



© gpointstudio / Getty Images / iStock(Symbolbild mit Fotomodel)

Die richtige Nachsorge nach der UPT

Parodontitis. Was passiert eigentlich nach Abschluss der gesetzlichen unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) mit unseren parodontal erkrankten Patient:innen? Ein Blick in die Praxis zeigt, wie wir die UPT durchführen und in der Umsetzung weiter vorgehen können.

Ein oft unterschätzter Part innerhalb der Parodontitis(PAR)-Behandlungstrecke von parodontal vorgeschädigten Patient:innen ist die UPT. Diese Art der unterstützenden Nachsorge sollte in entsprechenden Zeitabständen dem jeweiligen Erkrankungsgrad risikoorientiert angepasst erfolgen. Höchstes Ziel der UPT ist die (Wieder-)Herstellung des oralen mikrobiellen Gleichgewichts (Symbiose), um die parodontale Infektion zu minimieren und im Idealfall zu beherrschen. Abhängig vom gingivalen und parodontalen Status werden dabei präventive und auch therapeutische Behandlungsformen angewendet.

Welche Möglichkeiten bestehen prinzipiell für die Patient:innen?

Bei gesetzlich versicherten Patient:innen gilt mit Beendigung der 2-jährigen UPT-Frequenz – nach erfolgter antiinfektiöser Therapie (AIT) bzw. einer möglichen Verlängerung um 6 Monate – die bewilligte systematische PAR-Therapie als beendet. Zukünftige UPT-Maßnahmen gibt es dann nur als eine außervertraglich zu vereinbarende Selbstzahlerleistung. Eine Alternative hierzu kann eine PAR-Neubeantragung sein. Die Voraussetzungen dafür sind klar in der PAR-Richtlinie geregelt: vorhandene Taschensondierungstiefen von mehr als 3 mm.

Die richtige PAR-Nachsorge, aber wie?

Alle klinischen Anzeichen der Parodontitis müssen fortwährend beobachtet, kontrolliert, dokumentiert, evaluiert und wenn möglich auch direkt behandelt werden.

good to know-- Die Röntgenverordnung steht über der PAR-Richtlinie. Röntgenuntersuchungen werden nur nach medizinisch indiziertem Anlass durchgeführt und müssen von der Zahnärzt:in an das Fachpersonal delegiert werden.

Befunderhebung in der UPT-Sitzung – was wann?

In jeder Sitzung sollten die intraoralen Befunde Plaqueindex (Plaque Control Record [PCR] bzw. Approximal Plaque Index [API]) und Blutungsindex (Bluten auf Sondieren [BAS]/Bleeding on Probing [BOP]) zur Beurteilung und Kontrolle erhoben werden. Alle 12 Monate empfiehlt es sich, einen kompletten Attachmentstatus (PAR-Status) mit den im Kasten genannten fünf klinischen Parametern aufzunehmen. Es sollten keine Röntgenbilder nur zur UPT-Verlaufskontrolle angefertigt werden, d. h., eine neue Röntgenuntersuchung sollte nur aus weiteren diagnostischen Gründen erfolgen.

Aufbau UPT-Sitzung

Ein substanzschonendes Vorgehen am Hart- und Weichgewebe ist gerade in der höherfrequenten UPT von großer Bedeutung.

Privat versicherte Patient:innen

Nach Abschluss der aktiven Therapie (AIT) erfolgt der nahtlose Übergang in die UPT, die entsprechend den Empfehlungen der europäischen Leitlinie fortgeführt wird. Die Abrechnung erfolgt hier weiterhin gemäß Gebührenordnung für Zahnärzte mit Analogpositionen nach der aktuellen Empfehlung der BZÄK.

Nach der UPT ist vor der UPT

Wichtig ist immer ein individuelles, bedarfsgerechtes und risikoorientiertes Vorgehen.

Praxisbeispiel UPT-Sitzung

Ganz in diesem Sinne arbeiten wir in der Praxis nach dem Konzept der „geführten Biofilmtherapie“ (Guided Biofilm Therapy® [GBT]) – unter Anwendung modernster Technologien (Piezon-piezokeramisch mit dem No-Pain®-Modul) und mittels Airflowing® mit Airflow®-Plus-Pulver (Erythritol von Fa. EMS) sowie ohne unnötige Verfahren oder Geräte. Das Konzept reicht von der Befunderhebung bis zur supra- und subgingivalen Reinigung inkl. Mundhygieneschulung und (Re-)Motivation. Im Einzelnen folgt ein UPT-Termin in unserer Praxis gemäß dem GBT®-Behandlungsprotokoll von EMS. Hierbei liegt das Augenmerk auf einem individuellen, sehr effektiven und sanften Vorgehen, um die Patient:innen mit parodontaler Vorschädigung so substanzschonend wie nur möglich behandeln zu können [1]. Von Beginn an bietet dieses Verfahren einen sehr hohen Komfort und erreicht eine hohe Beliebtheit bei Patient:innen sowie Anwender:innen [2]. Zeitlich ist die gesamte Sitzung gewöhnlich in etwa 60 min gut durchführbar.

Parameter der PAR-Nachsorge (Dokumentation!)

- Sondierungstiefen (laut PAR-Richtlinie werden nur 2 Messstellen pro Zahn [m/d] gefordert, wir in der Praxis nehmen 6 Messstellen pro Zahn auf, denn die 6-Punkte-Messung ist ein sicherer Weg, um keine Behandlungsdefizite aufkommen zu lassen, und gibt den größtmöglichen Aufschluss in der Reevaluation)
- Sondierungsbluten (Bluten auf Sondieren [BAS]/Bleeding on Probing [BOP])
- Zahnlockerung (Mobilität: Grad 0–III)
- Furkationsbeteiligung (Grad I–III)
- Gingivaverlauf (Rezessionen in Millimetern, die zu den Sondierungstiefen addiert den kompletten Attachmentverlust beziffern)

Blick auf die praktische Umsetzung

Nach dem Aktualisieren der Anamnese spült die Patient:in vor Beginn der Behandlung mit einer keimreduzierenden Mundspüllösung (Infektionsschutz). Anschließend erfolgt die sorgfältige Befundung des Ist-Zustands. Diese umfasst neben dem klinischen Bild das Erheben und Dokumentieren eines Plaqueindex (z. B. PCR, API oder Visible Plaque Index [VPI]) und des Blutungsindex

POP UP YOUR STYLE.

www.euronda.de

Euronda®
Monoart

NEU

Monoart® Mundspülbecher

GRAFFITI

Einzigartiges Design und nachhaltige Produktion machen diese Becher zu etwas ganz Besonderem. Die Kombination der Motive aus der Zahnarztpraxis und dem Graffiti-Stil fügt sich elegant in das Design der Monoart® Farbwelten ein.



Das sagt die Kollegin

„UPT heißt „Unterstützende Parodontitis Therapie“ und folgt im Anschluss nach einer Parodontitistherapie, der sogenannten AIT (Antiinfektöse Therapie). Die UPT erfolgt im Rahmen des Recall-Programms in individuellen Zeitabständen, je nach Gradeinteilung. Dieses läuft über einen Zeitraum von 2 Jahren und wird von den Krankenkassen getragen. Wichtig sind die Mitarbeit und die regelmäßige Teilnahme des Patienten, um einen guten Erfolg für die Stagnierung der Parodontitis zu bekommen.“

Sonja Blazek, ZMF

(BAS/BOP). Beide Indizes geben Aufschluss über die häusliche Mundhygiene sowie über den Entzündungszustand des oralen Gewebes.

Alle Zahnoberflächen inkl. der Approximalräume werden mittels einer Plauefärbelösung eingefärbt. Dadurch werden die bakteriellen Beläge in unterschiedlicher Färbung sichtbar. (Die Farbintensität gibt Aufschluss über die Reife des Belags.) Dies dient nicht nur der Demonstration und Instruktion zur Verbesserung der häuslichen Mundpflege (Motivationshilfe), sondern hilft auch dem/der Behandler:in in der anschließenden professionellen Reinigung bei der Kontrolle der erbrachten Ergebnisqualität. Die zuvor erhobenen Befunde eignen sich ideal für die Motivation, Instruktion bzw. Reinstruktion der Patient:innen, zudem ist ein Vergleich mit Vorbefunden möglich. Positive Entwicklungen der Mundhygiene sowie eine Reduzierung der Taschensondierungstiefen sollten unbedingt lobend dargestellt und klar kommuniziert werden. Noch vorhandene „Reinigungsdefizite“ werden ebenfalls thematisiert, um die Chance zur Verbesserung in Aussicht zu stellen. Die Überprüfung, Anpassung und eventuelle Ergänzung der Hygienehilfsmittel, z. B. in Größe und Form, gehört ebenfalls dazu. Die Handhabung der Hilfsmittel unter Anleitung durch Fachpersonal hat sich in der Praxis als sehr sinnvoll erwiesen und bewährt („learning by doing“).

Eine effiziente Biofilmentfernung stellt heute den Hauptanteil der UPT-Sitzung dar. Modernes Biofilmmangement mithilfe von Luft-Pulver-Wasserstrahl-Geräten unter Verwendung von Glycin- oder Erythritolpulver wird unumstritten als zeitsparende und sanfte Behandlungsmethode angesehen [3]. Mikrobielle Plaque bzw. mikrobieller Zahnbelag oder Biofilm ist zwar klebrig, aber weich und lässt sich besonders leicht und hocheffizient durch Airflowing® entfernen. Biofilm mit maschinellen Scalern oder mit Handinstrumenten zu entfernen, ist eine unnötige Überinstrumentierung und kann zu Hart- und Weichgewebesubstanzverlusten führen [4]. Wie die aktuelle Literatur zeigt, kann auf die Abschlusspolitur nach der Airflowing®-Behandlung verzichtet werden [5].

Die Entfernung aller weichen und harten supra- und subgingivalen Ablagerungen sowie die positiven BOP-Stellen stehen während der UPT im Fokus. Sondierungstiefen (ST) von ≥ 4 mm und Blutung werden mit neuem Attachmentverlust assoziiert und

sollten unbedingt (re-)instrumentiert werden. Die Perioflow® Nozzel mit PLUS Pulver wird bei uns in der Praxis zur Re-Instrumentierung eingesetzt. Die neue Generation der „Perioflow-Nozzle“ ist schmerzfrei und kann bis 9mm-ST ganz ohne Anästhesie angewendet werden. Dabei gilt es die Anwendungsempfehlungen des Herstellers exakt zu beachten. Die Erhebung der aktuellen Sondierungstiefen stellen dafür selbsterklärend die Voraussetzung dar. Für den ersten UPT-Termin ist die Dokumentation aus der Erstbefundung (vor AIT-Beginn) orientierend. Wie bereits zuvor erwähnt sollte einmal im Jahr ein kompletter Attachmentstatus mit allen fünf klinischen Parametern (s. Kasten) erhoben werden (bekannt als BEMA „UPT g“, BEMA Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen). Ansonsten genügt die Erhebung der Sondierungstiefen mit BOP (bekannt als BEMA „UPT d“).

Zum Abschluss erfolgt eine Selbstkontrolle der Qualität der durchgeführten Reinigung. Die zahnärztliche Abschlusskontrolle muss entsprechend dem Delegationsrahmen durchgeführt werden. Spezielle Mittel zur gezielten Behandlung von überempfindlichen Zähnen können nach Bedarf ebenfalls Anwendung finden. Zur zusätzlichen Keimeliminierung kann das subgingivale Einbringen entsprechender Medikamente in die residuale Tasche mit Entzündungszeichen (BOP+ etc.) hilfreich sein. Die hierfür entstehenden Kosten sollten mit den Patient:innen im Vorfeld besprochen sowie schriftlich vereinbart werden. Die Festlegung des Recall-Intervalls stellt das Ende der jeweiligen UPT-Sitzung dar. Alle besprochenen Inhalte und durchgeführten Leistungen sind ordnungsgemäß und detailgetreu in der Patient:innenkartei zu notieren. Die Dokumentation ist das A und O, denn ohne korrekte Dokumentation gilt: „Abgerechnet“ ist nicht unbedingt „erbracht“, im Zweifelsfall kann das „Nicht-belegen-Können“ bei einer Prüfung teuer werden. Mindestens einmal jährlich, z. B. bei der Erhebung des kompletten Attachmentstatus, sollte ein ausreichendes Zeitfenster für die gemeinsame Sitzung mit dem/der Zahnärzt:in geplant werden, um alle erforderlichen – eventuell korrektiven – Maßnahmen zu besprechen und zu planen.

Fazit

Die UPT ist essenzieller Bestandteil der systematischen Parodontitistherapie. Die erfolgreiche Durchführung setzt eine entsprechende Praxisstruktur voraus: Unabdingbare Voraussetzung der erfolgreichen UPT sind neben fort- bzw. weitergebildetem qualifiziertem Personal das notwendige Instrumentarium sowie die zeitliche Planung und Organisation der UPT-Termine. Bei uns in der Praxis arbeiten wir sehr erfolgreich nach dem systematischen GBT-Protokoll.

Literatur beim Verlag (wir-in-der-zahnarztpraxis@springer.com).



Eva Hochmann
Dentalhygienikerin und Bachelor of Arts
(Sozialwissenschaften)
e.hochmann@gbt.academy