



# Der Parodontale Screening Index

Von der Erstinformation bis zur Bewertung

*Die frühzeitige Diagnose einer parodontalen Entzündung ist für die Gesundheit und den Zahnerhalt von größter Bedeutung. Bei neuen Patienten ist es meist nicht sinnvoll, in der ersten Sitzung einen ausführlichen parodontalen Befund zu erheben, da die Meßwerte unter Umständen durch vorhandene Beläge und Zahnstein verfälscht werden. Es genügt eine orientierende Erstinformation über die Schwere und den Behandlungsbedarf. Dafür eignet sich der Parodontale Screen-*

*ing Index (PSI), der 1992 von der American Academy of Periodontology zusammen mit der American Dental Association in den Vereinigten Staaten eingeführt wurde und auf einer Adaption des Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN) basiert.*

**D**er modifizierte Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN-Index) ist der höchst gemessene Wert von Messungen in allen sechs Sex-

## KOMMENTAR · KOMMENTAR · KOMMENTAR

### PSI – Gewinn oder Ärgernis für die „Kassenpraxis“?

Der PSI ist neuerdings Bestandteil des Leistungskatalogs. Auf diese Weise will der Gesetzgeber den GKV-Versicherten beweisen, welchen Stellenwert er der Prävention beimißt – trotz GKV-Modernisierungsgesetz. Einen Haken hat die Geschichte allerdings. Bei näherer Betrachtung entpuppt sich die Vorsorgemaßnahme als halbherziges Unterfangen. Die neue Leistungsziffer 04 (10 Punkte) kann nur einmal innerhalb von zwei Jahren abgerechnet werden. Dagegen empfiehlt die DGP ein halbjährliches Screening bei jeder zahnärztlichen Untersuchung. Was nutzt es also, wenn die Wissenschaft jubelt, Parodontalzustand des Patienten und individueller Behandlungsbedarf seien mit der neuen Bema-Leistungsziffer in wenigen Minuten erfaßt? Die zusätzliche Erhebung ist definitiv keine GKV-Leistung, sondern privat mit dem Patienten zu vereinbaren (Analogleistung GOZ, z.B. analog Ä5).

Schon im eigenen Interesse (Stichwort: Regresse) sollte der Behandler erhobene PSI-Befunde und die Empfehlungen an den Patienten sorgfältig in der Kartei dokumentieren und darauf achten, daß festgestellte und behandlungsbedürftige Befunde auch therapiert worden sind, bevor er z.B. Zahnersatz plant und umsetzt. Nicht zu vergessen: Individualprophylaktische Maßnahmen beim Erwachsenen sind privat mit dem gesetzlich Versicherten zu vereinbaren.

Zur Messung benötigt der Behandler die bislang wenig gebräuchliche „WHO“-Sonde. Damit nicht genug wird

künftig in halben statt wie bisher in ganzen Millimetern gemessen. Als Fortschritt in der Parodontaldiagnostik kann man diesen Unfug mit Sicherheit nicht bezeichnen. 50.000 deutsche Vertragszahnärzte bescheren der Dentalindustrie zudem einen Boom im Instrumentenverkauf. Ob das für den wirtschaftlichen Aufschwung reicht?

Welche Tragweite der Index als Neuzugang in der Vertragszahnheilkunde haben wird, läßt sich schon jetzt ermesen. Nicht weniger als 90 Prozent aller Erwachsenen haben eine Gingivitis oder Parodontitis. Der Behandlungsbedarf kollidiert mit der strikten Budgetierung und den stringenter gewordenen Richtlinien im „Zwangssystem GKV“. Hinzu kommt die massive Abwertung von über 32 % im gesamten PAR-Bereich. Bei geschlossenem Vorgehen an 28 Parodontien ergab sich nach altem Bema ein Honorar von 758,24 Euro, ab 2004 gibt es nur noch 462,24 Euro. Dies entspricht einer Abwertung um 40 %. Präventionsorientierte und substanzschonende Zahnheilkunde ade. In Zukunft wird beim GKV-Versicherten wohl wieder häufiger die Zange zum Einsatz kommen.

Um dem Dilemma zu entkommen, gibt es nur eines: Die Behandlung muß außerhalb der GKV erfolgen. Nur so, ohne Einmischung des allmächtigen Krankenkassendritten, läßt sich eine optimale fortschrittliche und an den Bedürfnissen des Patienten orientierte Zahnheilkunde verwirklichen!

Dr. Bernd Markert,  
Referat Krankenkassenfragen  
und Freie Vertragsgestaltung der KZVB