



## „Hilfe“ beim Umgang mit der neuen GOZ oder Antibiotika für alle!?



Seit Anfang 2012 gibt es eine neue GOZ, mit der auskömmlich umzugehen jeder klinisch tätige Kollege erst lernen muss (und sich v. a. in der Parodontologie sehr schwer tut, da es bei generalisierter Parodontitis wesentlich lukrativer ist jeden 2. Zahn zu extrahieren und die Restzähne mit Teleskopkronen zu versorgen).

Da ist es sehr zu begrüßen, wenn die Zahnärztekammern ihren Mitgliedern, also auch mir, Hilfen für den Umgang mit dieser neuen GOZ zur Verfügung stellen. Eine solche Hilfe flatterte auch mir auf den Tisch, ohne dass ich das Papier, wie ich zugeben muss, sofort gründlich durchgelesen hätte. Eine Kollegin allerdings machte mich dann auf eine Passage aus dem Gebiet der Parodontologie aufmerksam, die mein Interesse weckte.

Einer Beispielrechnung war ein „klinisches Beispiel“ zur Illustration vorangestellt: Dort wird Zahnstein entfernt und ein PSI erhoben. Allerdings sollte grundsätzlich die Diagnostik vor der Therapie stehen, also muss der PSI erhoben werden, bevor Zahnstein entfernt wird, zumal Zahnstein ein Befundmerkmal des PSI (Code 2) ist. Aber über diese kleine (vielleicht nur Satzstellungs-)Ungenauigkeit konnte man leicht hinwegsehen.

Allerdings wartete das Fallbeispiel anschließend mit gravierenderen Unstimmigkeiten auf, denn in gleicher Sitzung wird aufgrund einer leichten Parodontitis zur Bestimmung der Keimmenge eine Bürstenbiopsie durchgeführt. Unglücklicherweise kann mit dem PSI die Diagnose „leichte Parodontitis“ nicht gestellt werden. Die Diagnose Parodontitis erfordert die Befunde Attachmentverlust oder Kno-

chenabbau. Der PSI erlaubt für die Codes 3 und 4 die Diagnose „parodontale Erkrankung“, die dann die Erhebung eines Parodontalstatus mit Sondierungstiefen und Rezessionen (Sondierungstiefe + Rezession = Attachmentverlust) auslösen kann. Erst über den Parodontalstatus kann also die Diagnose „leichte Parodontitis“ (Attachmentverluste bis 2 mm) überhaupt gestellt werden. Eine Bürstenbiopsie ist zur Bestimmung der (subgingivalen) Keimmenge eher ungeeignet. Außerdem ist eine leichte Parodontitis keine Indikation für eine mikrobiologische Untersuchung, wenn man sich an den wissenschaftlichen Stellungnahmen von DGP und DGZMK orientiert. Über diese sachlichen Fehler hinwegzusehen fällt dem parodontologisch interessierten Zahnarzt dann schon schwer.

Wenn dann in der darauffolgenden Sitzung die Besprechung des Befunds (15 Minuten) erfolgt, und dabei festgestellt wurde, dass eine Antibiotikatherapie ausreichend ist, da nach der Zahnsteinentfernung keine weiteren Befunde vorliegen, wird es dann aber schon gefährlich. Was für Befunde sind hier denn gemeint? Das Beispiel schildert keine parodontale Befunderhebung, nicht einmal die erneute Erhebung des PSI. Im Übrigen, wenn alles in Ordnung ist, wozu bitte braucht es dann die Gabe von Antibiotika?

Was soll man davon halten? Dieses Fallbeispiel ist blühender Unsinn und entlarvt fachliche Inkompetenz! Entspricht dieses Niveau der „Qualifikation“ des „Fachzahnarztes für allgemeine Zahnmedizin“?

Sicher hatte die Zahnärztekammer hier beabsichtigt, bald, nachdem die neue GOZ Gültigkeit erlangt hatte, den Kollegen Hilfestellungen zum Gebrauch

der neuen Gebührenordnung an die Hand zu geben. Das mit heißer Nadel genähte Ergebnis schadet aber mehr als es nützt. Vielleicht hätte die Zahnärztekammer in diesem Fall lieber einen der als überflüssig gescholtenen Fachzahnärzte oder DGP-Spezialisten für Parodontologie um Mitarbeit gebeten, bevor die

„GOZ-Hilfe“ in Druck ging. Dieses Beispiel zeigt mir, dass parodontologischer Sachverstand nicht so weit verbreitet zu sein scheint, wie von vielen Standesvertretern postuliert wird.

Prof. Dr. Peter Eickholz, Frankfurt am Main

