

Karies- und Parodontalprophylaxe im Kontext der Abrechnungsbestimmungen

Karies und Parodontalerkrankungen haben bekanntlich eine multifaktorielle Genese. Wenngleich die regelmäßige Zahnsteinentfernung nur einen von mehreren Bausteinen in einem Prophylaxekonzept darstellt, so bleibt festzuhalten, dass die professionelle Zahnreinigung eine unverzichtbare Ergänzung der häuslichen Mundhygiene darstellt, da nur hierdurch mögliche Defizite ausgeglichen werden. Einer regelmäßigen Durchführung sind beim gesetzlich versicherten Patienten jedoch Grenzen gesetzt; im Einzelfall wird daher eine private Liquidation häufig unumgänglich sein.

PROF. DR. ANDREJ M. KIELBASSA, BRIGITTE WEIGMANN/BERLIN

Die regelmäßig durchgeführte professionelle Zahnreinigung durch den Zahnarzt oder entsprechend geschultes Fachpersonal kann bei erwachsenen Patienten initialkariöse Läsionen, aber auch Gingivitiden und marginale Parodontitiden im Sinne einer Primärprophylaxe effektiv verhindern; diese Maßnahme ist vielfach wissenschaftlich belegt und dient der Gesunderhaltung der oralen Strukturen. Darüber hinaus ist die professionelle Zahnreinigung jedoch auch bei bereits erkrankten Patienten indiziert (Kausaltherapie der Gingivitis) und sollte regelmäßiger Bestandteil der parodontologischen Initial- bzw. Erhaltungstherapie sein (sekundäre Parodontalprophylaxe, Rezidivprophylaxe).

Zahnsteinentfernung

Die Entfernung von Zahnstein (Bema 107) ist eine Grundvoraussetzung, um eine entsprechende Diagnostik durchführen zu können und ermöglicht nach Grob- und Feindepuration (inkl. Politur) die Gesunderhaltung parodontaler Strukturen; bei bereits fortgeschrittenen Fällen wird die Gesundung der parodontalen Verhältnisse hierdurch erst ermöglicht. Bei vielen Patienten wird – zumindest lokalisiert – eine Rezidivtherapie notwendig sein. Daher ist die unter Umständen wiederholte Plaque- und Zahnsteinentfernung ein fester Bestandteil des Therapiekonzeptes. Die Durchführung dieser Maßnahmen ist jedoch seit Anfang 2004 beschränkt, da mit der Änderung des Bema die Frequenz auf maximal einmal pro Jahr festgelegt wurde.

Voraussetzungen für eine Parodontaltherapie

Eine behandlungsbedürftige Parodontopathie liegt vor, wenn im Rahmen der Erhebung des Parodontalen Screening-Indexes (PSI) mindestens in einem Quadranten der Code 3 oder 4 erhoben wird, eine der nachfolgenden Diagnosen gestellt wird und dabei eine Sondiertiefe von 3,5 mm und mehr vorliegt:

- chronische Parodontitis

- aggressive Parodontitis
- Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen
- nekrotisierende Parodontalerkrankungen
- Parodontalabszess
- Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen.

Darüber hinaus können folgende entwicklungsbedingte oder erworbene Deformitäten oder Zustände maßgebend sein:

- gingivale Vergrößerungen
- Gingiva- und Weichgewebswucherungen.

Die systematische Parodontitistherapie kann umfassen:

- geschlossenes Vorgehen
- offenes Vorgehen
- antibiotische Therapie
- Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges nach Maßgabe von Nr. 7.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Mitwirkung des Patienten eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Parodontaltherapie darstellt.

Ablauf der Parodontaltherapie

Nach Erhebung des PSI (Bema Nr. 04; PSI Code > 2 oder, falls nicht abrechenbar, Taschentiepen ab 3,5 mm) können im Rahmen der Vorbehandlung folgende Maßnahmen indiziert sein:

- Zahnsteinentfernung (Bema 107)
- Behandlung von Mundschleimhauterkrankungen (Bema 105)
- Beseitigung scharfer Zahnkanten bzw. Prothesenränder (Bema 106)
- Beseitigung der Reizfaktoren (Karies, Wurzelkanalbehandlungen, Extraktionen, Füllungstherapie)
- Aufklärung, Mundhygiene-Unterweisung
- weitergehende Befunde.

Im weiteren Verlauf schließen sich folgende Maßnahmen an:

- Kontrolle des Motivationserfolges
- Mundschleimhauterkrankungen (Bema 105)