



DMS V: Parodontalepidemiologie 2.0



Im August diesen Jahres wurde die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V) veröffentlicht.¹ Diese für die zahnmedizinische Gesundheitsberichterstattung in Deutschland bedeutendste Studie lässt insgesamt einen deutlich positiven Trend sowohl im Hinblick auf die Karieserfahrung als auch im Hinblick auf Parodontalerkrankungen erkennen, der in diesem quantitativen Ausmaß bemerkenswert erscheint. Interessanterweise zieht sich dieser positive Trend durch alle Altersgruppen und darüber hinaus auch quer durch alle Sozialschichten der Gesellschaft. Betrachtet man die Zahlen im Zeitverlauf, fällt auf, dass schwere Parodontalerkrankungen erkennbar zugunsten parodontaler Gesundheit bzw. milder Erkrankungsformen zurückgegangen sind. So hat sich der Anteil parodontal gesunder jüngerer Erwachsener in Deutschland im vergangenen Jahrzehnt etwa um den Faktor 1,6 erhöht – und zwar gleichgültig, ob man den CPI zugrunde legt (Codes 0 bis 2 von 26,7 % auf 41,3 %) oder die CDC/AAP-Fallklassifikation (keine/milde Parodontitis von 29,0 % auf 48,4 %).² Ein vergleichbarer Trend ist auch bei den jüngeren Senioren feststellbar.³

Jetzt ist Ursachenforschung angesagt. Eine anspruchsvolle Aufgabe angesichts der Tatsache, dass Kausalzusammenhänge aus Querschnittsuntersuchungen wissenschaftlich nicht begründet werden können. Vertreter der DG PARO sehen als Ursache „höchstwahrscheinlich in erster Linie [einen] Effekt von mehr systematischer Parodontitistherapie in den vergangenen zehn Jahren“.⁴ Zugegeben – eine Zunahme von jährlich 2,5 % bei systematischen Parodontalbehandlungen in dieser Zeit ist beachtlich und zeigt, dass die Parodontitistherapie einen breiteren Raum in der zahnärztlichen Praxis einnimmt.⁵ Das also ist des Pudels Kern?!

Ein Ziel der systematischen Parodontitistherapie ist es, pathologische Sondierungstiefen zu reduzieren. Epidemiologisch gemessen müsste sich dies beim CPI niederschlagen, der ausschließlich auf Sondierungstiefen rekurriert, deutlich weniger ausgeprägt jedoch bei der CDC/AAP-Fallklassifikation, die auch das Attachmentlevel berücksichtigt und damit die kumulierte Parodontitiserfahrung aufzeigt, die durch eine Parodontitistherapie nicht wieder verschwindet. Insofern hätte sich ein vornehmlicher Effekt systematischer Parodontitistherapie in der DMS V zwar beim CPI, aber weniger deutlich bei der CDC/AAP-Fallklassifikation niederschlagen müssen. Allein die Tatsache, dass dies nicht so ist, lässt vermuten, dass bei der parodontalen Morbiditätsdynamik auch andere Mechanismen gegriffen haben dürften. Die Europäische Föderation für Parodontologie (EFP) hat vor kurzem ihren Konsensusreport zu den Prinzipien der Prävention parodontaler Erkrankungen veröffentlicht⁶: Die primäre Prävention der Parodontitis durch persönliche und professionelle Maßnahmen zur Gingivitisprophylaxe ist eine zentrale Forderung. In der DMS V haben ein Fünftel der jüngeren Erwachsenen und sogar ein Viertel der bezahten jüngeren Senioren angegeben, regelmäßig eine professionelle Zahnreinigung in Anspruch zu nehmen. Die DMS-V-Ergebnisse zeigen auch, dass Gingivitis bei regelmäßiger PZR besser kontrolliert werden kann: Sondierungsblutung (BOP) bei jüngeren Erwachsenen mit regelmäßiger PZR 20,2 % vs. ohne regelmäßige PZR 29,3 %. Dass persistierende gingivale Entzündungen jedoch ein erhebliches Risiko für parodontalen Zahnverlust darstellen, haben Schätzle et al. eindrucksvoll gezeigt.⁷ Es ist also nicht davon auszugehen, dass der Rückgang schwerer Parodontalerkrankungen bei einem gleichzeitigen



Anstieg von parodontaler Gesundheit in Deutschland allein auf das Konto der systematischen Parodontitistherapie gehen soll. Denn die DMS V hat ebenfalls gezeigt, dass nachhaltige Prävention in der Zahnmedizin möglich ist – nämlich bei der Karieserfahrung, die jetzt in allen Altersgruppen rückläufig ist. Der Paradigmenwechsel in der Zahnmedizin von der Versorgung zur Vorsorge ist in vollem Gange! Im Sinne des gemeinsamen Risikofaktorenansatzes kann man nur dazu aufrufen, die gemeinsamen Schnittmengen der Präventionsbotschaften zu identifizieren und fächerübergreifend zu vertreten, um die Präventionserfolge weiter zu fördern.⁸

Wie viel Parodontitisprävention muss betrieben werden – oder anders gefragt: Wie häufig sind Parodontalerkrankungen in Deutschland? Weniger als vor zehn Jahren, aber mehr als wir gedacht haben! So könnte man die auf einem methodisch anspruchsvollen Erhebungsdesign fußenden Ergebnisse der DMS V zusammenfassen. Denn im Gegensatz zu der Annahme, dass der CPI die Prävalenz von Parodontalerkrankungen überschätzt⁹, unterschätzt er sie methodisch bedingt, da lediglich ein Anteil der Zähne eines Gebisses überhaupt untersucht wird und somit Parodontitis auch nur bei einem Teil des Gebisses entdeckt werden kann (Partial-Mouth-Recording). Da in der DMS IV der CPI allerdings überproportional an Zähnen erhoben wurde, die parodontal tendenziell stärker betroffen sind (67 % Molaren bei den CPI-Indexzähnen vs. 29 % Molaren beim Full-Mouth-Recording), führte der CPI damals beim Ausmaß, also der Anzahl (oder dem Anteil) der erkrankten Zähne, und bei der Schwere, also der durchschnittlichen Sondierungstiefe, tatsächlich zu einer Überschätzung der Erkrankungslast. Daher ist die Detailtiefe der parodontalen Berichterstattung in der DMS V sicher ein Fortschritt, auch weil hier die

aktuellen Empfehlungen der EFP umgesetzt wurden.^{10,11} Damit ist einerseits eine methodisch saubere epidemiologische Trendbeschreibung der vergangenen zehn Jahre möglich. Andererseits sind wir in der Lage, durch eine umfassende parodontale Befunderhebung (Full-Mouth-Recording an sechs Messstellen je Zahn) bei einem Subsample der jüngeren Erwachsenen und Senioren eine sehr viel genauere Schätzung der tatsächlichen parodontalen Erkrankungslast in der Bevölkerung vorzunehmen als bei einem reinen Partial-Mouth-Recording, wie es das Erhebungsdesign der zurückliegenden DMS-Studien vorsah. Wir gehen nach diesen Berechnungen davon aus, dass schwere Parodontitis bei bis zu 14 % der jüngeren Erwachsenen vorliegt, bei den bezahnten Senioren bis zu 41 % (mehr dazu im Fachbeitrag in dieser Ausgabe).

Zum Schluss noch einmal zurück zur Ursachenforschung: Kausal werden wir die Frage nach dem Warum erst mit der sechsten Deutschen Mundgesundheitsstudie beantworten können, in welcher die Studienteilnehmer der DMS V longitudinal erneut untersucht werden sollen. Die Ergebnisse der DMS V zeigen aber eines bereits jetzt: Morbiditätsdynamik existiert nicht nur bei der Karies. Auch die Parodontitislast kann auf der Bevölkerungsebene beeinflusst werden. Die Erfolgsgeschichte bei der Kariesverbreitung zeigt auch die Wege auf: zielgerichtete Prävention auf der einen Seite und nachhaltige Therapien auf der anderen Seite. In diesem Sinne freuen wir uns auf den wissenschaftlichen Diskurs mit dem Ziel, das Beste für die zahnmedizinische Gesundheitsversorgung zu erreichen.

Mit freundlichen Grüßen
A. Rainer Jordan



■ Literatur

1. Jordan AR, Micheelis W. Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, 2016.
2. Hoffmann T, Schützhold S. Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Jüngeren Erwachsenen (35- bis 44-Jährige). Parodontalerkrankungen. In: Jordan AR, Micheelis W. Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, 2016:312-334.
3. Kocher T, Holtfreter B. Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige). Parodontalerkrankungen. In: Jordan AR, Micheelis W. Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, 2016:396-415.
4. Deutsche Gesellschaft für Parodontologie: DMS V – Weniger Parodontitis durch mehr und bessere Behandlung!? [Pressemitteilung]. Regensburg, 18.08.2016.
5. Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung: Jahrbuch 2014. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Köln, 2014.
6. Tonetti MS, Eickholz P, Loos BG, Papapanou P, van der Velden U, Armitage G et al. Principles in prevention of periodontal diseases: Consensus report of group 1 of the 11th European Workshop on Periodontology on effective prevention of periodontal and peri-implant diseases. *J Clin Periodontol* 2015;42(Suppl. 16):S5-S11.
7. Schätzle M, Löe H, Lang NP, Bürgin W, Ånerud Å, Boysen H. The clinical course of chronic periodontitis: IV. Gingival inflammation as a risk factor in tooth mortality. *J Clin Periodontol* 2004;31(12):1122-1127.
8. Heilmann A, Sheiham A, Watt RG, Jordan RA. Common Risk Factor Approach – Ein integrierter bevölkerungsbezogener und evidenzbasierter Ansatz zum Ausgleich sozialer Ungleichheiten in der Mundgesundheit. *Gesundheitswes* 2015;DOI: 10.1055/s-0035-1548933.
9. Eickholz P. Wie häufig sind schwere Parodontalerkrankungen in Deutschland? *Parodontologie* 2016;27(2):111-112.
10. Jordan RA, Bodechtel C, Hertrampf K, Hoffmann T, Kocher T, Nitschke I, et al. The Fifth German Oral Health Study (Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie, DMS V) – rationale, design, and methods. *BMC Oral Health* 2014;14(1):161.
11. Holtfreter B, Albandar JM, Dietrich T, Dye BA, Eaton KA, Eke PI et al. Standards for reporting chronic periodontitis prevalence and severity in epidemiologic studies. Proposed standards from the Joint EU/USA Periodontal Epidemiology Working Group. *J Clin Periodontol* 2015;42(5):407-412.