

# Haben wir die Parodontitis im Griff?

## Eine Betrachtung der Ergebnisse der V. Deutschen Mundgesundheitsstudie

Zu den Mundgesundheitszielen 2020 für Deutschland zählt u. a., die Prävalenz schwerer parodontaler Erkrankungen auf 10 % in der Population jüngerer Erwachsener (35 bis 44 Jahre) und 20 % in der jüngerer Senioren (65 bis 74 Jahre) zu begrenzen<sup>1</sup>. Ein Ziel der bevölkerungsrepräsentativen, sozialegpidemiologischen Querschnittsstudie (Deutsche Mundgesundheitsstudie V [DMSV]) war es, die derzeitige Verbreitung von Parodontalerkrankungen in Deutschland zu bestimmen und mit den Prävalenzen der DMS IV zu vergleichen. Diese Ergebnisse gestatten es, die Realisierung der Mundgesundheitsziele zu evaluieren.

### Vorgehen

Untersuchungen und Befragungen der Studienteilnehmer erfolgten in 90 zufällig ausgewählten Untersuchungsgemeinden (sample points), bevölkerungsrepräsentativ und durch kalibrierte Untersuchungszahnärzte. Von den vier untersuchten Altersgruppen, 12 Jahre, 35 bis 44 Jahre, 65 bis 74 Jahre und 75 bis 100 Jahre, ebenfalls über zufällige Stichprobenziehung ausgewählt, gingen die letzten drei in die Parodontitis-Befundung ein. Um im Idealfall 1.000 Studienteilnehmer pro Altersgruppe zu erzielen, wurden jeweils 2.000 jüngere Erwachsene und jüngere Senioren sowie 3.000 ältere Senioren über die Einwohnermeldeämter identifiziert. Die Erfassung der Untersuchungsparameter Sondierungstiefen, Rezessionen und Blutung auf Sondierung erfolgte in der Mehrheit jeweils an 12 Indexzähnen (partial mouth recording) an den

mediovestibulären, mesiovestibulären und distooralen Messpunkten. Bei einem Subsample (8 % der jüngeren Erwachsenen, 12 % der jüngeren Senioren) sowie bei allen älteren Senioren wurden sechs Messpunkte jeden Zahnes (full mouth recording) erfasst.

Das Erhebungskonzept und somit die Ergebnisdarstellung basierten einerseits auf aktuellen Literaturempfehlungen<sup>2,3</sup>

(Tab. 1), entsprachen andererseits dem Anliegen der Vergleichbarkeit mit vorausgegangenen DMS auf der Basis des Community Periodontal Index (CPI).

### Ergebnisse

#### Deskriptiv

Jüngere Erwachsene (35- bis 44-Jährige), partial mouth recording (Tab. 2):

	gesamt (n = 966)	Deutschland West (N = 814)	Ost (n = 152)
<b>CPI</b>	<b>n = 959</b>	<b>n = 806</b>	<b>n = 152</b>
Grad 0, 1, 2	41,3 %	38,6 %	55,6 %
Grad 3	48,3 %	50,8 %	34,4 %
Grad 4	10,4 %	10,5 %	9,6 %
<b>CDC/AAP-Fallklassifikation</b>	<b>n = 959</b>	<b>n = 806</b>	<b>n = 152</b>
keine/milde Parodontitis	48,4 %	45,3 %	65,0 %
moderate Parodontitis	43,4 %	45,9 %	30,1 %
schwere Parodontitis	8,2 %	8,8 %	4,8 %

Tab. 2 – Parodontitisprävalenz (partial mouth recording) bezahnter jüngerer Erwachsener (35 bis 44 Jahre): Community Periodontal Index (CPI) und CDC/AAP-Fallklassifikation

Kategorie	AV (CAL)	ST (Pd)
schwere Parodontitis	> 2 proximale Flächen mit AV > 6 mm (nicht am selben Zahn)	und > 2 proximale Flächen mit ST > 5 mm
moderate Parodontitis	> 2 proximale Flächen mit AV > 4 mm (nicht am selben Zahn)	oder > 2 proximale Flächen mit ST > 5 mm (nicht am selben Zahn)
keine oder milde Parodontitis	weder „moderate“ noch „schwere“ Parodontitis	

**Weisheitszähne ausgeschlossen**

Tab. 1 – Klinische Definition der Parodontitis nach Page und Eke<sup>1</sup> (AV – Attachmentverlust, (CAL) – clinical attachment level, ST – Sondierungstiefe, (PD) – Pocket depth)



- im Mittel 26,1 eigene Zähne
- ca. 45 % (48,4 % [CDC/AAP]; 41,3 % [CPI]) keine oder milde Parodontitis
- ca. 45 % (43,4 % [CDC/AAP]; 48,3 % [CPI]) moderate Parodontitis
- ca. 10 % (8,2 % [CDC/AAP]; 10,4 % [CPI]) schwere Parodontitis
- mittlere Sondierungstiefe 2,4 mm
- mittleres Attachmentlevel 2,6 mm

Jüngere Senioren (65- bis 74-Jährige), partial mouth recording (Tab. 3, Abb. 1):

- im Mittel 19,3 eigene Zähne
- ca. 30 % (35,3 % [CDC/AAP]; 24,6 % [CPI]) keine oder milde Parodontitis
- ca. 48 % (44,8 % [CDC/AAP]; 50,8 % [CPI]) moderate Parodontitis
- ca. 22 % (19,8 % [CDC/AAP] bis 24,6 % [CPI]) schwere Parodontitis
- mittlere Sondierungstiefe 2,8 mm
- mittleres Attachmentlevel 3,8 mm

Ältere Senioren (75- bis 100-Jährige), full mouth recording (Tab. 4):

- ca. ein Drittel zahnlos
- im Mittel 15,2 eigene Zähne
- ca. 15 % (10,0 % [CDC/AAP]; 19,4 % [CPI]) keine oder milde Parodontitis
- ca. 48 % (45,7 % [CDC/AAP]; 50,5 % [CPI]) moderate Parodontitis
- ca. 37 % (44,3 % [CDC/AAP]; 30,1 % [CPI]) schwere Parodontitis
- mittlere Sondierungstiefe 2,8 mm
- mittleres Attachmentlevel 4,0 mm

Die Analysen zeigen Folgendes:

- Halbierung bzw. Reduzierung der Prävalenz schwerer Parodontitiden (partial mouth recording) im Vergleich zur DMS IV
- Kaum Veränderungen in der Prävalenz moderater Parodontitis in den Altersgruppen im Vergleich zur DMS IV (partial mouth recording)
- Neue Bundesländer liegen im Vergleich zur DMS IV mit Ausnahme der Prävalenz schwerer Parodontitiden bei den 65- bis 74-Jährigen unter der Parodontitisprävalenz der alten Bundesländer (Tab. 2–4)
- Partial mouth recording führt zu Unterestimierung der Prävalenzen (Tab. 5)

	gesamt (n = 1.042)	Deutschland West (N = 848)	Ost (n = 19)
<b>CPI</b>	<b>n = 905</b>	<b>n = 737</b>	<b>n = 16</b>
Grad 0, 1, 2	24,6 %	22,7 %	33,3 %
Grad 3	50,8 %	51,7 %	46,7 %
Grad 4	24,6 %	25,6 %	20,1 %
<b>CDC/AAP-Fallklassifikation</b>	<b>n = 959</b>	<b>n = 806</b>	<b>n = 152</b>
keine/milde Parodontitis	35,3 %	35,0 %	36,6 %
moderate Parodontitis	44,8 %	46,1 %	39,6 %
schwere Parodontitis	19,8 %	18,9 %	23,8 %

Tab. 3 – Parodontitisprävalenz (partial mouth recording) bezahnter jüngerer Senioren (65 bis 74 Jahre): Community Periodontal Index (CPI) und CDC/AAP-Fallklassifikation

	gesamt (n = 1.133)	Deutschland West (N = 910)	Ost (n = 223)
<b>CPI</b>	<b>n = 722</b>	<b>n = 573</b>	<b>n = 148</b>
Grad 0, 1, 2	19,4 %	17,5 %	27,0 %
Grad 3	50,5 %	49,7 %	53,7 %
Grad 4	30,1 %	32,9 %	19,3 %
<b>CDC/AAP-Fallklassifikation</b>	<b>n = 959</b>	<b>n = 806</b>	<b>n = 152</b>
keine/milde Parodontitis	10,0 %	9,5 %	12,1 %
moderate Parodontitis	45,7 %	45,7 %	45,6 %
schwere Parodontitis	44,3 %	44,8 %	42,3 %

Tab. 4 – Parodontitisprävalenz (partial mouth recording) bezahnter älterer Senioren (75 bis 100 Jahre): Community Periodontal Index (CPI) und CDC/AAP-Fallklassifikation

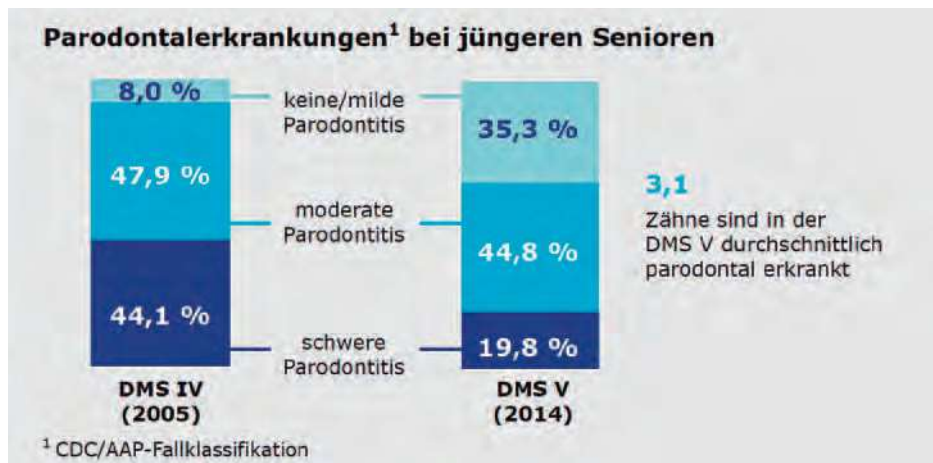


Abb. 1 – Schwere Parodontalerkrankungen bei jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) halbiert

Auf die Gesamtpopulation umgerechnetes full mouth recording lässt folgende Parodontitisprävalenzen erkennen (4):

- jüngere Erwachsene 67,7 % (14,3 % schwere Parodontitis)
- jüngere Senioren ca. 94,8 % (40,6 % schwere Parodontitis)

- ältere Senioren 90 % (44,3 % schwere Parodontitis) (Tab. 5)
- mit diesen noch hohen Parodontitisprävalenzen liegt Deutschland im internationalen Vergleich im (schlechteren) Mittelfeld



	Jüngere Erwachsene (34–44 Jahre)	Jüngere Senioren (65–74 Jahre)	Ältere Senioren (75–100 Jahre)
keine/milde Parodontitis	32,4 %	9,9 %	10,0 %
moderate Parodontitis	53,4 %	54,2 %	45,7 %
schwere Parodontitis	14,3 %	40,6 %	44,3 %

Tab. 5 – Parodontitisprävalenz nach der CDC/AAP-Fallklassifikation und berechnetem full mouth recording

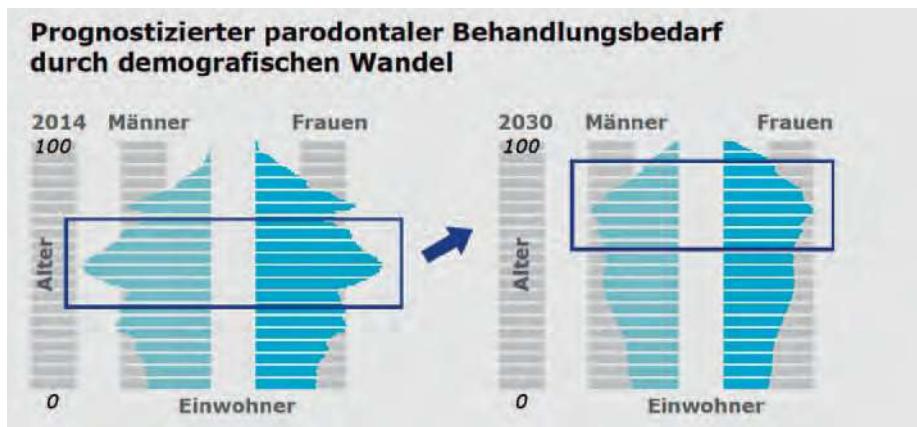


Abb. 2 – Parodontalerkrankungen sind altersassoziiert. Moderate und schwere Parodontalerkrankungen bei jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige) heute: 51,6 % und bei jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) heute: 64,6 %. Im Jahr 2030 wird der Großteil der Bevölkerung Senioren sein. Trotz abnehmender Prävalenzen ist daher derzeit mit einer Zunahme des parodontalen Behandlungsbedarfs zu rechnen. Quelle Grafiken: DMS-Kurzfassung, IDZ, BZÄK, KZBV

### Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der DMS V lassen vor dem Hintergrund der bereits eingesetz-

ten demografischen Veränderungen folgende Schlussfolgerungen ableiten:

- Die Deutschen Mundgesundheitsstu-

- dien sind keine Longitudinal-, sondern Querschnittsstudien.
- Insofern sind alle Vergleiche mit dem nötigen Augenmaß (Kohorteneffekt etc.) vorzunehmen.
- Trotz der positiven Veränderungen ist die Parodontitisprävalenz in Deutschland hoch (wir sind unterwegs, haben die Parodontitis jedoch noch nicht im Griff), sind bei Betrachtung der Full-mouth-Hochrechnungen die Mundgesundheitsziele 2020 noch nicht erfüllt.
- Der parodontale Behandlungsbedarf wird weiterhin zunehmen (bei Reduktion restaurativer Therapie, Abb. 2).
- Dieser Trend wurde von der Landespolitik erkannt.
- Diesem Trend ist in der Ausgestaltung der Hochschulstandorte und des Curriculums entsprechend Rechnung zu tragen.

Prof. Dr. med. Thomas Hoffmann  
Mitautor der  
V. Deutschen Mundgesundheitsstudie

Poliklinik für Parodontologie  
Universitätsklinikum  
„Carl Gustav Carus“ Dresden  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

Literaturverzeichnis:  
[www.zahnaerzte-in-sachsen.de](http://www.zahnaerzte-in-sachsen.de)

## Frühjahrstagung der GZMK Dresden zu Themen der Chirurgie

Die diesjährige Frühjahrstagung der Gesellschaft für ZMK Dresden, an der 250 Kolleginnen und Kollegen teilnahmen, fand am 11. März 2017 traditionell im Boulevardtheater Dresden statt und stand unter der Hauptthematik „Chirurgie Teil 2“. Nach der Begrüßung durch den Vorsitzenden der Gesellschaft, Prof. Dr. T. Gedrange, führte Frau Dr. Dr. W. Pradel die Teilnehmer durch das wissenschaftliche Programm.

Die erste Referentin, **Frau Dr. A. Müller**, niedergelassene MKG-Chirurgin in Dresden, stellte die Risikoläsionen der Mundschleimhaut vor und betonte die wichtige Rolle des Zahnarztes bei der Früherkennung des Plattenepithelkarzinoms. Hierbei wies sie auf Vorläuferläsionen, wie zum Beispiel der Leukoplakie, der

Erythroplakie und dem Lichen ruber mucosae hin, welche mit zahlreichen Fotos anschaulich dargestellt wurden. Anhand der Bilder wurde das weitere diagnostische Vorgehen erläutert. Die histologische Sicherung ist dabei nach wie vor der Goldstandard. Abschließend gab Frau Dr. Müller zahlreiche wertvolle Tipps zur Be-

handlung des Lichen ruber mucosae. Im folgenden Vortrag „Extraction for Prevention“ ging **Prof. Dr. H.-L. Graf**, MKG-Chirurgie Universitätsklinikum Leipzig, darauf ein, ob Zähne in einem parodontal geschädigten Gebiss trotz stetigen Knochenabbaus so lange wie möglich erhalten oder ob sie für eine



geplante Implantation entfernt werden sollten, bevor der komplette Knochenverlust eingetreten ist. Aufgrund fehlender Metaanalysen kann diesbezüglich nach wie vor keine eindeutige Empfehlung gegeben werden. Dies betrifft auch die sog. Shorties, die immer mehr Anwendung in der Implantologie finden, aber noch keinen wissenschaftlich gesicherten Erfolg aufweisen können.

Nach der Pause, in der das Auditorium Gelegenheit hatte, die Industrieausstellung zu besuchen und das Gehörte bei einer Tasse Kaffee zu diskutieren, stellte **Prof. Dr. D. Schulze**, Digitales Diagnostikzentrum Breisgau, Neuheiten der bildgebenden Diagnostik in der Zahnheilkunde vor. Zu Beginn berichtete er über das sog. LowDoseDVT, dessen Ziel es ist, die effektive Strahlenbelastung für den Patienten signifikant zu reduzieren, bei gleichzeitigem Erhalt der Bildqualität. Eine komplett strahlungsfreie Methode stellt die sog. Dental-MRT dar, mit der sich in 3-D nicht nur Hartgewebe, wie Zähne und Knochen, präzise darstellen lässt, sondern auch Weichgewebe, wie Zahnfleisch und Nerven. Über die Praxistauglichkeit sind die Meinungen geteilt.

Anschließend gab **Doz. Dr. M. Fröhlich**, niedergelassener MKG-Chirurg in Dresden, einen interessanten Überblick über die eröffnete Kieferhöhle, deren Diagnostik sowie Therapiemöglichkeiten. Zum Ausschluss einer Mund-Antrum-Verbindung ist der Nasenblasversuch ein unsicheres Kriterium, da die Perforation durch basale Schleimhautanteile verlegt sein kann. Ein positiver Nasenblasversuch ist allerdings für eine Mund-Antrum-Verbindung beweisend. Vorsichtiges Sondieren der Alveole mit einer stumpfen Knopfsonde wird deshalb empfohlen. Im letzten Vortrag vor der Mittagspause präsentierte **Dr. D. Haim**, MKG-Chirurgie Universitätsklinikum Dresden, die therapeutischen Möglichkeiten bei Nervverletzungen. Dabei verwies der Referent auf die Behandlungsempfehlungen der DGZMK für die Differenzialtherapie nach Läsionen des N. alveolaris inferior und des N. lingualis. Wichtig für die Therapie

ist, die Ursache für die Nervschädigung, zum Beispiel eine intranervale Injektion oder eine iatrogene Nervdurchtrennung, zu ergründen. Das weitere Vorgehen ist bei Injektionsschäden anders als bei Verletzungen des Nervs im Rahmen eines operativen Eingriffs.

Der Nachmittag begann mit einer Präsentation von **Prof. Dr. C. Schindler**, Clinical Research Center Medizinische Hochschule Hannover, der auf die Wechselwirkungen von Arzneimitteln in der Zahnmedizin einging. Nimmt zum Beispiel ein Herz-Kreislauf-Risikopatient ASS ein, so sollten Schmerzmittel aus der Gruppe der NSAIDs (z. B. Ibuprofen) erst zwei Stunden nach dem ASS eingenommen werden, da sonst die Antagonisierung des thrombozytenaggregationshemmenden Effektes von ASS möglich ist und der Patient einem erhöhten kardiovaskulärem Risiko ausgesetzt ist.

Zum Abschluss sprach **Frau Dr. Dr. W. Pradel**, MKG-Chirurgie Universitätsklinikum Dresden, über die medikamentenassoziierte Kiefernekrose (MRONJ). Die aktuelle Leitlinie der American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons empfiehlt einen Wechsel der Nomenklatur. So sollte der Begriff MRONJ (medication related osteonecrosis of the jaw) statt BRONJ (biphosphonate related osteonecrosis of the jaw) verwendet werden, da ein gehäuftes Auftreten von Osteonekrosen im Ober- und Unterkiefer nicht nur durch Bisphosphonate entstehen kann, sondern auch durch andere osteoprotektive Medikamente, wie dem monoklonalen Antikörper Denosumab. Um eine MRONJ zu vermeiden, sind bei Zahnentfernungen nach wie vor eine perioperative Antibiotikaprophylaxe, die plastische Deckung sowie ein Recall-Verfahren unerlässlich. Es folgte eine rege Diskussion der Vorträge. Mit einem Schlusswort beendete Prof. Dr. T. Gedrange die interessante und erfolgreiche Tagung und gab einen Ausblick auf künftige Aktivitäten.

*Dr. Anne Weißflog*

*Klinik und Poliklinik für MKG-Chirurgie  
Universitätsklinikum Dresden*

Wir trauern um unseren Kollegen

Dr. med.

## Dietrich-Ekkehard Lüderitz

(Klipphausen)

geb. 29.06.1942 gest. 07.05.2017

Wir trauern um unseren Kollegen

Dr. med. dent.

## Joachim Gräfe

(Leipzig)

geb. 21.07.1944 gest. 06.05.2017

Wir trauern um unsere Kollegin

Dipl.-Med.

## Brigitte Göbel

(Bernsbach)

geb. 14.10.1946 gest. 06.02.2017

Wir trauern um unseren Kollegen

Dr. med.

## Jan Ullmann

(Brand-Erbisdorf)

geb. 25.01.1964 gest. 17.04.2017

Wir werden ihnen ein  
ehrendes Andenken bewahren.

## Zitat des Monats

Die Gedankenfreiheit haben wir. Jetzt brauchen wir nur noch die Gedanken.

*Karl Kraus (1874 – 1936)*

