



KURZ NACHGEZÄHLT ...

ZAHNÄRZTEVERSORGUNG SACHSEN

Anzahl der Versorgungsempfänger:

1992 0

2019 1.110



Versorgungsleistungen 2019:
19,14 Mio Euro

PATIENTENBERATUNG

Seit 1990

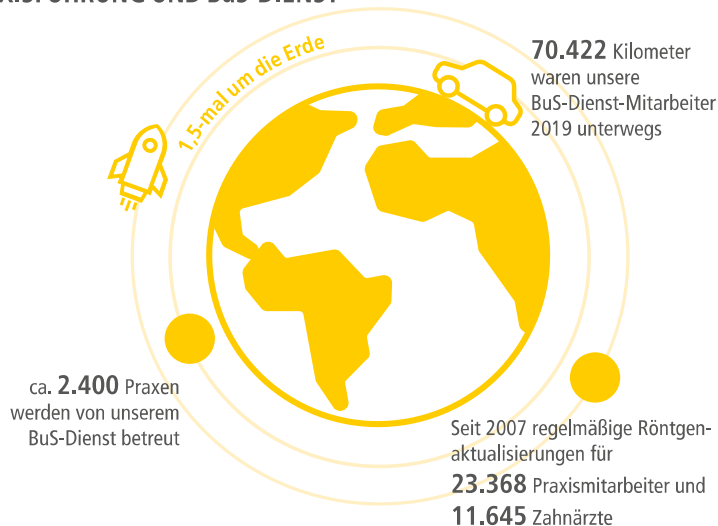


über **546** erstellte Gutachten
+ **23** Gutachterschulungen



52 x Patientenakademie
mit fast **2.500** Besuchern

PRAXISFÜHRUNG UND BuS-DIENST



MITGLIEDERVERWALTUNG

3.700
aktive Zahnärzte im Jahr 1990

3.853
aktive Zahnärzte im Jahr 2020

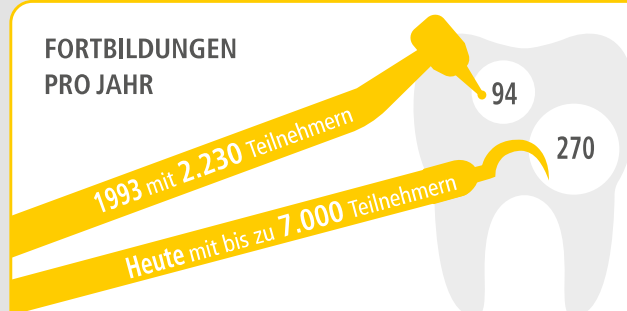
AUS- UND AUFSTIEGSFORTBILDUNG ZAHNÄRZTLICHER MITARBEITER

9.023
ZFA / ZA-Helfer
seit 1997

1.076
ZMP
seit 1997

100
ZMV
seit 2001

FORTBILDUNGEN PRO JAHR





3 FRAGEN AN SABINE DUDDA EHEMALIGE GESCHÄFTSFÜHRERIN DER LZKS

1. WAS WAR IHRE GRÖSSTE HERAUSFORDERUNG BEIM AUFBAU DER LANDESZAHNÄRZTEKAMMER?

Der Aufbau der Kammer hatte Tausende Herausforderungen. Ich glaube, fast jeden Morgen dachten wir, heute steht uns die größte bevor, aber dann gab es immer noch größere. Als im Mai 1990 klar war, dass es kein staatliches Gesundheitswesen, keine Polikliniken mit zentraler Verwaltung geben und auch auf absehbare Zeit die Niederlassung als Zahnarzt die überwiegende Alternative sein wird, musste alles neu gedacht werden. Es herrschte eine wunderbare und zum Teil euphorische Aufbaustimmung. Diese Zeit war für mich sehr intensiv. Ich konnte kreativ sein und sehr eigenverantwortlich viele Dinge entscheiden. Damit nahm ich den ehrenamtlich tätigen Zahnärzten die Verwaltungsarbeit ab, die mit der Gründung der Kammer einherging, damit sie die standespolitischen Aufgaben erledigen konnten. Ich erinnere mich noch sehr gut, wie Frau Zuchold und ich die erste Wahl vorbereitet haben. Alle Briefe wurden handschriftlich adressiert und frankiert. Als technische Unterstützung hatten wir eine elektrische Schreibmaschine, die, glaube ich, zehn Zeilen speichern konnte. Ich erinnere mich auch noch,

wie wir den damaligen Präsidenten, Dr. Lüddecke, mit dem ersten mobilen Telefon versorgten, damit er unterwegs erreichbar war. Ein großer Kasten, der nicht immer das hielt, was er versprach.

2. WAS IST DIE SCHÖNSTE ERINNERUNG AN DIE ZEIT IN DER LZKS?

Dazu zähle ich die Begegnungen mit unzähligen wunderbaren Menschen, die mir meine Tätigkeit und alle Entwicklungen ermöglichten. Mit unserer Patenkammer aus Stuttgart und dem Versorgungswerk in Tübingen hatten wir in den Anfangsjahren Kollegen und Zahnärzte an der Seite, die ohne Vorbehalte und Überheblichkeit unsere Arbeit unterstützten. Die Kammermannschaft konnte ich mit Billigung des Vorstandes selbst aussuchen. Was für ein Glück hatte ich dabei. Und auch die verschiedenen Vorstände, die seit 1990 die Geschicke der Zahnärzte in Sachsen geführt haben, begegneten mir auf Augenhöhe und schätzten meine Meinung. Schöne Erinnerungen sind bei mir auch mit dem Bezug des Neubaus auf der Schützenhöhe nach den anstrengenden Wochen des Hausbaus verknüpft, und wenn der Prüfer in jedem Jahr die Haushaltslage der Kammer für solide und gut aufgestellt bestätigte und dann die Kammerver-

sammlung den Jahresabschluss und den Wirtschaftsplan fürs neue Jahr verabschiedet hatte.

3. WAS WÜNSCHEN SIE DER KAMMER FÜR DIE ZUKUNFT?

Die Aufbaujahre sind inzwischen Geschichte. Heute steht die Kammer der Zahnärzte in Sachsen vor ganz anderen Herausforderungen, die nicht selten an die Zeit in der DDR erinnern. Überbordende Bürokratie, Forderungen des Staates nach immer mehr Kontrollen der Berufsausübung, steigende Anzahl von großen zahnmedizinischen Einrichtungen mit angestellten Zahnärzten, ein SGB V mit tausenden Vorschriften für die Kassenzahnheilkunde konterkarieren die Freiberuflichkeit für die Zahnärzte. Ich wünsche der Kammer, dass sie in guter Zusammenarbeit mit der KZVS selbstbewusst weiterhin die Interessen der Zahnärzte vertreten kann, für die unabhängige Berufsausübung eintritt und den jungen Zahnärzten die Möglichkeiten, die eine eigene Praxis bietet, zeigt. Ich wünsche der Kammer auch Gelassenheit, wenn mal wieder nur der Fokus der Gesundheitspolitik auf den Ärzten liegt und die Zahnärzte scheinbar vergessen werden. Es hat durchaus auch Vorteile, nicht in der ersten Reihe zu stehen. Meinen ehemaligen und auch den neuen Kammermitarbeitern wünsche ich Achtung vor der Arbeit des anderen, Toleranz und Fröhlichkeit bei der Aufgabenerfüllung. Alle können stolz auf das bisher Erreichte sein.

Daran gedacht? Ehrung verdienstvoller Mitarbeiterinnen

Wir wollen gemeinsam mit Ihnen, liebe Kollegen, die Mitarbeiter Ihrer Praxis ehren, die sich in der „Corona-Zeit“ besonders verdient gemacht haben. Noch bis

zum 23. Oktober 2020 können Sie uns Ihre Mitarbeiterin vorschlagen. Schreiben Sie an: izz.presse@lzk-sachsen.de oder Landes Zahnärztekammer Sachsen,

Ressort Öffentlichkeitsarbeit – IZZ, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden.

Ausschuss Öffentlichkeitsarbeit der LZKS

Diagnostik und Klassifikation parodontaler und periimplantärer Zustände und Erkrankungen – Teil 2

Kapitel I und II

Im Teil 1 (ZBS 09/20) wurden die Grundstruktur der neuen Klassifikation parodontaler und periimplantärer Zustände und Erkrankungen von 2018 vorgestellt und wichtige anamnestische, klinische und röntgenografische Parameter betrachtet. In diesem 2. Teil wird die Abgrenzung und Unterteilung der Zustände „gesund“, Gingivitis und Parodontitis dargestellt. Für die alltägliche Praxis sollen schwerpunktmäßig das Erkennen eines Patienten mit Parodontitisverdacht, die dann nachfolgende notwendige Parodontitisdiagnostik und deren Umfang, die Einstufung eines Patienten als Parodontitisfall und letztlich die Diagnosefindung im Hinblick auf Erkrankungsstadium und Erkrankungsgrad im Vordergrund stehen. Es wird empfohlen, diesen Artikel als Übersicht und Einführung zu verwenden und für ein gründliches Verständnis die komplette Publikation der neuen Klassifikation (www.dgparo.de) mit der dazugehörigen wissenschaftlichen Literatur zu berücksichtigen.

Kapitel I – Parodontale Gesundheit, gingivale Erkrankungen und Zustände

- 1. Parodontale und gingivale Gesundheit
- 2. Gingivitis, durch Plaque induziert
- 3. Gingivale Erkrankungen, nicht durch Plaque induziert

1. Parodontale Gesundheit und gingivale Gesundheit

In Abgrenzung zur eher theoretisch möglichen pristinen (makellosen, unberührten) parodontalen Gesundheit wird die klinische parodontale Gesundheit bei Patienten ohne reduziertes Parodontium (kein CAL) und bei Patienten mit reduziertem **Parodontium ohne Parodontitiserfahrung** (z. B. Rezessionen) definiert, wenn bei Sechs-Punkt-Messung weniger als 10 % der Probestellen beim Sondieren bluten und die klinischen Sondierungstiefen maximal 3 mm betragen. Ein **Patient mit Parodontitiserfahrung** ist dann als parodontal gesund (= stabile Situation nach Parodontistherapie) einzustufen, wenn bei Taschen bis 3,5 mm der BOP kleiner als 10 % ist und wenn es an Stellen mit Taschen ab 4 mm beim Sondieren nicht blutet (Tab. 3). Die Diagnosestellung wird hier als „klinisch gesunder Zustand nach Parodontitis Stadium (I-IV), Grad (A-C)“ erfolgen. Bei einem solchen Patienten besteht

Parodontale Gesundheit und gingivale Gesundheit		
intaktes Parodontium	reduziertes Parodontium	
	ohne Parodontitiserfahrung	mit Parodontitiserfahrung (stabiler Parodontitispatient)
kein CAL kein RBL BOP < 10 % PPD bis 3 mm	CAL (nicht plaqueassoziiert) möglicher RBL BOP < 10 % PPD bis 3 mm	CAL (plaqueassoziiert) möglicher RBL BOP < 10 % PPD bis 3,5 mm und bei PPD > 3,5 mm kein BOP
LANG/BARTOLD (2018)		CHAPPLE et al. (2018)

Tabelle 3

aber weiterhin ein erhöhtes Risiko für eine erneute Progression der Parodontitis und deshalb bleibt er ein Parodontitisfall, bei dem – in Abhängigkeit von der parodontalen Ausgangsdiagnose

und der aktuellen Risikosituation (z. B. „Berner Spinne“) – das Intervall der unterstützenden Parodontistherapie (uPT) und deren Inhalte festgelegt werden müssen.

Gingivitis, durch Plaque induziert		
intaktes Parodontium	reduziertes Parodontium	
	ohne Parodontitiserfahrung	mit Parodontitiserfahrung („gingivale Entzündung“)
kein CAL kein RBL BOP ab 10 % PPD bis 3 mm	CAL (nicht plaqueassoziiert) möglicher RBL BOP ab 10 % PPD bis 3 mm	CAL (plaqueassoziiert) möglicher RBL BOP ab 10 % PPD bis 3 mm
Lokalisierte Form BOP 10–30 %; generalisierte Form: BOP > 30 %		
TROMBELLI et al. (2018)		

Tabelle 4

2. Gingivitis, durch Plaque induziert

Diese unspezifische Entzündung entsteht durch die Ansammlung von Biofilm auf der Zahnoberfläche ab Höhe Gingivasaum in Richtung apikal und der dadurch hervorgerufenen immunologischen Wirtsreaktion. Die Entzündung ist auf die Gingiva begrenzt und dehnt sich nicht auf Alveolarknochen, Desmodont und Zement oder über die Mukogingivalgrenze aus.

Sie ist Risikofaktor und Voraussetzung für eine Parodontitis, denn Studien zeigen, dass, über ein längeres Zeitintervall betrachtet, die Stellen ohne neuen CAL weniger gingivale Entzündung aufweisen und Bereiche mit einem fortschreitenden Befestigungsverlust mit einer zeitlichen Zunahme der Gingivitis einhergehen.

Entwicklungsgeschwindigkeit, Schweregrad und Ausmaß der Gingivitis werden durch plaqueakkumulationsbegünstigende, prädisponierende Retentionsfaktoren (Zahnanatomie, iatrogene Faktoren) sowie durch Speichelfluss und -verfügbarkeit beeinflusst. Gleichzeitig wirken die systemischen Faktoren Rauchen, Hyperglykämie, Vitamin-C-Mangel, bestimmte Medikamente und Drogen, ein erhöhter Geschlechtshormonspiegel (Pubertät, Kontrazeptiva) und bestimmte hämatologische Zustände (Leukämie, Myelodysplasie) modifizierend.

Diagnostiziert wird die Gingivitis klinisch durch den Parameter Bluten beim Sondieren (BOP). Eine Unterscheidung in leichte, moderate oder schwere Gingivitis ist auf Grundlage einer belastbaren Evidenz nicht möglich.

In Abgrenzung zur klinischen parodontalen Gesundheit bei Patienten mit reduziertem **Parodontium ohne Parodontiserfahrung** (z. B. Rezessionen) bzw. zur parodontal gesunden (= stabilen) Situation bei **Patienten mit Parodontiserfahrung** wird eine plaqueinduzierte Gingivitis dann definiert, wenn ein BOP größer/gleich 10 % vorliegt und die klinischen **Sondierungstiefen maximal 3 mm** betragen (Tab. 4).

Bis zu einem BOP von 30 % handelt es sich um eine lokalisierte Form, bei einem BOP > 30 % liegt die generalisierte Gingivitisform vor.

3. Gingivale Erkrankungen, nicht durch Plaque induziert

Unter dieser Gruppe ist eine Vielzahl von Erkrankungen aufgeführt, deren Entstehung nicht primär biofilmbedingt ist und die auch bei Plaqueentfernung nicht beseitigt werden können.

Dazu zählen genetische Störungen, spezifische Infektionen, bestimmte entzündliche und immunologische Reaktionen, reaktive Prozesse, Neoplasmen, Stoffwechselerkrankungen, traumatische Läsionen sowie gingivale Pigmentierungen (Tab. 5).

Schwere, Ausmaß und klinisches Erscheinungsbild werden aber durch die Menge der akkumulierten Plaque beeinflusst. Zur Diagnostik und Behandlung ist für diese Fälle eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich.

Gingivale Erkrankungen, nicht durch Plaque induziert

- | | |
|--|--|
| <p>A. Genetische/entwicklungsbedingte Störungen</p> <p>I. Erbliche Gingivafibromatose</p> <p>B. Spezifische Infektionen</p> <p>I. Bakterieller Genese</p> <p>(a) <i>Neisseria gonorrhoeae</i></p> <p>(b) <i>Treponema pallidum</i></p> <p>(c) <i>Mycobacterium tuberculosis</i></p> <p>(d) Streptokokken-Gingivitis</p> <p>II. Viraler Genese</p> <p>(a) Coxsackie-Virus (Hand-Fuß-Mund-Krankheit)</p> <p>(b) Herpes simplex I und II (primär oder rezidivierend)</p> <p>(c) Varizella zoster (Windpocken und Gürtelrose – Nervus trigeminus)</p> <p>(d) Molluscum contagiosum</p> <p>(e) Humanes Papillomavirus (Plattenepithelpapillom)</p> <p>Condylomata acuminata, Verruca vulgaris, fokale epitheliale Hyperplasie</p> <p>III. Fungaler Genese</p> <p>(a) Candidose</p> <p>(b) andere Mykosen (z. B. Histoplasmose, Aspergillose)</p> <p>C. Entzündliche und immunologische Zustände</p> <p>I. Überempfindlichkeitsreaktionen</p> <p>(a) Kontaktallergie</p> <p>(b) Plasmazellgingivitis</p> <p>(c) Erythema multiforme</p> <p>II. Autoimmunerkrankungen von Haut und Schleimhäuten</p> <p>(a) Pemphigus vulgaris</p> <p>(b) Pemphigoid</p> <p>(c) Lichen planus</p> <p>(d) Lupus erythematoses (systemischer LE, diskoider LE)</p> <p>III. Granulomatös-entzündliche Erkrankungen (Orofaziale Granulomatosen)</p> <p>(a) Morbus Crohn</p> <p>(b) Sarkoidose</p> | <p>D. Reaktive Prozesse</p> <p>I. Epuliden</p> <p>(a) Epulis fibrosa (Peripheres Fibrom)</p> <p>(b) Kalzifizierendes fibroblastisches Granulom</p> <p>(c) Epulis vascularis (pyrogenes Granulom)</p> <p>(d) Peripheres Riesenzellgranulom</p> <p>E. Neoplasmen</p> <p>I. Präkanzerosen</p> <p>(a) Leukoplakie</p> <p>(b) Erythoplakie</p> <p>II. Maligne Tumore</p> <p>(a) Plattenepithelkarzinom</p> <p>(b) Leukämische Zellinfiltration</p> <p>(c) Lymphome (Hodgkin, Non-Hodgkin)</p> <p>F. Endokrine, ernährungsbedingte Stoffwechselerkrankungen</p> <p>I. Vitaminmangel</p> <p>(a) Vitamin-C-Mangel (Skorbut)</p> <p>G. Traumatische Läsionen</p> <p>I. Physikalisches / mechanisches Trauma</p> <p>(a) Reibungskeratose</p> <p>(b) Mechanisch induzierte Gingivaulzeration</p> <p>(c) Selbstzugefügte Läsionen</p> <p>II. Chemische (toxische) Läsionen</p> <p>III. Thermische Läsionen</p> <p>(a) Gingivaverbrennungen</p> <p>H. Gingivale Pigmentierungen</p> <p>I. Melanoplakie</p> <p>II. Rauchermelanose</p> <p>III. Medikamenteninduzierte Pigmentierung (Antimalariamedikamente, Minocyclin)</p> <p>IV. Amalgamtätowierung</p> |
|--|--|

Tabelle 5

Kapitel II – Parodontale Entzündungen

1. Nekrotisierende parodontale Erkrankungen
2. Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen
3. Parodontitis

„Die Parodontitis ist eine chronische, multifaktorielle, entzündliche Erkrankung, die mit einem dysbiotischen Plaque-Biofilm assoziiert und durch voranschreitende Zerstörung des Zahnhalteapparats gekennzeichnet ist (Papanou et al. 2018).“

Gekennzeichnet ist sie durch einen **interproximalen CAL ab 2 mm an zwei oder mehreren nicht benachbarten Zähnen** oder einem **buccalen bzw. oralen CAL ab 3 mm in Verbindung mit einer dortigen PPD größer 3 mm an mehr als einem Zahn**. Dabei darf der CAL nicht auf eine traumatisch bedingte Gingivarezession, nicht auf Zahnhals- bzw. Wurzelkaries, nicht als Folge einer Fehlposition oder Extraktion der 3. Molaren, nicht als Folge einer Endo-Paro-Läsion und nicht auf eine vertikale Wurzelfraktur zurückzuführen sein. Nachfolgend wird ein solcher, die Parodontitis kennzeichnender Befestigungsverlust, als parodontitisrelevanter CAL benannt.

Sie entsteht auf dem Boden einer bestehenden Gingivitis durch das Übergreifen der Entzündung auf Alveolarknochen, Wurzelzement und Desmodont und führt zur irreversiblen Schädigung des Zahnhalteapparats (Abb. 3).

Im Gegensatz zu einem Patienten mit Gingivitis, dessen Erkrankung vollkommen geheilt werden kann, bleibt ein Parodontitisfall lebenslang ein solcher, der lebenslang betreut werden muss (uPT). Die parodontalen Entzündungen werden in die drei Gruppen: nekrotisierende Parodontitis, Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen und Parodontitis (im Sinne der nicht unter die ersten beiden fallenden parodontalen Entzündungsformen) eingeteilt. Aufgrund fehlender Evidenz wird nicht

Parodontale Gesundheit, Gingivitis und Parodontitis

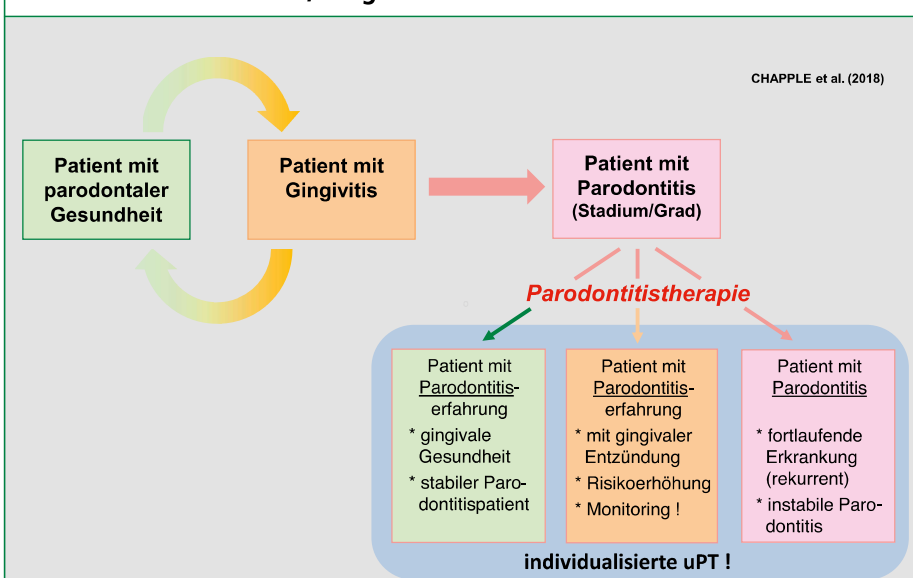


Abb. 3

mehr zwischen chronischer und aggressiver Parodontitis unterschieden. Die durchaus unterschiedlichen Verläufe, Ausdehnungen und Progressionen werden nunmehr durch eine Matrix charakterisiert, die Stadien und Erkrankungsgrade beschreibt.

1. Nekrotisierende parodontale Erkrankungen

Bei dieser Gruppe handelt es sich um akute Entzündungsprozesse, die durch das Auftreten von Nekrosen und Ulzerationen im Bereich der Interdentaltapillen, gingivalen Blutungen und Schmerzen gekennzeichnet sind. Klinisch können weiterhin Foetor ex ore, Pseudomembranen auf den Läsionen sowie Lymphknotenschwellungen und Fieber in Erscheinung treten. Man unterteilt je nach Ausdehnung in die nekrotisierende Gingivitis, die nekrotisierende Parodontitis und die nekrotisierende Stomatitis. Diese Erkrankungen sind eng mit einer verminderten Wirtsabwehr bei immun-kompromittierten Patienten verbunden.

2. Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen

Bestimmte systemische Erkrankungen beeinflussen z. B. durch ihre Modifizierung der Immunantwort des Wirtes oder durch Veränderungen metabolischer, endokriner oder inflammatorischer Vorgänge den Verlust des Zahnhalteapparats. Unterschieden werden diese systemischen Erkrankungen zum einen als solche mit bedeutendem Einfluss auf die parodontale Entzündung und dem daraus resultierenden Stützgewebeverlust und zum anderen als Erkrankungen, die die Pathogenese von Parodontalerkrankungen beeinflussen (Tab. 6).

3. Parodontitis

Alle nicht nekrotisierenden bzw. nicht als Manifestation systemischer Erkrankungen zurückzuführenden parodontalen Entzündungen werden unter der Gruppe Parodontitis zusammengefasst. Zur Klassifikation wird ein multidimensionales „Stadium- und Gradsystem“ genutzt (Abb. 4).

Das **Stadium** der Erkrankung ergibt sich primär durch den schon eingetretenen Schaden (Schwere) in Form des Ausmaßes des zerstörten Gewebes durch den CAL, den RBL und den PTL sowie einer ggf. vorzunehmenden Höherstufung wegen des notwendigen Behandlungsaufwands, der durch die Komplexitätsfaktoren PPD, Furkationsbeteiligung, TM, vertikale Knocheneinbrüche und ggf. notwendige komplexe zahnmedizinisch-interdisziplinäre Rehabilitationsmaßnahmen bestimmt wird (Tab. 7). In Abbildung 5 ist ein praktikables Vorgehen zur Bestimmung des Erkrankungsstadiums dargestellt.

Das Stadium I ist als initiale Parodontitis und das Stadium II als moderate Parodontitis definiert. Beim Stadium III handelt es sich um eine schwere Parodontitis mit dem Potenzial für weiteren Zahnverlust. Das Stadium IV steht für eine fortgeschrittene schwere Parodontitis mit ausgedehntem Zahnverlust und dem Potenzial zum Verlust der gesamten Dentition.

Neben dem Erkrankungsstadium wird der **Grad** der Parodontitis bestimmt, der die Progression der Erkrankung und das Ansprechen auf die Therapie ausdrückt. Primär ergibt er sich aus dem RBL (direkt oder indirekt) und muss ggf. durch die Modifikatoren Rauchen oder Diabetes höhergestuft werden (Tab. 8).

Für weitere, die Progression der Parodontitis beeinflussende Faktoren (z. B. andere systemische Entzündungen mit einer Erhöhung des hochsensitiven C-reaktiven Proteins) oder neuere Untersuchungsmethoden zum Nachweis von Biomarkern im Speichel, Sulcusfluid oder Blutserum, gibt es derzeit noch eine unzureichende Evidenz und weiteren Forschungsbedarf. Zukünftig können neuere Erkenntnisse bei der Bestimmung des Erkrankungsgrades eingebunden werden.

Parodontitisdiagnostik – Wann?

Für das effiziente und richtige Vorgehen zur Diagnosestellung einer Parodontitis

und deren Einstufung entsprechend der neuen Klassifikation spielen mehrere Ausgangsfaktoren eine Rolle. Patienten, bei denen bereits eine systematische Parodontistherapie erfolgte (Angabe in der Anamnese oder

Therapie in der eigenen Praxis) sind damit bekannte „Parodontitisfälle“ und werden – je nach Risiko – regelmäßig weiterbetreut (uPT). Im Rahmen der unterstützenden Parodontistherapie ist bei diesen Parodontitisfällen eine jähr-

Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankung

1 Systemische Erkrankungen mit bedeutendem Einfluss auf den Verlust von parodontalem Stützgewebe durch Beeinflussung der parodontalen Entzündung		1.1.4 Metabolische und endokrine Erkrankungen	
1.1 Genetische Erkrankungen		Glykogenspeicherkrankheit E74.0	
1.1.1 Erkrankungen verbunden mit Immunologischen Funktionsstörungen		Morbus Gaucher E75.2	
Down-Syndrom Q90.9		Hypophosphatasie E83.30	
Leukozytenadhäsionsdefekt-Syndrom D72.0		Hypophosphatämische Rachitis E83.31	
Papillon-Lefèvre-Syndrom Q82.8		Hajdu-Cheney-Syndrom Q78.8	
Haim-Munk-Syndrom Q82.8		1.2 Erworbene Immunschwächekrankheiten	
Chediak-Higashi-Syndrom E70.3		Erworbene Neutropenie D70.9	
Schwere Neutropenie		HIV-Infektion B24	
- Kongenitale Neutropenie (Kostmann-Syndrom) D70.0		1.3 Entzündliche Erkrankungen	
- Zyklische Neutropenie D70.4		Erworbene Epidermolysis bullosa L12.3	
Primäre Immunschwächeerkrankungen		Entzündliche Darmerkrankungen K50	
- Chronische Granulomatose D71.0			
- Hyperimmunglobulin-E-Syndrom D82.9			
Cohen-Syndrom Q87.8			
1.1.2 Erkrankungen mit Auswirkung auf die orale Mukosa und gingivalen Gewebe		2 Andere systemische Erkrankungen mit Auswirkung auf die Pathogenese von Parodontalerkrankungen	
Epidermolysis bullosa		Diabetes mellitus E10 (Typ1)	
- Epidermolysis bullosa dystrophica Q81.2		E11 (Typ 2)	
Plasminogenmangel D68.2		Adipositas E66.9	
1.1.3 Erkrankungen mit Auswirkung auf das Bindegewebe		Osteoporose M81.9	
Ehlers-Danlos-Syndrom (Typen IV, VIII) Q79.6		Arthritis (rheumatische Arthritis, Osteoarthritis) M05	
Angioödem (C1-Inhibitor-mangel) D84.1		M06	
Systemischer Lupus erythematoses M32.9		M15	
		M19	
		Emotionaler Stress und Depression F32.9	
		Rauchen (Nikotinabhängigkeit) F17	
		Medikationen	

ALBANDAR et al. (2018)
JESEN et al. (2018)

Tabelle 6

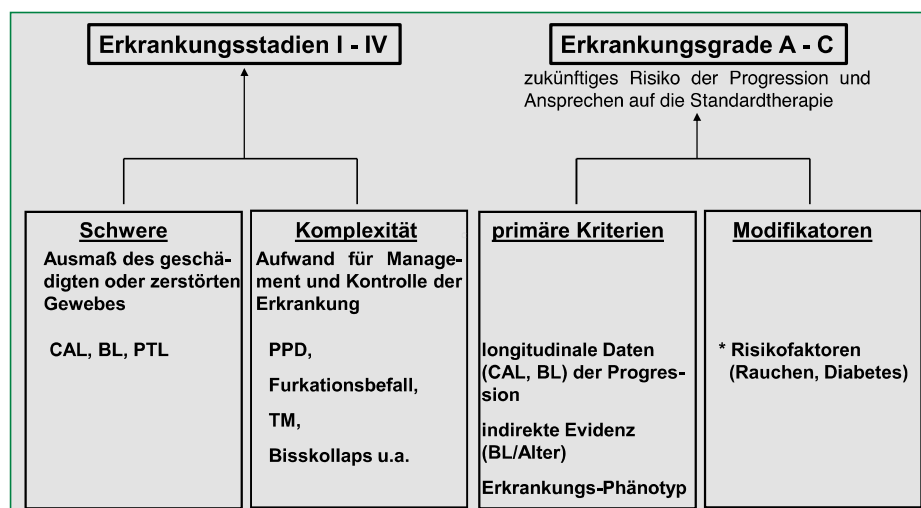


Abb. 4 – Erkrankungsstadien und Erkrankungsgrade der Parodontitis

Sparkasse Vogtland im Private Banking ausgezeichnet: Der Qualitätstest von DIE WELT wieder mit Bestnote

Qualität und Kompetenz bei der Beratung von vermögenden Kunden bei Banken und Sparkassen haben in Plauen eine Top-Adresse: Die Sparkasse Vogtland hat von den unabhängigen Bankentestern des Deutschen Instituts für Bankentests GmbH beim Ranking von 6 Banken eine bemerkenswerte Gesamtnote von 1,22 erhalten und somit die sehr gute Vorjahresbewertung von 1,23 nochmals verbessert.

Die Untersuchungen der Beratungsqualität bei Banken und Sparkassen sollen dem Bürger eine Orientierungshilfe bei der Wahl der Bankverbindung sein. Für die Durchführung objektiver, neutraler und kompetenter Tests ist das Deutsche Institut für Bankentests GmbH Lizenzpartner von DIE WELT. Zur Beurteilung der Qualität des Beraters dienen 30 Kriterien. Dies sind vor allem Kriterien, die vermögende Kunden für die Wahl einer Bankverbindung für entscheidend und wichtig halten.

Die erneute Bestnote von 1,22 zeugt von Kontinuität auf höchstem Niveau in der Beratung der vermögenden Kunden und zeigt, dass die Berater eine Auszeichnung als Motivation verstehen, sich noch weiter zu verbessern.

„Freundlichkeit, Atmosphäre im Beratungsgespräch und Vertrauen sind Grundvoraussetzungen, um im Gespräch die entscheidenden Informationen aufzunehmen, so dass dann die richtige Analyse vorgenommen werden kann. Dabei sind nicht nur die Wünsche des Kunden zu berücksichtigen, sondern auch seine persönliche Situation einzubeziehen.“ erklärt Kai Lederer, Direktor Private Banking, das erfolgreiche Vorgehen seiner Berater.

Mit den Spezialisten für die so genannten Freiberufler wird dies ebenfalls so umgesetzt. Darauf wird derzeit besonderes Augenmerk gelegt. Die Berater verfügen zudem über Einfühlungsvermögen in die individuelle Situation, Kenntnis über Bedürfnisse und besondere Handlungsfelder sowie höchste Fachkompetenz für spezifische Produkte. Die Kunden, insbesondere auch Freiberufler, honorieren das mit zweistelligen Wachstumsraten im Neukundengeschäft. Die hohe Beratungsqualität zeigt sich ebenfalls in hohen Zuwachsraten im Kreditgeschäft und bei den Geldanlagen.

Vermögende Kunden und Freiberufler sollten die Adresse am Komturhof 2 in Plauen für höchste Beratungsqualität, weitreichende Fachkompetenz und passgenau Finanzlösungen auf jeden Fall ins Auge fassen.

Marko Mühlbauer, Vorsitzender des Vorstandes der Sparkasse Vogtland, freut sich sehr über die Auszeichnung mit dem Qualitätssiegel der renommierten Zeitung DIE WELT: „Damit wird unserem Private Banking von unabhängiger Seite eine sehr überzeugende Beratungsqualität bestätigt. Das ist die Hauptbotschaft hinter dieser Qualitäts-Auszeichnung, die sich in erster Linie an unsere treuen Kundinnen und Kunden im Vogtland richtet – und auch an die, die es künftig werden wollen! Insbesondere ist es eine Auszeichnung für unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die tagtäglich mit viel Engagement, Fachkompetenz und Freundlichkeit für ihre Kunden da sind.“

Unser Kompetenzteam Freie Berufe



Nicole Heß

Beraterin Freie Berufe
Telefon 03741 123-6506
E-Mail nicole.hess@sparkasse-vogtland.de



Jörg Meyer

Berater Freie Berufe
Telefon 03741 123-6507
E-Mail joerg.meyer@sparkasse-vogtland.de



Nadine Fischer

Vermögensmanagerin
Telefon 03741 123-6509
E-Mail nadine.fischer@sparkasse-vogtland.de



Mike Hornig

Vertriebsreferent
Telefon 03741 123-6508
E-Mail mike.hornig@sparkasse-vogtland.de



**Die beste Private Banking-Beratung bietet Ihnen
die Sparkasse Vogtland.**



**Sparkasse
Vogtland**

Private Banking

**Kontakt Kai Lederer | Direktor Private Banking | Komturhof 2 | 08527 Plauen | Telefon 03741 123-6500
E-Mail kai.lederer@sparkasse-vogtland.de | [sparkasse-vogtland.de/private-banking](https://www.sparkasse-vogtland.de/private-banking)**

		Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Schwere	Interdentaler CAL (Stelle mit höchstem Verlust)	1 - 2 mm	3 - 4mm	ab 5 mm	ab 5 mm
	RBL	< 15 %	15 - 33 %	> 33 %	> 33 %
	PTL	kein PTL	kein PTL	bis 4 Zähne	mehr als 4 Zähne
Komplexität	PPD	bis 4 mm	bis 5 mm	ab 6 mm	ab 6 mm
	Furkations-grad	bis Grad I	bis Grad I	bis Grad III	bis Grad III
		horizontaler Knochenabbau	horizontaler Knochenabbau	vertikaler Knochenabbau ab 3 mm moderater Kammdefekt	vertikaler Knochenabbau ab 3 mm schwerer Kammdefekt + Notwendigkeit einer komplexen Rehabilitation wegen: TM ab Grad II (sekundäres okklusales Trauma) Bisskollaps / Auffächerung Zahnwanderungen < 20 Zähne bzw. < 10 okkludierende Zahnpaare
Ausmaß und Verteilung		Für Stadium I-III: Ausmaß lokalisiert: < 30 % aller Zähne betroffen Ausmaß generalisiert: ab 30 % aller Zähne betroffen ggf. Molaren-Inzisiven-Muster beschreiben			

TONETTI et al. (2018)

Tabelle 7 – Parameter der Parodontitisstadien

liche Aufnahme der klinischen Befunde (CAL, PPD, BOP, nicht PSI!) zur Kontrolle und Abklärung der Progression und des aktuellen Risikos indiziert und es liegen in der Regel Röntgenbilder (bei Diagnose und ggf. Verlauf) vor. Damit kann problemlos eine Einstufung entsprechend der neuen Klassifikation bezüglich Erkrankungsstadium, Erkrankungsgrad und derzeitigem Zustand (Zustand gesund/gingivale Entzündung/rekurrente Entzündung) erfolgen.

Nach gegenwärtiger Sachlage sind die Leistungen der uPT (diagnostische Leistungen, therapeutische Leistungen, wie Zahnreinigung bzw. subgingivale Nachinstrumentierung) keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und müssen privat vereinbart und liquidiert werden.

Problematischer gestaltet sich dagegen die Diagnostik bei Erstpatienten in der Praxis bzw. bei Kontrolluntersuchungen von bisher parodontal unauffälligen Patienten. Ist ein solcher Patient parodontal weiterhin gesund bzw. hat er (wieder) eine Gingivitis oder ist er nunmehr als „Parodontitisfall“ einzustufen? Ausgehend von der Definition der Parodontitis bedarf es dazu der Aufnahme des CAL (Sechs-Punkt-Messung), um herauszufinden, ob ein parodontitisrelevanter CAL vorliegt.

Diese aufwendige Leistung ist derzeit nicht Bestandteil des BEMA. Einerseits muss kritisch hinterfragt werden, ob es wirtschaftlich und sinnvoll ist, bei jedem Patienten zu jeder Kontrolluntersuchung diese Untersuchung vorzunehmen. Andererseits ist diese

CAL-Aufnahme als Grundlage der Parodontitisdiagnostik bei bestimmten Patienten dringend erforderlich.

Wann muss eine detaillierte Parodontitisdiagnostik erfolgen?

Bei Neupatienten oder bei bisher parodontal unauffälligen Patienten ist zunächst besonderes Augenmerk auf das Röntgenbild zu legen. In Abhängigkeit vom Patientenalter und der (Familien-) Anamnese sollten adäquate Röntgenuntersuchungen alle fünf Jahre erfolgen bzw. Röntgenbilder zur Abklärung anderer Fragestellungen (z. B. Kariesdiagnostik mit Bissflügel-aufnahmen oder Aufnahmen im Rahmen einer Wurzelkanalbehandlung) genutzt werden. Sind hier Auffälligkeiten in Form eines RBL vorhanden, muss eine Parodontitisdiagnostik erfolgen.

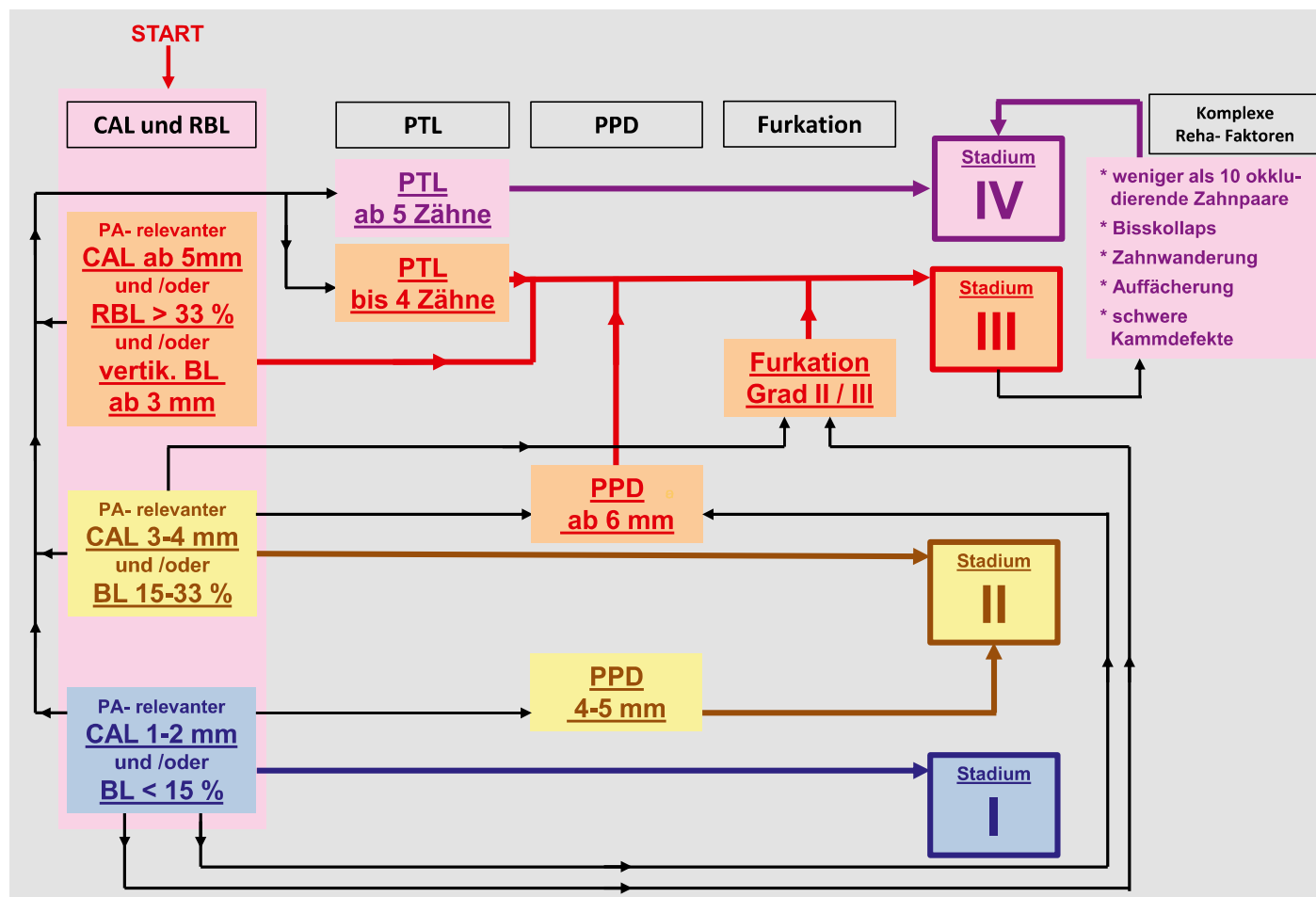


Abb. 5 – Diagnosefindung des Parodontitisstadiums

Bei Erstvorstellung und fortlaufend alle zwei Jahre wird bei Kontrolluntersuchungen der Parodontal Screening Index (PSI) erhoben.

Mit dem PSI kann aber keine Parodontitis diagnostiziert werden und so findet er in der neuen Parodontitis-Klassifikation auch keine Erwähnung.

Er liefert aber im klinischen Alltag wichtige Anhaltspunkte und weist auf die Notwendigkeit der weiterführenden Parodontitisdiagnostik hin. Hauptman-

Anzeigen

www.hilfswerk-z.de

Stiftung Hilfswerk Deutscher Zahnärzte

ermöglichen Sie mit einer regelmäßigen Zuführung eine Erhöhung des HDZ-Stiftungskapitals. Damit unterstützen Sie nachhaltig das soziale Engagement der Zahn-Ärzteschaft für benachteiligte und Not leidende Menschen.

Zahnärzte stärken Gemeinwohl – in Deutschland und weltweit!

DERIVAT HDZ für Logo- und Mitgliedsdruck bei 1000 Exemplaren und 2000 Exemplaren (inkl. Versand)

WIKTORIUM ZAHNÄRZTE: HDZ-DE 2004 6401 0406 4440 00
Allgemeines Spendenkonto: HDZ-DE 20 3000 0401 0006 4440 00

Wir fertigen für Sie nach individueller Planung

Rezeptionen
Behandlungszeilen
Arbeitszeilen für Labor und Steri
Umzüge
Ergänzungen der vorhandenen Einrichtung

**FUNKTION UND DESIGN
INNENEINRICHTUNGS GMBH**

Untere Dorfstraße 44
09212 Limbach-Oberfrohna
Telefon 03722 92806
Fax 03722 814912
www.funktion-design.de