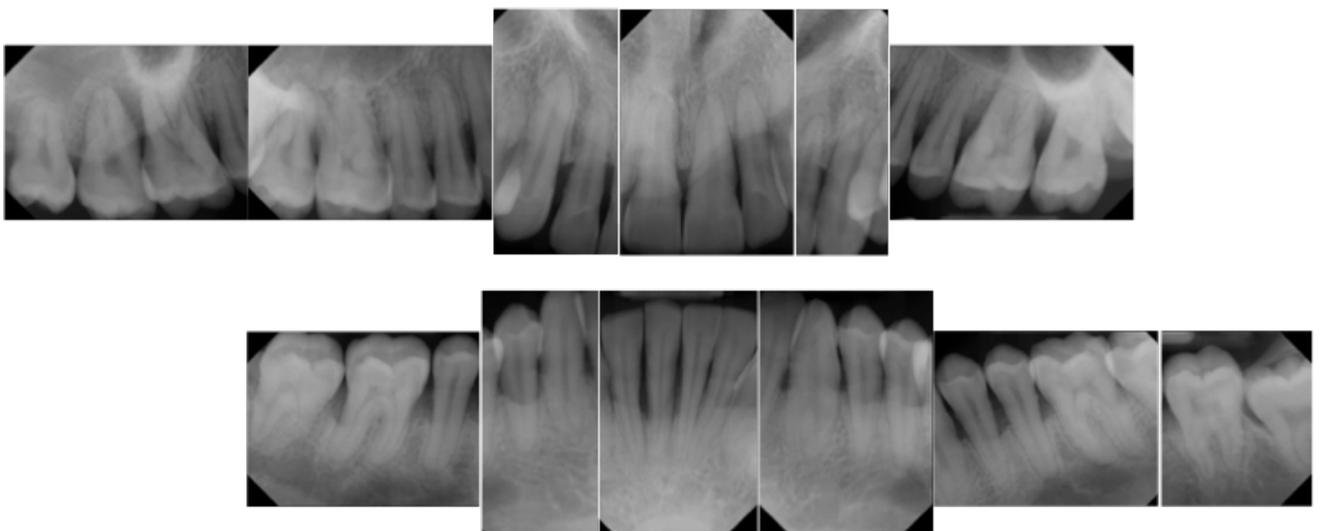
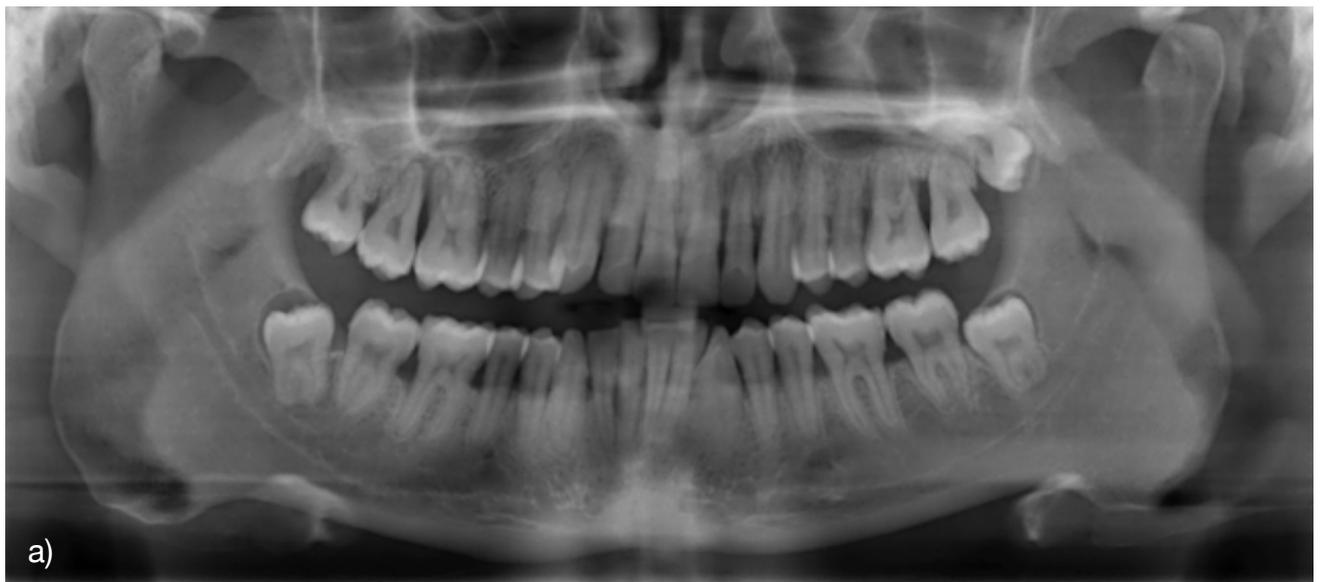
2.3 Röntgendiagnostik

Röntgenaufnahmen sind ein wesentlicher Bestandteil der klinischen Befundung. Sie ermöglichen eine initiale Diagnose- und Prognosestellung und unterstützen die Beurteilung einer möglichen Furkationsbeteiligung, die Identifizierung von möglichen endodontischen Komplikationen und in weiterer Folge die Überwachung der parodontalen Verhältnisse. Die Informationen aus den Röntgenbildern sollten immer mit den klinischen Daten sowie mit einem Patientengespräch kombiniert werden.

Wann sollen Röntgenbilder angefertigt werden?

Erstvorstellung

Je nach Ergebnis der Erstuntersuchung (PGU) werden neben einem Übersichtsröntgen (Panoramaschichtaufnahme/OPTG) entsprechende Kleinbildaufnahmen in Abhängigkeit von der klinischen Präsentation angefertigt.



b)

Abb. 4: OPTG (a) und Kleinbildstatus in Rechtwinkeltechnik (b) eines 27-jährigen Patienten mit un behandelter aggressiver Parodontitis. Prominente Kieferwinkel, Lagebeziehung der Weisheitszähne und die Kiefergelenke werden zusätzlich im OPTG befundet. Der Kleinbildstatus in Rechtwinkeltechnik ermöglicht eine genauere und detailliertere Beurteilung der parodontalen Knochendefekte.

Recall und Erhaltungstherapie

Röntgenbilder können auch nützlich sein um Veränderungen des Knochenniveaus im Laufe der Zeit zu beobachten, beispielsweise an Zähnen mit Furkationsbeteiligung, bei Patienten mit einem vermeintlich aggressiven Krankheitsverlauf oder an regenerativ oder resektiv operierten Zähnen. Die klinische Situation bestimmt die notwendige Frequenz der Neuanfertigung von Röntgenbildern.

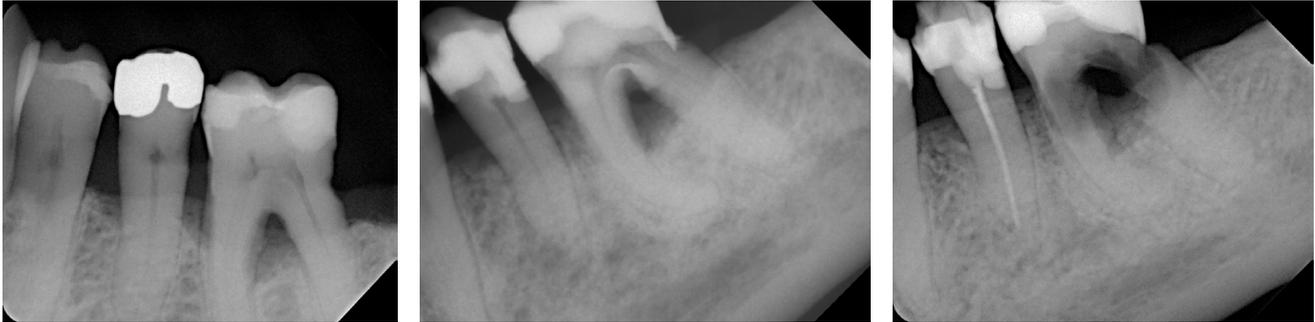


Abb. 5: Furkationsbeteiligung Grad III (=durchgängig) an Zahn 36. Entwicklung einer nicht sanierbaren Wurzelkaries innerhalb von 3a aufgrund insuffizienter häuslicher Reinigung des Furkationsbereiches.

Welche Röntgenaufnahmen sollen angefertigt werden?

Panoramaschichtaufnahme (OPTG)

Bei neuen Patienten empfiehlt es sich eine Übersichtsaufnahme anzufertigen; neben der Möglichkeit den Knochenverlust zu erkennen, können auch die angrenzenden Strukturen beurteilt und mögliche andere Pathologien diagnostiziert oder ausgeschlossen werden.

Horizontale Bissflügelaufnahmen

Diese Röntgenaufnahmen werden standardmäßig zur Kariesdiagnostik herangezogen. Sie können aber auch einen frühzeitigen Hinweis auf Knochenverlust und das Vorhandensein von subgingivalem Konkrement geben. Die normale Positionierung des Films/Sensors soll eine nicht verzerrte Aufnahme des Knochenniveaus in Relation zur SZG gewährleisten.



Abb. 6: Beispiele für horizontale Bissflügelaufnahmen. Wird der Sensor/Film korrekt platziert, kommt es zu keinen Überlappungen im Approximalbereich, was eine akkurate Diagnostik ermöglicht. In Abhängigkeit der Defekttiefe kann auch der Knochenverlauf begutachtet werden.

Vertikale Bissflügelaufnahmen

Korrekt platziert, sollen auch diese Aufnahmen ein nicht verzerrtes Bild des Knochenverlaufs in Relation zur SZG darstellen - auch bei bereits deutlichem Knochenverlust. Allerdings können sie im Oberkiefer nur bei Patienten mit einem hohen Gaumengewölbe korrekt platziert werden.

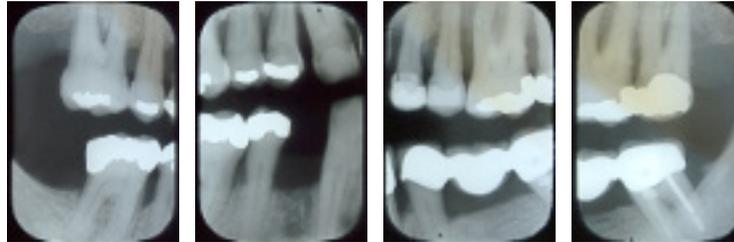


Abb. 7: Beispiele für vertikale Bissflügelaufnahmen. Der hochgestellte Sensor/Film ermöglicht die radiologische Darstellung von fortgeschrittenem Knochenverlust.

Periapikale Aufnahmen in Rechtwinkel-Paralleltechnik

Sie gelten als Goldstandard der Röntgenaufnahmen in der Parodontologie. Korrekt platziert, bildet dieses Röntgenverfahren eine genaue, nicht verzerrte zweidimensionale Ansicht des Knochniveaus in Bezug auf die SZG als auch auf die Gesamtwurzellänge ab. Bei Verwendung eines Filmhalters erlangt man bessere und vor allem einheitliche Resultate. Durch Abbildung der Wurzelanatomie in ihrer Gesamtheit kann man das Knochniveau in Bezug auf die Gesamtwurzellänge beurteilen.



Abb. 8: Beispiele für periapikale Aufnahmen in Rechtwinkel-Paralleltechnik. Der Zahn wird zur Gänze abgebildet; neben der Darstellung des Knochniveaus, kann die periapikale Region beurteilt werden (chronisch entzündliche Prozesse, Qualität der endodontischen Behandlung, usw.).

„Parodontale Bewertung“ von Röntgenaufnahmen

Von rechtlicher Seite ist es wichtig, dass man immer schriftlich aufzeichnet, was man auf den Röntgenbildern diagnostiziert hat. Die Röntgenaufnahmen sollten aus parodontaler Sicht in jedem Fall auf folgende Parameter hin bewertet werden:

- Grad des Knochenverlustes: Wenn der Apex sichtbar ist, dann sollte der Knochenverlust in Prozent zur Gesamtwurzellänge gemessen werden.
- Art des Knochenverlustes (vertikal vs. horizontal)
- Hinweis auf Furkationsbefall (interradikuläre Radioluzenz, „furcation arrow“)
- Weitere mögliche Befunde: Paro-Endo-Läsionen, sichtbarer Zahnstein und/oder Konkrement, Wurzelkaries, erweiterter Parodontalspalt, abnorme Wurzellänge oder Wurzelmorphologie, überstehende Restaurationen,...

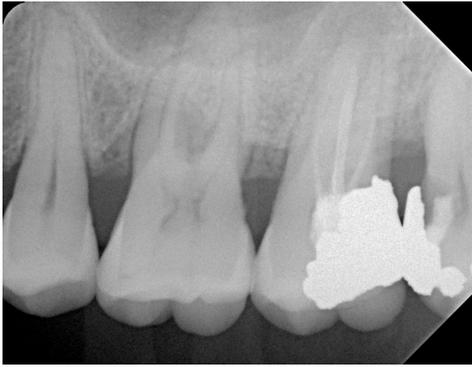


Abb. 9: „Furcation arrow“ Regio 26 mesial.



Abb. 10: Durch Wurzelkaries zerstörter Zahn 35.

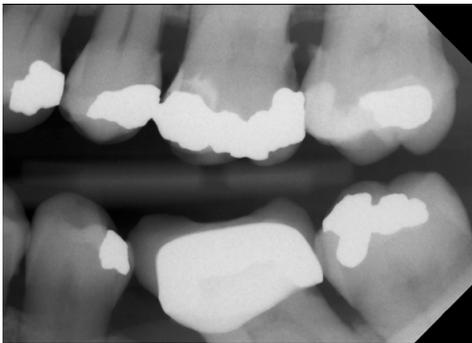


Abb. 11: Deutliche Konkrementablagerungen im Oberkiefer sowie Sekundärkaries aufgrund der überhängenden Restauration Regio 37.

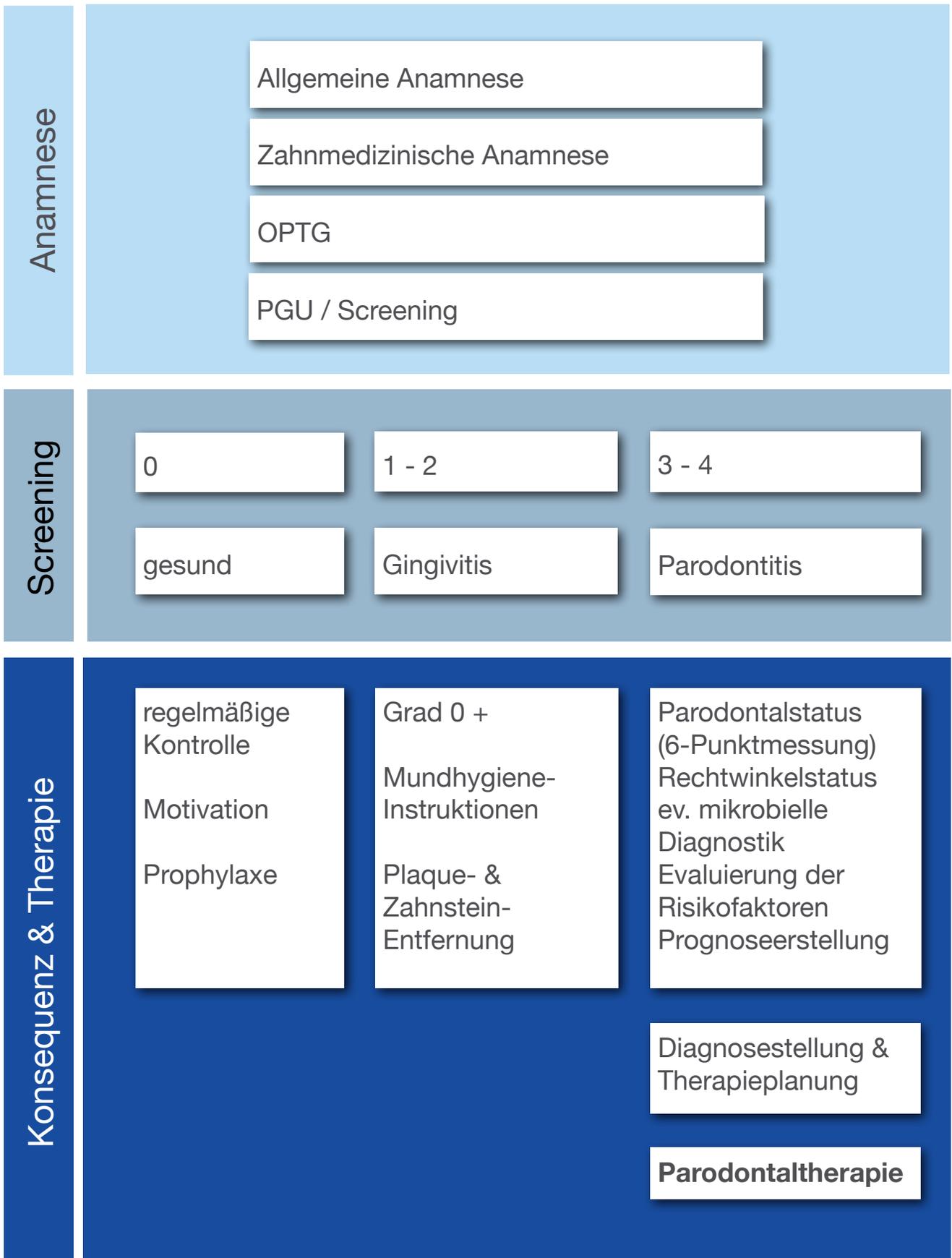
Anhand der Röntgenbilder kann man sich bereits einen ungefähren zu erwartenden Behandlungsumfang ableiten. Wenn beispielsweise mehrere vertikale Defekte, die tiefer als 3 mm sind, vorliegen, kann man nicht erwarten, dass es nur mit einer einfachen nicht-chirurgischen Therapie zu einer deutlichen Reduktion der Sondierungstiefen kommen wird; ebenso ist bei einem Furkationsbefall die Wirksamkeit einer nicht-chirurgischen Therapie beschränkt. Dementsprechend sollte man bei derartigen Befunden von Beginn an den Patient über ein komplexeres Behandlungsverfahren aufklären sowie je nach den eigenen Möglichkeiten auch eine Überweisung zum Spezialisten in Betracht ziehen.

2.4 Immer wieder erklären...

Jedes Mal wenn ein Patient in die Ordination kommt, bietet sich die Gelegenheit ihm wieder etwas zu erklären, was seine Zahngesundheit fördern kann.

Es gilt herauszufinden, was dem Patienten in Bezug auf seine Zähne am wichtigsten ist. So ist man in der Lage seine Kooperation zu fördern und sein Verhalten zu beeinflussen. Man sollte versuchen sein Fachwissen in für den Patienten verständliche Worte zu fassen. Es empfiehlt sich diesbezüglich über „besseren Atem“, „einen festen Biss“, „keinen schlechten Geschmack“, „Zahnerhalt“ und „das Vermeiden von Prothesen“ anstatt nur über Sondierungstiefen und Attachmentverlust zu sprechen.

2.5 Flowchart „Diagnostik“



3. KLASSIFIZIERUNG DER PARODONTALERKRANKUNGEN

(basierend auf der Klassifizierung der American Academy of Periodontology, Armitage, 1999)

3.1 Gingivitis

Eine Gingivitis ist eine plaque-induzierte entzündliche Reaktion der Gingiva. Sie ist durch ein Erythem, Schwellung, Bluten beim Zähneputzen sowie auf Sondierung und in manchen Fällen Ablösen der Gingiva vom Zahn gekennzeichnet.

Zahlreiche Faktoren können eine Gingivitis verschlimmern, wie beispielsweise eine hormonelle Veränderung während der Pubertät oder Schwangerschaft. Während der Schwangerschaft kommt es zu einem Anstieg der Entzündungszeichen (z.B. vermehrtes Zahnfleischbluten), wodurch die Patientinnen oft erstmals selbst darauf aufmerksam werden. Der Schweregrad der Schwangerschaftsgingivitis reduziert sich nach der Entbindung durch die erneute Hormonumstellung wieder auf „Normalwerte“ und stellt sich zumeist auf den früheren, niedrigeren Entzündungsgrad ein.

Neben einer Schwangerschaftsgingivitis kann es auch zur Ausbildung einer Schwangerschaftsepulis (*Epulis gravidarum*, pyogenes Granulom) kommen (eine einzelne stark angeschwollene Papille).



Abb. 12: Plaque-induzierte Gingivitis.



Abb. 13: Massive Gingivitis bei einem Patienten mit unbehandelter Parodontitis und jahrelang vernachlässigter häuslicher Mundhygiene aufgrund starker Schmerzen und Blutung beim Zähneputzen.

3.2 Gingivahyperplasie

Hyperplasie ist definiert als Verdickung der Gingiva durch Proliferation der Zellen im Gewebe. Folgende Faktoren können eine Gingivahyperplasie induzieren: Irritation durch Plaque oder Zahnstein, wiederholte Traumata, einige Medikamente, insbesondere Calciumkanalantagonisten (Antihypertensivum), Ciclosporin (Immunsuppressivum zur Vermeidung einer Graft versus Host Reaktion bei Organtransplantierten) und Phenytoin (Antiepileptikum) sowie vereinzelt schwerwiegende Grunderkrankungen (z.B. Leukämie).



Abb. 14: Gingivahyperplasie bei einem 69-Jährigen mit unbehandelter Parodontitis unter medikamentöser Therapie mit Calciumkanalantagonisten.



Abb. 15: Gingivahyperplasie bei einem 65-Jährigen st.p. Nierentransplantation unter medikamentöser Therapie mit Immunsuppressiva und unbehandelter Parodontitis.

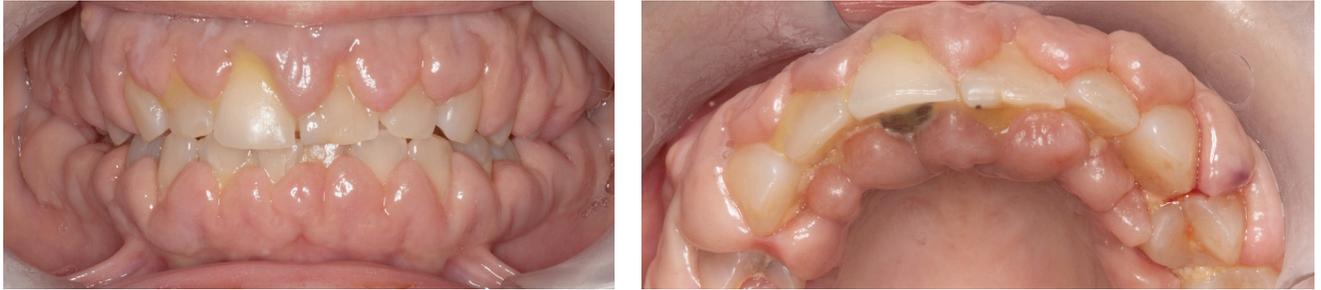


Abb. 16: Gingivahyperplasie bei einer 29-Jährigen mit bei Erstvorstellung unbekannter Leukämie.

3.3 Chronische Parodontitis

Bei den meisten Menschen bleibt die plaque-induzierte Entzündungsreaktion auf die Gingiva beschränkt (= Gingivitis), wenn es jedoch zu einem Voranschreiten des Entzündungsprozesses bis zum Alveolarknochen kommt und dieser aufgrund der Entzündung abgebaut wird, liegt eine Parodontitis vor. Bei einer chronischen Parodontitis schreitet die Erkrankung zumeist langsam voran und das Ausmaß der Erkrankung steht in Zusammenhang mit der Menge der Plaque und in weiterer Folge der Zahnsteinablagerungen.

Das Entstehen einer Parodontitis wird durch Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Stress) gefördert und ist zu einem gewissen Teil genetisch determiniert. Das erklärt auch, weshalb oftmals mehrere Mitglieder einer Familie von einer Parodontitis betroffen sind.

Zur detaillierteren Diagnostik:

- **Lokalisierte** chronische Parodontitis: $\leq 30\%$ betroffene Stellen
- **Generalisierte** chronische Parodontitis: $> 30\%$ betroffene Stellen
- Chronische Parodontitis *levis*: Knochenverlust $\leq 1/3$ der Wurzellänge
- Chronische Parodontitis *gravis*: Knochenverlust $> 1/3$ der Wurzellänge
- Chronische Parodontitis *et complicata*: Vertikale Defekte (Krater und infraossär) und/oder Furkationsbeteiligung Grad II oder III



Abb. 17: Unbehandelte generalisierte chronische Parodontitis *levis* mit deutlichen Konkrementablagerungen im Molarenbereich.



Abb. 18: Unbehandelte generalisierte chronische Parodontitis *gravis et complicata* mit deutlichen Konkrementablagerungen im Molarenbereich.

3.4 Aggressive Parodontitis

Ungefähr 1/1000 der gefährdeten Patienten leidet an einem schneller voranschreitenden Attachmentverlust, der oft bereits im Teenageralter beginnt. Hierbei handelt es sich um eine aggressive Parodontitis, die lokalisiert oder generalisiert auftreten kann. Rasch und massiv fortschreitender Knochenverlust bei Patienten, die jünger als 35 Jahre sind, entsprechen zumeist der Diagnose einer aggressiven Parodontitis.

Charakteristisch sind weiters die im Röntgen diagnostizierbaren vertikalen Knochendefekte und bei vielen dieser Patienten stimmt das Ausmaß des Attachmentverlustes nicht mit der vorliegenden Menge an Plaque und/oder Zahnstein überein.

Zur detaillierteren Diagnostik:

- **Lokalisierte** aggressive Parodontitis
Typisches Muster an ersten Molaren und Inzisiven: Approximaler Attachmentverlust an zumindest zwei permanenten Zähnen, davon mindestens ein erster Molar und nicht mehr als zwei andere permanente Zähne, die nicht erste Molaren oder Inzisiven sind.
- **Generalisierte** aggressive Parodontitis
Approximaler Attachmentverlust an mindestens drei permanenten Zähnen, die nicht erste Molaren oder Inzisiven sind.
- Aggressive Parodontitis *levis*: Knochenverlust $\leq 1/3$ der Wurzellänge
- Aggressive Parodontitis *gravis*: Knochenverlust $> 1/3$ der Wurzellänge
- Aggressive Parodontitis *et complicata*: Vertikale Defekte (Krater und infraossär) und/oder Furkationsbeteiligung Grad II oder III



Abb. 19: Unbehandelte generalisierte aggressive Parodontitis *gravis et complicata* bei einem 35-jährigen Patienten. Zahnverlust in der Oberkieferfront erfolgte bei einem Unfall im Alter von 18 Jahren.



Abb. 20: Unbehandelte generalisierte aggressive Parodontitis *gravis et complicata* bei einer 28-jährigen Raucherin. Zahnverlust in der Oberkieferfront erfolgte bei einem Unfall kurz vor Erstvorstellung.

3.5 Nekrotisierende ulzerierende Gingivitis (NUG) und Parodontitis (NUP)

Die nekrotisierende ulzerierende Gingivitis (NUG) ist gekennzeichnet durch äußerst schmerzhaft und zu Spontanblutungen neigende Ulzera an den Spitzen der Papillen mit sichtbarem nekrotischen Gewebe.

Eine NUG kann bis zum kompletten Verlust der Papillen führen. Charakteristisch sind weiters ein typischer *Foetor ex ore* und angeschwollene, palpierbare submandibuläre Lymphknoten. Eine NUG tritt gehäuft bei Rauchern, bei Patienten mit schlechter Mundhygiene und/oder unter Stress auf. Kommt es über den Papillenverlust hinaus zu einem Attachmentverlust, handelt es sich bereits um eine NUP.

Beim Auftreten einer NUP sollte in jedem Fall zusätzlich eine allgemeinmedizinische Abklärung erfolgen (z.B. erworbene Immunschwäche, Diabetes). Differentialdiagnostisch gilt es beispielsweise Herpes simplex und Herpes zoster abzugrenzen.



Abb. 21: Nekrotisierende ulzerierende Gingivitis bei einem 22-jährigen Patienten, der unter familiär bedingtem Stress leidet. Es zeigen sich deutliche Entzündungszeichen, Papillenspitzennekrosen und starke Plaqueablagerungen; eine adäquate Mundhygiene ist aufgrund der starken Schmerzen kaum durchführbar.

3.6 Parodontalabszess

Akute Infektionen von Parodontaltaschen kommen häufig vor. Wichtig ist die Differentialdiagnose zwischen einem periapikalen und einem parodontalen Abszess. Das Hauptunterscheidungsmerkmal ist hierbei die Sensibilität des betroffenen Zahnes. Bei positiver Sensibilität liegt der Verdacht eines parodontalen Abszesses nahe.

Weitere häufige Symptome sind Aufbisschmerz, eine lokalisierte, fluktuierende Schwellung sowie erhöhte Mobilität und Sondierungstiefe. Anamnestisch liegt oft eine Parodontitis vor und es wurde eventuell kürzlich eine parodontale Therapie durchgeführt. Abszesse können akut oder chronisch und bei Vorliegen einer Fistel auch asymptomatisch sein.

Beim Vorliegen einer Fistel kann zusätzlich ein Kleinbildröntgen mit einem Point angefertigt werden um so den Ursprung der Fistel darzustellen.



Abb. 22: Parodontalabszess Regio 13 bei vorhandener Sensibilität des betroffenen Zahnes.

3.7 Paro-Endo-Läsionen

Diese Läsionen können unabhängig voneinander auftreten und auch miteinander verschmelzen. Der Ursprung kann parodontal und/oder apikal sein.

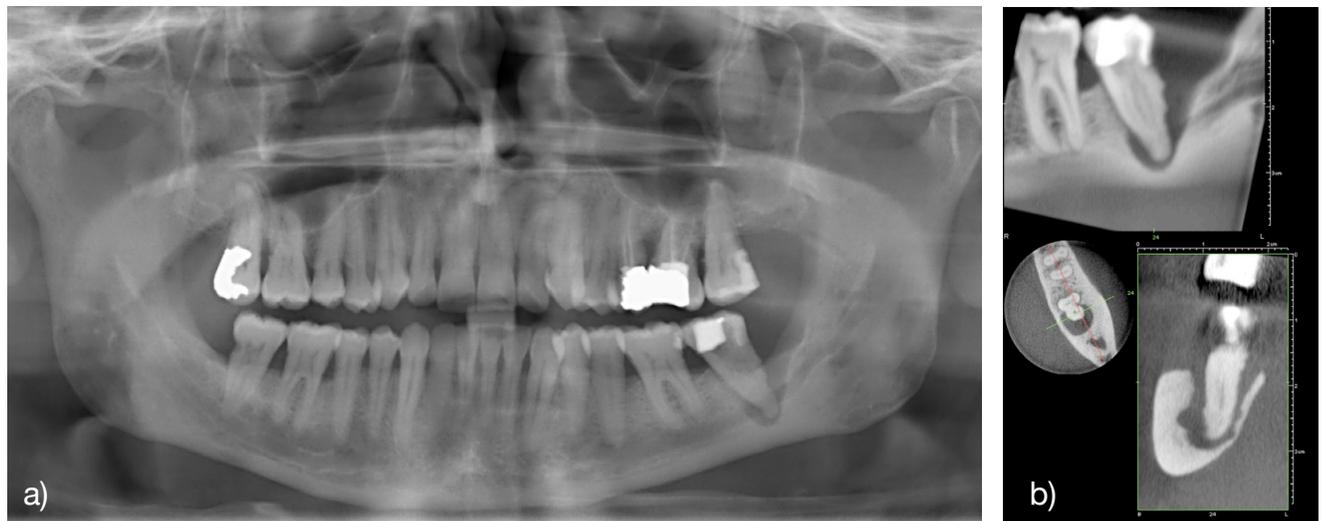


Abb. 23: Panoramaschichtaufnahme (a) und digitale Volumentomographie (b) einer Paro-Endo-Läsion an Zahn 37 mit Knochenverlust rund um den Apex.

4. RISIKOFAKTOREN

Neben mangelhafter Mundhygiene, hormonellen Veränderungen, Alter und Stress gibt es zwei wesentliche Risikofaktoren: **Rauchen** und **Diabetes**.

4.1 Rauchen

Zigarettenrauchen ist einer der wichtigsten Risikofaktoren für Parodontitis. Rauchen von Cannabis hat ein ähnliches Risiko wie jenes von Zigaretten. Folgende Ursachen für den negativen Effekt werden vermutet: reduzierte gingivale Durchblutung, eingeschränkte Funktion der weißen Blutzellen, beeinträchtigte Wundheilung und verstärkte Produktion von Entzündungsmarkern (Zytokinen), die wiederum den Gewebeabbau steigern.

Raucher weisen vermehrten Zahnverlust, eine höhere Prävalenz an Parodontitis und ein reduziertes Therapieansprechen auf.

4.2 Diabetes

Ein weiterer sehr wichtiger Risikofaktor für Parodontitis ist eine Diabeteserkrankung. Ein schlecht eingestellter Diabetes erhöht das Risiko für das Entstehen einer parodontalen Erkrankung. Schlecht eingestellte Diabetiker weisen eine höhere Parodontitisprävalenz, eine verzögerte Wundheilung und ein reduziertes Therapieansprechen auf. Die Überprüfung der diabetischen Kontrolle und Kommunikation mit dem behandelnden Arzt ist dringend zu empfehlen, ebenso wie den Patienten über die Zusammenhänge aufzuklären.

Ein gut eingestellter Diabetiker ist hingegen einem Nicht-Diabetiker in Punkto Risiko, Wundheilung und Therapieansprechen gleichzusetzen. Die parodontale Therapie mit Reduktion der vorliegenden Entzündung kann auch zu einer Verbesserung der diabetischen Kontrolle führen.

4.3 Lokale Risikofaktoren

Zu den lokalen Risikofaktoren zählen Zahnstein, Schmelzperlen, Wurzeleinziehungen und -konkavitäten, Zahnfehlstellungen, überstehende Restaurationen, Teilprothesen, schlechte Kontaktpunkte mit Gefahr der Impaktion von Speiseresten und Tiefbisse, die direkt gingivale Traumata auslösen.



Abb. 24: Erschwerte Mundhygiene durch ausgeprägtes Crowding in der Unterkieferfront bei einer 54-jährigen Patientin mit chronischer Parodontitis.



Abb. 25: Gingivales Trauma durch Tiefbiss bei einem 26-jährigen Patienten mit unbehandelter aggressiver Parodontitis.

5. KONSERVATIVE, NICHT-CHIRURGISCHE THERAPIE

Ziel der parodontalen Therapie: Lebenslange Erhaltung der eigenen Bezahnung!

Dies kann erreicht werden durch:

- Vermittlung adäquater Mundhygienemaßnahmen (Plaqueindex $\leq 20\%$)
- Entzündungsbekämpfung
- Verringerung der Sondierungstiefe
- Attachmentgewinn
- Regeneration des verlorenen Parodonts
- Verhinderung des Rezidivs
- Ästhetik und Patientenkomfort

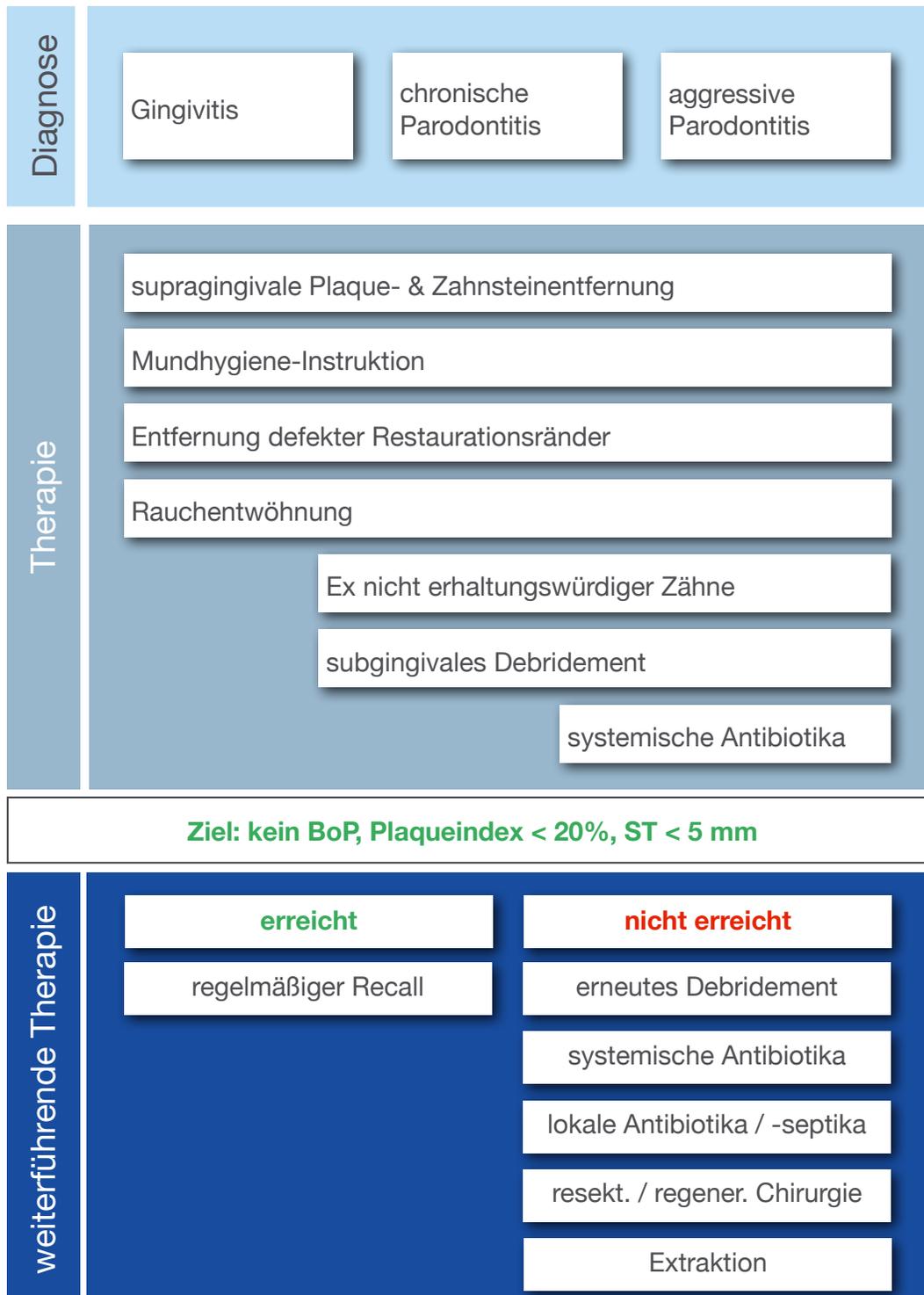


Abb. 26: Flowchart „Parodontale Therapie“.

5.1 Prognose

Vor Therapiebeginn sollte mit dem Patienten eine ungefähre Prognose für dessen Bezahlung besprochen werden. Dabei sollte man folgende **patientenbezogene Faktoren** berücksichtigen:

Allgemeine Faktoren	Systemische Faktoren
Patientenalter Soziale Anamnese Schweregrad der Parodontitis Plaquekontrolle Compliance Manuelle Geschicklichkeit Prothetische Überlegungen/KFO Plan Finanzielle Möglichkeiten Geschicklichkeit/Erfahrung des Behandlers	Rauchen! Allgemeinerkrankungen! Genetische Prädisposition Stress

Des Weiteren sollte man folgende **zahnbezogene Faktoren** berücksichtigen:

Lokale Faktoren	Anatomische Faktoren
Restaurationen Karies Endodontischer Zustand Restattachment Sondierungstiefe Okklusales Trauma Art des Knochenverlustes (horizontal/vertikal) Furkationen Kronen/Wurzel Verhältnis Mobilität	Wurzellänge Wurzelstammlänge Wurzeldivergenz Schmelzprojektionen/-perlen/-einziehungen Wurzelkonkavitäten Root proximity

5.2 Die zwei wesentlichen Pfeiler der nicht-chirurgischen Therapie: Debridement und häusliche Mundhygiene

Zu einer nicht-chirurgischen Therapie zählt in jedem Fall eine effektiv durchgeführte Mundhygiene seitens des Patienten - sie ist entscheidend für den Erfolg der Therapie!

Mundhygieneinstruktionen geraten oft rasch wieder in Vergessenheit bei den Patienten; regelmäßige Beratung, Auffrischung und Motivation sind notwendig, um langfristige Veränderungen zu erreichen. Des Weiteren müssen lokale Risikofaktoren, wie plaqueretentionsfördernde Faktoren (Zahnstein und überstehende Restaurationen) beseitigt werden.

Dadurch wird die bakterielle Belastung reduziert, die charakteristisch für eine Gingivitis oder eine Parodontitis ist.

Die nicht-chirurgische Therapie ist für die meisten Patienten mit einer leichten bis mittelschweren parodontalen Erkrankung sehr effektiv und oft bereits ausreichend. Durch Reduktion der Entzündung werden die Sondierungstiefen verringert und das Fortschreiten der Erkrankung kann gestoppt werden.

Diese Ergebnisse sind aber nur durch Mitarbeit des Patienten möglich, vor allem durch dessen häusliche Zahnpflege und gegebenenfalls durch eine Raucherentwöhnung.

Das nicht-chirurgische Debridement mag zunächst einfach erscheinen, ist aber eine anspruchsvolle Tätigkeit. Um gute Ergebnisse zu erzielen, sind die wichtigsten Elemente:

Gute Scaling Fähigkeiten

Die Entfernung von Konkrement und die Glättung der Wurzeloberfläche kann durch den Zugang und die Wurzelanatomie eingeschränkt sein. An extrahierten und mit Konkrement bedeckten Zähnen lässt sich das Scaling üben und die Schwierigkeiten der Säuberung und Glättung veranschaulichen.

Gut gepflegte Instrumente

Gracey- und Universalküretten sind ausgezeichnete Instrumente für das subgingivale Debridement. Um sie effektiv einzusetzen, muss man wissen, welches Instrument für welchen Bereich vorgesehen ist. Die nicht korrekte Anwendung kann zu irreversiblen Schäden an der Wurzeloberfläche führen! Die Instrumente sollten in regelmäßigen Abständen geschliffen werden. Neue Instrumente, die nicht mehr geschliffen werden müssen, sind seit geraumer Zeit im Handel.

Als Alternative zu den Handinstrumenten gibt es auch eine Vielzahl von Schall- und Ultraschallgeräten mit speziellen dünnen Spitzen für den Zugang zu tiefen Taschen und befallenen Furkationen. Sie müssen das Gerät für eine optimale Effizienz richtig eingestellt haben. Generell wurden keine wesentlichen Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen Handinstrumenten und (Ultra)Schallgeräten nachgewiesen.

5.3 Zeitaufwand

Um gute Ergebnisse zu erzielen, können geübte Ärzte für mittlere bis tiefe Taschen mit ca. 3-5 Minuten Debridement pro Zahn rechnen. Furkationsbeteiligungen, Wurzeleinziehungen und infraalveoläre Taschen erschweren und verlängern dementsprechend das Debridement.

Unabhängig davon, ob mit einem (Ultra)Schallgerät oder mit Handinstrumenten gearbeitet wird, die Durchführung des Debridements in einem oder zwei langen Terminen kann genauso effektiv sein, wie eine Behandlung in vier Terminen.

5.4 Nebenwirkungen der Therapie

Der Patient sollte über die zu erwartenden Kosten der Behandlung sowie über die „Nachteile“ der Behandlung in Kenntnis gesetzt werden: zunehmende gingivale Rezession, erhöhte Empfindlichkeit, Vergrößerung der Zahnzwischenräume („black triangles“) sowie damit einhergehende ästhetische und/oder phonetische Probleme im Frontzahnbereich, oder vermehrte Impaktion von Speiseresten.



Abb. 27: Patient mit chronischer Parodontitis vor (a, b) und nach (c) nicht-chirurgischer Parodontaltherapie mit Optimierung der Mundhygiene.

5.5 Therapieunterstützung durch Chemotherapeutika

Chemische Mittel gegen Plaque, wie beispielsweise Chlorhexidin oder ätherische Öle, sind nützlich, um akute Symptome zu beruhigen oder auch wenn die mechanische Reinigung erschwert ist. Subgingivale Spülungen mit Chlorhexidin haben vorwiegend ihren Platz im Rahmen einer sogenannten „Full-mouth disinfection“-Behandlung. Einige Patienten schätzen den "kosmetischen" und "erfrischenden" Effekt der Mundspülungen und es gibt kaum wirkliche Kontraindikationen. Eine chlorhexidinhaltige Mundspülung sollte jedoch aufgrund der Nebenwirkungen (Verfärbungen, Beeinträchtigung der Geschmacksempfindung) in der höheren Dosierung nicht als Dauerspülung empfohlen werden.

Ein effektives subgingivales Debridement in Kombination mit optimaler häuslicher Mundhygiene sind die Hauptstützen der aktiven Parodontaltherapie!

Kommt es nicht zu einer Verbesserung der parodontalen Situation, sollte eine nochmalige Behandlung, eine andere Behandlungsmethode oder die Überweisung zum Spezialisten in Betracht gezogen werden. Weitere Behandlungsmöglichkeiten neben der nicht-chirurgischen Parodontaltherapie werden weiter unten noch ausgeführt.

5.6 Rauchen und parodontale Gesundheit

Rauchen ist einer der größten Risikofaktoren bei der Entwicklung und Progression von Parodontalerkrankungen und es besteht eine dosisabhängige Wirkungsbeziehung. Zusätzlich steht Tabakkonsum in Verbindung mit medizinischen Problemen, wie beispielsweise Krebserkrankungen, einem niedrigen Geburtsgewicht oder Lungen- und Herz-Kreislauf Problemen. Als Angehörige der Gesundheitsberufe sollten wir daher jede Möglichkeit nutzen, um Patienten zu unterstützen mit dem Rauchen aufzuhören.

Die zahnärztliche Behandlung kann eine perfekte Gelegenheit für die Übermittlung der Nachricht sein, da der Zahnarzt und die Mundhygienikerin über mehrere Termine und über einen längeren Zeitraum mit den Patienten interagieren. Man sollte sich den vom Patienten übermittelten Raucher-Status notieren und bei jedem Kontrolltermin aktualisieren.

Die Patienten sollten umfassend über die Auswirkungen, die das Rauchen auf das Parodont und auf den Therapieerfolg hat, aufgeklärt werden. Gescheiterte Rauchstoppversuche aber auch die Wertigkeit des Rauchens für den Patienten sollte bei der Ermutigung zum Rauchstopp beachtet werden.

Wichtige Adressen www.rauchfrei.at
 www.rauchfreiapp.at
 www.gesundheit.gv.at

5.7 Verhalten des Patienten - Vermittlung der Bedeutung parodontaler Gesundheit

Eine erfolgreiche Behandlung einer Parodontalerkrankung setzt eine enge Zusammenarbeit mit dem Patienten voraus. Diese Partnerschaft zeigt, dass der Patient aktiv in die Therapie eingebunden ist, anstatt nur ein passiver Empfänger der Behandlung zu sein.

Lifestyle und Verhaltensweisen, wie Tabakkonsum, Ernährung und häusliche Plaquekontrolle, haben einen erheblichen Einfluss auf das Therapieansprechen. Gespräche über deren Zusammenhänge mit der Erkrankung und eine Änderung dieser Verhaltensweisen sind daher in jedem Fall erforderlich.

In der Parodontologie enthalten Behandlungspläne so gut wie immer mehrere Termine bzw. Behandlungen über einen Zeitraum von mehreren Monaten bis zu einem lebenslang empfohlenen Recall. Dementsprechend stellt die Compliance der Patienten einen überaus wichtigen Teil für den Behandlungserfolg dar. Die Veränderung einer Verhaltensweise kann nur durch den Patienten selbst erfolgen. Der Schlüssel dabei ist, den Patienten mittels Kommunikationstechniken so zu motivieren, dass das gewünschte Ziel erreicht werden kann. Zum Beispiel:

a) Die Verwendung von offenen Fragen, um den Patienten in den Mittelpunkt der Interaktion zu bringen.

Geschlossene Frage:

„*Wie oft haben Sie es geschafft, die Interdentalbürsten zu benutzen?*“

Offene Frage:

„*Wie sind Sie mit den Interdentalbürsten zurechtgekommen?*“

Dies ist eine positive Formulierung, welche dem Patient nicht von vorn herein ein verurteilendes Gefühl vermittelt und ihn möglicherweise in eine Abwehrhaltung drängt. Man fragt danach, welche Erfahrung der Patient seit dem letzten Termin mit diesem Hilfsmittel gemacht hat und lässt ihm somit die Freiheit, seine persönliche Wahrnehmung mitzuteilen. In der Regel erhält man dadurch die Information, nach der man sucht – in diesem Fall wie oft die Interdentalbürsten benutzt wurden.

b) Zuerst zuhören, und erst danach übermitteln von Informationen bzw. Instruktion in kleinen Dosen - je nach Interesse des Patienten.

c) Reflektiertes Zuhören, damit Diskrepanz zwischen dem derzeitigen Verhalten des Patienten und dem Verhalten, das notwendig ist, um das vereinbarte Ziel zu erreichen, entsteht.

Der Patient könnte gesagt haben, dass das Wichtigste für ihn ist, dass seine Zähne weiß sind; oder er könnte erwähnen, dass er zu müde am Ende des Tages ist, um die gesamte empfohlene Routine durchzuführen.

Reflektierendes Zuhören erkennt die Anliegen und übermittelt dem Patienten die Diskrepanz seiner Werte: *"Ich kann sehen, dass Sie einen vollen Terminkalender haben am Ende des Tages sehr müde sind. Allerdings sehe ich auch, dass Sie sich wirklich um Ihre Zähne sorgen, vor allem um das Aussehen und die Farbe?"*

Der Patient antwortet darauf vielleicht: *"Ja, ich wünschte wirklich, meine Zähne wären weißer."* Der Arzt hat dann die Möglichkeit, den Patienten zu erinnern, dass er mit einem geringen Mehraufwand das Aussehen seiner Zähne erheblich beeinflussen kann.

d) Ein besserer Führungsansatz als „Unterrichten“ ist das „Coaching“.

Ein Patient hat angegeben, dass er die Interdentalraumreinigung nur unregelmäßig durchführt, und dies zeigt sich auch in den klinischen Untersuchungen.

Eine strikte Anweisung wäre: *"Um die Blutung zu verringern und die Zahnfleischerkrankung zu stoppen wird es notwendig sein, die Zahnseide oder die Interdentalbürsten regelmäßig zu verwenden".*

Hingegen eine Coaching-Aussage wäre: *"Mit der Verwendung von Zahnseide oder Interdentalbürsten haben Sie die Möglichkeit, die Entzündung im Zahnfleisch erheblich zu verringern. Sind Sie mit diesen beiden Geräten vertraut? Welche von diesen beiden Möglichkeiten wäre für Sie am einfachsten in Ihrer täglichen Routine einzubauen?"* Oder *"Was sind Ihre bisherigen Erfahrungen mit diesen Hilfsmitteln? Haben Sie eine von diesen Möglichkeiten bequemer oder einfacher empfunden als die andere?"*

Es gibt viele Begriffe oder Aussagen, die verwendet werden können. Wichtig ist, dass ein autoritärer Ansatz sehr einseitig ist und der Patient eigentlich keine Wahl hat. Der Coaching-Ansatz ermöglicht es dem Patienten, eine Präferenz zum Ausdruck zu bringen.

e) Mit einem Erwachsenen eine „Erwachsenen-Unterhaltung“ pflegen und einen Kind-Erwachsenen-Interaktionsstil vermeiden.

f) Während der Diskussion eine aufrechte Position mit dem Patienten einhalten - auf gleicher Augenhöhe oder knapp über der Augenhöhe des Patienten.

Ein paar wichtige Punkte zu Verhaltensveränderungen sind:

1. Das Erlernen einer Fähigkeit kann Minuten oder Stunden dauern, eine Gewohnheit zu verändern kann Wochen oder Monate dauern.
2. Unterricht ist sinnlos und kann sehr leicht vergessen werden, wenn man den genauen Kontext und die Zusammenhänge nicht kennt.
3. Einige sorgfältig ausgewählte und richtig überbrachte Worte sind effektiver als ein vollständiger Vortrag mit der Hoffnung, dass der Patient die wichtigsten Informationen des Vortrags "schon erkennen wird".

4. Das mehrfache Wiederholen von Anweisungen erhöht nicht die Motivation. In der Tat kann es eher beleidigend wirken und die Motivation verringern.
5. Mit der Erlaubnis, Wissen oder Fertigkeiten zu lehren, erhöht man beim Patienten die Wahrscheinlichkeit, dass er eine Aufgabe umsetzt (Tipp: Die natürliche Reaktion von Zwang ist Widerstand).
6. Motivation ist nicht statisch, sondern kann individuell variieren. Die Motivation ist ebenso von anderen lebensbezogenen Faktoren und Belastungen abhängig.

6. ANTIMIKROBIELLE SUBSTANZEN IN DER PARODONTALEN THERAPIE

Bakterielle Antibiotika-Resistenzen haben in den letzten Jahrzehnten weltweit stetig zugenommen und Antibiotika sollten nur in jenen Situationen eingesetzt werden, in denen es klare wissenschaftliche Evidenz gibt, dass die Patienten davon profitieren.

Für gewisse Patienten (v.a. im Bereich der aggressiven Parodontitis) ist die zusätzliche Gabe von Antibiotika ein wichtiger Teil der parodontalen Therapie. Bei Patienten mit chronischer Parodontitis hingegen kann der Einsatz von Antibiotika größtenteils durch mechanische Ursachenbekämpfung vermieden werden.

Vor jeder Antibiotikagabe muss unbedingt der Biofilm mechanisch entfernt werden!

6.1 Systemische Antibiose

Aggressive Parodontitis

Bei Patienten mit einer aggressiven Parodontitis ist eine systemische Antibiotikagabe zusätzlich zum subgingivalen Debridement empfehlenswert. In der Literatur wird eine Vielzahl von Antibiotika-Regimes vorgeschlagen. Am besten dokumentiert ist nach wie vor die Kombination aus Amoxicillin und Metronidazol für 7-10 Tage. Die Dosierung variiert leicht je nach Präparatverfügbarkeit, beispielsweise je dreimal täglich 500 mg von beiden Präparaten.

Chronische Parodontitis

Es gibt keine absolute Indikation für die Verwendung von systemischen Antibiotika im Rahmen der Behandlung von chronischen Parodontitiden. Bei sehr schweren Fällen chronischer Parodontitis (generalisiert sehr tiefe Taschen, Pusaustritt, starke Raucher, Immunsupprimierte, Diabetiker) kann eine adjuvante Antibiotikatherapie jedoch ebenfalls gewisse Vorteile erzielen und indiziert sein.

Nekrotisierende Parodontalerkrankungen

Bei Fehlen einer systemischen Beteiligung (kein Fieber, kein Krankheitsgefühl, keine geschwollenen Lymphknoten) ist ein sanftes Debridement in Kombination mit einer desinfizierenden Spüllösung und einer entsprechenden Instruktion zur häuslichen Mundhygiene ausreichend. Liegt jedoch bereits eine systemische Beteiligung vor, ist der Einsatz von Metronidazol (500 mg, 3x/Tag für 7 Tage) indiziert. Metronidazol wird aufgrund seines Wirkspektrums gegen Anaerobier, welche mit dieser Krankheit assoziiert sind, verwendet. Kontrollen sollten zu Beginn engmaschig (alle 2-3 Tage) erfolgen und bei ausbleibendem Behandlungserfolg eventuell ein HIV-Status, ein Differentialblutbild und/oder Diabetes abgeklärt werden.

Parodontalabszess

Es sollte klar sein, dass Parodontalabszesse vor allem durch Drainage (entweder mit subgingivalem Debridement oder Spreizung/Inzision) und nicht durch den Einsatz von Antibiotika behandelt werden. Allerdings können Antibiotika, wenn es eine systemische Beteiligung (Fieber, Unwohlsein) und Schwellungen im Gesichtsbereich gibt, zusätzlich zur Erstbehandlung hilfreich sein (z.B. 1x1000 mg Amoxicillin als Startdosis, dann 3x500 mg für 3 Tage; alternativ: Clindamycin 1x600 mg dann 3x300 mg).

6.2 Lokale Antibiotika

In Österreich sind kaum lokale Antibiotika-Präparate verfügbar (z.B. Ligosan® Slow Release - ein Doxycyclinpräparat). Der Einsatz dieser Präparate sollte in jedem Fall nur nach primärer nicht-chirurgischer Behandlung in Erwägung gezogen werden und in keinem Fall als erste Therapiewahl.

Sie können beispielsweise in Fällen Verwendung finden, in denen trotz vorangegangener nicht-chirurgischer Behandlung einzelne aktive parodontale Taschen bestehen bleiben und ein chirurgisches Vorgehen nicht zwingend indiziert ist oder vom Patienten strikt abgelehnt wird. Somit stellen lokale Antibiotika in ausgewählten Situationen eine Ergänzung dar, sind aber kein Ersatz zum konventionellen subgingivalen Debridement!

Gleiches gilt für lokale Antiseptika/Chemotherapeutika. Gängige Präparate auf Chlorhexidinbasis stellen CHLO-site® (Xanthan-Gel plus 1.5 % Chlorhexidin) oder Periochip® Insert (2.5 mg Chlorhexidindiguconat) dar.

7. PARODONTALCHIRURGIE

Ziel der Parodontaltherapie sind stabile Verhältnisse ohne Taschen. Wird eine solche Situation nach nicht-chirurgischer Therapie unter Beachtung aller Kautelen (perfekte Mundhygiene, Diabeteseinstellung, Raucherentwöhnung, ev. Antibiose,...) nicht erreicht, kann ein chirurgischer Eingriff folgen. Als Hilfestellung kann folgendes Schema verwendet werden:

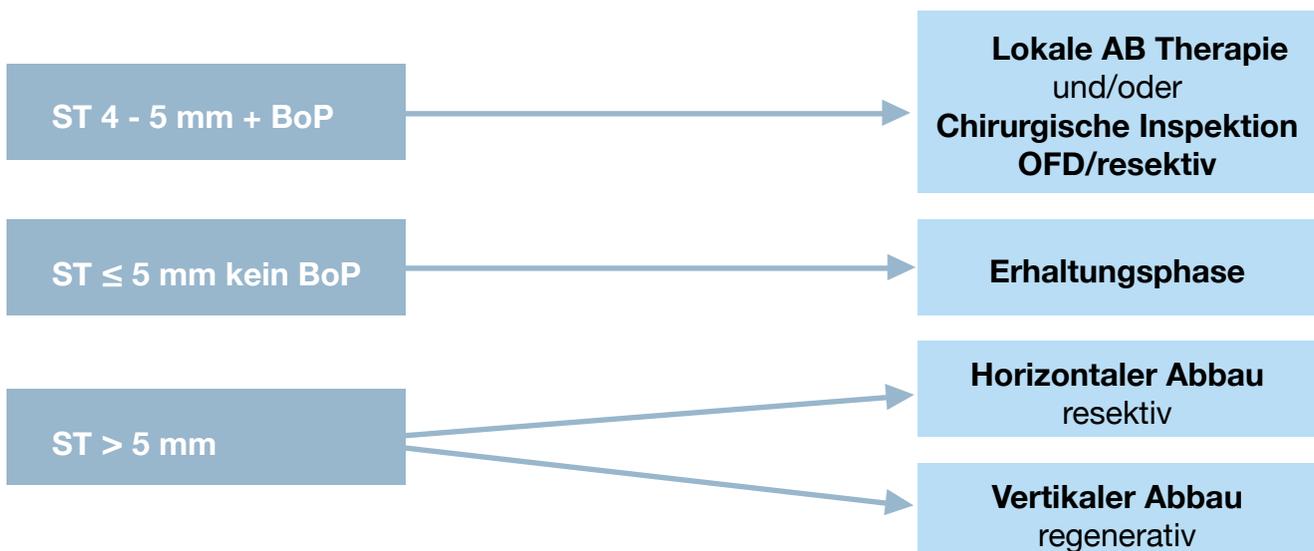


Abb. 28: Entscheidungsbaum nach nicht-chirurgischer Parodontaltherapie (OFD, open flap debridement).

Die chirurgische Therapie findet immer nur nach einer gründlichen nicht-chirurgischen Behandlung statt und, wenn seitens des Patienten eine optimale Plaquekontrolle möglich ist - eine entzündungsfreie marginale Gingiva gilt als Grundvoraussetzung!

Mit Hilfe der nicht-chirurgischen Therapie können diese Grundvoraussetzungen erreicht werden, aber trotzdem vereinzelt erhöhte Sondierungstiefen und Blutung auf Sondierung (= Entzündungszeichen) bestehen bleiben. In diesen Fällen ist ein chirurgisches Vorgehen sinnvoll. Dieses richtet sich nach patienten- und defektspezifischen Faktoren.

7.1 Resektive Parodontalchirurgie

Die Hauptziele einer resektiven Parodontalchirurgie sind: optimaler Zugang für das Debridement und bei Bedarf Modellierung der entstandenen Knochendefekte zur Wiederherstellung einer physiologischen Knochenarchitektur.

Die Entfernung von Ablagerungen an Wurzeloberflächen kann besonders bei tiefen und schlecht zugänglichen Taschen konservativ schwierig sein, beispielsweise bei Molaren mit einer Furkationsbeteiligung. Sobald aber ein Lappen präpariert wird, kann die Wurzeloberfläche sichtbar gemacht und gereinigt werden bis sie frei von Konkrementen ist.

Des Weiteren besteht die Möglichkeit der Taschenreduktion durch chirurgische Modifikationen der Hart- und Weichgewebe. Das Ziel sollte die Schaffung einer der regulären Anatomie ähnlichen Morphologie sein, welche die häusliche und professionelle Reinigung in der weiteren Folge erleichtert.

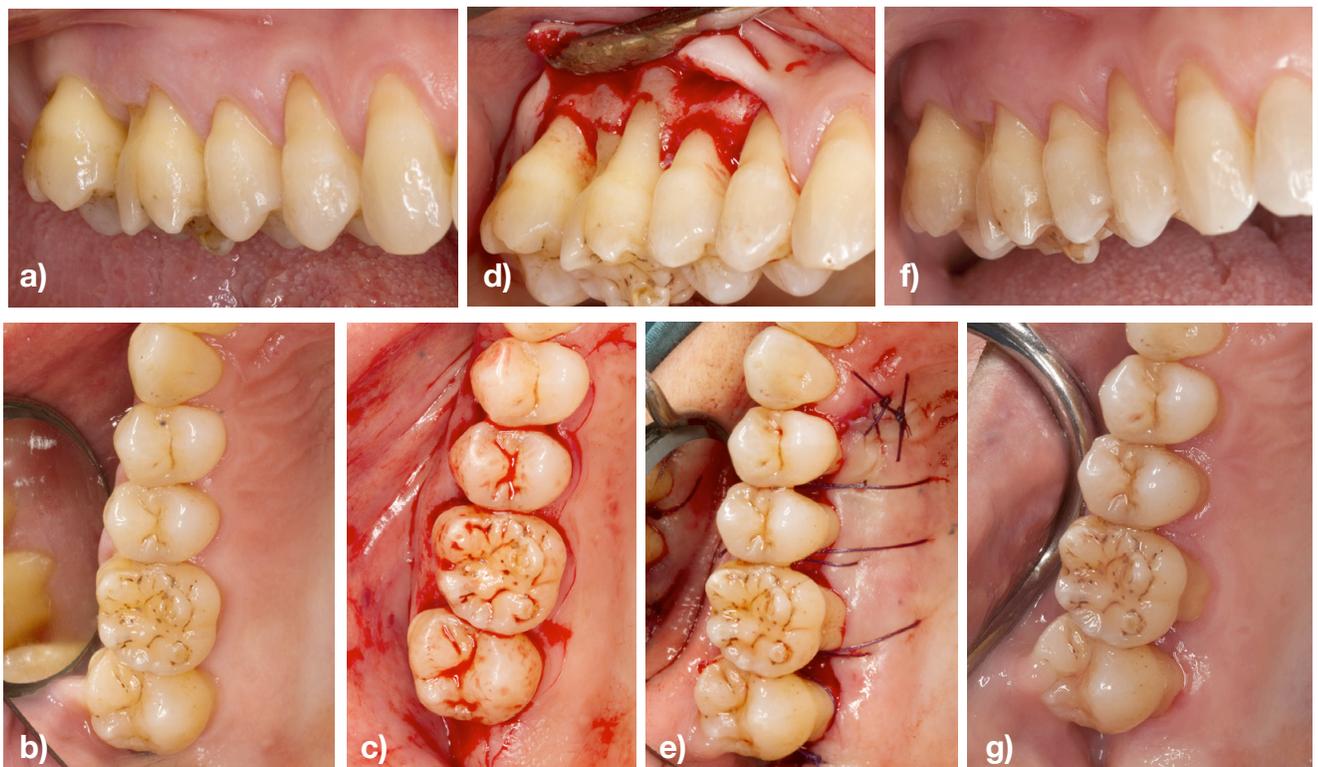


Abb. 29: Prä- (a, b), intra- (c-e) und postoperative (f, g) Aufnahmen eines resektiven Eingriffs im ersten Sextanten mit distal wedge.

7.2 Kronenverlängerung

Eine Kronenverlängerung kann bei subgingivalen Präparationsrändern indiziert sein, beispielsweise aufgrund von Wurzelkaries oder nach einer Fraktur. Ästhetisch-indizierte Kronenverlängerungen unterliegen den gleichen Techniken. Im Rahmen einer Kronenverlängerung wird bewusst parodontales Gewebe entfernt, um eine längere klinische Krone zu generieren und die notwendige biologische Breite zur SZG bzw. zum Restaurationsrand zu erhalten.

Bei regulärer dentogingivaler Anatomie ist die Höhe des Weichgewebes vom Alveolarknochen determiniert. Die alleinige Entfernung des Weichgewebes würde zur Sekundärheilung und Reposition des Gewebes führen und somit wieder zum Verlust der kurzzeitig verlängerten klinischen Kronenlänge.

Ziel muss es daher sein eine anhaltende Retraktion der Weichgewebe durch Verschiebung des gesamten dento-gingivalen Komplexes nach apikal zu erreichen. Dies erfordert die Entfernung von marginalem Knochen; das kann nur durch einen ausreichenden Zugangslappen erreicht werden. Bei Patienten mit einem Übermaß an marginalem Weichgewebe (z.B. bei verzögerter Eruption) oder mit einem übermäßig dicken Weichgewebe kann in seltenen Fällen eine einfache (interne oder externe) Gingivektomie (ohne Entfernung von marginalem Knochen) genügen, um das gewünschte Ergebnis zu erzielen.

Generell ist eine sorgfältige Planung (eventuell mit einem diagnostischen Wax-up) erforderlich, um das richtige Zahn-Gingiva Verhältnis zu erreichen. Sollten Kronen oder Veneers als Restauration geplant sein, sollte eine Wartezeit von vier bis sechs Monaten eingehalten werden, sodass sich die neue Gingivakontur stabilisieren kann.

7.3 Regenerative und augmentative Parodontalchirurgie

Eine resektive Parodontalchirurgie heilt in erster Linie durch die Bildung eines langen Saumepithels ab und es wird kein bereits verloren gegangenes Gewebe zurückgewonnen.

Regenerative chirurgische Verfahren zielen dagegen auf die Regeneration des Parodonts in seiner Gesamtheit (Wurzelmement, Parodontalligament, Alveolarknochen) ab. Hierfür stehen beispielsweise Schmelzmatrixproteine und Membranen (guided tissue regeneration mittels resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Membranen) zur Verfügung.

Das Ziel der augmentativen Chirurgie ist es, einen Defekt aufzufüllen. Hier stehen beispielsweise Knochenersatzmaterialien (autolog, xenogen, alloplastisch) zur Verfügung.



Abb. 30: Intraoperative Aufnahmen bei regenerativer Parodontalchirurgie; „Papilla Preservation“-Technik (a, b), Auftragen von Schmelzmatrixproteinen (c) und Nahtverschluss (d).

7.4 Mukogingivalchirurgie

Es gibt eine Reihe von parodontal-chirurgischen Techniken, um mukogingivale Probleme, wie etwa gingivale Rezessionen, zu behandeln und vorwiegend die Ästhetik zu verbessern.

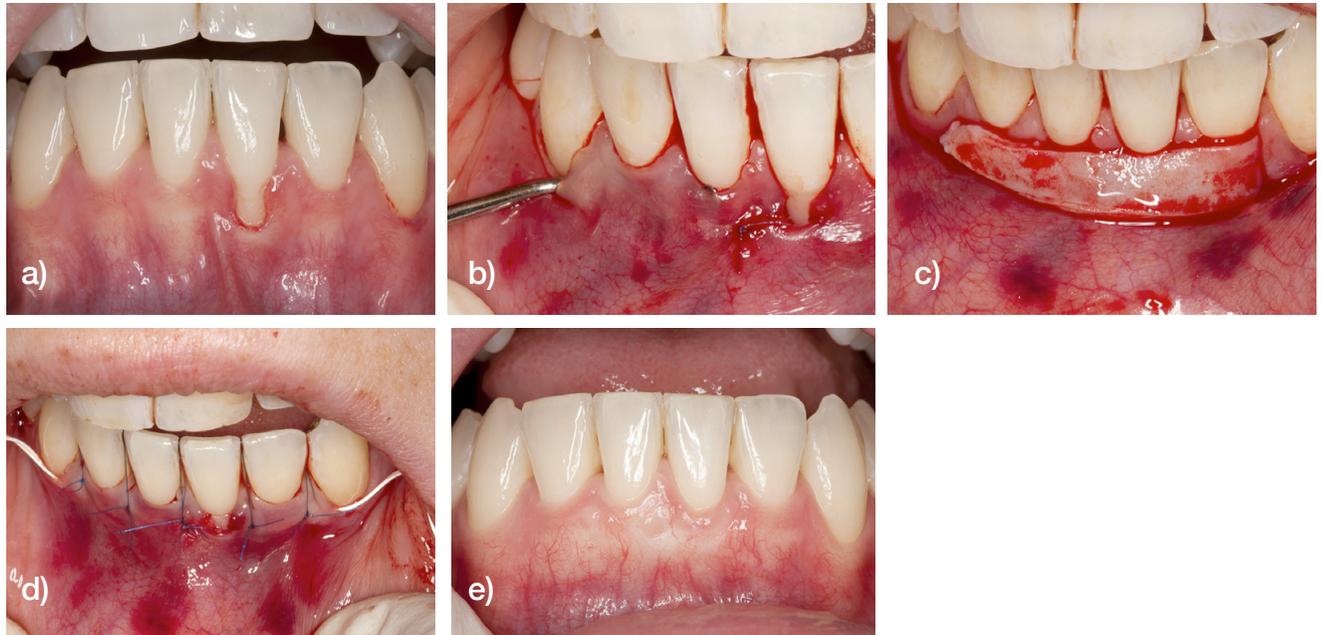


Abb. 31: Therapie einer gingivalen Rezession von 3 mm bei Zahn 31 (a). Mittels Tunnelierungstechnik und Bindegewebstransplantation (b-d) wurde ein stabiles Ergebnis mit vollständiger Deckung und zugleich Verdickung des Weichgewebes in den Nachbarregionen erzielt (e).

8. ERHALTUNGSTHERAPIE

Generell kann man davon ausgehen, dass die meisten der parodontal gesunden Patienten mit einer professionellen Zahnreinigung inklusive Kontrolle ein- bis zweimal pro Jahr sehr gut versorgt sind. Für Parodontitispatienten ist nach der aktiven Therapiephase eine regelmäßige Kontrolle und individuelle Erhaltungstherapie von höchster Wichtigkeit um die parodontale Stabilität aufrecht zu erhalten.

Das Intervall dieser unterstützenden Kontrolle wird individuell für jeden Patienten festgelegt und ist abhängig von verschiedenen Faktoren (z.B. Anzahl verbliebener Sondierungstiefen, Blutungsstellen, Qualität der häuslichen Mundhygiene, Ausgangsdiagnose, Raucher-Status, allgemeinmedizinische Erkrankungen, Vorhandensein von Risikofaktoren,...). Auch bei guter häuslicher Mundhygiene kann sich bei Sondierungstiefen ≥ 5 mm einige Monate nach einem gründlichen subgingivalen Debridement wieder eine potentiell pathogene Bakterienflora etablieren.

Daher sollte in verbliebenen erhöhten Sondierungstiefen der Biofilm regelmäßig professionell entfernt werden. Bei Patienten mit guter Compliance und nachweislich stabiler parodontaler Situation können die Kontrollintervalle allmählich verlängert werden (siehe „Berner Spinne“ zur Findung des geeigneten Intervalls: <http://www.perio-tools.com/prade/>).

9. ZÄHNE VS. IMPLANTATE BEI PARODONTITIS-PATIENTEN

Parodontale Therapie trägt zur Aufrechterhaltung gesunder sowie funktionell und ästhetisch ansprechender Zähne bei. Ziel ist die eigenen Zähne so lang wie möglich zu erhalten, was sowohl physiologisch als auch psychologisch sehr wünschenswert ist. Daher sollte eine nicht-chirurgische und gegebenenfalls chirurgische Behandlung möglichst immer versucht werden.

Wenn jedoch Zähne nicht mehr erhaltungswürdig sind, stellen Implantate eine Option für deren Ersatz dar. Die Entscheidung, wann die parodontale Behandlung endet und die Implantat-Therapie beginnt, ist oft sehr komplex.

Patientenauswahl

Patienten zu motivieren, den erforderlichen Grad der Mundhygiene zu erreichen und beizubehalten ist immer noch eine der großen Herausforderungen. Patienten, die nicht in der Lage oder nicht Willens sind, gute Mundhygiene zu betreiben, werden ihr Verhalten auch bei Implantaten höchstwahrscheinlich nicht verbessern. Implantate sind noch anfälliger für Entzündungen und Gewebeabbau als natürliche Zähne.

Das Risiko für periimplantären Knochenverlust ist bei Patienten mit unbehandelter Parodontitis oder verbleibenden Resttaschen erhöht. Dementsprechend sollte eine Implantattherapie immer nur nach erfolgter Parodontitistherapie und bei akzeptabler häuslicher Mundhygiene in Erwägung gezogen werden; beispielsweise kann in folgenden Situationen der Ersatz eines Zahnes durch ein Implantat indiziert sein:

- Einzelzähne, die auch durch eine chirurgische Parodontalbehandlung und Regenerationstechniken nicht zu erhalten wären (z.B. bei komplexem Furkationsbefall, tiefen infraalveolären Defekten mit progressivem Attachmentverlust, stark erhöhter Mobilität, Bestehen einer Paro-Endo-Läsion,...).
- Fehlende posteriore Abstützung nach Verlust der Seitenzähne. Hier können Implantate eine solide Abstützung und eine stabile Okklusion schaffen.
- Umfangreicher Knochenverlust im gesamten Gebiss. Hier stellt sich die generelle Frage wie lang um die eigene Bezahnung gekämpft und ab wann eine Extraktion mit anschließender Implantation bevorzugt werden sollte. Dies ist zumeist eine sehr individuelle Angelegenheit, deren Entscheidung gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet werden sollte. Es sollte jedoch immer daran erinnert werden, dass Implantate und vor allem deren Suprakonstruktionen auch nicht für ewig halten werden.

Faustregeln:

- Man sollten die Meinung eines Spezialisten für eine Parodontitis-Therapie in Betracht ziehen, außer man ist sich sicher, dass der Zahn nicht erhaltungswürdig ist. Der Patient sollte über alle Konsequenzen (und Kosten) gut aufgeklärt sein und man sollte die Beratung und Therapieentscheidungen gut dokumentieren.
- Die eigenen Zähne sollen gegenüber Implantaten immer bevorzugt werden, es sei denn, Zeit und Kosten für die Therapie sind untragbar im Verhältnis zur Prognose des Zahnes.
- **Ein Implantat ist kein Ersatz für einen Zahn. Es ist ein Ersatz für einen fehlenden Zahn.**



Abb. 32: Versorgung der frontalen Schaltlücke mit Implantaten bei einer 28-jährigen Patientin mit aggressiver Parodontitis nach nicht chirurgischer Parodontaltherapie mit adjuvanter Antibiotikagabe.

10. ZAHMEDIZINISCH-RECHTLICHE ASPEKTE IN DER BEHANDLUNG VON PATIENTEN MIT PARODONTALEN ERKRANKUNGEN

Eine gute Dokumentation mittels lückenloser Aufzeichnung aller durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sollte in erster Linie durchgeführt werden, um das Patienten-Management und die Aufklärung zu erleichtern; aber eine lückenlose Dokumentation ist auch aus rechtlicher Sicht unumgänglich, denn in den meisten Fällen ist der Zahnverlust aufgrund einer parodontalen Erkrankung durch eine adäquate Therapie vermeidbar!

Unbewusste Kritik an der Vorbehandlung vermeiden!

Zu juristischen Auseinandersetzungen kann es kommen, wenn ein Patient, der regelmäßig und über viele Jahre seinen Zahnarzt besucht hat, aus gewissen Gründen einen anderen Behandler aufsucht. Manchmal können in dieser Situation beiläufige Kommentar fallen wie:

"Das Problem muss schon seit Jahren bestehen" oder "Sie werden in naher Zukunft leider mehrere Zähne verlieren".

Eine genaue Darstellung des parodontalen Zustands des Patienten ist verpflichtend, trotzdem sollte man bei der Ausformulierung der Diagnose eher zurückhaltend und umsichtig kommunizieren. **Eine mögliche alternative Formulierung wäre:**

- *„Es ist sehr schwierig zu sagen, wie lange Sie schon Zahnfleischprobleme haben, denn es gibt je nach individueller Situation große Unterschiede im Verlauf der Krankheit. Diese Unterschiede ergeben sich durch allgemeinmedizinische Faktoren, Medikamente, Rauchverhalten und/oder genetische Faktoren.“*
- *„Ich würde mich gerne mit Ihnen auf Grundlage meiner jetzigen Diagnostik mit Ihnen bezüglich Ihrer Problematik und eines Vorgehens zur Verbesserung der Situation unterhalten.“*

- *„Natürlich gehe ich davon aus, dass Sie sich bei Ihrer Zahnpflege bisher sehr bemüht haben.“*
- *„Eine Zahnfleischerkrankung kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten und bei unterschiedlichen Menschen mit unterschiedlicher Geschwindigkeit und Intensität auftreten.“*
- *„Ich kann Ihnen die Situation nur anhand der heutigen Untersuchung darstellen und Therapiemaßnahmen vorschlagen, um die bestmögliche Lösung für Sie zu erreichen.“*

Zwar ist es wichtig den Patienten Befunde und Fakten anhand Ihrer Untersuchung offen und verständlich mitzuteilen, jedoch sollten im Rahmen der Aufklärung keine wertende Meinung oder Kritik zu einer andernorts erfolgten Behandlung oder zu den häuslichen Pflegegewohnheiten der Patienten erfolgen.

Klinische Aufzeichnungen in der eigenen Praxis / Dokumentation

Es ist wichtig, anhand erfolgter Aufzeichnungen und Röntgenbilder den Patienten zu zeigen, dass eine eventuell bestehende Parodontitis diagnostiziert, behandelt und überwacht werden sollte. Weiters sollten die Aufzeichnungen deutlich zeigen, dass der Patient über die Art und den Schweregrad der Erkrankung informiert wurde. Gibt es Zähne mit einer zweifelhaften Prognose, so ist dies auch sorgfältig mit dem Patienten zu besprechen, ebenso sollten Umfang und Dauer des Aufklärungsgesprächs dokumentiert werden.

Möglichkeiten der Therapie, deren Vorteile und Nebenwirkungen sowie Risiken und Maßnahmen der häuslichen Mundhygiene sollten gemeinsam mit dem Patienten diskutiert werden. Die Dokumentation sollte übersichtlich und nachvollziehbar gestaltet werden, sodass eine angemessene, auf die Bedürfnisse der einzelnen Patienten zugeschnittene Überwachung der Mundhygiene ermöglicht wird.

Identifizierung und Aufzeichnung von individuellen Risikofaktoren

Es gibt eine Anzahl von bekannten Risikofaktoren, insbesondere Rauchen, Diabetes und die Einnahme bestimmter Medikamente, welche die Entwicklung und das Fortschreiten einer Parodontitis negativ beeinflussen können. Es ist wichtig, diese Faktoren in einer umfassenden Anamnese zu erfassen, zu dokumentieren, zu erläutern und in die Therapieplanung miteinfließen zu lassen.

Erwartungen und Verantwortung

Die Behandlung von leichten oder mittelschweren Parodontitiden ist in der Regel langzeitprognostisch sehr erfolgreich, einige lokale Rezidive sind jedoch nicht ungewöhnlich. Den Patienten sollten die vorhersehbaren Behandlungserfolge und Limitationen der parodontalen Therapie erläutert werden, um unrealistische Erwartungen zu vermeiden. Darüber hinaus sollten die Nebeneffekte der parodontalen Behandlung, einschließlich Rezession, Zahnhalsempfindlichkeit und Impaktion von Speiseresten besprochen werden. Schlechte Compliance bezüglich Termintreue und häuslicher Mundhygiene sollten unbedingt dokumentiert werden. Im Streitfall stärkt dies die Position des Behandlers, da so ein Fortschreiten der Erkrankung patientenseitig zu erklären ist und nicht zu Lasten des behandelnden Zahnarztes geht.

Zusammenfassung

Man sollte bei jedem neuen Patienten den Konsultationsgrund, den parodontalen Zustand bei Erstbefundung, besprochene Behandlungsmöglichkeiten, deren Kosten, Risiken und Nebenwirkungen, sowie die Risiken einer Nichtbehandlung dokumentieren.

11. PATIENTENÜBERWEISUNG

Es liegt in der Verantwortung des Zahnarztes, eventuell vorliegende parodontale Erkrankungen zu diagnostizieren und einen Behandlungsplan mit definierten Zielen zu erstellen. Als Berufseinsteiger wird man eventuell mit Fällen konfrontiert, mit denen man aufgrund des nötigen Behandlungsumfanges oder der Komplexität der Diagnose überfordert sein kann. Dies kann zum Beispiel in komplexen, schweren Fällen mit einem unzureichenden Ansprechen auf die Initialtherapie der Fall sein, oder in Fällen, in denen eine komplexe restaurative Planung berücksichtigt werden muss.

In Fällen von schwerer Parodontitis und bei ausbleibendem Behandlungserfolg geben Patienten oft an, dass sie eine Überweisung an einen Spezialisten begrüßt hätten. Dahingehende Gespräche mit dem Patienten, aber auch mit entsprechend spezialisierten Kollegen, sollten stets dokumentiert werden. Man sollte daher im Sinne einer guten Patientenbeziehung und auch aufgrund rechtlicher Aspekte die Konsultation eines spezialisierten Kollegen in Erwägung ziehen.

An wen können die Patienten überwiesen werden?

Spezialisten für Parodontologie sind Zahnärzte, die von der ÖGP als Spezialisten für Parodontologie anerkannt werden. Dies erfolgt entweder im Anschluss an ein anerkanntes Ausbildungsprogramm an einer zertifizierten Ausbildungsstätte oder durch Ablegung einer Prüfung durch die ÖGP.

Wie findet man einen Spezialisten für Parodontologie?

Auf der Homepage der ÖGP findet man hierzu alle notwendigen Informationen (www.oegp.at).

Wie sollte eine Überweisung an einen Spezialisten für Parodontologie erfolgen?

Während ein erstes Telefonat mit dem Kollegen bereits hilfreich sein kann, sollten Überweisungen formal schriftlich vorgenommen und dokumentiert werden. Eine Kopie der Überweisung/des Arztbriefs mit Grund und Datum der Überweisung sollte archiviert werden.

Der Arztbrief sollte enthalten:

- Patientennamen, Geburtsdatum und Kontaktdaten
- Grund für die Überweisung und eventuelle akute Beschwerden
- Relevante Anamnese, einschließlich Raucheranamnese
- Angaben über alle bisher durchgeführten (parodontalen) Behandlungen
- Relevante, bereits bestehende Röntgenaufnahmen

Was, wenn ein Patient die Überweisung zu einem Spezialisten ablehnt?

Man sollte den Patienten nach den Gründen für eine nicht gewünschte Überweisung fragen und abklären, ob eventuell Missverständnisse vorliegen. Man sollte diese Punkte sachlich mit dem Patienten diskutieren. Sollte trotzdem eine Überweisung durch den Patienten abgelehnt werden, ist dies sorgfältig zu dokumentieren und mit dem Patienten bei seinem nächsten Termin erneut zu besprechen.

12. WICHTIGE WEB-LINKS

Österreichische Gesellschaft für Parodontologie
www.oegp.at

Die ÖGP YOUNGSTERS Initiative
www.youngsters.oegp.at

Die ÖGP ZAss/PAss Initiative
www.pass.oegp.at

paroknowledge® Parodontologie Experten Tage
www.paroknowledge.at

„Like us“ on Facebook
facebook.com/parodontologie.austria
facebook.com/youngsters.oegp.at
facebook.com/pass.oegp.at

Deutsche Gesellschaft für Parodontologie
www.dgparo.de

Schweizer Gesellschaft für Parodontologie
www.parodontologie.ch

American Academy of Periodontology
www.perio.org

Österreichische Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ÖGZMK)
www.oegzmk.at

Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)
www.dgzmk.de



PRAXIS-GUIDE PARODONTOLOGIE

Erfolgreicher Einstieg in die Parodontologie

Kompodium für Parodontologie-Interessierte Praktiker

© 2015 All rights reserved | Österreichische Gesellschaft für Parodontologie