

4 Richtlinientext Abschnitt B. V. 4

4.1 Mitwirkung des Patienten

Der Zahnarzt hat den Patienten in allen Therapiephasen über die Notwendigkeit der aktiven Mitwirkung zu informieren. Die Mitwirkung besteht darin, dass sich der Patient nach seinen individuellen Möglichkeiten aktiv bemüht, exogene und endogene Risikofaktoren zu reduzieren, an den notwendigen Behandlungsterminen teilzunehmen und eventuell eingesetzte Therapiemittel indikationsgerecht anzuwenden.

Vor und während der Parodontitisbehandlung ist zu überprüfen, in welchem Umfang eine Parodontitisbehandlung nach diesen Richtlinien angezeigt ist und dem Wirtschaftlichkeitsgebot entspricht. Dies hängt besonders von der Mitarbeit des Patienten ab.

Patienten, die trotzdem nicht ausreichend mitarbeiten oder unzureichende Mundhygiene betreiben, hat der Zahnarzt erneut auf die Notwendigkeit der Mitwirkung hinzuweisen und darüber aufzuklären, dass die Behandlung eingeschränkt oder ggf. beendet werden muss.

Stellt der Zahnarzt fest, dass der Patient nicht ausreichend mitarbeitet, hat der Zahnarzt das Behandlungsziel neu zu bestimmen und ggf. die Behandlung zu beenden,

- *wenn eine Verhaltensänderung des Patienten in absehbarer Zeit ausgeschlossen erscheint oder*
- *wenn er in einem weiteren Behandlungstermin feststellt, dass eine wesentliche Verhaltensänderung nicht erfolgt ist.*

Der Zahnarzt hat hierüber die Krankenkasse zu unterrichten. Die Behandlung kann erst dann fortgeführt werden, wenn die Voraussetzungen gemäß Nr. 1 Absatz 2 vorliegen.

4.2 Kommentar Richtlinie B. V. 4

Richtlinie 4 befasst sich mit der Mitarbeit des Patienten im Rahmen der PAR-Therapie. Altertümliche Formulierungen im entsprechenden Abschnitt der alten Richtlinien, die sich mit der „Massage des Zahnfleischs“ und „guter Kautätigkeit bei richtiger Ernährung“ befassten, wurden herausgenommen. Erstmals taucht der Begriff des „Wirtschaftlichkeitsgebots“ auf.

Es besteht allgemein Konsens darüber, dass die Mitarbeit des Patienten ein wesentlicher Faktor für den Erfolg der PAR-Therapie ist.

Daher kommt der Vorphase der Behandlung eine besondere Bedeutung zu, in der der Zahnarzt versucht, eine adäquate Mundhygiene zu etablieren und die Zusammenarbeit zu sichern (Compliance).

Noch entscheidender für den Langzeiterfolg ist die Phase der Nachsorge. Hier entscheidet sich, weitgehend unabhängig von der Art der vorher durch-

geführten Therapie, ob die gesamte Behandlung ein Erfolg wird oder nicht. Die in beiden Phasen durchzuführenden Leistungen sind weitestgehend Privatleistungen.

Vertragszahnärztliche Gebührenpositionen fehlen bzw. sind absolut unzureichend. Daraus resultiert, dass eine Mitarbeit des Patienten durchaus auch in finanzieller Hinsicht gefordert wird, wenn dies auch nicht *expressis verbis* so formuliert wird. Auch wenn die Bedeutung der Mitarbeit allgemein akzeptiert und immer wieder betont wird, lassen sich nirgendwo objektive Kriterien finden, die den **Grad der Mitarbeit** beschreiben. Die Richtlinien sind so formuliert, dass die Beurteilung einer ausreichenden Mitarbeit letztlich dem behandelnden Zahnarzt überlassen bleibt. Dies gilt auch für die Beurteilung des Perfektionsgrades des Ergebnisses der Patientenbemühungen und den daraus resultierenden Konsequenzen für die Behandlung.

Einerseits wird vom Patienten lediglich gefordert, dass er sich „bemüht“, endogene und exogene Risikofaktoren zu reduzieren, an den Terminen teilzunehmen und Therapiemittel sachgerecht einzusetzen, alles „nach seinen individuellen Möglichkeiten“. Patientenfreundlicher kann man dies kaum formulieren. Andererseits drohen Therapieabbruch und Meldung an die Krankenkasse. Da objektive Beurteilungskriterien kaum vorliegen, bleibt es letztlich der Entscheidung des behandelnden Zahnarztes vorbehalten, ob und wann eine Behandlung durchgeführt, abgebrochen oder fortgesetzt werden kann. Das Ergebnis des „Bemühens“ des Einen ist vielleicht eine perfekte Mundhygiene, das des Anderen ist lediglich eine Verbesserung der Ausgangssituation. Zu berücksichtigen ist hierbei immer, dass wir mit einer Umstellung von Zahnpflege-Techniken Verhaltensänderungen herbeiführen wollen. Bei Erwachsenen ist dies nicht innerhalb kurzer Zeit zu schaffen, sondern dies ist meist nur in kleinen Schritten über Monate oder Jahre zu erreichen.

Die individuelle Zahnpflege hängt ganz besonders auch vom familiären Umfeld, also auch von sozioökonomischen Faktoren ab. Unsere Kenntnis dieser Faktoren und unser Einfluss darauf sind in der Regel begrenzt.

Patienten von einer PAR-Therapie grundsätzlich auszuschließen, weil sie noch nicht zu einer perfekten 100 %-Mundhygiene in der Lage sind, ist ethisch nicht vertretbar. Wichtig ist, dass ein „aktives Bemühen“ des Patienten erkennbar ist, entsprechend „seiner individuellen Möglichkeiten“. Er muss Interesse an der Behandlung haben und eine Verbesserung der Situation wollen.

Diese „individuellen Möglichkeiten“ können durch mangelndes manuelles Geschick limitiert sein, durch intellektuelle Defizite oder auch durch Nachlassen der Feinmotorik und des Sehvermögens im Alter. In solchen Fällen ist es notwendig, die Therapie entsprechend der Mitarbeit zu modifizieren. Aufwendige, offene Behandlungsverfahren sind dann nicht indiziert. Man wird sich auf geschlossene Verfahren in Kombination mit häufigem Recall beschränken.

Wie schon vorher ausgeführt, soll solch eine scheinbar großzügige Auslegung der Richtlinien nicht zu einer generellen „therapeutischen Großzügigkeit“, sprich Nachlässigkeit, führen. Sie soll unrealistische Erwartungen und den Ausschluss „weniger begabter“ Patienten von der PAR-Therapie verhindern. Erfahrene Gutachter können unterscheiden, ob mangelnde Mundhygiene auf einer grundsätzlich unzureichenden Vorbereitung des Patienten durch seinen Zahnarzt zurückzuführen ist, oder ob sie einfach noch nicht den Grad der Perfektion erreicht hat, den man sich theoretisch wünscht.

Eine besondere Patientengruppe mit eingeschränkten „individuellen Möglichkeiten“ sind **Behinderte**. Auch wenn hier oft nicht mit einer nur annähernd ausreichenden Mitarbeit der Patienten gerechnet werden kann, ist es ethisch und in der Öffentlichkeit kaum vertretbar, diese Patientengruppe grundsätzlich von der PAR-Therapie auszuschließen. Hier sind vertragstechnisch Lösungen zu finden, diese Patienten zumindest palliativ zu betreuen. Eine Verbesserung der parodontalen Situation wird auch durch eine Grobdeputation erreicht. Bisher ist dieses Problem vertragstechnisch nicht zufriedenstellend gelöst.

Neben dem Bemühen, eine verbesserte Mundhygiene zu betreiben, wird das Bemühen genannt, exogene und endogene Risikofaktoren zu reduzieren. Hierzu ist der Patient über die Zusammenhänge zwischen Allgemeinerkrankungen und Parodontitis zu informieren. Im eigenen Interesse wird er in der Regel versuchen, systemische Risikofaktoren so weit es geht zu reduzieren.

Schwieriger ist die Reduktion des **Tabakkonsums**. Dieser hat in den letzten Jahren in der Bundesrepublik Deutschland bei jüngeren Konsumenten wieder zugenommen, insbesondere bei den Frauen. Über die Zusammenhänge zwischen Tabakkonsum und Parodontitis ist der Patient zu informieren. Auch dem starken Raucher kann eine PAR-Therapie nicht grundsätzlich verweigert werden. Allerdings sollte starkes Rauchen Anlass sein, die Indikation für aufwendige offene Verfahren kritisch zu überprüfen. Maßnahmen zur Raucherentwöhnung werden in verschiedenen Ländern bereits durch den Zahnarzt und sein Hilfspersonal durchgeführt (USA, Schweiz). Eine Informationskampagne wurde in der Bundesrepublik auch von der DGP (Deutsche Gesellschaft für Parodontologie) gestartet.

Behandlungsunterbrechungen bzw. -abbrüche sollten die Ausnahmen darstellen. Vor Beginn der eigentlichen Therapie sollte in der Vorphase eingeschätzt werden können, ob der Patient eine ausreichende Compliance zeigt. Menschliches Verhalten ist Veränderungen unterworfen. **Verhaltensbeurteilungen**, insbesondere die Einschätzung zukünftigen Verhaltens, sind daher prinzipiell schwierig und fehlerbehaftet.

Behandlungsunterbrechungen und -abbrüche dürfen daher keinesfalls dem behandelnden Zahnarzt angelastet werden.

Von Seiten der Krankenkassen wird versucht, durch Versenden eines Informationsblattes (Ersatzkassen) die Mitarbeit des Patienten zu fördern. Be-

Eine Leistung nach der BEMA-Nr. 57 (z.B. Frenekтомie) ist im Zusammenhang mit einer systematischen PAR-Behandlung nur dann neben Leistungen nach den BEMA-Nrn. P 200/P 201 abrechenbar, wenn sie als zusätzlicher ortsgetrennter chirurgischer Eingriff erforderlich ist.

Plastische mukogingivalchirurgische Maßnahmen wie z.B. die Verbreiterung der fixierten Gingiva sind seit 01.01.2004 nicht mehr Gegenstand der Vertragszahnheilkunde (vgl. Kommentar der Richtlinie B. V. 1 und auch der BEMA-Nr. 59).

3 Abgrenzung vertraglicher und außervertraglicher Leistungen

Die Richtlinien des Bundesausschusses sowie das Wirtschaftlichkeitsgebot erfordern eine klare Abgrenzung vertraglicher und außervertraglicher Leistungen. Nach § 12 Abs. 1 SGB V müssen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Die Vertragsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind durch den BEMA mit seinen Leistungsbeschreibungen und Abrechnungsbestimmungen definiert.

Neue Behandlungsmethoden dürfen gem. § 135 Abs. 1 SGB V in der vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 hierzu entsprechende Empfehlungen abgegeben hat. Demnach stellen folgende parodontale diagnostische oder therapeutische Maßnahmen keine Vertragsleistung dar:

3.1 Vorbehandlung

Bei der Formulierung der Richtlinien ist man sich darüber einig gewesen, dass eine Vorbehandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen PAR-Therapie eine sinnvolle Maßnahme darstellt. Ebenfalls besteht Einigkeit darüber, dass der Erfolg einer PAR-Behandlung auch davon abhängt, ob die Mitwirkung des Patienten gegeben ist oder nicht. Darunter versteht man durchaus auch eine finanzielle Mitbeteiligung. Aus finanziellen Gründen wurden Vorbehandlungs-Maßnahmen jedoch nicht in den BEMA-Katalog aufgenommen, sofern sie über das Entfernen von Zahnstein einmal pro Jahr hinausgehen. In der Regel ist im Rahmen einer Vorbehandlung eine Professionelle Zahnreinigung (PZR) sinnvoll. Gegebenenfalls ist diese auch mehrfach zu erbringen. Gleichzeitig wird versucht, eine adäquate Mundhygiene zu etablieren und die Zusammenarbeit zwischen Zahnarzt bzw. Prophylaxemitarbeiterin und dem Patienten auf eine sichere, vertrauensvolle Basis zu stellen (Compliance), da beides wesentliche Voraussetzungen für den Langzeiterfolg sind.