

Behandlung der Parodontitis und Periimplantitis: Lokale Gelanwendung

Local Delivery Devices werden heutzutage bei der Behandlung von Parodontalerkrankungen erfolgreich eingesetzt. Dabei handelt es sich um die lokale Anwendung von entzündungshemmenden Wirkstoffen. Diese finden sich beispielsweise in dem Chlorhexidin-Xanthan Gel namens ChloSite®, das ein Vertreter der Local Delivery Devices ist. Nachfolgend wird dieses Produkt unter Einbeziehung der Herstellerangaben vorgestellt.

Die konventionelle Therapie entzündlicher PA-Erkrankungen bestand in der Vergangenheit fast ausschließlich aus mechanischen Maßnahmen (Scaling/Root Planing, SRP). Der Denkansatz, die Parodontitis als Entzündung systemisch antibiotisch zu behandeln, beinhaltet erhebliche Nebenwirkungen. Um nämlich den Biofilm zu penetrieren, wenn dies überhaupt ohne die erwähnte mechanische Therapie gelingt, bedarf es so hoher Dosierungen, dass die erwähnten Nebenwirkungen bei den Patienten compliancefeindlich werden.

Ein Ausweg aus diesem Dilemma könnte die lokale Anwendung von entzündungshemmenden Wirkstoffen sein. Bekannt sind solche Stoffe unter dem Namen Local Delivery Devices. Als Controlled Release Devices (CRD) wird für sie gefordert, dass der Wirkstoff den Ort, an dem er wirken soll, natürlich nicht nur erreichen, sondern dort in wirksamer Konzentration lange genug verbleiben muss, um seine Wirksamkeit zu entfalten. Der Fachbegriff hierfür lautet Substantivität. In der Spitta Fortbildungsveröffentlichung „Aktueller Stand der Parodontologie“ wurde die seinerzeit verfügbaren LDDs beschrieben¹. Zum damaligen Zeitpunkt war in Deutschland ein weiteres örtlich anzuwendendes lokales Antiseptikum, ChloSite®, ein Chlorhexidin-Xanthan Gel noch nicht verfügbar. Nachfolgend wird dieses nun vorgestellt.

ChloSite® mit Chlorhexidin ... | ChloSite® ist ein 1,5% iges Chlorhexidin, das in einer Xanthan-Trägersubstanz gebunden ist. Chlorhexidin

liegt in ChloSite® in zwei verschiedenen Formen vor:

- Als 0,5 % gut lösliches Chlorhexidin-Digluconat (Chlorhexidindigluconat) auch Chlorhexidinbis (D-gluconat) genannt. Es ist eine Form des Chlorhexidins, eines vor allem in der Zahnmedizin häufig eingesetzten Antiseptikums und
- 1,0 % langsam freiwerdendes Chlorhexidin-Dihydrochlorid (Chlorhexidin-Dihydrochlorid ist ein Bisbiguanid mit bakteriostatischen Eigenschaften).

Das Chlorhexidin-Digluconat übernimmt in dieser Zusammensetzung den Part der unmittelbaren Desinfektionsaktivität, während durch das Chlorhexidin-Dihydrochlorid eine kontrolliert verzögerte Desinfektion erreicht wird.

Die hohe Sulkus-Fluid-Rate, bei welcher der Inhalt einer parodontalen Tasche etwa 40-mal pro Stunde erneuert wird, macht es für die gewünschte gute Substantivität eines LDDs erforderlich, dass er mit Trägerstoffen versehen wird, die ein möglichst langes Verbleiben in der Tasche sicherstellen. (Anm.: Mit Substantivität bezeichnet man die Eigenschaft eines Wirkstoffes ein Reservoir zu bilden, indem es an Hart- oder Weichgewebswände einer Zahnfleischtasche bindet.) ChloSite® ist deswegen mit dem Trägerstoff Xanthan-Gel ausgestattet.

... und der Trägersubstanz Xanthan | Xanthan ist ein natürliches Verdickungs- und Geliermittel. Es wird mithilfe von Bakterien der Gattung Xanthomonas aus zuckerhaltigen Substraten gewonnen. Xanthan

kann nicht bzw. nur zu einem sehr geringen Teil metabolisiert werden. Aus diesem Grund wird Xanthan zu den Ballaststoffen gezählt. Xanthan gilt als gesundheitlich unbedenklich. Es quillt in wässriger Lösung und erhöht dadurch die Viskosität des in ihr gelösten Stoffes, in diesem Fall den beiden Formen des Chlorhexidins. Es wird als Verdickungsmittel, unter anderem auch in Milchprodukten, Saucen, Ketchups, etc. verwendet. Ein besonderes Kennzeichen von Xanthanlösungen besteht darin, dass sie eine Pseudofließgrenze besitzen. Xanthan bildet bei Kontakt mit Flüssigkeiten ein dreidimensionales, pseudoelastisches „Netz“ (Retikulum). In einem solchen Netz können bakterizide Stoffe wie Chlorhexidine stabil eingelagert werden. Abhängig von deren spezifischen physikalisch-chemischen Eigenschaften werden diese dann kontrolliert freigesetzt. Xanthan in ChloSite® sorgt laut Herstellerangaben für eine gute subgingivale Haftung des LDDs, während der hohe Chlorhexidingehalt eine sichere Bakterizidie sicherstellt. Eine besondere Galenik garantiert die kontrolliert verzögerte Freisetzung im Biofilm.

Das Material | ChloSite® Perio Schutz besteht aus einem Xanthan-Gel, das 1,5 %iges Chlorhexidin enthält. Die spezielle Beschaffenheit des Gels erlaubt eine Verweildauer von wissenschaftlich belegten 2 bis 3 Wochen im behandelten Defekt. Über diesen Zeitraum wird parallel zum Abbau des Gels stetig CHX freigesetzt und Bakterien werden während der gesamten Phase wirksam be-

Diesem Artikel liegen Produktangaben des Herstellers zugrunde.

kämpft. Bereits nach einer Behandlungsphase sind eine deutliche Verringerung der Taschentiefe und eine Erholung der Gingiva sichtbar. In einigen Fällen tritt bereits eine vollständige Heilung ein. ChloSite® enthält keine Antibiotika und lässt sich dank einer seitlich geöffneten, abgerundeten Nadel ohne Traumatisierung des Weichgewebes für den Patienten angenehm, schnell und präzise applizieren. Durch die exakte Dosierbarkeit lässt sich das Produkt sparsam anwenden. Eine Spritze mit 0,25 ml reicht etwa für die Behandlung von etwa 5 Taschen, die Applikationsnadeln lassen sich einfach tauschen.

Einige Studienergebnisse | Nachfolgend sollen einige Studienergebnisse zur Wirksamkeit des hier vorgestellten Gels aufgeführt werden: In einer randomisierten multizentrischen Studie an 98 Probanden untersuchten die Autoren in verschiedenen Forschungseinrichtungen in Italien die Wirkung eines Xanthan-basierten CHX Dental-Gels in Zusammenhang mit SRP bei der Behandlung chronischer Parodontitiden². Im Ergebnis zeigte die adjuvante Anwendung des Gels gegenüber alleinigem SRP eine größere Reduktion der Zahnfleischtaschen und eines verbesserten Attachmentgewinns.

In einer randomisierten Split-Mouth-Studie wurde an 51 Probanden die Wirkung einer nicht-chirurgischen Parodontaltherapie unter dem Einsatz des Xanthan-basierten Gels ChloSite untersucht³. (Zur Erläuterung: Mit dem Split-Mouth-Design wurde ein Versuchsmodell beschrieben, bei dem bei jedem Probanden zwei oder mehrere Behandlungen vorgenommen werden, die jeweils gesonderte Teilabschnitte der Mundhöhle in Anspruch nehmen. Dadurch ermöglicht ein Split-Mouth-Design den Vergleich verschiedener Therapieformen, wobei die durch Versuchspersonen bedingten Unterschiede eliminiert werden. Durch vergleichende Studien am selben Patienten kann die Irrtumsvarianz im Gegensatz zu Studien, die verschiedene Versuchspersonen mit-

einander vergleichen, reduziert werden. Dies resultiert in einer Erhöhung der statistischen Trennschärfe und führt damit zu einer geringeren Anzahl an benötigten Probanden).

Nach einer eingehenden Untersuchung in dieser Studie zu Beginn der Behandlung unter Erhebung der üblichen Parameter erfolgte im weiteren Verlauf der Behandlung ein Scaling und Root Planing. Ein Teil der Probanden erhielt dann eine Tascheninstillation mit (ChloSite®, Ghimas s.p.a., Casalecchio di Reno, Italien), ein anderer Teil eine solche mit PlakOut® (Santa Balanos, Griechenland). Im Ergebnis zeigten beide Vorgehensweisen erhebliche Verbesserungen der parodontalen Probleme. Gegenüber PlakOut® erzielte ChloSite® bessere Ergebnisse beim Gewinn des klinischen Attachment-Levels und der Reduktion von Taschentiefen.

Ebenfalls in einer Split-Mouth-Studie⁴ untersuchten die Autoren an 8 Patienten die Wirkung von ChloSite® im Vergleich zu PlakOut®. Sie kamen zu demselben Ergebnis der Autoren aus der hier vorgestellten zweiten Studie. Die Autoren einer anderen Studie⁵ bestätigten ebenfalls die positive Wirkung von ChloSite®.

Die Evidenz | Das Oxford Centre of Evidence Based Medicine hat eine Einteilung für verschiedene Stufen der Evidenz erstellt⁶. Chlorhexidin-Xanthan-Gel kann dieser Einteilung zufolge mit dem Evidenzgrad IIb belegt werden. Auf der Basis der Evidenzgrade der einzelnen Studien kann die Festlegung des Empfehlungsgrades B (B = Empfehlung) erfolgen⁷.

Ein Patientenfall | Der 39-jährige männliche Patient suchte uns mit dem Wunsch nach Verbesserung seiner oralen Ästhetik im UK-Frontzahnbereich nach Spontanverlust des Zahnes 41 auf (Abb. 1). Von einer Parodontalerkrankung hatte er bisher nichts gewusst. Die klinische Untersuchung mit Taschentiefenmessung ergaben eine chronisch aggressive juvenile Parodontitis (Abb. 2 a u. b). Die

daraufhin angefertigte Röntgenübersichtsaufnahme zeigt eine behandlungsbedürftige Parodontalerkrankung (Abb. 3). Im Rahmen der Vorbehandlung nahmen wir eine Probe mit sterilen Papierspitzen zur Austestung auf das Vorhandensein parodontopathogener Leit- bzw. Markerkeime (Abb. 4). Die Untersuchung übertrugen wir dem Labor LCL-biokey*. Nach der Durchführung aller üblichen Vorbehandlungen wurde ein Scaling und Root Planing unter Lokalanästhesie, mit Hand- und Maschineninstrumenten durchgeführt. Unmittelbar



Abb. 1: Patient mit chronischer, aggressiver juveniler Parodontitis.



Abb. 2a: Exploration der extrem tiefen Taschen; Mess-Sonde in voller Länge.



Abb. 2b: ... und in die Tasche eingeführt.

Diesem Artikel liegen Produktangaben des Herstellers zugrunde.

im Anschluss wurde ChloSite (Abb. 5) gemäß den Herstellerangaben in alle behandelten Taschen instilliert (Abb. 6). Das genaue Vorgehen hatten wir zunächst an einem Dummy geübt (Abb. 7 u. 8). Der Patient vertrug das Präparat problemlos. Eine Woche nach der Behandlung führten wir einen erneuten Keimtest durch. Die Er-

gebnisse (Abb. 9 u. 10) zeigen den Erfolg der Behandlung mit ChloSite. Die Beurteilung des Testlabors (Geamtbeurteilung): In der gepoolten Probe wurden nach Therapie SRP & ChloSite nur noch sehr geringe Keimzahlen (grenzwertig positiv) der wichtigsten Parodontitis-Erreger nachgewiesen.

2 Wochen nach der Behandlung lag nach SRP und adjuvantem Einsatz von ChloSite ein gutes Ergebnis, nachgewiesen durch den 2. Markerkeimtest, vor. Trotz der tiefen Taschen haben wir bei einem wenig aggressiven Verfahren unter möglichst schonendem Umgang mit der roten Ästhetik ein gutes Resultat erzielen können. Bei einem solchen Vorgehen wird auch die Gefahr dentiner Hypersensibilitäten, hervorgerufen durch eine großflächige Entblößung der Zahn“hälse“, verringert. In der Folge ist nun ein engmaschiger Recall mit wiederholten Markerkeimbestimmungen (Rezidivgefahr) erforderlich. Da die Taschen nicht eliminiert, sondern eher „gemanagt“ wurden, besteht dann die Gefahr eines Rezidivs, wenn es der Taschenflora möglich wird, erneut einen parodontopathogenen Biofilm zu beherbergen. Ein minimal invasives Vorgehen, wie das hier beschriebene, gilt derzeit als

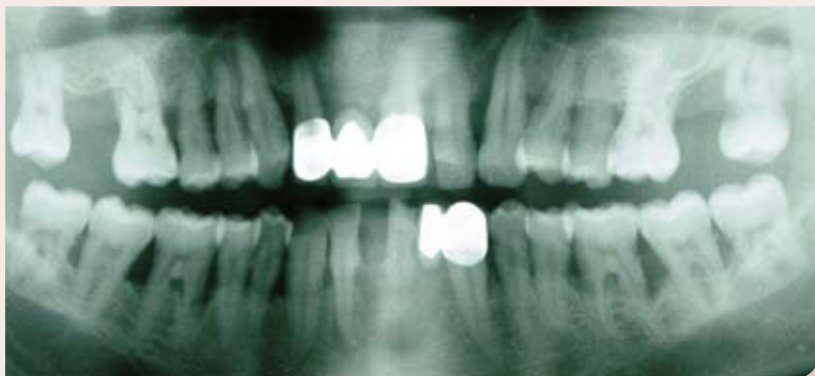


Abb. 3: OPG mit der Darstellung des massiven horizontalen und vertikalen Knochenabbaus.



Abb. 4: Probenentnahme für den Markerkeimtest.



Abb. 5: ChloSite wird in zwei unterschiedlichen Darreichungsformen angeboten: 1 Spritze à 1 ml und 6 Spritzen à 0,25 ml.



Abb. 6: Anwendung: Einlage von ChloSite unmittelbar nach SRP.



Abb. 7: ChloSite wird sinnvollerweise atraumatisch mit einer Spezialkanüle, die dem Präparat beigelegt ist, appliziert. Bei ihr tritt das Material seitlich und nicht an der Spitze aus. So wird eine versehentliche intravasale „Injektion“ oder eine Druckschädigung der Tasche vermieden.



Abb. 8: Dem „Erstanwender“ solcher LDDs wird empfohlen, die Applikation an einem Dummy zu üben.



Abb. 9: Zwei Wochen post OP können wir trotz der ungünstigen Ausgangssituation ein optisch, funktionell und mikrobiologisch sehr gutes Ergebnis feststellen.

Diesem Artikel liegen Produktangaben des Herstellers zugrunde.

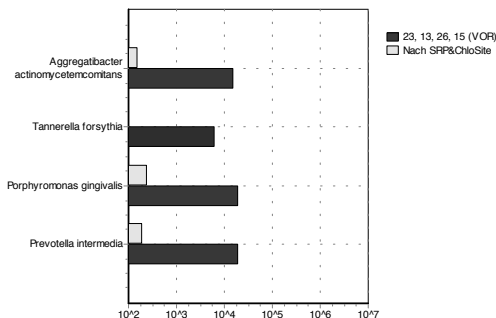
Ergebnisbogen zu Ihrer Untersuchung vom

15.03.2010

Gutachter: Prof. Dr. G. Conrads**Datum: 17.03.2010**

Personalien des Patienten: Nachname : B.
 Vorname : Y.
 Geburtsdatum : 20.02.1974
 Pat.-Nr. : DM - 110-X

Klinisches Bild : generalisierte, chronische Parodontitis
 Untersuchtes Material : Pool (spezifiziert)

Mikrobiologischer Parodontalstatus:**Gesamtbeurteilung:**

In der gepoolten Probe wurden nach Therapie SPR & ChloSite nur noch sehr geringe Keimzahlen (grenzwertig positiv) der wichtigsten Parodontitis-Erreger nachgewiesen.

Rauchen erhöht das Risiko für weiteren Verlust von Stützgewebe um den Faktor 2-6 und sollte unbedingt reduziert werden, um die Heilungschancen zu verbessern.

Abb. 10: Nach der Applikation von ChloSite ist ein erheblicher Unterschied in der Keimbesiedelung gegenüber dem Ausgangszustand zu erkennen.

die Behandlung der Wahl. Die früher geübte radikale Reduktion der Taschen durch Gingivektomien o. ä, gilt heute wegen der damit verbundenen erheblichen Nachteile (Ästhetik, Hypersensibilitäten) als obsolet. In der Folge haben wir ChloSite erfolgreich bei weiteren PA-Behandlungen nach Ermittlung der Notwendigkeit einer adjuvanten medikamentösen Begleittherapie eingesetzt.

Fazit | Local Delivery Devices haben sich ihren Platz in der Behandlung von Parodontalerkrankungen erfolgreich erobert. Mit ChloSite liegt nunmehr ein nicht nur wirksames, wissenschaftlich geprüftes und mit einem hohen Evidenzgrad versehenes, sondern auch sehr preisgünstiges Präparat für den Behandler vor. Sein atraumatischer Einsatz ermöglicht auch die private Abrechnung sinnvoller und wirksamer adjuvanter Therapien in der PA-Behandlung.

Literaturliste unter www.zmk-aktuell.de/literaturlisten

*LCL biokey GmbH, MTZ, Pauwelsstr. 19, 52074 Aachen,
 Tel.: 0241 9632140, Fax: 0241-9632149 www.lcl-biokey.de,
 E-mail: info@lcl-biokey.de

Abbildungen aus dem Buch „Aktueller Stand der Parodontologie“, Spitta Verlag.

Korrespondenzadresse:

Dr. Hans H. Sellmann
 Jagdstraße 5, 49638 Nortrup

Die Abrechnung der lokalen Anwendung des entzündungshemmenden Chlorhexidin-Xanthan Gels ChloSite® beim GKV-Patienten und beim Privatpatienten

Basierend auf dem Fallbericht von Dr. med. dent. Hans Sellmann stellt unsere Autorin Sabine Schröder einen Abrechnungsvorschlag für den dort beschriebenen Behandlungsverlauf vor.

Instillation des Chlorhexidin-Xanthan Gels ChloSite® | Grundsätzlich ist die Abrechnung der antimikrobiellen Therapie im BEMA nicht geregelt. Die Leistung ist somit keine Vertragsleistung des BEMA und kann demzufolge auch nicht zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet werden. Sie erfüllt die Voraussetzungen für die Berechnung nach GOZ auch beim GKV-Patienten, da es sich um eine selbstständige Leistung handelt, die nicht gegen das Zuzahlungsverbot verstößt.

Der GKV-Patient muss vor Behandlungsbeginn für diese Leistung mit einer entsprechenden Vereinbarung gemäß § 4 (5) BMV-Z bzw. § 7 (7) EKVZ aus dem gesetzlichen Vertrag losgelöst werden. Durch diese Loslösung des GKV-Patienten ist die Abrechnungsgrundlage für die Leistung dann die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). (Siehe Mustervereinbarung)

Da es sich bei der antimikrobiellen Therapie um eine wissenschaftlich

anerkannte Methode, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens auch in der Gebührenordnung für Zahnärzte noch nicht existierte, besteht die Möglichkeit der analogen Berechnung der Leistung. Dieses ist in § 6 (2) GOZ geregelt:

§ 6 (2) GOZ

„Selbstständige zahnärztliche Leistungen, die erst nach Inkrafttreten dieser Gebührenordnung auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt werden, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet werden.“

Bei der Analogabrechnung zieht man eine nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertig zu erachtende Leistung aus der Gebührenordnung

für Zahnärzte heran, welche praxisindividuell ermittelt werden sollte. Diese muss laut §10 (4) GOZ in der Behandlungsrechnung entsprechend gekennzeichnet werden.

§ 10 (4) GOZ

„Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 2 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis „entsprechend“ sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.“

Hier bietet sich beispielsweise die Ziffer GOZ 411 analog je Stelle an. Das verwendete Material ist zusätzlich berechnungsfähig. Nachfolgend erhalten Sie ein Beispiel für eine freie Vereinbarung für die Applikation von ChloSite®.

Vereinbarung für die Applikation von ChloSite®.

Mustervereinbarung

Vereinbarung einer Privatbehandlung für gesetzlich versicherte Patienten gemäß § 4 Abs. 5 BMV-Z bzw. § 7 Abs. 7 EKVZ

zwischen _____
(Patient/Zahlungspflichtiger)

und _____
(Zahnarzt)

Mir ist bekannt, dass ich als Patient der gesetzlichen Krankenversicherung das Recht habe, unter Vorlage der Krankenversicherungskarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden. Unabhängig davon wünsche ich ausdrücklich aufgrund eines privaten Behandlungsvertrages gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) privat behandelt zu werden.

Nachfolgende Behandlung wurde vereinbart nach der GOZ`88 und/oder GOÄ 82:

Zahn	Leistung /Gebührenziffer	Anzahl	Faktor	€
	Applikation eines lokalen entzündungshemmenden Medikamentes, je Parodontium gemäß §6(2) GOZ 411 Auffüllen parodontaler Knochendefekte mit autologem oder alloplastischem Material, je Zahn			
	Materialberechnung nach § 4 Abs. 3 GOZ			

Die aufgeführte Behandlung

- wird auf Wunsch des Patienten durchgeführt
- ist nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten
- geht weit über das Maß der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung hinaus (§§ 12, 70 SGB V)
- entspricht nicht den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung.

Erklärung des Versicherten

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass eine Erstattung der Vergütung der genannten Leistungen durch die Krankenkasse in der Regel nicht erfolgen kann.

Ort, Datum
(Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger)

Ort, Datum
(Zahnarzt)

Bei ausschließlich privat versicherten Patienten wird die Tascheninstillation ebenso als analoge Leistung berechnet. Hier ist keine vorherige Vereinba-

rung notwendig, wie wir sie z.B. bei Verlangensleistungen nach § 2 (3) GOZ vor Behandlungsbeginn treffen müssen.

Im Folgenden wird der im Beitrag von Herrn Dr. Sellmann beschriebene Patientenfall als Abrechnungsbeispiel dargestellt:

Abrechnung beim rein privat versicherten Patienten

1. Sitzung Eingehende Untersuchung	GOZ 001
Eingehende Beratung zur Therapie , 30 Minuten	GOÄ 3 <i>Anmerkung: Dauer mindestens 10 Minuten</i>
Erhebung des PSI Code gemäß § 6 Abs. 2 GOZ entsprechend GOZ 400 Erstellen eines Parodontalstatus	GOZ 400 analog
Erstellen eines Parodontalstatus nach vorgeschriebenem Formblatt	GOZ 400
Probeentnahme für Markerkeim-Test , je Entnahmestelle	GOÄ 298 <i>zzgl. Laborkosten für Auswertung und ggf. Porto für den Versand</i>
Anfertigung einer OPG-Röntgenaufnahme	GOÄ 5004 <i>Anmerkung: Bei digitaler Technik Steigerungsfaktor bis 2,5 möglich aufgrund der besonderen technischen Voraussetzung</i>
2. Sitzung Eingehende Beratung über das Testergebnis	GOÄ 3 <i>Anmerkung: Dauer mindestens 10 Minuten</i>
3.–5. Sitzung (PA-Vorbehandlung) Professionelle Zahnreinigung gemäß § 6 Abs. 2 GOZ entsprechend: GOZ-Nr. 404 (Beseitigung grober Vorkontakte der Okklusion und Artikulation durch Einschleifen des natürlichen Gebisses oder bereits vorhandenen Zahnersatzes)	GOZ 404 analog, je Zahn
6. Sitzung Oberflächenanästhesie	GOZ 008
Infiltrations- bzw. Leitungsanästhesie	GOZ 009 bzw. GOZ 010
Scaling und Rootplaning , je Zahn	GOZ 407
Applikation eines lokalen entzündungshemmenden Medikamentes , je Parodontium gemäß §6(2) GOZ 411 Auffüllen parodontaler Knochendefekte mit autologem oder alloplastischem Material, je Zahn	GOZ 411 analog, je Parodontium <i>Zzgl. Materialkosten ChloSite®</i>
7. Sitzung Nachbehandlung nach parodontalchirurgischen Maßnahmen nach den Nummern 407 bis 414, je Zahn	GOZ 415
Probeentnahme für Markerkeim-Test , je Entnahmestelle	GOÄ 298 <i>zzgl. Laborkosten für Auswertung und ggf. Porto für den Versand</i>
8. Sitzung Eingehende Beratung über das Testergebnis	GOÄ 3 <i>Anmerkung: Dauer mindestens 10 Minuten</i>
<p><i>*Hinweis: Die Höhe des Steigerungsfaktors sollte nach § 5 Abs. 2 GOÄ angemessen bestimmt werden.</i></p> <p><i>Für die Überschreitung des 3,5-fachen Satzes ist nach § 2 Abs. 1 und 2 GOÄ mit dem Patienten eine vorherige abweichende Vereinbarung über die Höhe der Vergütung zu treffen.</i></p>	

Abrechnung beim GKV-Patiente

1. Sitzung Eingehende Untersuchung	BEMA Nr. 01
Erhebung des PSI-Code	BEMA Nr. 04
Eingehende Beratung zur Therapie , 30 Minuten	<i>In BEMA 01 enthalten</i>
Befundaufnahme und Erstellen eines Heil- und Kostenplans bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums	BEMA Nr. 4
Probeentnahme für Markerkeim-Test , je Entnahmestelle	GOÄ 298 <i>zzgl. Laborkosten für Auswertung und ggf. Porto für den Versand*</i>
Anfertigung einer OPG-Röntgenaufnahme	Ä 935 d
2. Sitzung Eingehende Beratung über das Testergebnis	GOÄ 3 <i>Anmerkung: Dauer mindestens 10 Minuten*</i> Abrechnung nach GOZ , weil im Zusammenhang mit Markerkeimtest erforderlich
3.–5. Sitzung (PA-Vorbehandlung) Professionelle Zahnreinigung gemäß §6 Abs. 2 GOZ entsprechend: GOZ-Nr. 404 (Beseitigung grober Vorkontakte der Okklusion und Artikulation durch Einschleifen des natürlichen Gebisses oder bereits vorhandenen Zahnersatzes)	GOZ 404 analog, je Zahn*
6. Sitzung Oberflächenanästhesie	GOZ 008*
Infiltrations- bzw. Leitungsanästhesie	BEMA Nr. 40 bzw. BEMA Nr. 41
Scaling und Rootplaning , je Zahn	P 200 bzw. P 201
Applikation eines lokalen entzündungshemmenden Medikamentes , je Parodontium gemäß § 6 (2) GOZ 411 Auffüllen parodontaler Knochendefekte mit autologem oder alloplastischem Material, je Zahn	GOZ 411 analog, je Parodontium <i>zzgl. Materialkosten ChloSite® *</i>
7. Sitzung Nachbehandlung im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien , je Sitzung	BEMA Nr. 111
Probeentnahme für Markerkeim-Test , je Entnahmestelle	GOÄ 298 <i>zzgl. Laborkosten für Auswertung und ggf. Porto für den Versand *</i>
8. Sitzung Eingehende Beratung über das Testergebnis	GOÄ 3* <i>Anmerkung: Dauer mindestens 10 Minuten</i> Abrechnung nach GOZ , weil im Zusammenhang mit Markerkeimtest erforderlich

Bei allen mit Sternchen (*) gekennzeichneten Leistungen erfolgt die Abrechnung nach GOZ, weil sie nicht im Leistungskatalog GKV enthalten sind (vorherige Vereinbarung gemäß § 4 Abs. 5 BMV-Z bzw. § 7 Abs. 7 EKVZ notwendig).

Die Abrechnungshinweise sind von der Autorin nach ausführlicher Recherche erstellt worden. Ggf. können weitere Leistungen hinzukommen. Eine Haftung und Gewähr wird jedoch ausgeschlossen.

ZMV Sabine Schröder, Brilon