



# Das parodontale Management in der täglichen Praxis

Wie gehe ich erfolversprechend vor?

Zu diesem Thema stellte Dr. Frank Beck sein funktionierendes Konzept beim zahnärztlichen Arbeitskreis in Kempten vor. Seine fundierte Ausbildung zum Parodontologen genoss er bei Hochkarättern der Parodontologie, wie Lindhe, Kramer und Nevins. Beck blickt auf eine fast 20jährige Erfahrung in der Parodontologie zurück und ist dabei relativ wenig beeindruckt von Modeerscheinungen, die natürlich auch vor diesem Fachbereich nicht halt machen. Denn die Ursachen dieser Erkrankung sind und bleiben immer die gleichen und damit ebenso deren ursächliche Behandlung: die Elimination der pathogenen Keime.

**D**en Einstieg in den vollen Fortbildungstag bildete die Diagnostik. Diese ist der erste wesentliche Punkt eines Behandlungskonzeptes und zugleich der, der am meisten zu kurz kommt. Dies ist wohl ein Phänomen der gesamten Medizin und der Zahnmedizin im Speziellen. Ein möglicher Grund ist wohl das nahezu völlige Fehlen von Gebührenpositionen in unserem System, die einer fundierten Diagnostik gerecht werden.

## Wie viel Diagnostik braucht jede Praxis?

Wichtig ist zunächst das Erkennen von erkrankten Personen und damit deren Unterscheidung von der gesunden Klientel. Letztere macht in der Allgemeinzahnarztpraxis gerade mal 20% aus. Mehr oder weniger parodontologisch erkrankt sind somit 80% der Patienten. Zu deren Erkennung benötigen wir einen Screeningtest der schnell und sicher ist. Hier hat sich der *PSI in Verbindung mit dem „Bleeding on probing“ (BOP)-Index* durchgesetzt. Es müssen also pathologische Taschen erkannt und in der Folge deren Aktivität beurteilt werden. Hier ist die Definition von Krankheit ganz klar: Bei Grad 3 und 4 nach dem PSI-Schema liegt eine Erkrankung vor.

Damit ist zwingend die Verpflichtung verbunden, korrekt über die Behandlungsmöglichkeiten aufzuklären. Hierbei



Diagnostikschema

Quelle: Beck

gilt es auch, den rechtlichen Aspekt bei einer eventuellen Unterlassung dieser Aufklärung zu berücksichtigen. Auf die Dokumentation der Befunde und deren Erläuterung ist zu achten. Positiv an dieser Schnelltestmethode ist, dass für alle Beteiligten in der Praxis, ob Behandler, Assistenz, DH oder ZMF und nicht zuletzt für den Patienten sofort klar „krank“ von „gesund“ unterschieden werden kann. Mit einem Zeitaufwand von zwei bis drei Minuten können somit die 80% erkrankten Personen herausgefiltert werden. Ausreden für das Nichterkennen gibt es daher kaum (Anm. d. Red.: siehe dazu auch S. 24f.).

## Chronische vs. aggressive Parodontitis

Nach Beck teilen sich die 80% Kranken wiederum in 90% mit chronisch verlaufender Parodontitis und 10% mit aggressiver Verlaufsform auf. Grundsätzlich ist der *BOP-Index* das Kriterium, um aktive Taschen zu erkennen. Denn die alleinige zu sondierende Tasche ist ja nicht unbedingt ein Grund einzugreifen, sofern diese entzündungsfrei ist. Wobei hier der Sondierungsdruck eine wichtige Größe ist. Dieser liegt optimalerweise bei 25 Gramm, muss erlernt und in der Praxis von allen mit der Behandlung und Diagnostik befassten Personen vereinheitlicht werden. Das Üben mit der Briefwaage ist dazu ein einfaches und nützliches Mittel.

*Und wie sieht die therapeutische Konsequenz aus?* Das einzige therapeutisch relevante Mittel bei aggressiver Parodontitis ist die sys-