

den USA freuen dürfen, werden in zwei Kategorien ermittelt:

- Klinische Studien, Experimentelle Forschung mit unmittelbarem klinischen Bezug, Public Health und Versorgungsforschung
 - Hier werden Klinische Studien zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, aber auch experimentelle Studien, die einen klaren Bezug zur klinischen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde aufweisen, bewertet. Außerdem Studien aus den Bereichen Public Health und Versorgungsforschung.

- Grundlagenforschung und Naturwissenschaften

- Studien auf den Gebieten der Grundlagenforschung und Naturwissenschaften mit Bedeutung für die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde stehen hier im Fokus. Ein unmittelbarer Bezug zur klinischen Zahnheilkunde ist nicht zwingend erforderlich.

Zweite Preise in beiden Kategorien sind mit jeweils 500 Euro dotiert.

Die Anmeldefrist endet jeweils am 31. August des Kalenderjahres. Die Anmeldung wird dem Teilnehmer durch die DGZMK bestätigt. Mit

der Bestätigung haben die Teilnehmer kostenlosen Zutritt zum Deutschen Zahnärztetag sowie den wissenschaftlichen Programmen und den Besuch der Dental Ausstellung. Die genauen Ausschreibungsmodalitäten finden sich auf der DGZMK-Homepage unter diesem Link: www.dgzmk.de/zahnaerzte/wissenschaftliche-preise/dgzmkbzaekdentsplysirona-foerderpreis.html.

Markus Brakel, Düsseldorf

„Mythos“ PZR? – DG PARO plädiert für differenzierte Betrachtung

„Verdacht auf Abzocke bei professioneller Zahnreinigung“ oder „Die Zahnreinigung vom Profi ist umstritten“: Am 6. Mai 2019 erschienen in verschiedenen Tageszeitungen im Stuttgarter Raum Artikel zum Thema professionelle Zahnreinigung (PZR), die bei Patienten und in der Zahnärzteschaft einige Wellen geschlagen haben. Die Artikel ziehen Schlussfolgerungen, die in dieser Form weder sachlich richtig noch für Patienten hilfreich sind. Die DG PARO plädiert für einen sorgfältigeren Umgang mit den Begrifflichkeiten und eine differenzierte Betrachtung der Patientengruppen.

Die aktuelle Berichterstattung suggeriert, dass die PZR verzichtbar sei und von der Durchführung lediglich die Zahnärzte finanziell profitieren. Prof. Dr. Peter Eickholz, Direktor der Poliklinik für Parodontologie an der Goethe-Universität Frankfurt und Präsident der DG PARO von 2011 bis 2016, wurde in den Artikeln zitiert und stellt klar: „Bei parodontal gesunden jungen Erwachsenen ist die PZR verzichtbar, weil eine Zahnreinigung zusätzlich zur Mundhygieneinstruktion (MHI) in dieser Personen-

gruppe keinen zusätzlichen gesundheitlichen Nutzen bewirkt. Wissenschaftlich belegt ist aber, dass eine MHI die Menge bakterieller Zahnbeläge und Gingivitis gegenüber keiner Maßnahme verringert [1]. Werden die Zähne bei dieser gesunden Gruppe zusätzlich professionell gereinigt, ergibt sich daraus keine weitere Verbesserung.“ Daraus folgt, dass für die Mundgesundheit junger parodontal gesunder Personen eine MHI bedeutsamer und nützlicher ist als eine PZR. Nach Vollendung des 18. Lebensjahres werden für alltagskompetente Erwachsene weder MHI noch PZR von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Lediglich für pflegebedürftige und behinderte Menschen leisten die Kassen hierfür Zahlungen. Die Kosten, die für MHI oder PZR anfallen, sind für den Patienten vergleichbar. Die Annahme, dass man eine MHI nur einmal im Leben braucht, weist Prof. Eickholz zurück. Menschen für eine lebenslange effektive Mundhygiene zu schulen, sei ein mühsames Geschäft, und eine MHI alleine führe nur im absoluten Ausnahmefall zu lebenslang effektiver Mundhygiene. „Auch Patienten, die eine MHI er-

halten haben, müssen bei unterschiedlichem individuellem Risiko und Putzerfolg zum Teil mehrmals pro Jahr zum Zahnarzt gehen. Hier wurden – insbesondere bei parodontal erkrankten Menschen, und das sind über 11 Millionen in Deutschland – durch die aktuelle Berichterstattung falsche Hoffnungen geweckt“, so Prof. Eickholz weiter.

Differenzierung nach Patientengruppen ist entscheidend

Das Gesagte gilt nur für junge parodontal gesunde Menschen. Betrachtet man die gesamte Bevölkerung, ist vollständige parodontale Gesundheit jedoch eher die Ausnahme. Laut Fünfter Deutscher Mundgesundheitsstudie (DMS V) leiden in der Gruppe der 35- bis 44-Jährigen 10 % an schweren (CPI/PSI-Code 4) und weitere 48 % an moderaten (CPI/PSI-Code 3) Parodontalerkrankungen [2]. In der Gruppe der jungen Senioren liegen die entsprechenden Zahlen bei 25 bzw. gut 50 %. Für Patienten mit CPI/PSI-Code 3 und 4 reichen aber allein MHI oder PZR nicht aus. Hier ist eine ergänzende systematische Thera-

pie von Parodontopathien oder unterstützende Parodontitistherapie (UPT) unabdingbar, um diese stille und deshalb leicht zu übersehende Erkrankung in den Griff zu bekommen. Insofern besteht zwischen den Aussagen von Prof. Eickholz, der der PZR für junge parodontal gesunde Personen einen Nutzen zusätzlich zur MHI abspricht, und der Position der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und ihrem Vorsitzenden, Dr. Wolfgang Eßer, kein Gegensatz. Die KZBV bezeichnet die PZR als anerkannte Präventionsleistung und hat dabei nicht primär die jungen parodontal Gesunden im Auge. Der Nutzen der MHI bei der großen Gruppe parodontal erkrankter – insbesondere älterer – Menschen zeigt im Übrigen die Bedeutung, die das Gespräch mit den Patienten hat. „Sprechende Zahnmedizin“ ist ein wesentliches Element des neuen Parodontalbehandlungskonzepts, das Grundlage neuer Behandlungsrichtlinien für die systematische Therapie von Parodontopathien werden soll und nachdrücklich von der KZBV vorangetrieben wird.

Mehr Klarheit bei Begrifflichkeiten und dahinterstehenden Leistungen

Die Begriffe MHI, PZR und UPT werden häufig durcheinander geworfen und PZR wie ein Überbegriff verwendet. Das führt zu Missverständnissen. Zwar listet die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) unter der Überschrift PZR mehrere Maßnahmen auf: die gründliche Untersuchung der Mundhöhle und des Zahnsystems mit Erfassung vorhandener Beläge und Blutungen des Zahnfleisches, die PZR mit Handinstrumenten, Schall- und Ultraschallscalern bzw. Pulver-Wasser-Spray, Politur mit fluoridhaltiger Paste sowie Hinweise zur Optimierung der häus-

lichen Mundhygiene. Aber die Position der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), nach der die PZR abgerechnet wird (GOZ 1040), umfasst nur „das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen (...)“. Für die Erfassung vorhandener Beläge und Blutungen des Zahnfleisches (GOZ 4005) sowie Hinweise zur Optimierung der häuslichen Mundhygiene (GOZ 1000 oder 1010) werden andere GOZ-Positionen berechnet. Ein Patient, der glaubt, dass PZR dies alles umfasse, dürfte sich wundern, wenn dann über die Position PZR hinaus noch einiges andere berechnet wird. Insofern kann die aktuelle Diskussion dazu beitragen, zukünftig besser zwischen den Leistungen MHI, PZR und UPT zu differenzieren.

Parodontal erkrankte Patienten brauchen systematische Nachbetreuung

Fatal wäre es, wenn Patienten, die an Parodontitis erkrankt sind, durch solche Berichterstattung glaubten, ohne MHI oder PZR auszukommen. Im Gegenteil: Sie müssen systematisch aktiv parodontal therapiert (geschlossenes/offenes Vorgehen) und anschließend kontinuierlich je nach individuellem Risiko 1- bis 4-mal pro Jahr nachbetreut werden. Leider ist aber die UPT bisher kein Bestandteil der GKV-Leistungen und muss von den Patienten bis jetzt selbst bezahlt werden. Das schürt auch Skepsis gegenüber dem Nutzen dieser wichtigen Nachsorge bei an Parodontitis erkrankten Menschen. Aufgrund der Begriffsverwirrung bezeichnen viele Patienten, aber möglicherweise auch manche Zahnärzte das, was UPT ist,

falsch als PZR. Die UPT für parodontal (Vor-)Geschädigte geht aber weit über die PZR hinaus, selbst über den weiten Rahmen der BZÄK-Definition.

Fazit

Die durch die aktuelle Berichterstattung angestoßene Diskussion lässt sich nutzen, sorgfältiger mit den Begrifflichkeiten MHI, PZR und UPT umzugehen und diesbezüglich mehr Klarheit zu schaffen – für Patienten und Zahnärzteschaft.

Pauschale Urteile über den Nutzen bestimmter Maßnahmen für alle Patientengruppen helfen niemandem. Die DG PARO unterstützt dieses Streben nach Klarheit im Interesse der Kollegenschaft durch Publikationen, Fortbildungsveranstaltungen und Öffentlichkeitsarbeit seit Jahren.

Literatur

1. Hugoson A, Lundgren D, Asklöv B, Borgklint G: Effect of three different dental health programmes on young adult individuals: a randomized, blinded, controlled evaluation of oral hygiene behavior on plaque and gingivitis. J Clin Periodontol 2007; 34: 407–415
2. Jordan AR, Micheelis W: Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln 2016



**DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
PARODONTOLOGIE E.V.**
Neufferstraße 1; 93055 Regensburg
Tel.: +49 (0) 941 942799-0
Fax: +49 (0) 941 942799-22
kontakt@dgparo.de; www.dgparo.de