

Zusammenfassende Dokumentation

Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie):

Erstfassung

- Anlage I:** An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf des GKV-SV zur Änderung der Behandlungsrichtlinie sowie Tragende Gründe
- Anlage II:** An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf der KZBV zur Erstfassung einer PAR-RL sowie Tragende Gründe
- Anlage III:** An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf der KZBV zu Folgeänderungen in der Behandlungsrichtlinie sowie Tragende Gründe
- Anlage IV:** An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf der PatV zur Änderung der Behandlungsrichtlinie sowie Tragende Gründe
- Anlage V:** Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e. V.
- Anlage VI:** Stellungnahme Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V.
- Anlage VII:** Stellungnahme Bundeszahnärztekammer
- Anlage VIII:** Wortprotokoll
- Anlage IX:** Tabelle zur Auswertung der Stellungnahmen

Beschlussentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie)

Vom TT. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) in der Fassung vom 4. Juni 2003/24. September 2003, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2003 (S. 24 966), in Kraft getreten am 1. Januar 2004, zuletzt geändert am 1. März 2006, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006, S. 4466, in Kraft getreten am 18. Juni 2006, wie folgt zu ändern:

- I. In Abschnitt A Allgemeines werden die Überschrift sowie Nummer 1 Satz 1 wie folgt gefasst:

„A. Allgemeines

1. ¹Diese Richtlinie regelt gemäß §§ 28 Absatz 2 Satz 1, 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) die Voraussetzungen zur Erbringung der folgenden Leistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung:

1. Befunderhebung und Diagnose einschließlich Dokumentation
2. Röntgendiagnostik
3. Konservierende Behandlung
4. Chirurgische Behandlung
5. Systematische Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen
6. Sonstige Behandlungsmaßnahmen
7. Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen
8. Verordnung von Arzneimitteln.

²Die Richtlinie dient der Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Stands der zahnmedizinischen Erkenntnisse und des zahnmedizinischen Fortschritts. ³Sie ist nach § 92 Abs. 1a Satz 1 SGB V auf eine ursachengerechte, zahnschonende und präventionsorientierte zahnärztliche Behandlung ausgerichtet. ⁴Die Richtlinie definiert auch Kriterien im Sinne von § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V. ⁵Die Abrechenbarkeit der in dieser Richtlinie beschriebenen Maßnahmen regeln die Vertragspartner gemäß § 87 SGB V.“

II. 1. Abschnitt A wird wie folgt geändert:

In Nr. 3 wird nach Satz 1 folgender Satz angefügt:

„Nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die Behandlung der Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten angewachsenen Schleimhaut.“

III. Abschnitt B I. wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird nach dem Wort „Dokumentation“ wie folgt ergänzt:

„, Parodontaler Screening-Index (PSI)“.

b) In Nr. 1 werden die Sätze 7 und 8 aufgehoben.

c) Nach Nr. 1 wird Nr. 2 wie folgt neu eingefügt:

„2. ¹Versicherte haben einmal innerhalb von zwei Jahren Anspruch auf Erhebung des Parodontalen Screening-Index (PSI). ²Der PSI bietet einen orientierenden Überblick über das mögliche Vorliegen oder die Schwere einer parodontalen Erkrankung und den Behandlungsbedarf. ³Sind Anzeichen einer parodontalen Erkrankung festgestellt worden, ist eine gezielte Diagnostik nach § 3 der Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) erforderlich. ⁴Die Messung des PSI erfolgt bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr an den Indexzähnen 11, 16, 26, 31, 36, 46 bzw. bei deren Fehlen an den benachbarten bleibenden Zähnen. ⁵Der Durchbruch dieser Zähne sollte abgeschlossen sein. ⁶Bei Erwachsenen erfolgt die Messung an allen vorhandenen Zähnen mit Ausnahme der Weisheitszähne. ⁷Die Befundung wird mittels einer Mess-Sonde (WHO-Sonde) mit halbkugelförmiger Spitze und Markierung (schwarzes Band zwischen 3,5 und 5,5 mm) durchgeführt. ⁸Zur Erhebung ist das Gebiss in Sextanten eingeteilt. ⁹Aufgezeichnet wird der höchste Wert pro Sextant:

Code 0 = schwarzes Band bleibt vollständig sichtbar (Sondierungstiefe < 3,5 mm), keine Blutung, kein Zahnstein und keine defekten Restaurationsränder

Code 1 = schwarzes Band bleibt vollständig sichtbar (Sondierungstiefe < 3,5 mm), Blutung auf Sondieren, kein Zahnstein und keine defekten Restaurationsränder

Code 2 = schwarzes Band bleibt vollständig sichtbar (Sondierungstiefe < 3,5 mm), Zahnstein und/oder defekte Restaurationsränder

Code 3 = schwarzes Band bleibt teilweise sichtbar (Sondierungstiefe 3,5 mm – 5,5 mm) Code 4 = schwarzes Band verschwindet ganz (Sondierungstiefe > 5,5 mm)

¹Wird an einem Parodontium ein Wert von Code 4 gemessen, wird für den Sextanten die Messung beendet und für den Sextanten ein Wert von Code 4 eingetragen. ²Sextanten ohne oder mit nur einem Zahn werden mit einem „X“ kenntlich gemacht. ³Klinische Abnormitäten (z.B. Furkationsbeteiligungen, mukogingivale Probleme, Rezessionen \geq 3,5 mm, Zahnbeweglichkeit etc.) werden mit einem Stern „*“ gekennzeichnet und eine Einordnung in den nächsthöheren als den per Messung festgestellten Code vorgenommen.

¹Die Information der Versicherten über das Untersuchungsergebnis sowie den möglichen Behandlungsbedarf erfolgt auf einem von der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt auszufüllendem Vordruck. ²Der oder die Versicherte erhält eine Kopie des ausgefüllten Vordrucks. ³Die Einzelheiten zum Format des Vordrucks werden von Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vereinbart. ⁴Der Vordruck ist patientenverständlich zu fassen.“

II. In Abschnitt III. Konservierende Behandlung wird Nr. 9.5 wie folgt gefasst:

„9.5 Bei parodontal-endodontale Läsionen ist die endodontische und parodontale Prognose im Hinblick auf den Erhalt der Zähne kritisch zu prüfen; der Behandlung geht in der Regel eine endodontische Behandlung voraus.“

III. In Abschnitt IV. Chirurgische Behandlung wird die Nr. 1. wie folgt gefasst:

„1. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören

- a) die Behandlung parodontaler Abszesse sowie nekrotisierender Parodontalerkrankungen
- b) das Entfernen von Zähnen oder deren Wurzeln,
- c) chirurgische Eingriffe bei Mund- und Kieferkrankheiten, wenn die Heilung durch andere Maßnahmen voraussichtlich nicht oder nicht so schnell zu erreichen ist.“

IV. Abschnitt V. wird wie folgt gefasst:

„V. Systematische Behandlung von Parodontitis (Par-Behandlung)

1. Grundlagen und Ziele der Behandlung

¹Parodontitis ist eine chronische entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparats (Parodont).
²Das Parodont besteht aus dem Zahnfleisch (Gingiva), dem Wurzelzement, der Wurzelhaut (Desmodont) und dem Alveolarknochen. ³Bakterielle Zahnbeläge (dentale Biofilm) können eine Entzündung der Gingiva (Gingivitis) hervorrufen. ⁴Durch eine Veränderung des Biofilms und negative Auswirkungen bestimmter Einflussfaktoren, beispielsweise Rauchen oder Diabetes mellitus, kann es zur Progression der Entzündung kommen, die schließlich zu einer Parodontitis führt. ⁵Die entzündungsbedingten Veränderungen des Saumeithels führen zu einer Ausdehnung des Biofilms in den subgingivalen Bereich. ⁶Etabliert sich die Entzündung entstehen Zahnfleischtaschen, die die Vermehrung der parodontopathogenen Bakterien weiter begünstigen. ⁷Durch die Abwehrreaktion des Körpers kommt es zum Attachment- und Alveolarknochenverlust. ⁸Schreitet der Abbauprozess fort, führt er zu einer Zahnlockerung und gegebenenfalls zu Zahnstellungsveränderungen bis hin zum Zahnverlust.

Die Ziele der systematischen Behandlung von Parodontitis sind es, entzündliche Veränderungen des Parodonts zum Abklingen zu bringen, das Voranschreiten der Erkrankung sowie einen weiteren Attachment-, Alveolarknochen- und Zahnverlust zu verhindern und den Behandlungserfolg langfristig zu sichern.

2. Anamnese, Befund, Diagnose und Dokumentation

Grundlage für die Therapie sind Anamnese, klinischer Befund, in Abhängigkeit von der rechtfertigenden Indikation angefertigte Röntgenaufnahmen, Diagnose und die vertragszahnärztliche Dokumentation.

Die Anamnese umfasst:

- Allgemeine Anamnese (darunter Diabetes mellitus, Tabakkonsum, HIV+/AIDS im fortgeschrittenen Stadium und andere schwere virale Infektionen, Behandlung mit immunsuppressiven Medikamenten)
- Spezielle Anamnese (Schmerzen, Zahnverlust aufgrund von Parodontitis).

Zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren wird bei Versicherten, bei denen die allgemeine Anamnese Hinweise auf nicht adäquat behandelte Allgemeinerkrankungen – insbesondere Diabetes mellitus – gibt, auf ärztliche Behandlung verwiesen und – soweit erforderlich – geraten, den Tabakkonsum einzustellen oder ihn einzuschränken.

Der klinische Befund umfasst:

- Sondierungstiefen mesioapproximal und distoapproximal in Millimetern
- Furkationsbefall:
 - Grad 0 = keine Furkationsbeteiligung sondierbar
 - Grad 1 = bis 3 mm in horizontaler Richtung sondierbar
 - Grad 2 = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung sondierbar
 - Grad 3 = durchgängig sondierbar

- Zahnlockerung:
 - Grad 0 = physiologische Zahnbeweglichkeit
 - Grad I = gering horizontal (0,2 mm – 1 mm)
 - Grad II = moderat horizontal (mehr als 1 mm)
 - Grad III = ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und in vertikaler Richtung

Der Röntgenbefund erfordert aktuelle (in der Regel nicht älter als zwölf Monate), auswertbare Röntgenaufnahmen.

Die systematische Behandlung einer Parodontitis ist angezeigt, wenn eine der folgenden Diagnosen gestellt wird und dabei eine Sondierungstiefe von 4 mm oder mehr vorliegt:

1. Parodontitis
2. Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen
3. Generalisierte gingivale Vergrößerungen

Bei weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75% oder einem Furkationsbefall von Grad 3 ist bei gleichzeitigem Vorliegen eines Lockerungsgrades III in der Regel die Entfernung des Zahnes angezeigt.

¹Die Dokumentation der Anamnese, der klinischen und röntgenologischen Befunde und der Diagnose erfolgt im Parodontalstatus. ²Der Parodontalstatus kann innerhalb des Zeitraums von zwei Jahren einmal erhoben werden.

3. Genehmigung und Begutachtung

¹Die Durchführung der systematischen Parodontitistherapie bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. ²Der Antrag wird der Krankenkasse mittels eines zwischen den Bundesmantelvertragspartnern vereinbarten Datensatzes übermittelt. ³Die Krankenkasse kann vor der Kostenübernahmeentscheidung die diagnostischen Unterlagen und die Versicherten begutachten lassen.

4. Konservierend-chirurgische Maßnahmen

Konservierend-chirurgische Maßnahmen einschließlich des Glättens überstehender Füllungs- und Kronenränder sind je nach Indikation vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie durchzuführen.

Versicherte haben Anspruch auf das Entfernen harter Beläge (Zahnstein) im Rahmen der antiinfektiösen Therapie nach Nr. 6.

5. Antiinfektiöse Therapie (geschlossenes Vorgehen)

¹Die antiinfektiöse Therapie dient der Beseitigung oder Reduktion der entzündlichen Prozesse. ²Die antiinfektiöse Therapie erfolgt im Rahmen eines geschlossenen Vorgehens und sollte nach Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen abgeschlossen werden. ³Dabei werden an Zähnen mit einer Sondierungstiefe von 4 mm und mehr alle supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkremente) entfernt.

6. Adjuvante antibiotische Therapie

¹Bei besonders schweren Formen der Parodontitis, die mit einem raschen Attachmentverlust einhergehen, können systemisch wirkende Antibiotika im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie verordnet werden.

²Eine mikrobiologische Diagnostik sowie die lokale Antibiotikatherapie sind nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

7. Chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)

¹Auf der Grundlage der ersten Untersuchung des Zustands der im Rahmen der antiinfektiösen Therapie behandelten Parodontien nach Nr. 8 Buchstabe b) ist zu prüfen, ob die zahnmedizinische Notwendigkeit besteht, an einzelnen Parodontien zusätzlich eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen) durchzuführen. ²Dies kann für Parodontien angezeigt sein, bei denen eine Sondierungstiefe von ≥ 6 mm gemessen wurde. ³Die Entscheidung, ob ein offenes Vorgehen durchgeführt werden soll, trifft die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt nach gemeinsamer Erörterung mit der oder dem Versicherten. ⁴Im Frontzahnbereich besteht aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen. ⁵Die Entscheidung wird der Krankenkasse zur Kenntnis gegeben.

Nach der chirurgischen Therapie kann eine Nachbehandlung erfolgen.

8. Nachsorge

¹Die Nachsorge dient der Sicherung der Ergebnisse der antiinfektiösen und einer gegebenenfalls erfolgten chirurgischen Therapie. ²Nach Abschluss der antiinfektiösen Parodontitistherapie können die folgenden Leistungen der Nachsorge in einem Zeitraum von zwei Jahren einmal je Kalenderjahr erbracht werden.

Die Nachsorge umfasst die nachfolgend genannten Leistungen:

- a) ¹Mundhygienekontrolle, soweit erforderlich Mundhygieneaufklärung und praktische Anleitung. ²Die Leistung erfolgt erstmals innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der antiinfektiösen Parodontitistherapie nach Nr. 5; sie kann auch im Zusammenhang mit derselben erfolgen. ³Sie hat zum Ziel, die Versicherten nach dem Herstellen der Voraussetzungen für eine erfolgreiche häusliche Mundhygiene (Entfernen von Zahnstein und subgingivalen Konkrementen sowie des subgingivalen Biofilms und dadurch Herstellen entzündungsfreier Mundverhältnisse) zu einer effektiven häuslichen Mundhygiene zu befähigen. ⁴Die Mundhygienekontrolle umfasst die Beurteilung des Pflegezustands der Zähne, des festsitzenden und herausnehmbaren Zahnersatzes sowie der Mundschleimhaut. ⁵Das Ergebnis der Mundhygienekontrolle ist in einen Vordruck einzutragen. ⁶Der oder die Versicherte erhält eine Kopie des ausgefüllten Vordrucks, um Bereiche nachvollziehen zu können, an denen die Mundhygiene verbesserungsbedürftig ist, um Empfehlungen für häuslich angewandte Mundhygiene zu empfangen und als Grundlage um festzustellen, welche Veränderungen sich beim nächsten Erheben des Mundhygienestatus feststellen lassen. ⁷Die Einzelheiten zum Format des Vordrucks werden von Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vereinbart. ⁸Der Vordruck ist patientenverständlich zu fassen. ⁹Bei Versicherten, die Leistungen nach § 22a SGB V erhalten, sollen bereits erfolgte Maßnahmen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) berücksichtigt werden.
- b) ¹Untersuchung des Zustands der im Rahmen der antiinfektiösen Parodontitistherapie behandelten Parodontien, erstmals innerhalb von drei bis sechs Monaten nach Abschluss der antiinfektiösen Parodontitistherapie, sie umfasst die Messung der Sondierungstiefen nach Maßgabe von Nr. 2. ²Das Ergebnis der Untersuchung des Parodontalzustands ist von der Vertragszahnärztin oder vom Vertragszahnarzt in einen Vordruck einzutragen. ³Die Einzelheiten zum Format des Vordrucks werden von Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vereinbart.
- c) ¹Subgingivale Instrumentierung einschließlich supragingivaler Reinigung. ²Die Leistung erfolgt an den Parodontien, die im Rahmen der antiinfektiösen Parodontitistherapie behandelt wurden und bei der Untersuchung des Parodontalzustands nach Buchstabe b) eine Sondierungstiefe von 6 mm oder mehr aufweisen.

V. Die Richtlinie tritt am 1. Juli 2021 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe



zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie)

Vom TT. Monat JJJJ

Inhalt

1.	Rechtsgrundlagen	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Würdigung der Stellungnahmen.....	20
4.	Bürokratiekostenermittlung	20
5.	Verfahrensablauf	20
6.	Fazit	21

1. Rechtsgrundlagen

Nach § 28 Absatz 2 Satz 1 haben Versicherte Anspruch auf Leistungen, die zur Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind.

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt nach § 92 Absatz 1 Satz 1 die zur Sicherung der (zahn-)ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen. Nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V beschließt er Richtlinien über die zahnärztliche Behandlung. Nach § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V haben Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Mit der Änderung der Behandlungsrichtlinie setzt der Gemeinsame Bundesausschuss seine Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit der Systematischen Behandlung von Parodontopathien gemäß § 135 Absatz 1 Satz 1 und Satz 2 SGB V um.

Dabei passt er die Bezeichnung der Diagnosen der Parodontopathien an die 2018 veröffentlichte aktuelle Klassifikation parodontaler Erkrankungen an und benennt dabei die folgenden behandlungsbedürftigen Erkrankungen nach der Terminologie der aktuellen Klassifikation: Parodontitis, Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen, generalisierte gingivale Vergrößerungen, endodontal-parodontalen Läsionen, parodontale Abszesse sowie nekrotisierende Parodontalerkrankungen.¹ Die „Klassifikation von parodontalen und periimplantären Erkrankungen und Zuständen“ beschränkt sich auf die Diagnostik und trifft keine Aussagen zur Therapie.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat ein Beratungsverfahren gemäß § 135 Absatz 1 Satz 1 und Satz 2 SGB V zur Bewertung von medizinischem Nutzen sowie sektorenübergreifender und sektorenspezifischer Bewertung der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit durchgeführt. Er basiert die Ausgestaltung der therapeutischen Leistungen nach § 2 Absatz 1 Satz 3 SGB V auf den Stand der medizinischen Erkenntnisse, soweit diese im Beratungsverfahren mit hinreichender Sicherheit die Wirksamkeit der Leistungen belegt haben.

Des Weiteren ändert der Gemeinsame Bundesausschuss die Regelungen hinsichtlich der Erhebung des Parodontalen Screening-Index (PSI) insbesondere im Hinblick auf die Transparenz der Ergebnisse des Screenings für die Versicherten.

2.2 Änderung der Behandlungsrichtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss setzt die Ergebnisse des Beratungs- und Bewertungsverfahrens zur Systematischen Behandlung von Parodontopathien um, indem er die Behandlungsrichtlinie bezüglich der parodontologisch relevanten Regelungsbereiche ändert. Dabei ist gewährleistet, dass die Inhalte der Richtlinie in sich konsistent bleiben, und

¹ Dannewitz B, Pretzl B, Sälzer S: Klassifikation von parodontalen und periimplantären Erkrankungen und Zuständen. Deutsche Übersetzung der Einleitung und Konsensusberichte des gemeinsamen Weltworkshops der American Academy of Periodontology und der European Federation of Periodontology. J Clin Periodont 2018

dass auch weiterhin eine gleichgewichtige Bewertung der Leistungen im Verhältnis zu den anderen Leistungsbereichen gewährleistet bleibt.

Kein Herauslösen der Parodontitisbehandlung aus der Behandlungsrichtlinie, damit gleichgewichtige Bewertung gewährleistet bleibt

Die Behandlungsrichtlinie ist mit Inkrafttreten zum 1. Januar 2004 grundlegend neu gefasst worden. Mit der Neufassung wurde der Anforderung von § 92 Absatz 1a SGB V, nach der die Richtlinien nach auf eine ursachengerechte, zahnschutzschonende und präventionsorientierte zahnärztliche Behandlung auszurichten sind, Rechnung getragen. Zeitgleich trat der ebenfalls überarbeitete Einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gemäß § 87 Absatz 2 und 2h SGB V in Kraft (BEMA, Anlage A zum BMV-Z, aktueller Stand 1. Juli 2019).

Nach § 87 Absatz 2h SGBV sind die Leistungen entsprechend einer ursachengerechten, zahnschutzschonenden und präventionsorientierten Versorgung insbesondere nach dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit gleichgewichtig in und zwischen den Leistungsbereichen für Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie zu bewerten. Bei der Umsetzung der Neustrukturierung der Richtlinien und des BEMA wurde die Systematische Behandlung von Parodontopathien dem Leistungsbereich Zahnerhaltung zugeordnet und nach den genannten Kriterien bewertet. Bei der Ermittlung der Bewertungszahlen wurden die in den nach § 83 Absatz 1 Satz 1 SGB V zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vereinbarten Gesamtverträgen vereinbarten Punktwerte berücksichtigt. Diese Anforderung hätte nicht gewährleistet werden können, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss den Teilbereich Parodontologie aus der Behandlungsrichtlinie herausgelöst und in eine neue Richtlinie überführt hätte.

Zu den Regelungen im Einzelnen

A. Allgemeines

Im Titel der Richtlinie wird entsprechend der Konvention des Gemeinsamen Bundesausschusses „Richtlinie“ im Singular verwendet. Damit übereinstimmend werden in Nr. A. Allgemeines die Worte „Richtlinien“ in den Singular gesetzt und grammatikalische Anpassungen vorgenommen.

In Satz 1 wird ein Überblick über die in der Richtlinie geregelten Abschnitte hinzugefügt. Dabei bleiben die Bezeichnungen unverändert, mit Ausnahme der Nr. 5, bei der die Überschrift des neu gefassten Abschnitts V. Systematische Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen verwendet wird.

In Satz 1 wird der Bezug auf § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 angepasst. In Satz 5 werden die Bezüge auf §§ 2, 12 Absatz 1 und 70 SGB V unter Verzicht auf Angabe der Fundstellen textlich gefasst.

II. 1. Abschnitt A

Es handelt sich um eine Regelung der bestehenden Behandlungsrichtlinie, die aus systematischen Gründen in II. 1. Abschnitt A eingeordnet wird.

Es wird eine leistungsrechtliche Grenze gezogen, indem angegeben wird, dass die Behandlung der Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten angewachsenen Schleimhaut nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten gehört.

Abschnitt B Ziffer I. Nummer 1. dritter Absatz: Parodontaler Screening-Index

Bisher war im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen – nicht aber in der Behandlungsrichtlinie – festgelegt, dass eine die Erhebung des Parodontalen Screening-Index (PSI) einmal in zwei Jahren abgerechnet werden kann. Um nach § 92 Absatz 1 Satz 1 der Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten nachzukommen, nimmt der Gemeinsame Bundesausschuss diesen Leistungsanspruch der Versicherten nun in die Behandlungsrichtlinie auf.

Im Zuge dessen wird eine Vorschrift aufgenommen, dass die Versicherte oder der Versicherte eine schriftliche Information über das Untersuchungsergebnis sowie den möglichen Behandlungsbedarf erhält. Dies erfolgt auf einem von der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt auszufüllendem Vordruck; der oder die Versicherte erhält eine Kopie des ausgefüllten Vordrucks.

Hintergrund für die Einführung dieser Neuregelung ist ein Missverhältnis zwischen den aus der Anwendung des Parodontalen Screening-Index resultierenden Screening-Ergebnissen, die einen hohen Behandlungsbedarf erwarten lassen, und der vergleichsweise geringen Anzahl tatsächlich durchgeführter Behandlungen.

Der Parodontale Screening-Index wurde im Jahr 2019 über 17 Mio. Mal abgerechnet. Zwar sind die Screening-Ergebnisse nicht veröffentlicht, aber bei Anwendung ähnlicher Kriterien weisen nach der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) etwa 50% der 35- bis 44-Jährigen eine moderate bis schwere Parodontitis auf. Bei den jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige) trifft das auf knapp 65% zu.

Am 31.12.2018 gab es in Deutschland etwa 42 Mio. Menschen im Alter zwischen 35 und 74 Jahren (Destatis 2020). Wird für die Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen eine Parodontitisprävalenz entsprechend dem Mittelwert der vorgenannten Altersgruppen von 57,5% angesetzt, ergibt sich allein in dieser Erwachsenenbevölkerung, dass 24 Mio. Menschen eine moderate bis schwere Parodontitis aufweisen.

Dagegen wurde im Jahr 2019 die Leistung „Befundaufnahme und Erstellen eines Heil- und Kostenplanes bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums“ (Parodontalstatus), mit der die Behandlung einer entsprechenden Zahl an Systematischen Behandlungen von Parodontopathien eingeleitet wurde, nur knapp 1,1 Mio. Mal abgerechnet.

Die Information der Versicherten über das Untersuchungsergebnis sowie den möglichen Behandlungsbedarf erfolgt zukünftig auf einem von der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt auszufüllendem Vordruck. Der Versicherte erhält eine Kopie des ausgefüllten Vordrucks. Mit der Regelung wird sichergestellt, dass die Versicherten über ihre individuellen PSI-Befunde und deren Bedeutung informiert werden. Die Bundesmantelvertragspartner vereinbaren den Vordruck in einem patientenverständlich zu fassenden Format.

Abschnitt III. Konservierende Behandlung: parodontal-endodontale Läsionen

In Nr. 9.5 wird statt „parodontalen und endodontischen Läsionen“ die gültige Nomenklatur der aktuellen Klassifikation „endodontal-parodontale Läsionen“² verwendet. Des Weiteren erfolgt eine redaktionelle Anpassung der bestehenden Regelung; nunmehr ist die parodontale und endodontische Prognose im Hinblick auf den Erhalt der Zähne kritisch zu prüfen. Ergänzt wird die Regelung, dass der Behandlung in der Regel eine endodontische Behandlung voraus geht, weil deren Erfolg zunächst gesichert sein muss.

² Dannewitz 2018, a. a. O., S. 25

Abschnitt IV. Chirurgische Behandlung: Behandlung parodontaler Abszesse sowie nekrotisierender Parodontalerkrankungen

Parodontale Abszesse sind akute Läsionen, die durch eine lokalisierte Ansammlung von Pus in der gingivalen Wand der parodontalen Tasche sowie eine rasche Gewebszerstörung charakterisiert sind, und die mit einem Risiko für systemische Ausbreitung assoziiert sind.³ Die Therapie erfolgt durch Drainage, wenn nötig durch Inzision von marginal, vorsichtiges lokales Debridement und Spülung mit Wasserstoffperoxid. Aufgrund der Natur dieser Behandlungsmaßnahmen erfolgt eine Zuordnung zu Abschnitt IV Chirurgischen Behandlung.

Bei den nekrotisierenden Parodontalerkrankungen handelt es sich um eine Gruppe von Erkrankungen mit charakteristischem klinischem Bild, das durch Nekrose gingivaler oder parodontaler Gewebe dominiert wird.⁴ Zur Lokalthherapie der nekrotisierenden und ggf. ulzerativen Parodontalerkrankungen gehört das vorsichtige Debridement, das Abwischen der Beläge/Pseudomembranen auf den Nekrosen mit Wasserstoffperoxid sowie die Anwendung von Chlorhexidinpräparaten in Form von Mundspüllösung und Gel.⁵ Aufgrund der Natur dieser Behandlungsmaßnahmen erfolgt ebenfalls eine Zuordnung zu Abschnitt IV Chirurgischen Behandlung.

Abschnitt V. Systematische Behandlung von Parodontitis (Par-Behandlung)

Nr. 1. Grundlagen und Ziele der Behandlung

In Nr. 1 wird der aktuelle Wissensstand zu wesentlichen Eckpunkten der Definition, der Entstehung und den Auswirkungen der Parodontitis zusammengefasst.

Rauchen und Diabetes mellitus werden als wesentliche Einflussfaktoren auf den Übergang von Gingivitis zur Parodontitis genannt, weil Studien einen Kausalzusammenhang dadurch belegen, dass eine Verbesserung hinsichtlich der Einflussfaktoren zu einem verbesserten Parodontalzustand führen. Auf die Erwähnung psychosozialer Belastungen als eines möglichen Einflussfaktors wird verzichtet, weil in der Richtlinie keine Maßnahmen verzeichnet sind, die Einfluss auf diesen möglichen Einflussfaktor nehmen sollen.

Die Ziele der systematischen Behandlung von Parodontitis sind es, entzündliche Veränderungen des Parodonts zum Abklingen zu bringen, das Voranschreiten der Erkrankung sowie einen weiteren Attachment-, Alveolarknochen- und Zahnverlust zu verhindern und den Behandlungserfolg langfristig zu sichern.

Nr. 2. Anamnese, Befund, Diagnose und Dokumentation

In der Richtlinie folgen die Regelungen zu Anamnese, Befund, Diagnose und Dokumentation in derselben Reihenfolge wie in der Überschrift.

Anamnese

Bei der Erhebung der allgemeinen Anamnese werden Diabetes mellitus und Tabakkonsum erfasst, weil dies Faktoren sind, die die Progression der Parodontitis verstärken und im Folgenden den betroffenen Versicherten Hinweise zum Einwirken auf diese Modifikatoren der Progression gegeben werden.

³ Dannewitz et al. 2019, a. a. O.

⁴ Dannewitz et al. 2019, a. a. O, S. 23

⁵ Müller HP: Checklisten der Zahnmedizin: Parodontologie. 3., aktualisierte Auflage, Stuttgart, New York 2012, S. 150

Auf Gradeinteilungen der Modifikatoren (HbA1c-Wert bei Diabetikern, weniger als 10 Zigaretten/Tag versus 10 oder mehr) wird verzichtet, weil sowohl Versicherte mit Diabetes als auch Raucher im Vergleich zu Nichtraucher ein erhöhtes Risiko für verstärkte Progression der Parodontitis haben.

HIV+/AIDS im fortgeschrittenen Stadium sowie die Behandlung mit immunsuppressiven Medikamenten werden erfasst, weil sie prädisponierende Konditionen für nekrotisierende Parodontalerkrankungen bei chronisch schwer immunkompromittierten erwachsenen Patienten sind. Andere schwere virale Infektionen werden erfasst, weil sie bei Kindern prädisponierende Konditionen für nekrotisierende Parodontalerkrankungen sind.⁶

In der Speziellen Anamnese werden Schmerzen und Zahnverlust aufgrund von Parodontitis erhoben. Der letztgenannte Faktor ist ein Hinweis auf eine verstärkte Progression der Parodontitis.⁷

Klinischer und röntgenologischer Befund

Nach § 3 sind für die Indikationsstellung zur Par-Behandlung oder als Kontraindikation zu dieser – mit der Konsequenz Zahnextraktion – die folgenden klinischen und röntgenologischen Befunde erforderlich: Sondierungstiefe, Furkationsbefall, Zahnlockerung und röntgenologisch festgestellter Knochenabbau.

Die Sondiertiefen werden mesioapproximal und distoapproximal gemessen; es bleibt der klinischen Einschätzung überlassen, ob die Messung von der oralen oder der vestibulären Seite erfolgt. Verwendet wird eine auf Millimeter geeichte Messsonde. Der Wert für die Sondierungstiefe entspricht dem Wert der jeweils noch sichtbaren Millimetermarkierung. Ist demnach eine Millimetermarkierung in der Zahnfleischtasche nicht mehr sichtbar, entspricht der Wert für die Sondierungstiefe dem Wert der nächsten noch sichtbaren Millimetermarkierung. Hinsichtlich der Beschreibung der Messmethode nimmt der Gemeinsame Bundesausschuss Abstand von einer Formulierung, bei der Messung der Sondierungstiefen werde „der Wert jeweils auf den nächsten ganzen Millimeter aufgerundet,“ weil diese Beschreibung noch zu wenig präzise erschiene. Sie könnte zu einer Verwechslung mit kaufmännischem Runden führen und es irrtümlich nahelegen, die Messgenauigkeit bewege sich im Zehntelmillimeterbereich.

Der Gemeinsame Bundesausschuss verzichtet darauf, neben den Sondierungstiefen auch die „Sondierungsblutung“ zu erheben. Bei Erstellung des Parodontalstatus für die Einleitung der antiinfektiösen Therapie ist das Erheben der Sondierungsblutung nicht erforderlich, weil sich daraus keine Konsequenz im Hinblick auf die nachfolgende antiinfektiöse Therapie ergibt.

Diagnose

Der G-BA führt hier abschließend die drei Diagnosen/Zustände auf, die den Leistungsanspruch der Versicherten für Maßnahmen im Rahmen der Systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen konstituieren: Parodontitis, Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen und generalisierte gingivale Vergrößerungen.

⁶ Dannewitz et al. 2019, a. a. O., S. 26: nekrotisierende Parodontalerkrankungen bei chronisch schwer immunkompromittierte Patienten, schwere virale Infektionen bei Kindern: Masern, Herpesviren (Zytomegalievirus, Epstein-Barr Virus 1, Herpes simplex-Virus), Windpocken, Malaria, fiebrige Erkrankungen

⁷ „Zahnverlust aufgrund von Parodontitis“ nach AAP u. EFP (2018), S. 7: linke Spalte unten sowie Tab. 1 A, S. 24, Klassifikation der Parodontitis auf Basis von Erkrankungsstadien, Stadien III und IV: Zahnverlust aufgrund von Parodontitis von $\leq 4/\leq 5$ Zähnen

Des Weiteren wird eine Kontraindikation zur Behandlung der Systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen und damit verbunden eine Indikation für die Extraktion des betroffenen Zahns angegeben: Bei weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75% oder einem Furkationsbefall von Grad 3 ist bei gleichzeitigem Vorliegen einer Lockerungsgrades III in der Regel die Entfernung des Zahnes angezeigt.

Es ist nicht erforderlich, unter der Diagnose „Parodontitis“ alle vier Stadien sowie alle Ausprägungen der Ausdehnung/des Verteilungsmusters unter („Staging“) und alle drei Grade der Progression der Parodontitis („Grading“) aufzuzählen, weil es sich dabei um *alle* in der Klassifikation der Parodontalerkrankungen enthaltenen Stadien und *alle* Grade handelt⁸ und es daher nicht notwendig erscheint, diese Subklassifizierung aufzunehmen. Denn aus einer solchen Aufzählung ergäben sich keine Konsequenzen im Hinblick auf den Leistungsanspruch der Versicherten, anders als bei der nachfolgend genannten Diagnose „gingivale Vergrößerungen“, die durch die Aufnahme in die Richtlinie der vertragszahnärztlichen Behandlung zugeordnet wird, wodurch verdeutlicht wird, dass bei den anderen sieben in der aktuellen Klassifikation genannten Zuständen – z. B. gingivalen Rezessionen – *kein* Leistungsanspruch besteht.

Einen Quotienten „röntgenologisch festgestellter Knochenabbau in % : Alter“ des oder der Versicherten zu errechnen und anzugeben, wird als nicht erforderlich erachtet. Die Klassifikation der Parodontalerkrankungen sieht diese Quotienten als „indirektes Kriterium“ für die unterschiedlichen Progressionsgrade der Parodontitis und empfiehlt dessen Anwendung, wenn das einzige „direkte Kriterium“ für langsame, moderate und rasche Progression, nämlich innerhalb von 5 Jahren A) kein Knochenverlust, B) weniger als 2 mm oder C) 2 oder mehr mm Knochenverlust, aufgrund fehlender Daten nicht anwendbar ist.

Überdies führt die Anwendung der für das indirekte Kriterium „Knochenabbau n % : Alter“ vorgeschlagenen Grenzwerte (Grade A: < 0,25, B: 0,25–1,00, C: >1,00,) zu schwer interpretierbaren Ergebnissen: Ein Grad B resultiert bei 35-Jährigen bereits bei einem mit 10% geringen Knochenabbau, der an einzelnen Zähnen durchaus auftreten kann, ohne dass für das ganze Gebiss eine „moderate Progression einer Parodontitis“ abzuleiten wäre, dagegen ebenfalls nur ein Grad B bei 70-Jährigen mit einem stark ausgeprägten Knochenabbau von 70%. Demnach erscheint die Validität dieser scharf gezogenen Grenzwerte nicht gesichert. Damit übereinstimmend konzedieren die Fachgesellschaften AAP und EFP bezogen auf die gesamte Einteilung nach Progressionsraten „Wissenslücken“ und schlagen vor „neue Datenbanken [zu] entwickeln, welche die Implementation, Validierung und kontinuierliche Verbesserung der neuen Parodontitisklassifikation erleichtern“ sollen.

Verzichtet wird auch auf die in der bestehenden Richtlinie enthaltene Regelung, Diagnosen „gemäß der jeweils gültigen Klassifikation der Parodontalerkrankungen der maßgeblichen parodontologischen wissenschaftlichen Fachgesellschaft anzugeben,“ weil die Diagnosen, die eine Behandlungsbedürftigkeit in der vertragszahnärztlichen Versorgung begründen, bereits unter „Diagnose“ abschließend genannt sind.

Dokumentation

Die Dokumentation umfasst die Dokumentation der Anamnese, der klinischen und röntgenologischen Befunde und der Diagnose (Parodontitis, Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen und generalisierte gingivale Vergrößerungen). Die Dokumentation erfolgt im von den Bundesmantelvertragspartnern vereinbarten Vordruck (Parodontalstatus).

Eingeführt wird die Regelung, dass der Parodontalstatus innerhalb des Zeitraums von zwei Jahren einmal erhoben werden kann. Nach Nr. 9 umfasst der Zeitraum der Nachsorge nach antiinfektiöser Therapie ebenfalls zwei Jahre, und in diesem Zeitraum werden die in der

⁸ Dannewitz et al. 2019, a. a. O.

antiinfektiösen Therapie behandelten Parodontien zweimal untersucht, vgl. Nr. 9 Buchstabe b). Vor diesem Hintergrund entspricht die einmalige Erstellung des Parodontalstatus innerhalb des Zwei-Jahres-Zeitraums dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V.

Beim Erheben des Parodontalstatus nach Nr. 2 werden alle Parodontien untersucht, in der Nachsorge nur die Parodontien, die nach dem Parodontalstatus als behandlungsbedürftig beurteilten Parodontien. Zwischen beiden Zahlen untersuchter Parodontien besteht nur ein geringer Unterschied: Im Jahr 2019 wurde in 1.065.200 Fällen ein Parodontalstatus abgerechnet und damit die Par-Behandlung eingeleitet; das bedeutet: knapp 1,1 Mio. Behandlungen von Versicherten mit Parodontitis je Jahr. Dabei wurde die antiinfektiöse Therapie (geschlossenes Vorgehen) knapp 22 Mio. Mal und die chirurgische Therapie (offenes Verfahren) knapp 200.000 Mal abgerechnet. Das heißt, dass je behandelten Versicherten die antiinfektiöse Therapie an knapp 21 Parodontien/Zähnen abgerechnet wurde. Jüngere Erwachsene (35- bis 44-Jährige) wiesen im Jahr 2014 26 von 28 Zähnen des vollständigen Gebisses (ohne Weisheitszähne) auf, jüngere Senioren (65- bis 74-Jährige) 17 Zähne.⁹

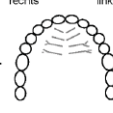

Es ist medizinisch nicht notwendig, innerhalb von zwei Jahren Parodontien an Zähnen, die bei Erstellen des Parodontalstatus keinen Behandlungsbedarf aufwiesen, erneut zu untersuchen, weil an den Parodontien dieser Zähne im Verlauf der chronischen Erkrankung Parodontitis in der Regel kein oder ein nur geringfügiger Verlust an Attachment zu verzeichnen sein wird.

Ebenfalls ist es medizinisch nicht notwendig und damit auch nicht wirtschaftlich, die bereits beim Erstellen des Parodontalstatus befundeten Röntgenbilder erneut zu befunden.

Versicherten, die Leistungen nach § 22a SGB V erhalten, wird der Dokumentationsbogen gemäß § 8 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) überreicht (s. unten, Vordruck 10). Dieser Bogen unterstützt vor allem die Mundgesundheitsaufklärung. Behandlungsbedarf wird nur durch Ankreuzen thematisiert, so kann Behandlungsbedarf bei „Zahnfleisch/Mundschleimhaut“ bestehen. Der Bogen enthält aber keine für die Planung der antiinfektiösen Behandlung relevanten Daten. Es wird daher darauf verzichtet, bei der Leistung „Anamnese, Befund, Diagnose und Dokumentation“ darauf zu verweisen, dass der Dokumentationsbogen nach § 22a SGB V bei dieser Leistung zu berücksichtigen ist. Jedoch ist in der Nachsorge unter Nr. 8 bei der Leistung Mundhygienekontrolle, soweit erforderlich Mundhygieneaufklärung und praktische Anleitung vorgesehen, den Bogen zu berücksichtigen, falls der Versicherte Leistungen nach § 22a SGB V erhalten hat.

⁹ Institut der Deutschen Zahnärzte: Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V), Köln 2016, S. 336, 418

Vordruck 10: Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen
(Anlage 2 der Anlage 12 zum BMV-Z, auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation)
Gültig ab 07.11.2019

Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen (auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation)		Ausgehändigt an	Datum der Untersuchung
Status Befund/Versorgung Oberkiefer rechts links Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/>  Unterkiefer Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/>  Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasen ein		Mundgesundheitsplan Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/> Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen* Zähne reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Bürste Hand <input type="checkbox"/> Bürste elektrisch <input type="checkbox"/> Dreiecksbürste <input type="checkbox"/> Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Zunge reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Speichelfluss fördern <input type="checkbox"/> Spülösung _____ -mal am Tag Ernährung _____ Sonstiges _____	Koordination Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit Bewohner <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Pflege-/Unterstützungspers. <input type="checkbox"/> Anderer Zahnarzt <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Sonstige _____ Wo soll Behandlung erfolgen Zahnarztpraxis _____ <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung _____ <input type="checkbox"/> Andersorts _____ Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/> Krankenfahrt/-transport erforderlich <input type="checkbox"/> Behandlungseinwilligung ist erfolgt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Besonderheiten/Anmerkungen _____ _____ _____ Unterschrift Zahnarzt: _____
Zustand Pflege Zähne ☺ ☹ ☹ Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch ☺ ☹ ☹ Zahnersatz ☺ ☹ ☹		Behandlungsbedarf Füllung <input type="checkbox"/> Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> Zahneritterung <input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/>	

* Empfehlung zur effektiven und effizienten Umsetzung. Bestehende Regelungen zur Kostentragung der Maßnahmen bleiben unberührt.

Nr. 3. Genehmigung und Begutachtung

Die Durchführung der systematischen Parodontitistherapie erfolgt nach der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Hinsichtlich des technischen Ablaufs ist vorgesehen, den Antrag der Krankenkasse mittels eines zwischen den Bundesmantelvertragspartnern vereinbarten Datensatzes zu übermitteln. Die Krankenkasse kann vor der Kostenübernahmeentscheidung die diagnostischen Unterlagen und die Versicherten begutachten lassen.

Beantragung, Genehmigung und Begutachtungsmöglichkeit sind aus Gründen der Sicherung der Struktur- und Prozessqualität vorgesehen.

Kein „Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch“

Der Gemeinsame Bundesausschuss verzichtet darauf, ein von Anamnese, Untersuchung, Diagnosestellung und Dokumentation im Behandlungsplan („Parodontalstatus“) getrenntes „Aufklärungs- und Therapiegespräch“ vorzusehen, weil auch in anderen Leistungsbereichen die Information der Versicherten über die Diagnostik und Behandlungsplanung nicht erwähnt wird und diese in der diagnostischen und planerischen Leistung enthalten ist. Ein Beispiel ist die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Zahnersatz-Richtlinie), Ziffer 10: „Erhebung des Gesamtbefundes des Gebisses und dessen Dokumentation im Heil- und Kostenplan,“ in der ebenfalls kein gesondertes „Aufklärungs- und Therapiegespräch“ vorgesehen ist.

Vor diesem Hintergrund ist die Information der Versicherten über Befund, Diagnose und Therapiealternativen sowie die gemeinsame Entscheidungsfindung im Hinblick auf die Therapie Teil von Anamnese, Befunderhebung, Diagnosestellung und Dokumentation im Parodontalstatus nach Nr. 2.

Nr. 4. Konservierend-chirurgische Maßnahmen

Konservierend-chirurgische Maßnahmen einschließlich des Glättens überstehender Füllungs- und Kronenränder sollen je nach Indikation vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie durchgeführt werden.

Das Glätten überstehender Füllungs- und Kronenränder konkretisiert die in der bisherigen Fassung der Behandlungsrichtlinie enthaltene Regelung hinsichtlich des Entfernens „sonstiger Reizfaktoren“. In der Regel sollten solche iatrogen erzeugten Plaque-Retentionsstellen vor der antiinfektiösen Therapie nach Nr. 6 entfernt werden.

Andere konservierend-chirurgische Maßnahmen, beispielsweise das Legen von Füllungen oder das Extrahieren verlagerter Weisheitszähne, können je nach Indikation vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie durchgeführt werden.

Die Anforderung der bisherigen Fassung der Behandlungsrichtlinie, das „Fehlen von Zahnstein“ sei eine „regelmäßige Voraussetzung für die durchzuführende Parodontitistherapie“ wird durch die Regelung ersetzt, dass Versicherte im Rahmen der antiinfektiösen Therapie nach Nr. 6 Anspruch auf das Entfernen harter Beläge (Zahnstein) haben.

Nr. 5. Antiinfektiöse Therapie (geschlossenes Vorgehen)

Die antiinfektiöse Therapie ist das Zentrum der Systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen. Bei der Nutzenbewertung des IQWiG ergab sich auf Basis von RCTs (Studien mit Zufallszuweisung der Teilnehmer zu Test- und Kontrollgruppe) und zum Nutzen im Vergleich zu keiner Behandlung ein Hinweis auf einen Nutzen des geschlossenen Vorgehens, basierend auf dem Endpunkt Attachmentlevel.

Die antiinfektiöse Therapie dient der Beseitigung oder Reduktion der entzündlichen Prozesse vor allem in den Zahnfleischtaschen. Sie erfolgt im Rahmen eines geschlossenen Vorgehens (im Gegensatz zum „offenen“ chirurgischen Vorgehen) und sollte nach Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen abgeschlossen werden. Dabei werden an Zähnen mit einer Sondierungstiefe von 4 mm und mehr alle supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkremente) entfernt. Im Zuge dessen sollten auch die harten supragingivalen Beläge (Zahnstein) entfernt werden (vgl. Nr. 4).

Nr. 7. Adjuvante antibiotische Therapie

Bei besonders schweren Formen der Parodontitis, die mit einem raschen Attachmentverlust einhergehen, können systemisch wirkende Antibiotika im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie verordnet werden.

Das IQWiG hat den Nutzen der mikrobiologischen Diagnostik vor einer systemischen Antibiotikatherapie untersucht. Aufgrund fehlender Studien mit hoher Ergebnissicherheit (RCTs) konnte keine Aussage zum Nutzen abgeleitet werden. Die Voraussetzungen für eine Nutzenbewertung aufgrund qualitativ angemessener Unterlagen niedrigerer Evidenzstufen nach 2. Kapitel § 13 Absatz 2 Satz 3 VerfO lagen nicht vor. Eine einschlägige S-3-Leitlinie¹⁰ gibt auch unter Einbeziehung von Studien mit geringerem Evidenzniveau keine Empfehlung für den Einsatz der mikrobiologischen Diagnostik ab. Zum medizinischen Nutzen der mikrobiologischen Diagnostik vor einer systemischen Antibiotikatherapie ist derzeit keine

¹⁰ Adjuvante systemische Antibiotikagabe bei subgingivaler Instrumentierung im Rahmen der systematischen Parodontitistherapie, Empfehlungen entsprechend der S3 Leitlinie AWMF-Registernummer: 083-029; Stand: November 2018; Gültig bis November 2023.

Aussage möglich. Der G-BA hat auf dieser Grundlage den medizinischen Nutzen der Maßnahme nicht anerkannt.

Das IQWiG hat den Nutzen der adjuvanten lokalen Antibiotikatherapie im Vergleich zum geschlossenen Vorgehen untersucht. Für den Endpunkt Attachmentlevel ergab die qualitative Zusammenfassung der einbezogenen Studien keinen Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der ergänzenden lokalen Antibiotikabehandlung im Vergleich zum geschlossenen Vorgehen für den Zeitpunkt zwölf Monate nach Therapie.

Aus diesen Gründen sind sowohl die mikrobiologische Diagnostik als auch die lokale Antibiotikatherapie nicht Bestandteile der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Befundevaluation nach antiinfektiöser Therapie in der Nachsorge

Drei bis sechs Monate nach Beendigung der antiinfektiösen Therapie erfolgt im Rahmen der Nachsorge eine erste Evaluation, inwieweit die Therapie an den therapierten Parodontien erfolgreich war.

Dies ist sinnvoll, um die Notwendigkeit einer – die antiinfektiösen Therapie ergänzenden – chirurgischen Therapie (offenes Vorgehen) zu klären.

Diese „Untersuchung des Zustands der im Rahmen der antiinfektiösen Parodontitistherapie behandelten Parodontien“ umfasst den Parameter „Messung der Sondierungstiefe“. Dies ist der einzige Befundparameter, aus der sich eine Konsequenz ergibt: So kann eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen) an Parodontien angezeigt sein, bei denen im Rahmen der Befundevaluation eine Sondierungstiefe von ≥ 6 mm gemessen wurde.

Die Leistung „Untersuchung des Zustands der im Rahmen der antiinfektiösen Parodontitistherapie behandelten Parodontien“ umfasst damit den Parameter, der zur gezielten Therapieplanung erforderlich ist.

Eine erneute Erhebung eines kompletten Parodontalstatus mit Anamnese, klinischem und Röntgenbefund, Diagnosestellung und der damit verbundenen Dokumentation an allen Zähnen wäre für die mögliche Einleitung der ergänzenden chirurgischen Therapie nicht notwendig und würde damit das Wirtschaftlichkeitsgebot verletzen. Das hätte ebenfalls gegolten, wäre eine erneute Berechnung eines Quotienten aus dem – drei bis sechs Monate vorher auf Basis von Röntgenbildern festgestellten – Knochenabbau und dem Patientenalter vorgesehen worden, oder dem Messen einer Sondierungsblutung. Auch aus der Erhebung dieser Parameter hätte sich keine Konsequenz ergeben.

Nr. 8. Chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)

An Parodontien, bei denen nach Durchführung der antiinfektiösen Therapie noch eine Sondierungstiefe von ≥ 6 mm gemessen wurde, kann es notwendig sein, zusätzlich eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen) durchzuführen.

Abzuwägen ist dabei die Alternative, diese Parodontien im Rahmen der Nachsorge mit der subgingivalen Instrumentierung einschließlich supragingivaler Reinigung zu behandeln.

Es wird in die Behandlungsrichtlinie aufgenommen, dass nach der chirurgischen Therapie eine Nachbehandlung (BEMA-Nr. 111, derzeitiger Leistungsinhalt: Nachbehandlung im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien) erfolgen kann. Dabei handelt es sich um eine Nachbehandlung nach chirurgischem parodontologischen Eingriff, etwa um die Kontrolle und das Entfernen von Nähten.

Nr. 9. Nachsorge

Nutzen der Nachsorge: Inhalte, nicht aber Erbringungshäufigkeit und Erbringungsdauer sind geklärt

Der G-BA hat in seinem Beratungsverfahren gemäß § 135 Absatz 1 Satz 1 und Satz 2 SGB V (Vertragszahnärztliche Versorgung) Systematische Behandlung von Parodontopathien den generellen Nutzen der Nachsorge (UPT) mit ihren verschiedenen Inhalten als hinreichend belegt angesehen. Diese Bewertung stützt sich auf eine Literaturlauswertung der Abteilung Fachberatung Medizin des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Die Abteilung Fachberatung Medizin stellte allerdings fest, es sei anhand der eingeschlossenen Studien nicht möglich, eine Aussage zur *Häufigkeit der Erbringung* der Nachsorgeleistungen je Jahr („UPT-Intervall“) abzuleiten, da die Studien nur vereinzelt Angaben zu dieser Fragestellung enthielten und die Studienlage zu heterogen ist.¹¹

Ebenso wenig hat die Abteilung Fachberatung Medizin Evidenz zur *Dauer der Nachsorge* identifiziert.

Demnach sind sowohl der Nutzen einer höheren Erbringungshäufigkeit im Vergleich zu einer geringeren Erbringungshäufigkeit als auch der Nutzen einer längeren Erbringungsdauer im Vergleich zu einer kürzeren Erbringungsdauer nicht hinreichend belegt.

Zwischen den Bänken ist der Nutzen einer unterschiedlich ausgeprägten Erbringungshäufigkeit (1-mal jährlich versus 1 – 3-mal jährlich) und einer unterschiedlich langen Erbringungsdauer (2 versus 3 Jahre) dissent.

Vor dem Hintergrund,

- dass Evidenz zum Nutzen der Erbringung der strukturierten Nachsorge (UPT) vorliegt,
- dass aber keine Evidenz zur Festlegung von Erbringungshäufigkeit und Erbringungsdauer vorliegt,
- dass nach § 12 Absatz 1 Satz 1 SGB V die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen,

beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss, das Beratungsverfahren gemäß § 135 Absatz 1 Satz 1 und Satz 2 SGB V (Vertragszahnärztliche Versorgung) Systematische Behandlung von Parodontopathien mit Ausnahme der Bewertung der Erbringungsfrequenz und der Erbringungsdauer der strukturierten Nachsorge (UPT) abschließen und in der Behandlungsrichtlinie bis zum Abschluss der Auswertung einer Erprobungsstudie (s. u.) eine einmal jährliche Erbringungsfrequenz sowie eine zweijährige Dauer der strukturierten Nachsorge (UPT) vorzusehen. Damit erfolgt die Einführung der Leistung in die vertragszahnärztliche Versorgung.

Erbringungshäufigkeit und Erbringungsdauer werden mittels einer Erprobungsstudie geklärt

Die Erbringungshäufigkeit und die Dauer der Erbringung der jeweiligen Behandlungsmaßnahmen sind – neben beispielsweise dem Inhalt der Leistung – konstituierende Elemente einer medizinischen Behandlungsmethode.

In Analogie zu 2. Kapitel 1. Abschnitt § 2 Buchstabe b), nach dem als neue Methode eine Leistung gilt, deren Art der Erbringung wesentliche Änderungen oder Erweiterungen erfahren

¹¹ Gemeinsame Bundesausschuss, Abteilung Fachberatung Medizin: Untersuchung der Effekte einer regelmäßigen strukturierten Nachsorge [Unterstützende Parodontitistherapie, UPT] bei Patientinnen und Patienten nach vorausgegangener aktiver Parodontitistherapie [APT]). Berlin, 5. September 2019, S. 33

hat, sind die hohe Erbringungshäufigkeit und eine lange Erbringungsdauer als wesentliche Änderung oder Erweiterung anzusehen, und ihr Nutzen ist zu prüfen. Hierfür kann das Instrument der Erprobung genutzt werden.

Es wäre nicht sinnvoll, eine Methodenprüfung „Erbringungshäufigkeit und Erbringungsdauer der Nachsorge“ durchzuführen, weil dadurch nur erneut das Fehlen von Evidenz bestätigt würde. Vielmehr ist es erforderlich, mittels einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss geplanten und finanzierten Erprobungsstudie diese Evidenz zu schaffen.

Eine Erprobung, die die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung (§ 135 Abs. 1 SGB V) umfasst, liegt im Ermessen des G-BA. Eine Erprobungsstudie kommt allerdings nur dann in Frage, wenn keine anderweitige Studie in naher Zukunft zu erwarten ist, mit der der Nutzen hinreichend belegt werden kann.¹² Eine solche Studie ist jedoch für die Nachsorgefrequenz und -dauer nicht absehbar.

Nach § 137e Absatz 1 SGB V muss der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie zur Erprobung beschließen, um die notwendigen Erkenntnisse für die Bewertung des Nutzens der Methode zu gewinnen, wenn er bei der Prüfung einer Behandlungsmethode nach § 135 SGB V zu der Feststellung gelangt, dass eine Methode das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, ihr Nutzen aber noch nicht hinreichend belegt ist.

Nach dem 2. Kapitel 4. Abschnitt § 14 Absatz 2 der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (VerfO) kann sich das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative unter anderem ergeben, wenn sie eine Optimierung der Behandlung bedeutet.

Der G-BA wird daher prüfen, ob

- eine höhere Erbringungshäufigkeit und eine längere Erbringungsdauer der strukturierten Nachsorge das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, ihr Nutzen aber noch nicht hinreichend belegt ist,
- er entsprechend dem Ergebnis der Gesamtbewertung der Methode einen Beschluss folgenden Inhalt fasst: Feststellung, dass die Methode das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, ihr Nutzen aber noch nicht hinreichend belegt ist, und gleichzeitige Beschlussfassung einer Erprobungsrichtlinie nach § 137e Absatz 1 und 2 SGB V.

Ist dies der Fall, bietet es sich an, dass der Gemeinsame Bundesausschuss ein randomisiertes kontrolliertes Studiendesign vorsieht, um eine hohe Aussagesicherheit und damit ein für die Bewertung ausreichendes Evidenzniveau zu erreichen. Des Weiteren bietet es sich an zu prüfen, ob andere als die oben angeführten Erbringungshäufigkeiten und Erbringungsdauern geprüft werden sollen, und ob eine multizentrische Studie durchgeführt werden soll.

Notwendigkeit für Maßnahmen der Nachsorge besteht nur in einem wirtschaftlichen Umfang

Das IQWiG hat im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses den Nutzen einer strukturierten Nachsorge (Mundhygieneunterweisung, instrumentelle Reinigung in regelmäßigen Intervallen) im Vergleich zu keiner strukturierten Nachsorge untersucht. Zu dieser Fragestellung lagen keine Studien (RCTs, randomisierte Studien mit korrekt gebildeter Vergleichsgruppe) vor.

Daraufhin hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Abteilung Fachberatung Medizin mit der Untersuchung einer geänderten Fragestellung beauftragt, wobei die Effekte einer regelmäßigen strukturierten Nachsorge im Vergleich zu keiner regelmäßigen strukturierten

¹² <https://www.g-ba.de/themen/methodenbewertung/bewertung-erprobung/erprobungsregelung/>

Nachsorge untersucht werden sollten.¹³ Diese veränderte Fragestellung impliziert ein deutlich höheres Verzerrungspotenzial und eine geringere Ergebnissicherheit als die zuvor an das IQWiG gerichtete Fragestellung, zwei strukturgleiche Patientengruppen zu untersuchen, die sich allein hinsichtlich ihrer zufallsgesteuerten Anwendung oder Nichtanwendung einer strukturierten Nachsorge unterscheiden. Denn beim Vergleich der Patienten, die aufgrund ihrer psychosozialen und Bildungsressourcen in der Lage waren, eine „regelmäßige strukturierte Nachsorge“ zu absolvieren, und solchen Patienten, die aufgrund geringer ausgeprägter Ressourcen dazu nicht in der Lage waren, besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass nicht der Effekt der Nachsorge, sondern der Effekt der zwischen den beiden Gruppen ungleich verteilten Persönlichkeits-, Bildungs- und sozioökonomischen Faktoren, die zu unterschiedlich ausgeprägter Compliance führten, gemessen wurde.

Aufgrund der Tatsache, dass der G-BA den medizinischen Nutzen der Nachsorge nicht allein auf Grundlage von Unterlagen der Evidenzstufe I, sondern auch auf Basis von Unterlagen niedrigerer Evidenzstufen sowie unter Inkaufnahme der oben skizzierten methodischen Limitationen anerkannt hat, bestehen erhöhte Anforderungen an eine kritische Prüfung der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Nachsorge. Sowohl die Anerkennung der medizinischen Notwendigkeit als auch der Wirtschaftlichkeit der Nachsorge bedarf umso mehr einer Begründung, je weiter bei der Bewertung des medizinischen Nutzens von der Evidenzstufe I abgewichen wurde.

Zu beurteilen ist die Notwendigkeit der strukturierten Nachsorge unter Berücksichtigung des Stellenwerts und der Wirksamkeit von bereits in der vertragszahnärztlichen Versorgung befindlichen therapeutischen Alternativen. Die systematisch einsetzbaren Alternativen zur Nachsorge sind je nach Indikation

- das Wiederholen der aktiven Parodontitistherapie an Parodontien, bei denen noch eine Behandlungsbedürftigkeit besteht
- die chirurgische Therapie
- und ggf. zusätzlich die adjuvante antibiotische Therapie.

Zum Ermitteln der Notwendigkeit der strukturierten Nachsorge unter Berücksichtigung der Wirksamkeit der genannten etablierten therapeutischen Alternativen ist die Entwicklung der Krankheitsprävalenz heranzuziehen.

Die epidemiologischen Zahlen für die Parodontitisprävalenz entwickelten sich zwischen den Erhebungsjahren 2005¹⁴ und 2014¹⁵ positiv. Bei den 35- bis 44-Jährigen reduzierte sich die mittlere Anzahl von Zähnen mit einer Sondierungstiefe von mindestens 6 mm von 0,5 (2005) auf 0,3 (2014). Bei den 65- bis 74-Jährigen ging die mittlere Anzahl an Zähnen mit einer Sondierungstiefe von mindestens 6 mm von 0,8 (2005) auf 0,5 (2014) zurück. Ein direkter Vergleich mit der vorangehenden Studie aus dem Erhebungsjahr 1997¹⁶ ist aufgrund der unterschiedlichen verwendeten Kennziffern nicht möglich. Die Maßzahlen für die Parodontitislast zeigten einen relativen Rückgang einer moderaten oder schweren Parodontitis innerhalb des 9-Jahres-Zeitraums um rund 25% bei den Erwachsenen und rund 29% bei den Senioren. Anzunehmen ist, dass sich ein Teil der eingetretenen Verbesserungen der Parodontalgesundheit auf sinkende Raucherquoten zurückführen lässt. Des Weiteren waren zwischen 2005 und 2014 bei den Parametern zum häuslichen

¹³ Gemeinsame Bundesausschuss, Abteilung Fachberatung Medizin: Untersuchung der Effekte einer regelmäßigen strukturierten Nachsorge [Unterstützende Parodontitistherapie, UPT] bei Patientinnen und Patienten nach vorausgegangener aktiver Parodontitistherapie [APT]. Berlin, 5. September 2019

¹⁴ Institut der Deutschen Zahnärzte: Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV), Köln 2006

¹⁵ Institut der Deutschen Zahnärzte: Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V), Köln 2016

¹⁶ Institut der Deutschen Zahnärzte: Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V), Köln 1999

Mundgesundheitsverhalten – Gebrauch von Zahnseide, Zahnzwischenraumbürstchen und Mundspüllösungen – erhebliche Zuwächse zu verzeichnen.¹⁷

Gleichzeitig nahm die Anzahl der parodontologischen Behandlungen deutlich zu. Sie steigerte sich von knapp 800.000 (2005) auf rund 1.000.000 im Jahr 2014, was einer Steigerung um etwa 25% entspricht. 2018 wurden knapp 1,1 Mio. Behandlungen erreicht; die lineare Steigerung setzte sich also fort.¹⁸

Ein Hauptziel der Parodontitisprävention und -therapie ist, Zahnverlust zu vermeiden. Schon bei 30- bis 40-Jährigen ist Parodontitis mit 27% der Zahnextraktionen hinter Karies mit 42% In der Altersgruppe der über 40-Jährigen steht unter den Gründen für Zahnextraktionen die Parodontitis mit 54% weit im Vordergrund, dahinter folgen Karies mit 29%, und mit jeweils unter 10% Wurzelfrakturen, Abszesse, Komplikationen der Wurzelkanalbehandlung und apikale Parodontitis.¹⁹ Diese Studie bestätigt eine entsprechende Untersuchung aus Deutschland, nach der ebenfalls Parodontitis bei den über 40-Jährigen der Hauptgrund für Zahnverlust ist.²⁰

In Deutschland hat sich das Ausmaß des Zahnverlusts von 1997 bis 2014 in der Erwachsenen- und Seniorengruppe stark verändert. So ging in der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen die Zahl der fehlenden Zähne von 4,2 (1997) auf 2,7 (2005) und 2,1 (2014) zurück. In der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen ging die Zahl der fehlenden Zähne von 17,6 (1997) auf 14,3 (2005) und 10,2 (2014) zurück. Damit reduzierte sich in diesem 17-Jahres-Zeitraum die Zahl fehlender Zähne bei den Erwachsenen um 2,1 Zähne (50%), bei den Senioren um 7,4 Zähne (42%).²¹ Diese sehr stark ausgeprägte Verbesserung entspricht einem durchschnittlichen Rückgang fehlender Zähne um 0,12 (Erwachsene) bzw. 0,44 Zähne (Senioren) je Jahr.

Die erheblich verbesserte Mund- und Parodontalgesundheit hat sich vor dem Hintergrund des bestehenden Versorgungskontextes ergeben, in dem die „Systematische Behandlung von Parodontopathien“ vertragszahnärztliche Leistung“ ist.

Das Wiederholen der aktiven Parodontitistherapie an Parodontien, die nach der vorangehenden aktiven Parodontitistherapie noch Sondierungstiefen aufweisen, die eine Behandlungsbedürftigkeit anzeigen, ist die systematisch einsetzbare Alternative zur Einführung der Unterstützenden Parodontitistherapie.

Angesichts des epidemiologischen Trends zur Verbesserung der Mund- und Parodontalgesundheit, der sich voraussichtlich fortsetzen wird, und des deutlich zunehmenden Angebots und auch der Inanspruchnahme von parodontologischen Behandlungen sieht der G-BA eine Notwendigkeit für die Einführung einer Unterstützenden Parodontitistherapie in einem zweckmäßigen, angemessenen und wirtschaftlichen Umfang, um einen zusätzlichen Mundgesundheitseffekt – insbesondere im Hinblick auf den Zahnverlust – zu erzielen.

Wirtschaftlichkeit der Nachsorge

Für die gesundheitsökonomische Betrachtung der Methoden, bei denen sowohl der Nutzen als auch die Notwendigkeit positiv bewertet wurden, ist es notwendig, die Kosten sowie die Effekte ins Verhältnis zu setzen, jeweils bei Versorgung mit und ohne Einsatz der jeweiligen Methoden. Da dem G-BA die erforderlichen Daten für eine solche Prüfung der

¹⁷ DMS V, a. a. O.

¹⁸ KZBV-Jahrbücher 2006, 2015, 2019

¹⁹ Nuvvula S, Chava VK, Nuvvula S (2016): Primary culprit for tooth loss. J Indian Soc Periodontol. 20,222-224. Hier: alle Prozentangaben auf ganze Prozent gerundet.

²⁰ Reich E, Hiller KA: Reasons for tooth extraction in the western states of Germany. Community Dent Oral Epidemiol. 1993 Dec;21:379-383.

²¹ DMS III, DMS IV, DMS V, a. a. O.

Wirtschaftlichkeit nicht zur Verfügung stehen, muss auf eine sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit derzeit verzichtet werden.

Der G-BA geht jedoch von einem nicht quantifizierten Nutzen in Form von verbesserten Zahnerhalts aus.

Der G-BA geht davon aus, dass eine UPT, die einmal jährlich über einen Zeitraum von zwei Jahren hinweg unter Verzicht auf Leistungen, deren Nutzen nicht angemessen belegt ist, wirtschaftlich ist.

Der G-BA geht weiterhin davon aus, dass eine Nachsorge mit den folgenden Charakteristika *nicht* wirtschaftlich ist:

1. Eine Erbringungsfrequenz von mehr als einmal je Jahr
2. Eine sich über drei Jahre erstreckende Nachsorgephase
3. Routinemäßige „patientenindividuelle Mundhygieneunterweisungen“ vor der antiinfektiösen Parodontitistherapie/GMT
4. Erhebung und Aufzeichnung von anamnestischen oder Befundparametern wie „Staging“/Krankheitsstadien, die keinen Einfluss auf die Ausgestaltung der therapeutischen Leistungen haben
5. Zusätzliche Gesprächsleistungen vor der Nachsorge:
 - Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch,
 - Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung
6. Parodontologisches Folgetherapiegespräch/risikospezifisches Nachsorge- und Motivationsgespräch
7. Anfärben von Plaque, Abklären von Wissen über Par-Erkrankungen und längerfristigen Zielen für die Mundgesundheit, Aufzeichnen von Sondierungsblutung
8. Bestimmung des Entzündungszustandes der Gingiva
9. Zusätzliche Befundevaluationen und deren Erörterungen nach chirurgischer Therapie
10. Mehrfaches Erstellen von Parodontalstaten mit Untersuchung *aller* Zähne in der Nachsorgephase
11. Supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen.

Zum Begriff „Nachsorge“

Hinsichtlich der Nomenklatur für die Phase und die Leistungen nach der antiinfektiösen Therapie besteht eine große Heterogenität. Verwendet werden beispielsweise Nachsorge, Unterstützende Parodontitistherapie (UPT) oder Recall. Am häufigsten findet sich der Begriff „Nachsorge“. Dieser Begriff ist gegenüber dem Begriff Unterstützende Parodontitistherapie zu bevorzugen, weil er anders als dieser die zeitliche Abfolge der Maßnahmen verdeutlicht.

Ein Begriff „Strukturierte Nachsorge“ erschiene redundant, weil davon auszugehen ist, dass auch verschiedene Nachsorgemodelle jeweils eine Struktur haben.

Zur Erbringungsfrequenz der Nachsorge auf Basis einer Progressionsabschätzung sowie zur Erbringungsdauer der Nachsorge

Zur angemessenen Häufigkeit der Erbringung der UPT konnte das IQWiG keine Aussagen treffen, weil es keine Studien gab, die auf Basis von RCTs den Nutzen der UPT im Vergleich zu keiner UPT ermittelt hätten.²²

Die Abteilung Fachberatung Medizin des Gemeinsamen Bundesausschusses hat auf Basis ihrer Literaturobwertung festgestellt, es sei anhand der eingeschlossen Studien nicht möglich, eine Aussage zur Häufigkeit der Erbringung der Nachsorgeleistungen je Jahr („UPT-Intervall“) abzuleiten, da die Studien nur vereinzelt Angaben zu dieser Fragestellung enthielten und die Studienlage zu heterogen ist.²³

Es gibt keine Studien, die den Nutzen einer Anwendung der Klassifikation nach Erkrankungsgraden/vermuteten Progressionsgeschwindigkeiten der Erkrankung und die darauf aufbauende unterschiedlich häufige Erbringung von Nachsorgeleistungen gegenüber einer Nichtdurchführung von Nachsorgeleistungen erprobt hätten. Der G-BA zieht daher nicht den Erkrankungsgrad („Grading“) als Indikator für die Geschwindigkeit der Parodontitis-Progression^{24, 25} heran, um eine patientenindividuell unterschiedlich hohe Frequenz an Nachsorgeterminen vorzusehen.

Eine Dauer von zwei Jahren ist angemessen. Nach diesem Zeitraum kann eine erneute Untersuchung des Parodontalzustands aller Zähne mittels Erstellung eines Parodontalstatus erfolgen, wodurch eventuell verbleibender Behandlungsbedarf ermittelt werden kann.

Nicht gefolgt werden kann der Vermutung, eine dreijährige Nachsorgephase sei geeignet, weil danach eine Stabilisierung des Parodontalzustands eintrete.²⁶ Bei den beiden Studien, auf die sich diese Vermutung stützt (Fardal 2003, Wilson 1987), handelt es sich um retrospektive Beobachtungen aus parodontologischen spezialisierten Praxen. Ergebnisse derartiger Beobachtungsstudien sind nicht belastbar, weil sie stark davon abhängen, dass nach der längere Teilnahmedauer Patienten mit einer besonders ausgeprägten Compliance verbleiben.

Vor dem Hintergrund der unzureichenden Evidenzlage sowie der eingangs geschilderten positiven epidemiologischen Entwicklung der Parodontitis, ohne dass eine Nachsorge eingeführt worden wäre, sieht der Gemeinsame Bundesausschuss eine einmal jährliche Erbringungsfrequenz ohne Anwendung einer Abschätzung vermuteter Progressionsgeschwindigkeiten und eine auf zwei Jahre begrenzte Erbringungsdauer der Nachsorge vorerst als ausreichend und wirtschaftlich an.

Zur Mundhygienekontrolle, Mundhygieneaufklärung und praktischen Anleitung

Die Mundhygienekontrolle umfasst die Beurteilung des Pflegezustands der Zähne, des festsitzenden und herausnehmbaren Zahnersatzes sowie der Mundschleimhaut.

Die Leistung soll innerhalb der Nachsorgephase erstmals innerhalb von vier Wochen nach Abschluss der antiinfektiösen Parodontitistherapie nach Nr. 5 erbracht werden. Sie kann auch im Zusammenhang mit derselben erfolgen, also auch vor der antiinfektiösen Parodontitistherapie oder beispielsweise zwischen zwei Terminen derselben, wenn Ober- und Unterkiefer getrennt behandelt werden.

²² IQWiG: Abschlussbericht „Systematische Behandlung von Parodontopathien“ (Auftrag N15-01, Version 1.0, Stand: 5. März 2018), S. 4, 9, 66

²³ Gemeinsamer Bundesausschuss 2019, a. a. O., S. 33

²⁴ Dannewitz et al. 2019, a. a. O.

²⁵ Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. J Clin Periodontol. 2018;45(Suppl 20):S149–S161.

²⁶ KZBV, BZÄK, DG Paro (2017): PAR-Versorgungskonzept. Konzept für die Behandlung von Parodontalerkrankungen bei Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung, S. 24

sechs Monaten nach Abschluss der antiinfektiösen Parodontitistherapie, sie umfasst die Messung von Sondierungstiefen, Furkationsbefall und Zahnlockerung nach Maßgabe von Nr. 2.

Als Untersuchungsparameter für die Entscheidung, ob eine subgingivale Instrumentierung einschließlich supragingivaler Reinigung nach Buchstabe c) durchgeführt wird, wird allein die Sondierungstiefe erhoben. Die die Leistung auslösende Sondiertiefe von 6 mm wurde gewählt, weil nach der antiinfektiösen Parodontitistherapie verbleibende Sondiertiefen von 6 mm oder mehr ein nicht ausreichendes Behandlungsergebnis darstellen, welches einer weiteren Bearbeitung bedarf.²⁷ Auf die Erfassung einer Blutung auf Sondieren wird verzichtet, weil sich bereits aus der Messung der Sondierungstiefe ergibt, ob die subgingivale Instrumentierung durchgeführt wird. Ebenso wird in der Nachsorge auf eine Erhebung der Parameter röntgenologischer Knochenabbau, Furkationsbefall und Zahnlockerung verzichtet, weil ihre Erhebung keine Konsequenzen hinsichtlich des Auslösens einer subgingivalen Instrumentierung im Verlauf der Nachsorge hätten. Ihre Erhebung im Sinne einer erneuten Erhebung des Parodontalstatus würde nur einer folgenlosen Untersuchungsleistung ohne Nutzen für die Versicherten entsprechen. Sie wäre nicht notwendig und damit auch nicht wirtschaftlich.

Das Ergebnis der Untersuchung des Zustands der im Rahmen der antiinfektiösen Parodontitistherapie behandelten Parodontien ist von der Vertragszahnärztin oder vom Vertragszahnarzt in einen Vordruck einzutragen. Die Einzelheiten zum Format des Vordrucks werden von Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vereinbart. Der Vordruck kann in der Struktur dem Vordruck des Parodontalstatus²⁸ entsprechen, wobei eine neue Überschrift „Untersuchung des Zustands der im Rahmen der antiinfektiösen Parodontitistherapie behandelten Parodontien“ erforderlich ist; wie im Parodontalstatus können enthalten sein: Versichertenstammdaten, Hinweisen zum Ausfüllen, Zahnschema, wegfallen können: geplante Leistungen, Gutachten, Abrechnung.

Entfernen aller supragingivalen und gingivalen Beläge

Das Entfernen supragingivaler und gingivaler Beläge ist keine vertragszahnärztliche Leistung sondern als „professionelle Zahnreinigung“ (PZR) GOZ-Leistung.

Diese Leistung wurde im Beratungsverfahren als möglicher Inhalt der Nachsorge/UPT insofern bewertet, als festgestellt wurde, dass zur professionellen Zahnreinigung als Maßnahmen einer – vor der antiinfektiösen Therapie durchgeführten – „Initialbehandlung“ keine verwertbaren Ergebnisse aus RCTs vorlagen. Daher ergab sich kein Anhaltspunkt für eine Effektmodifikation durch die PZR (Einfluss auf den Erfolg der Parodontitisbehandlung), weil diese in den einbezogenen Studien nicht untersucht wurde.²⁹

Des Weiteren ist die „supragingivale und gingivale“ Reinigung der Gingivitis-therapie zuzuordnen und daher kein Inhalt der Parodontitisbehandlung.

Überdies erfolgt in der Nachsorge/UPT eine Mundhygieneunterweisung/Mundhygieneaufklärung, deren Ziel ist, die Versicherten zur erforderlichen täglichen effektiven Plaqueentfernung zu befähigen.

Subgingivale Instrumentierung einschließlich supragingivaler Reinigung

²⁷ Matuliene G, Pjetursson BE, Salvi GE, Schmidlin K, Brägger U, Zwahlen M, Lang NP: Influence of residual pockets on progression of periodontitis and tooth loss: results after 11 years of maintenance. J Clin Periodontol. 2008 35(8):685-95

²⁸ Anlage zum Bundesmantelvertrag Zahnärzte, Vordruck 5b, Blatt 2

²⁹ Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG): Abschlussbericht N15-01 Version 1.0. Systematische Behandlung von Parodontopathien, Köln, 05.03.2018, S. 72

Die subgingivale Instrumentierung einschließlich supragingivaler Reinigung erfolgt an den Parodontien, die im Rahmen der antiinfektiösen Parodontitistherapie behandelt wurden und bei der Untersuchung des Parodontalzustands nach Buchstabe a) eine Sondiertiefe von 6 mm oder mehr aufweisen. In der Bezeichnung der Leistung wurde auf den Begriff „äquingival“ verzichtet, weil dieser Begriff – auch international – nicht üblich und darüber hinaus entbehrlich ist. Die Bereiche „subgingival“ und „supragingival“ umfassen bereits das gesamte Parodontium.

Die die Leistung auslösende Sondiertiefe von 6 mm wurde gewählt, weil nach der antiinfektiösen Parodontitistherapie verbleibende Sondiertiefen von 6 mm oder mehr ein nicht ausreichendes Behandlungsergebnis darstellen, welches einer weiteren Bearbeitung bedarf.³⁰

3. Würdigung der Stellungnahmen

[Wird nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens ergänzt]

4. Bürokratiekostenermittlung

Es ergeben sich aus dem Beschlussentwurf zur Neufassung der Richtlinie zur zahnärztlichen Früherkennung keine zusätzlichen Bürokratiekosten für die Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte.

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
22.07.2013		Antrag der Patientenvertretung zur Bewertung der „Systematischen Behandlung von Parodontopathien (Par-Behandlung)“ gemäß § 135 Absatz 1 SGB V
17.10.2013	G-BA	Annahme des Antrags und Einleitung des Beratungsverfahrens gemäß 1. Kapitel § 5 VerFO sowie Beauftragung des Unterausschusses Methodenbewertung mit der Durchführung der Nutzenbewertung
25.09.2014	UA MB	Ankündigung des Bewertungsverfahrens gemäß 2. Kapitel § 6 Absatz 1 VerFO
30.09.2019		Ankündigung des Bewertungsverfahrens im Bundesanzeiger
19.03.2015	G-BA	Beauftragung des IQWiG mit der Bewertung der „Systematischen Behandlung von Parodontopathien“
05.03.2018	IQWiG	Übermittlung des Abschlussbericht des IQWiG zur Bewertung der „Systematischen Behandlung von Parodontopathien“ (N15-01) an die Geschäftsstelle des G-BA
29.11.2018	UA MB	Beauftragung der Fachberatung Medizin des G-BA mit der Untersuchung der Effekte einer regelmäßigen strukturierten

³⁰ Matuliene G, Pjetursson BE, Salvi GE, Schmidlin K, Brägger U, Zwahlen M, Lang NP: Influence of residual pockets on progression of periodontitis and tooth loss: results after 11 years of maintenance. J Clin Periodontol. 2008 35(8):685-95

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
		Nachsorge (Unterstützende Parodontistherapie, UPT) bei Patientinnen und Patienten nach vorausgegangener aktiver Parodontistherapie (APT)
14.08.2019		Stellungnahme der Fachberatung Medizin des G-BA zum Auftrag des UA MB vom 29. November 2018
12.12.2019	UA MB	Abschließende Beratungen zur sektorenübergreifenden Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit der systematischen Behandlung von Parodontopathien und Weitergabe des Ergebnisses an den UA ZÄ
15.05.2020	UA ZÄ	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
TT.MM.JJJJ	UA ZÄ	Anhörung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen
TT.MM.JJJJ	UA ZÄ	Würdigung der mündlichen Stellungnahmen und abschließende Beratung zur Vorbereitung der Beschlussfassung durch das Plenum
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Richtlinie
TT.MM.JJJJ		Nichtbeanstandung des BMG
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

6. Fazit

Auf Antrag des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) vom XX. XX. 2019 hat der G-BA eine Änderung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) beschlossen.

Ziel der Änderung der Behandlungsrichtlinie ist die Umsetzung der Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit der Systematische Behandlung von Parodontopathien gemäß § 135 Absatz 1 Satz 1 und Satz 2 SGB V, des Weiteren die Umsetzung von Folgeänderungen hinsichtlich der Erhebung des Parodontalen Screening-Index (PSI), sowie der Behandlung von Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen, nekrotisierenden Parodontalerkrankungen und Parodontalabszessen.

Berlin, den TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankun- gen (PAR-Richtlinie): Erstfassung

Vom TT. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ die Erstfassung der Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) beschlossen:

- I. „Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie)

§ 1 Regelungsgegenstand

¹Diese Richtlinie regelt gemäß §§ 28 Absatz 2 Satz 1, 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) die Voraussetzungen zur Erbringung von Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung. ²Die Richtlinie dient der Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der zahnmedizinischen Erkenntnisse und des zahnmedizinischen Fortschrittes.

§ 2 Grundlagen der Erkrankung und Ziele der Behandlung

(1) ¹Parodontitis ist eine chronisch entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparats (Parodont). ²Das Parodont, besteht aus dem Zahnfleisch (Gingiva), dem Wurzelzement, der Wurzelhaut (Desmodont) und dem Alveolarknochen. ³Im Verlauf der Erkrankung rufen bakterielle Zahnbeläge (dentale Biofilm) eine Entzündung der Gingiva, hervor. ⁴Folge der Entzündungsreaktion ist eine Gingivitis. ⁵Durch eine Veränderung des Biofilms und bestimmter, teilweise durch die Betroffenen beeinflussbare Risikofaktoren, beispielsweise Rauchen, Diabetes mellitus und psychosoziale Belastungen, kann es zur Progression der Entzündung kommen, die schließlich zu einer Parodontitis führt. ⁶Die entzündungsbedingten Veränderungen des Saumepithels führen zu einer Ausdehnung des Biofilms in den subgingivalen Bereich. ⁷Etabliert sich die Entzündung entstehen Zahnfleischtaschen, die die Vermehrung der parodontopathogenen Bakterien weiter begünstigen. ⁸Durch die Abwehrreaktion des Körpers kommt es zum Attachment- und Alveolarknochenverlust. ⁹Schreitet der Abbauprozess weiter fort, führt dieser zu einer Zahnlockerung und gegebenenfalls zu Zahnstellungsveränderungen bis hin zum Zahnverlust.

(2) Die Ziele der systematischen Behandlung von Parodontitis sind es, entzündliche Veränderungen des Parodonts zum Abklingen zu bringen, einem weiteren Attachment- und Zahnverlust, und damit der Progredienz der Erkrankung vorzubeugen und den Behandlungserfolg langfristig zu sichern.

§ 3 Anamnese, Befund, Diagnose, und Dokumentation

(1) Grundlage für die Therapie sind die allgemeine und die parodontitisspezifische Anamnese, der klinische Befund (Parodontalstatus) ergänzt in Abhängigkeit von der rechtfertigenden Indikation durch Röntgenaufnahmen, die Diagnose und die vertragszahnärztliche Dokumentation.

(2) Die parodontitisspezifische Anamnese umfasst die Erhebung von Risikofaktoren für Parodontitis:

- Diabetes mellitus mit Angabe des HbA1c-Wertes,
- Tabakkonsum (nein / ja - äquivalent < 10 Zigaretten pro Tag / ja - äquivalent ≥ 10 Zigaretten pro Tag).

(3) Die Dokumentation des klinischen Befunds (Parodontalstatus) umfasst:

1. Sondierungstiefen und Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn, eine davon mesioapproximal und eine distoapproximal; bei der Messung der Sondierungstiefen wird der Wert jeweils auf den nächsten ganzen Millimeter aufgerundet.
2. den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe Knochenabbau (%) / Alter
3. Furkationsbefall:

Grad 0 = keine Furkationsbeteiligung sondierbar
Grad I = bis 3 mm in horizontaler Richtung sondierbar
Grad II = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung, jedoch nicht durchgängig sondierbar
Grad III = durchgängig sondierbar
4. Zahnlockerung:

Grad 0 = normale Zahnbeweglichkeit
Grad I = gering horizontal (0,2 mm – 1 mm)
Grad II = moderat horizontal (mehr als 1 mm)
Grad III = ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und in vertikaler Richtung
5. Zahnverlust aufgrund Parodontitis.

(4) Der Röntgenbefund erfordert aktuelle (in der Regel nicht älter als zwölf Monate) auswertbare Röntgenaufnahmen.

(5) Die Diagnosen sind gemäß der jeweils gültigen Klassifikation der Parodontal-erkrankungen der maßgeblichen parodontologischen wissenschaftlichen Fachgesellschaft anzugeben.

(6) Bei Versicherten, die Leistungen nach § 22a SGB V erhalten, soll der Dokumentationsbogen gemäß § 8 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) in die Planung der Therapie einbezogen werden.

§ 4 Behandlungsbedürftigkeit der Parodontitis

(1) Die systematische Behandlung einer Parodontitis ist angezeigt, wenn eine der folgenden Diagnosen gestellt wird und dabei eine Sondierungstiefe von 4 mm oder mehr vorliegt:

1. Parodontitis

a) Staging:

Basierend auf Schweregrad und Komplexität des Managements

Stadium I: initiale Parodontitis

Stadium II: moderate Parodontitis

Stadium III: schwere Parodontitis mit Potenzial für weiteren Zahnverlust

Stadium IV: schwere Parodontitis mit Potenzial für Verlust der Dentition

Ausdehnung und Verteilungsmuster

Beschreibung:

- lokalisiert: <30% der Zähne
- generalisiert: ab 30% der Zähne
- Molaren/Inzisiven Muster

b) Grading:

Hinweis oder Risiko für rasche Progression, erwartetes Behandlungsergebnis

Grad A: langsame Progressionsrate

Grad B: moderate Progressionsrate

Grad C: rasche Progressionsrate

2. Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen

3. Andere das Parodont betreffende Zustände:

- Generalisierte gingivale Vergrößerungen

(2) Bei weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75 % oder einem Furkationsbefall von Grad III ist bei gleichzeitigem Vorliegen eines Lockerungsgrades III in der Regel die Entfernung des Zahnes angezeigt.

§ 5 Genehmigung

¹Die Durchführung der systematischen Parodontitistherapie bedarf der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. ²Der Antrag wird der Krankenkasse mittels eines zwischen den Bundesmantelvertragspartnern vereinbarten Datensatzes übermittelt. ³Die Krankenkasse prüft den Antrag unter Beachtung der Vorgaben des § 13 Abs. 3a SGB V.

§ 6 Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch

Im Anschluss an die Durchführung von Anamnese, Diagnose, Prognose und Therapieplanung erfolgen im Rahmen eines vertragszahnärztlichen risikospezifischen parodontologischen Aufklärungs- und Therapiegesprächs

- die Erörterung von Befund, Diagnose, Therapiealternativen und deren Bedeutung,
- die Information über und die gemeinsame Entscheidungsfindung für die daraus folgende Therapie,
- die Information über die Bedeutung von gesundheitsbewusstem Verhalten zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren (z.B. Verweis auf ärztliche Behandlung bei Versicherten, bei denen die allgemeine Anamnese Hinweise auf nicht adäquat behandelte Allgemeinerkrankungen gibt; Rat zur Einstellung oder Einschränkung von Tabakkonsum).
- die Information über Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen.

§ 7 Reizfaktoren; notwendige konservierend-chirurgische Maßnahmen

(1) Reizfaktoren sollten, wenn möglich vor, spätestens aber im zeitlichen Zusammenhang mit Beginn der Parodontitistherapie beseitigt werden.

(2) ¹Vertragszahnärztlich notwendige konservierend-chirurgische Maßnahmen sind je nach Indikation vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie durchzuführen. ²Die jeweiligen Vorgaben der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) sind zu beachten.

§ 8 Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung

¹Im zeitlichen Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie nach § 9 erfolgt zur Sicherung eines langfristigen Behandlungserfolgs eine patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung des oder der Versicherten. ²Die Mundhygieneunterweisung umfasst

- eine Mundhygieneaufklärung; hierbei soll in Erfahrung gebracht werden, über welches Wissen zu parodontalen Erkrankungen die oder der Versicherte verfügt, wie ihre oder

seine Zahnpflegegewohnheiten aussehen und welche langfristigen Ziele bezogen auf ihre oder seine Mundgesundheit die oder der Versicherte verfolgt.

- die Bestimmung des Entzündungszustandes der Gingiva,
- das Anfärben von Plaque,
- eine individuelle Mundhygieneinstruktion,
- die praktische Anleitung zur risikospezifischen Mundhygiene; hierbei sollte eine Bestimmung der individuell geeigneten Mundhygienehilfsmittel vorgenommen und praktisch geübt werden.

³Die Mundhygieneunterweisung soll in einer die jeweilige individuelle Versichertensituation berücksichtigenden Weise erfolgen. ⁴Bei Versicherten, die Leistungen nach § 22a SGB V erhalten, sollen bereits erfolgte Maßnahmen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) berücksichtigt werden.

§ 9 Antiinfektiöse Therapie (geschlossenes Vorgehen)

¹Die antiinfektiöse Therapie dient der Beseitigung der entzündlichen Prozesse; Blutung bzw. Suppuration auf Sondierung sollen weitgehend eliminiert werden. ²Die antiinfektiöse Therapie erfolgt im Rahmen eines geschlossenen Vorgehens und sollte nach Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen abgeschlossen werden. ³Dabei werden bei Zahnfleischtaschen mit einer Sondierungstiefe von 4 mm und mehr alle supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkremente) entfernt.

§ 10 Adjuvante Antibiotikatherapie

(1) Bei besonders schweren Formen der Parodontitis, die mit einem raschen Attachmentverlust einhergehen, können systemisch wirkende Antibiotika im zeitlichen Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie verordnet werden.

(2) Eine mikrobiologische Diagnostik sowie eine lokale Antibiotikatherapie sind nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

§ 11 Befundevaluation

¹Drei bis sechs Monate nach Beendigung der antiinfektiösen Therapie erfolgt die erste Evaluation der parodontalen Befunde. ²Die hierzu notwendige Dokumentation des klinischen Befunds (Parodontalstatus) umfasst:

1. Sondierungstiefe und Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn, eine davon mesioapproximal und eine distoapproximal; bei der Messung der Sondierungstiefen wird der Wert jeweils auf den nächsten ganzen Millimeter aufgerundet.
2. röntgenologischer Knochenabbau sowie die Angabe Knochenabbau (%) / Alter
3. Furkationsbefall:
 - Grad 0 = keine Furkationsbeteiligung sondierbar
 - Grad I = bis 3 mm in horizontaler Richtung sondierbar
 - Grad II = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung, jedoch nicht durchgängig sondierbar
 - Grad III = durchgängig sondierbar
4. Zahnlockerung:
 - Grad 0 = normale Zahnbeweglichkeit
 - Grad I = gering horizontal (0,2 mm – 1 mm)
 - Grad II = moderat horizontal (mehr als 1 mm)
 - Grad III = ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und in vertikaler Richtung.

³Der Vergleich mit den Befunddaten erlaubt die zielgenaue Planung des weiteren Vorgehens.

§ 12 Parodontologisches Folgetherapiegespräch / risikospezifisches Nachsorge- und Motivationsgespräch

¹In einem vertragszahnärztlichen parodontologischen Folgetherapiegespräch werden die Ergebnisse der Evaluation gemeinsam mit der oder dem Versicherten besprochen. ²In Abhängigkeit der Ergebnisse der Evaluation kann sich die Notwendigkeit der Durchführung einer chirurgischen Therapie gemäß § 13 ergeben. ³Soweit keine chirurgische Therapie notwendig ist, wird gemeinsam mit der oder dem Versicherten der Ablauf der sich anschließenden unterstützenden Parodontitistherapie gemäß § 14 besprochen. ⁴In diesem Zusammenhang erfolgt mittels eines vertragszahnärztlichen risikospezifischen parodontologischen Nachsorge- und Motivationsgesprächs eine Remotivation der oder des Versicherten durch erneute Gesundheitsaufklärung und Verhaltensinstruktion.

§ 13 Chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)

(1) ¹Nach dem geschlossenen Vorgehen ist gemäß § 12 Satz 2 zu prüfen, ob die zahnmedizinische Notwendigkeit besteht, an einzelnen Parodontien zusätzlich ein offenes Vorgehen durchzuführen. ²Dies kann für Parodontien angezeigt sein, bei denen im Rahmen der Befundevaluation gemäß § 11 eine Sondierungstiefe von ≥ 6 mm gemessen wurde. ³Die Entscheidung, ob ein offenes Vorgehen durchgeführt werden soll, trifft die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt nach gemeinsamer Erörterung mit der oder dem Versicherten. ⁴Im Frontzahnbereich besteht aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen. ⁵Sofern auf Grundlage der Entscheidung nach Satz 3 ein offenes Verfahren durchgeführt wird, gibt die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt diese Entscheidung der Krankenkasse zur Kenntnis.

(2) ¹Drei bis sechs Monate nach Beendigung der chirurgischen Therapie erfolgen eine erneute Befundevaluation und deren Erörterung. ²§ 11 und § 12 Sätze 1, 3 und 4 gelten entsprechend.

§ 14 Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)

(1) ¹Die unterstützende Parodontitistherapie (UPT) dient der Sicherung der Ergebnisse der antiinfektiösen und einer gegebenenfalls erfolgten chirurgischen Therapie. ²Mit der UPT soll drei bis sechs Monate nach Abschluss des geschlossenen bzw. offenen Vorgehens gemäß §§ 9 und 13 begonnen werden.

(2) Die UPT umfasst

- die Mundhygienekontrolle,
- soweit erforderlich eine erneute Mundhygieneunterweisung,
- die vollständige supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen,
- bei Sondierungstiefen von ≥ 4 mm und Sondierungsbluten sowie an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von ≥ 5 mm die subgingivale Instrumentierung an den betroffenen Zähnen,
- ab dem zweiten Jahr einmal im Kalenderjahr die Untersuchung des Parodontalzustands und die Erhebung des Parodontalstatus; die hierzu notwendige Dokumentation des klinischen Befunds (Parodontalstatus) umfasst:
 1. Sondierungstiefe und Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn, eine davon mesioapproximal und eine distoapproximal; bei der Messung der Sondierungstiefen wird der Wert jeweils auf den nächsten ganzen Millimeter aufgerundet.

2. röntgenologischer Knochenabbau sowie die Angabe Knochenabbau (%) / Alter

3. Furkationsbefall:

Grad 0 = keine Furkationsbeteiligung sondierbar

Grad I = bis 3 mm in horizontaler Richtung sondierbar

Grad II = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung, jedoch nicht durchgängig sondierbar

Grad III = durchgängig sondierbar

4. Zahnlockerung:

Grad 0 = normale Zahnbeweglichkeit

Grad I = gering horizontal (0,2 mm – 1 mm)

Grad II = moderat horizontal (mehr als 1 mm)

Grad III = ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und in vertikaler Richtung.

(3) ¹Die in Absatz 2 geregelten Maßnahmen der UPT sollen für einen Zeitraum von drei Jahren regelmäßig erbracht werden. ²Die Frequenz der Erbringung der Maßnahmen der UPT richtet sich nach dem gem. § 4 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) festgestellten Grad der Parodontalerkrankung:

Grad A: einmal im Kalenderjahr mit einem Mindestabstand von zehn Monaten

Grad B: einmal im Kalenderhalbjahr mit einem Mindestabstand von fünf Monaten

Grad C: einmal im Kalendertertial mit einem Mindestabstand von drei Monaten

(4) ¹Soweit über diesen Zeitraum hinaus eine Verlängerung der UPT-Maßnahmen zahnmedizinisch erforderlich ist, bedarf diese Verlängerung der erneuten vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. ²Die Krankenkasse prüft den Antrag unter Beachtung der Vorgaben des § 13 Abs. 3a SGB V.“

II. Die Richtlinie tritt am TT. Monat JJJJ in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss

gemäß § 91 SGB V

Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie): Erstfassung

vom TT. Monat JJJJ

Inhalt

1. Rechtsgrundlage
2. Eckpunkte der Entscheidung
3. Bürokratiekostenermittlung
4. Stellungnahmeverfahren
5. Verfahrensablauf
6. Fazit
7. Zusammenfassende Dokumentation

1. Rechtsgrundlage

Nach § 28 Absatz 2 Satz 1 und § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Nach § 92 Abs. 1 SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss die zur Sicherung der (zahn-)ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten und trägt dabei auch den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter sowie psychisch kranker Menschen Rechnung. Die Richtlinien haben sich an dem allgemein anerkannten Stand der (zahn-)medizinischen Erkenntnisse und des (zahn-)medizinischen Fortschrittes zu richten.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Mit vorliegendem Beschluss setzt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Ergebnisse des Verfahrens zur Bewertung der systematischen Behandlung von Parodontopathien (Par-Behandlung) gemäß § 135 Absatz 1 SGB V i.V.m. 2. Kapitel § 15 Abs. 1 VerfO um. In diesem Zusammenhang passt er die bestehenden Regelungen zur Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen an die 2018 veröffentlichte aktuelle Klassifikation parodontaler Erkrankungen an. Zur Umsetzung beider Komplexe überführt der G-BA die Regelungen zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen in eine eigene Richtlinie. Mit gesondertem Beschluss passt er die bisherigen Vorgaben in der Behandlungs-Richtlinie an.

2.1 Antrag und Umsetzung des Methodenbewertungsverfahrens gem. § 135 Absatz 1 Satz 1 und Satz 2 SGB V

Mit Schreiben vom 22. Juli 2013 hat die Patientenvertretung gem. § 140f SGB V einen Antrag auf Bewertung der systematischen Behandlung von Parodontopathien (Par-Behandlung) gemäß § 135 Absatz 1 SGB V gestellt. Der Antrag wurde mit Beschluss des G-BA vom 17. Oktober 2013 angenommen.

Der G-BA hat in seiner Sitzung am 19. März 2015 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur systematischen Behandlung von Parodontopathien gemäß § 139b Absatz 1 Satz 1 i. V. m. § 139a Absatz 3 SGB V beauftragt.

Die Bewertung des medizinischen Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit als erster Schritt des Bewertungsverfahrens wurde im Zuständigkeitsbereich des Unterausschuss Methodenbewertung (UA MB) des G-BA auf Grundlage des IQWiG-Berichts (Abschlussbericht des IQWiG zur Nutzenbewertung der Systematischen Behandlung von Parodontopathien [Auftrag N15-01, Version 1.0, Stand: 5. März 2018]) sowie auf Grundlage einer ergänzenden Recherche des G-BA zur unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) vom 14. August 2019 durchgeführt.

Am 12. Dezember 2019 hat der UA MB seine Beratungen über die Ergebnisse der Nutzenbewertung zur systematischen Behandlung von Parodontopathien abgeschlossen und diese Er-

gebnisse in Form eines Berichtes dem Unterausschuss Zahnärzte (UA ZÄ) zur weiteren Beratung übermittelt. Die sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext wurde auch mit Blick auf die erforderlichen Richtlinienberatungen durch den UA ZÄ vorgenommen.

Auf Grundlage der Ergebnisse der Nutzenbewertung passt der G-BA die Regelungen zur systematischen Behandlung von Parodontopathien (derzeit Abschnitt B V. der Behandlungs-RL) an.

2.2 Implementierung der aktuellen Klassifikation zu Parodontitis und anderen parodontalen Erkrankungen

Die international von den meisten Fachgesellschaften genutzte Klassifikation ist die der American Academy of Periodontology (AAP). Im Jahr 2002 wurde diese als eine Modifikation von der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie übernommen und der deutschen Zahnärzteschaft zur Verfügung gestellt. Die Klassifikation ermöglichte erstmals eine Unterscheidung der verschiedenen Formen von Parodontalerkrankungen (Armitage, G. C., 1999).

In enger Kooperation der American Academy of Periodontology (AAP) und der European Federation of Periodontology (EFP) im Rahmen eines internationalen Konsensusverfahrens wurde die Klassifikation an den aktuellen Wissensstand angepasst und erneuert. Die Ergebnisse und Empfehlungen wurden in einem gemeinsamen Workshop 2017 von im Konsens erarbeitet. Die wissenschaftlichen Evidenz-Beiträge und Konsensberichte wurden 2018 publiziert – eine deutsche Übersetzung wurde von der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DG PARO) erarbeitet und bereitgestellt (www.dgparo.de). Die aktuelle Klassifikation ersetzt die vorherige Klassifikation der American Academy of Periodontology (AAP) aus dem Jahr 1999 (Caton et al. 2018; Chapple et al., 2018; Papapanou et al., 2018; Jepsen et al., 2018; Berglundh et al. 2018).

Die aktuelle Klassifikation verankert den aktuellen Wissensstand in Bezug auf Epidemiologie, Ätiologie und Pathogenese der Erkrankung. Zudem umfasst sie ein neues Klassifikationschema mit entsprechenden Falldefinitionen. Die Klassifikation charakterisiert Parodontitis als multidimensional, indem sie sowohl die Schwere und das Ausmaß der Erkrankung, als auch deren Progression mit Hilfe eines Staging- und Grading-Ansatzes erfasst. Es werden dabei auch die bisherigen Krankheitserfahrungen sowie die Komplexität der erforderlichen Behandlungen berücksichtigt.

Gemäß §§ 92 Abs. 1, 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V haben sich die Richtlinien des G-BA an dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse und des zahnmedizinischen Fortschrittes zu orientieren. Bezugnehmend hierauf ergibt sich das Erfordernis der Integration der aktuellen Klassifikation in die entsprechenden Regelungen des G-BA.

2.3 Entscheidung zur Überführung der Vorgaben zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen in eine eigenständige Richtlinie

Der skizzierte Überarbeitungsbedarf mündet in einer umfassenden Anpassung des Abschnitts B V. „Systematische Behandlung von Parodontopathien“ in der Behandlungs-Richtlinie. Die Behandlungs-Richtlinie weist eine formell und inhaltlich veraltete Struktur auf. Daher hat der

G-BA entschieden, die Regelungen zur Ausgestaltung der systematischen Behandlung von Parodontopathien in eine eigenständige Richtlinie zu überführen. Damit setzt er den bereits von ihm konsequent beschrittenen Weg fort, fachlich abgeschlossene Leistungsbereiche der vertragszahnärztlichen Versorgung (z.B. Zahnersatz, KFO, ECC, § 22a SGB V, Individualprophylaxe) in eigenständigen Richtlinien zu regeln, da sie neben den allgemeinen Regelungen fachlich begründete lex-specialis-Regeln erfordern. In der Konsequenz verbleiben in der Behandlungs-Richtlinie die allgemeinen Regelungen zum Parodontitis-Screening mittels Parodontalem Screening Index (PSI) sowie der Definition des Umfangs der vertragszahnärztlichen Versorgung von parodontalen Erkrankungen, die nicht der systematischen Behandlung zuzuordnen sind und daher zwingend gesondert zu regeln sind. Damit löst der G-BA den bislang bestehenden Widerspruch in den Regelungen der Behandlungs-RL auf, die fachlich unscharf auch Akutformen der Parodontitis unter den Begriff der „systematischen Behandlung“ subsumiert hatten. Auch wird hierdurch die ansonsten bestehende Notwendigkeit umgangen, die Behandlungs-Richtlinie insgesamt formell neu zu gliedern und damit mittelbar Auswirkungen auf andere vertragszahnrechtliche Leistungsbereiche zu erzeugen.

2.3 Zu den Regelungen im Einzelnen

§ 1 Regelungsgegenstand

§ 1 nennt die Rechtsgrundlagen, aus denen sich der Auftrag des G-BA zur Regelung der systematischen PAR-Behandlung ergibt, um damit die Leistungsansprüche der Versicherten zu konkretisieren. Mit der vorliegenden Richtlinie konkretisiert der Gemeinsame Bundesausschuss den nach §§ 28 Absatz 2 Satz 1, 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vorgegebenen Leistungsanspruch auf systematische PAR-Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Die Richtlinie dient damit unter Berücksichtigung der Ergebnisse des o.g. Methodenbewertungsverfahrens der Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der zahnmedizinischen Erkenntnisse und des zahnmedizinischen Fortschrittes.

Dabei handelt es sich um Leistungen, die sich nach der systematischen Parodontitistherapie in die folgenden Behandlungsschritte gliedern:

- Anamnese, Befunderhebung, Diagnose und Behandlungsbedürftigkeit (§§ 3 und 4)
- Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch + Entfernung von Reizfaktoren; notwendige konservierend-chirurgische Maßnahmen (§ 6 & § 7)
- Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (§ 8)
- AIT - Antiinfektiöse Therapie (§ 9)
- wenn notwendig, adjuvante Antibiotikatherapie (§ 10)
- (Befund-)Evaluation + Parodontologisches Folgetherapiegespräch / risikospezifisches Nachsorge- und Motivationsgespräch (§ 12)
- wenn notwendig, chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)
+ (Befund-)Reevaluation

- + Parodontologisches Folgetherapiegespräch / risikospezifisches Nachsorge- und Motivationsgespräch (§ 13)
- Unterstützende Parodontitistherapie (UPT) zur Sicherung des Behandlungserfolgs (§ 14)

§ 2 Grundlagen der Erkrankung und Ziele der Behandlung

Zu Absatz 1

Absatz 1 beschreibt die Erkrankung und die Entstehung der Parodontitis.

Zu Absatz 2

Absatz 2 formuliert vor dem geschilderten Hintergrund die Ziele der systematischen Parodontitistherapie. Das übergeordnete Ziel einer parodontalen Therapie ist die langfristige Erhaltung der Zähne in einem gesunden, funktionellen und schmerzfreien Zustand. Als konkrete Therapieziele werden angestrebt, entzündliche Veränderungen des Parodonts zum Abklingen zu bringen, um damit einem weiteren Attachment- und Zahnverlust und damit der Progredienz der Erkrankung vorzubeugen und den Behandlungserfolg langfristig zu sichern.

§ 3 Anamnese, Befund, Diagnose, und Dokumentation

Zu Absatz 1

Um eine Therapieentscheidungen unter Zugrundlegung der aktuellen Klassifikation treffen zu können, sind

- eine allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese,
- die Erhebung eines Parodontalstatus, ggf. ergänzt durch Röntgenaufnahmen in Abhängigkeit der jeweiligen Indikation,
- die Diagnose sowie die entsprechende Dokumentation erforderlich.

Zu Absatz 2

Die Anamnese umfasst die Erhebung von spezifischen Risikofaktoren für die Parodontitis. Als spezifische Risikofaktoren gelten das Rauchverhalten und Diabetes mellitus. Sie können die immunologische und entzündliche Reaktion gegenüber Plaque verändern und haben tiefgreifende Auswirkungen auf das gingivale Gewebe (Papapanou et al., 2018; Chapple et al. 2018; Jepsen & Dommisch, 2019). Studien zeigen, dass zwischen dem Ausmaß des Tabakkonsums und der Schwere der Parodontalerkrankung ein unmittelbarer Zusammenhang besteht. Das Heilungspotential des Gewebes ist vermindert und reduziert damit die Erfolgsaussichten der Therapie. Auch die Erkrankung Diabetes ist für die systematische Parodontitistherapie von herausragender Bedeutung. Das Level der Hyperglykämie ist für das Ausmaß des Einflusses auf den Verlauf der Parodontitis bedeutsam und hat damit Einfluss auf das Grading (Jepsen et al., 2018).

Diese Informationen sind damit zur Analyse und zur Einschätzung des Risikos für zukünftige Progressionen relevant. Eine Modifikation zur Einordnung des Gradings gemäß § 4 Abs. 1 (Grad der Erkrankung) kann damit auf Basis der spezifischen Risikofaktoren erfolgen. Hinsichtlich der Dokumentation des Tabakkonsums überführt § 3 Abs. 2 die Klassifikation in eine

praxistaugliche Form, mit der alle Formen des Tabakkonsums berücksichtigt und erfasst werden können.

Zu Absatz 3

Der Absatz 3 legt die zu erfassenden klinischen Parameter fest, die für die Dokumentation des klinischen Befunds (Parodontalstatus) notwendig sind.

Zu Ziffer 1

Klinisch aussagekräftige Beschreibungen der Parodontitis sind die Anzahl der Zähne mit einer Sondierungstiefe über bestimmten Schwellenwerten (≥ 4 mm und ≥ 6) sowie der Anteil von Stellen, die bei der Sondierung bluten. Die Sondierungstiefen und die Sondierungsblutung stellen die Ausprägung der Entzündung dar und lassen damit Schlussfolgerungen über den gegenwärtigen Behandlungsbedarf zu. Die parodontale Entzündung – im Allgemeinen gemessen als Blutung auf Sondieren (bleeding on probing, BOP) – ist zudem ein wichtiger klinischer Parameter in Bezug auf die Beurteilung der parodontalen Therapieergebnisse und des verbleibenden Krankheitsrisikos nach der Behandlung (Chapple et al. 2018, Sanz & Tonetti, 2019).

Zu Ziffer 2.

Die Schwere der Erkrankung bemisst sich anhand des röntgenologischen Knochenabbaus oder über den approximalen Attachmentverlust (Papapanou et al., 2018). Die Prozentwerte beziehen sich auf den approximalen Knochenabbau in Relation zur Wurzellänge (Distanz Schmelz-Zement-Grenze zum Limbus alveolaris/Wurzellänge x 100) und können abgeschätzt werden (15% = 1/6 der Wurzellänge; 33% = 1/3 der Wurzellänge).

Die Einteilung nach Stadien (Staging) gemäß § 4 Abs.1 kann anhand des röntgenologischen Knochenabbaus oder über den approximalen Attachmentverlust erfolgen. Darüber hinaus wird die Anzahl der aufgrund von Parodontitis fehlenden Zähne berücksichtigt.

Zu Ziffern 3. 4. und 5.

Eine weitere Dimension der Erkrankung ist die Komplexität der Behandlung. Neben den Faktoren der Sondierungstiefe, Art des Knochenabbaus gehören in die diagnostische Klassifizierung zur Beurteilung der Komplexität der Erkrankung, die Furkationsbeteiligung und die Zahnlockerung (Eickholz & Walter 2018; Lindhe & Nyman 1977; Sanz & Tonetti. 2018; Papapanou et al., 2018).

Zu Absatz 4

Der Absatz 4 regelt die Vorgaben zu den Röntgenaufnahmen für den Röntgenbefund. Röntgenaufnahmen sind für die spezifische Diagnostik, wie zur Messung des parodontalen Knochenabbaus heranzuziehen. Erforderlich sind aktuelle (in der Regel nicht älter als 12 Monate) auswertbare Röntgenaufnahmen. Eine 12-Monatsgrenze zur regelhaften Erneuerung von Röntgenbildern ist in Abänderung der bisherigen Grenze von 6 Monaten ausreichend. Parodontitis ist eine langsam progrediente Erkrankung (Needleman et al., 2018). In Abhängigkeit der Schwere des Falles/ von der Progredienz der Erkrankung, obliegt es dem Zahnarzt oder der Zahnärztin, über die Aktualität der Röntgenaufnahmen zu entscheiden. Die Qualität digitaler Aufnahmen muss denen herkömmlicher Verfahren entsprechen (z.B. DIN-Norm).

Zu Absatz 5

Der Absatz spezifiziert wie bisher die Notwendigkeit, dass die Diagnostik der Parodontalerkrankungen gemäß dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse und des zahnmedizinischen Fortschrittes in Anwendung der jeweils geltenden aktuellen international anerkannten Klassifikation zu erfolgen hat.

Zu Absatz 6

Seit dem 1. Juli 2018 ist die Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen: Erstfassung (Richtlinie nach § 22a SGB V) in Kraft. Danach haben Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch erhalten, unter anderem Anspruch auf Leistungen zur Erhebung eines Mundgesundheitsstatus nach § 4, zur Erstellung eines individuellen Mundgesundheitsplans nach § 5 sowie einer Mundgesundheitsaufklärung nach § 6. Die Inhalte der Maßnahmen der §§ 4 und 5 sind durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt gemäß § 8 in einen Vordruck einzutragen. Dieser Vordruck/Dokumentationsbogen soll in Fällen, in denen Versicherte auch Leistungen nach § 22a SGB V erhalten, in die Planung der Therapie miteinbezogen werden, um die Maßnahmen aufeinander abzustimmen. Einerseits ist auf Grundlage des Vordrucks/Dokumentationsbogens ggf. neue und zusätzliche Information zur individuellen Therapieplanung zu entnehmen, andererseits sollen bereits erfolgte Maßnahmen Berücksichtigung finden.

§ 4 Behandlungsbedürftigkeit der Parodontitis

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt, ab wann im Rahmen der klinischen Versorgung eine systematische Behandlung einer Parodontitis angezeigt ist. Die Behandlungsbedürftigkeit besteht, wenn eine Sondierungstiefe von 4 mm und mehr vorliegt und eine der folgenden Diagnosen gestellt wurde: Parodontitis, Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen, andere das Parodont betreffende Zustände. Die Differentialdiagnostik zur Feststellung, welche Form der Erkrankung vorliegt, basiert auf den unter § 3 festgestellten Befunden, der Patientenanamnese, den spezifischen Anzeichen und Symptomen und der An- oder Abwesenheit einer systematischen Erkrankung.

Des Weiteren wird die Behandlungsbedürftigkeit der Parodontitis spezifiziert: Der individuelle Fall einer Parodontitis wird, durch eine Beschreibung des Stadiums und Grades der Erkrankung, weiter charakterisiert.

zu a)

Die Stadien-Einteilung (Staging) basiert auf den Dimensionen von Schwere und Ausmaß der Parodontitis bei der Erstvorstellung, ergänzt durch die Komplexität des Behandlungsmanagements bzw. der Therapie (Papapanou et al., 2018; Sanz & Tonetti, 2018). Das Ausmaß der Erkrankung wird durch die Ausdehnung und Verteilungsmuster der Erkrankung bewertet, indem beurteilt wird, ob weniger als 30% der Zähne (lokalisiert) oder 30% und mehr betroffen sind (generalisiert).

Parodontitis Stadium STAGING		Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Schwere-grad	Interdentaler CAL an der Stelle mit dem größten Verlust	1-2 mm	3-4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Röntgenologischer Knochenabbau	Koronales Drittel (< 15 %)	Koronales Drittel (15-33 %)	Mittleres bis apikales Drittel	Mittleres bis apikales Drittel
	Zahnverlust	Kein Zahnverlust aufgrund von Parodontitis		Zahnverlust aufgrund von Parodontitis von ≤ 4 Zähnen	Zahnverlust aufgrund von Parodontitis von ≥ 5 Zähnen
Komplexität	Lokal	Maximale Sondierungstiefe ≤ 4 mm	Maximale Sondierungstiefe 4-5 mm	Zusätzlich zur Komplexität des Stadium II:	Zusätzlich zur Komplexität des Stadium III:
		Vorwiegend horizontaler Knochenabbau	Vorwiegend horizontaler Knochenabbau	Sondierungstiefe ≥ 6mm Vertikaler Knochenabbau ≥ 3mm Furkationsbefall Grad II oder III Moderater Kammdefekt	Notwendigkeit einer komplexen, interdisziplinären Rehabilitation aufgrund von: Mastikatorischer Dysfunktion Sekundärem okklusalen Trauma (Zahnbeweglichkeit ≥ Grad 2) Ausgeprägtem Kammdefekt Verlust der Bisshöhe, Zahnwanderungen, Auffächerung der Front Weniger als 20 Restzähne mit 10 okkludierenden Paaren
Ausdehnung und Verteilung	Wird zur genaueren Beschreibung des Staging verwendet	Für jedes Stadium Ausdehnung als lokalisiert (< 30 % der Zähne), generalisiert oder als Molaren/Inzisiven Muster beschreiben			

Abbildung 1: Klassifikation der Parodontitis auf Basis der Erkrankungsstadien (Papapanou et al., 2018)

zu b)

Die Grad-Einstufung (Grading) gibt das zukünftige Risiko einer Parodontitis-Progression an und liefert eine Abschätzung auf das wahrscheinliche Ansprechen auf die Standardtherapie. Diese Einschätzung bestimmt die Intensität der Therapie und die Prävention nach der Therapie. Damit ist eine patientenindividuelle Therapieentscheidung möglich.

Die Progressionsrate wird unter Verwendung direkter und indirekter Hinweise ermittelt. Direkte Evidenz kann in Form von verfügbaren longitudinalen Beobachtungen vorliegen, z.B. durch ältere Röntgenaufnahmen in diagnostischer Qualität. Indirekte Evidenz basiert auf der Messung des Knochenabbaus des am stärksten betroffenen Zahnes im Gebiss als Funktion des Alters. Die Angabe des Knochenabbaus erfolgt in Prozent der Wurzellänge dividiert durch das Alter des Patienten in Jahren.

Der Grad kann durch das Vorhandensein von Risikofaktoren, die unter § 3 Abs. 2 erfasst wurden, nach oben modifiziert werden.

Hierzu ist der Ausgangswert der Zuordnung des Patienten Grad B. Danach wird ermittelt, ob Evidenz vorliegt, die eine Einstufung in Grad A oder C rechtfertigen würden. So kann z.B. ein Fall mit moderater Parodontitis (Stadium II) und der Annahme einer moderaten Progressionsrate (Grad B) durch das Vorhandensein eines schlecht kontrollierten Typ-2-Diabetes, zu einer schnelleren Progression (Grad C) verschoben werden. Eine Herabstufung eines nicht an Diabetes Erkrankten von B nach A ist nicht vorgesehen (nur „Upgrading“ durch Risikofaktoren).

Parodontitis GRADING			Grad A: langsame Progressionsrate	Grad B: moderate Progressionsrate	Grad C: rasche Progressionsrate
Primäre Kriterien	Direkte Evidenz	Longitudinale Daten (röntgenologischer Knochenabbau oder Parodontalstatus mit Angabe des CAL)	Kein Verlust	< 2 mm über 5 Jahre	≥ 2 mm über 5 Jahre
	Indirekte Evidenz	Knochenabbau (%) / Alter	< 0,25	0,25-1,00	> 1,00
		Phänotyp	Erheblicher Biofilm	Zerstörung proportional zum Biofilm	Größere Zerstörung, als Biofilm-Ablagerungen erwarten lassen; das klinische Bild lässt Episoden rapider Zerstörung und/oder einer früh beginnenden Erkrankung (z.B. Molaren-Inzisivi Muster oder behandlungsresistente Erkrankung)
Modifikatoren	Risikofaktoren	Rauchen	Nichtraucher	Raucher, < 10 Zig./Tag	Raucher, ≥10 Zig./Tag
		Diabetes	Kein Diabetiker, normoglykämisch	HbA1c < 7,0 % bei Patienten mit Diabetes	HbA1c ≥ 7,0 % bei Patienten mit Diabetes

Abbildung 2: Klassifikation der Parodontitis nach Erkrankungsgraden (Papapanou et al., 2018)

Zu Ziffer 2

Mit der Ziffer 2 werden die systemischen Erkrankungen umfasst, die sich auf das Parodont auswirken. Seltene systemische Erkrankungen wie das Papillon-Lefèvre-Syndrom führen in der Regel frühzeitig zu einer Manifestation einer schweren Parodontitis. Sie haben durch Beeinflussung der parodontalen Entzündung einen großen Einfluss auf den Verlust von parodontalen Gewebe (Caton et. al., 2018; Jepsen et l., 2018; Sanz und Tonetti, 2019).

Bei der Diagnose und Behandlung sind unter Umständen auch Vertreter andere medizinischer Fachgebiete zu beteiligen.

Zu Ziffer 3

Andere das Parodont betreffende Zustände sind generalisierte gingivale Vergrößerungen (Chapple et al., 2018).

Bei gingivalen Vergrößerungen und Gingiva- bzw. Weichgewebswucherungen kann zusätzlich die chirurgische Entfernung pathologisch veränderten Gewebes unter Wiederherstellung einer physiologischen Gingivamorphologie notwendig sein. Die Behandlungssequenz bei der Gingivawucherung erfolgt gleichermaßen wie bei Parodontitis: Es erfolgt zunächst ein geschlossenes Vorgehen, dann die Befundevaluation und bei Persistieren von Taschen ≥ 6 mm kann eine chirurgische Therapie notwendig sein (externe/interne Gingivektomie) (Dannewitz et al., 2010).

Zu Absatz 2

In der Regel von der vertragszahnärztlichen Versorgung ausgeschlossen sind Zähne mit weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75 % oder einem Furkationsbefall von Grad III bei gleichzeitigem Vorliegen eines Lockerungsgrades III. Unter diesen klinischen Bedingungen ist davon auszugehen, dass der Zahn möglicherweise nicht mehr erfolgreich behandelt werden kann bzw. nicht mehr erhaltungsfähig ist. Als Therapieoption ist in der Regel die Entfernung des Zahnes angezeigt.

§ 5 Genehmigung

Bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen handelt es sich um eine Behandlung, die der Krankenkasse vorab zu einer leistungsrechtlichen Entscheidung zuzuführen ist. § 5 normiert dabei den Genehmigungsvorbehalt, der bislang bereits zwischen den Bundesmantelvertragspartnern vereinbart worden war, nun auf Ebene der Richtlinie.

Der Antrag ist der Krankenkasse nach festgestellter Diagnose mittels eines zwischen den Bundesmantelvertragspartnern vereinbarten Datensatzes zu übermitteln. Mit der Behandlung (beginnend mit dem parodontologischen Aufklärungs- und Therapiegespräch gem. § 6) soll grundsätzlich erst begonnen werden, wenn die Leistungszusage der Krankenkasse vorliegt. Das Nähere zur Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren ist in dem Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z) geregelt.

§ 6 Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch

Das parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch erfolgt im Anschluss an Befunderhebung, Diagnose und Therapieplanung als eigenständiger Therapieschritt. Das Gespräch dient dazu, den Patienten allgemein, aber auch risikospezifisch über Parodontitis aufzuklären und somit den Patienten in seiner Mundgesundheitskompetenz zu stärken, um ihn aktiv von Beginn an in die Therapie mit einzubinden. Zudem bereitet das Gespräch den Patienten konkret auf die nächsten Therapieschritte vor. Hierzu erfolgt eine Erörterung von Befund, Diagnose, Therapiealternativen und deren Bedeutung. Im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung soll im Rahmen des Gesprächs eine gemeinsame Entscheidungsfindung für die daraus folgende Therapie festgelegt werden.

Parodontale Erkrankungen gelten, wie andere chronische Erkrankungen auch, als maßgeblich abhängig vom Verhalten des Patienten (Thomson et al. 2012). Wichtige Risikofaktoren sind ineffektive Mundhygiene, die unregelmäßige Inanspruchnahme zahnärztlicher Behandlungen bzw. deren beschwerde- anstatt kontrollorientierte Inanspruchnahme sowie das Rauchen (Thomson et al. 2012). Aus gesundheitspsychologischer Sicht gilt daher das Adressieren des Patientenverhaltens als ein wesentlicher Baustein einer erfolgreichen parodontalen Behandlung (Tonetti et al. 2015).

Laut einer aktuellen Umfrage in Deutschland ist etwa nur 1% der Bevölkerung in der Lage, die Krankheit Parodontitis richtig zu definieren. Auch die Folgen und die Risikofaktoren von Parodontitis wurden von den Befragten nicht oder falsch benannt. Aufgrund der geringen parodontalen Gesundheitskompetenz ist das Aufklärungs- und Therapiegespräch als eigener Therapieschritt notwendig (Deinzer & Jordan, 2019).

Im Rahmen des Gesprächs erfolgt unter Hinzunahme des Befunds und der Diagnose, wie auch des risikospezifischen Gesundheitsverhaltens eine Erörterung über die Bedeutung von gesundheitsbewusstem Verhalten zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren. Befund- und diagnosebezogen kann dies auch der Verweis auf die ärztliche Behandlung bei Versicherten, bei denen die allgemeine Anamnese Hinweise auf nicht adäquat behandelte Allgemeinerkrankungen gibt, umfassen. Es wird über Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen informiert. Diabetes mellitus erhöht z.B. das Risiko an Parodontitis zu erkranken.

Chronische Entzündungen können die Wirkung von Insulin reduzieren, sodass die Parodontitis die Einstellung des Blutzuckers bei Diabetikern deutlich erschweren kann.

§ 7 Reizfaktoren; notwendige konservierend-chirurgische Maßnahmen

Zu den Absätzen 1 und 2

Absätze 1 und 2 regeln Maßnahmen der Vorbehandlung vor einer durchzuführenden systematischen Parodontitistherapie, um Kontraindikationen zu vermeiden. Falls an den Zähnen natürliche Reizfaktoren, wie scharfe Zahnkanten oder Zahnstein sowie iatrogene Reizfaktoren, wie überstehende Füllungs- und Kronenränder vorhanden sind, sollen diese nach Möglichkeit beseitigt werden.

Die konservierend-chirurgischen Maßnahmen sind je nach Indikation vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit den Leistungen durchzuführen. Maßnahmen sind z.B. vor der systematischen Parodontitisbehandlung durchzuführen, wenn damit insbesondere eine Verbesserung der Prognose verbunden ist. Der behandelnde Zahnarzt oder die Zahnärztin legt den zeitlichen Ablauf der Behandlungsschritte fest.

§ 8 Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung

Zu Absatz 1

Im Rahmen der systematischen Parodontitistherapie ist eine patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung zur langfristigen Sicherung des Behandlungserfolgs unabdingbar. Instruktion und Motivation zur Verhaltensänderung der Mundhygiene sollen im Kontext der gesamten Behandlungsstrecke sowohl zu Beginn der Behandlung als auch immer wiederkehrend im Rahmen der Nachsorge erfolgen (Deinzer, Dörfer & Sälzer, 2018). In Abhängigkeit der jeweiligen Behandlungssituation kann die Unterweisung vor oder im Anschluss an die antiinfektiöse Therapie erfolgen.

Durch Mundhygieneunterweisung kann die Menge bakterieller Zahnbeläge und Gingivitis gegenüber keiner Maßnahme verringert werden (Hugoson et al. 2007). Die Befundlage zeigt zudem auf, dass komplexe Programme, die gesundheitspsychologische Erkenntnisse umfassend anwenden, erfolgreicher greifen, als einmalige motivierende Gesprächsführungen/ Standardunterweisungen (Deinzer, Dörfer & Sälzer, 2018, S. 21; Jönsson et al. 2009, 2010, 2014; Little et al. 1997). Das IQWiG hat den Nutzen für ein individuell angepasstes Mundhygiene-Schulungsprogramm (ITOHEP) untersucht. ITOHEP (Individually tailored oral health educational programme, individuell angepasstes Mundhygiene-Schulungsprogramm) basiert auf den Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie und besteht aus 7 aufeinander aufbauenden Komponenten. Insgesamt ergab sich für das IQWiG aus der Beleglage ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Kombination aus geschlossenem Vorgehen und ITOHEP im Vergleich zur Kombination aus geschlossenem und Standardunterweisung. Der G-BA hat den medizinischen Nutzen der Kombination aus geschlossenem Vorgehen und ITOHEP anerkannt. Mit vorliegendem Beschluss setzt der G-BA die Komponenten eines individuell angepassten Mundhygiene-Schulungsprogramms entsprechend praxistauglich um.

Zunächst erfolgt eine Mundhygieneaufklärung. Es werden das Wissen, als auch die Zahnpflegegewohnheiten des Patienten zu parodontalen Erkrankungen ermittelt. Zudem werden gemeinsam mit dem oder der Versicherten Ziele bezogen auf die Mundgesundheit festgelegt. Zu einer vollständigen patientenindividuellen Mundhygieneinstruktion und zur Sicherung des parodontalen Behandlungserfolgs gehören die Feststellung des Entzündungszustandes der Gingiva (als Folge ineffektiver Plaquekontrolle) und das Anfärben von Plaque, um die Plaquekontrolle selbst festzustellen, da bakterielle Zahnbeläge der Hauptauslöser für Parodontitis sind.

Durch Anfärben der Plaque werden dem Patienten die Effektivität der individuellen Mundhygiene veranschaulicht und Defizite aufgezeigt. Die Patienten werden dann motiviert und geschult, die identifizierten Problemstellen bei der individuellen Mundhygiene besser zu reinigen (Deinzer & Eickholz, 2018).

Neben der individuellen Empfehlung geeigneter Hilfsmittel sollte der Patient zu einer regelmäßigen und effizienten Anwendung dieser Produkte motiviert und instruiert werden (Deinzer, Dörfer & Sälzer, 2018; Jönsson et. al., 2009).

Zur Sicherung einer effektiven Mundhygieneunterweisung soll diese in einer jeweils die individuellen Bedarfe der oder des Versicherten berücksichtigenden Weise erfolgen; auch sollen ggf. nach § 22a SGB V erbrachte Maßnahmen berücksichtigt werden.

§ 9 Antiinfektiöse Therapie (geschlossenes Vorgehen)

Der § 9 beschreibt die Ziele des Behandlungsschritts der Antiinfektiösen Therapie (AIT). Die AIT hat die Beseitigung der entzündlichen Prozesse und Reizfaktoren, welche eine Entzündung unterhalten oder auslösen können, zum Ziel; Blutung bzw. Suppuration auf Sondierung sollen weitgehend eliminiert werden. Weiteres Ziel ist die Reduktion der sondierbaren Taschentiefen (ST). Bei Zahnfleischtaschen mit einer Sondierungstiefe von 4 mm und mehr werden alle supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkrement) entfernt. Die AIT erfolgt im Rahmen eines geschlossenen Vorgehens und sollte nach Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen abgeschlossen werden.

§ 10 Adjuvante Antibiotikatherapie

Zu Absatz 1

Bei besonders schwerem Verlauf einer Parodontitis kann unter Umständen eine begleitende Behandlung mit systemisch wirkenden Antibiotika sinnvoll sein. Studien weisen darauf hin, dass eine adjuvante systemische Antibiotikagabe gegen eine schwere Parodontitis langfristig zum Zahnerhalt (TST) beitragen kann, wenn sie ergänzend zur geschlossenen Behandlung erfolgt. Zudem können sie Zahnfleischentzündungen lindern (IQWiG gesundheitsinformation.de; S3-Leitlinie Adjuvante systemische Antibiotikagabe bei subgingivaler Instrumentierung).

Zu Absatz 2

Im Rahmen des Methodenbewertungsverfahrens wurden keine Studien identifiziert, die den definierten Einschlusskriterien entsprachen, mit denen der Nutzen von mikrobiologischer Di-

agnostik sowie lokaler Antibiotikatherapie im Rahmen einer systematischen Parodontitistherapie belegt werden konnte. Durch die Suche in den Studienregistern ergaben sich ebenfalls keine potenziell relevanten bisher nicht veröffentlichten oder laufenden Studien.

Das IQWiG hat den Nutzen für die mikrobiologische Diagnostik untersucht. Aufgrund fehlender Studien mit hoher Ergebnissicherheit (RCTs) konnte keine Aussage zum Nutzen abgeleitet werden. Die Voraussetzungen für eine Nutzenbewertung aufgrund qualitativ angemessener Unterlagen niedrigerer Evidenzstufen nach 2. Kapitel § 13 Absatz 2 Satz 3 VerfO liegen damit nicht vor. Insbesondere gibt die einschlägige S-3-Leitlinie auch unter Einbeziehung von Studien mit geringerem Evidenzniveau keine Empfehlung für den Einsatz der mikrobiologischen Diagnostik ab.

Zum medizinischen Nutzen der mikrobiologischen Diagnostik vor einer systemischen Antibiotikatherapie ist derzeit keine Aussage möglich. Der medizinische Nutzen kann durch den G-BA auf dieser Grundlage nicht anerkannt werden.

Die bisher bestehende Regelung in B V. Nr. 6 Satz 4 Behandlungs-RL sah vor, dass eine mikrobiologische Diagnostik sowie die lokale Antibiotikatherapie grundsätzlich nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung seien. Die Ergebnisse des Methodenbewertungsverfahrens lassen einen Ausschluss mit Öffnungsmöglichkeit im Einzelfall („grundsätzlich“) nicht mehr zu. Der nun abschließend geregelte Ausschluss in § 10 Abs. 2 vollzieht die Ergebnisse des Methodenbewertungsverfahrens dahingehend, dass eine mikrobiologische Diagnostik sowie eine lokale Antibiotikatherapie nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung sind.

§ 11 Befundevaluation

Der § 11 benennt das Evaluationsschema zur Eruierung einer zielgenauen Planung der weiteren Therapieschritte. Hierzu erfolgt drei bis sechs Monate nach Beendigung der antiinfektiösen Therapie (AIT) die erste Evaluation der parodontalen Befunde. Dazu sind die unter § 3 Abs. 3 erfassten klinischen Parameter erneut zu erheben und zu dokumentieren. Es sollen dabei die Röntgenbilder, die bei Antragstellung verwendet wurden, zugrunde gelegt werden, es sei denn, es sind aus anderen Gründen neuere Bilder verfügbar. Nur durch die analoge Erhebung und Dokumentation der parodontalen Befunddaten ist ein Vergleich zur Ableitung der individuellen Verlaufskontrolle der einzelnen Parodontien möglich.

Die Befundevaluation zur Verlaufskontrolle dient damit der Qualitätssicherung. Es können der Verlauf und die Progression mittels des Grading-Ansatzes unter § 4 Abs.1 der Erkrankung dargestellt werden, was wichtige Informationen für den Zahnarzt und auch für den Patienten selbst für die patientenindividuelle Therapieentscheidung bietet.

§ 12 Parodontologisches Folgetherapiegespräch / risikospezifisches Nachsorge- und Motivationsgespräch

Das parodontologische Folgetherapiegespräch / risikospezifisches Nachsorge- und Motivationsgespräch umfasst die Information des Patienten über die Ergebnisse der Befundevaluation. Auf Basis dieser wird partizipativ mit der oder dem Versicherten das weitere Vorgehen der Therapiemaßnahmen besprochen. Unter Umständen kann eine chirurgische Therapie nach § 13 notwendig sein. In diesem Zusammenhang erfolgt auch eine Remotivation der oder

des Versicherten durch erneute Gesundheitsaufklärung und Verhaltensinstruktion. Für den Erfolg einer systematischen Parodontitistherapie ist eine regelmäßig durchgeführte und effektive Mundhygiene entscheidend. Die wiederkehrende Information im Sinne einer „sprechenden Zahnmedizin“ dient damit der Verinnerlichung und Sicherstellung der Patientencompliance als eigenem Therapieschritt. Soweit keine chirurgische Therapie notwendig ist, wird gemeinsam mit der oder dem Versicherten der Ablauf der sich anschließenden unterstützenden Parodontitistherapie gemäß § 14 besprochen.

§ 13 Chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)

Zu den Absätzen 1 und 2

Absatz 1 regelt die klinische Erforderlichkeit einer chirurgischen Therapie. Entscheidend für die Therapieentscheidung ist hierfür die Befundevaluation gemäß § 11. Ein chirurgischer Eingriff kann für Parodontien angezeigt sein, wenn eine Sondierungstiefe von ≥ 6 mm gemessen wurde. Die Entscheidung, ob ein offenes Vorgehen durchgeführt werden soll, obliegt der Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt nach gemeinsamer Erörterung mit der oder dem Versicherten.

Nicht mehr zahnmedizinisch gestützt ist die bisher in der Behandlungs-Richtlinie vorgesehene Möglichkeit, dass das offene Vorgehen auch vor dem geschlossenen Vorgehen durchgeführt werden kann.

Im Frontzahnbereich besteht aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen. Im Fall der Durchführung des offenen Vorgehens wird diese Entscheidung der Krankenkasse zur Kenntnis gegeben.

Die Befundevaluation und deren Erörterung gem. § 11 und § 12 Sätze 1, 3 und 4 dient – wie auch nach dem geschlossenen Vorgehen – der Verlaufskontrolle und der Vorbereitung der sich anschließenden unterstützenden Parodontitistherapie.

§ 14 Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)

Der G-BA hat im Rahmen des Methodenbewertungsverfahrens festgestellt, dass die Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) mit den Interventionen

- Untersuchung des Parodontalzustands,
- Mundhygienekontrolle,
- Mundhygieneaufklärung und -instruktion, teilweise mit praktischer Anleitung,
- supra- und äquigingivale Reinigung ggf. einschließlich subgingivale Instrumentierung

zu einer Verbesserung im Hinblick auf die Endpunkte Zahnverlust, mundgesundheitsbezogene Lebensqualität, Attachmentlevel, Sondierungstiefe und symptomatische Gingivitis führen kann. Durch die strukturierte Nachsorge nach aktiver Parodontitistherapie können demnach deren positive Effekte erhalten werden. Der G-BA sieht den Nutzen der UPT mit den dargestellten Interventionen als hinreichend belegt an und erkennt den medizinischen Nutzen der UPT an. In Umsetzung dieses Ergebnisses wird die UPT in § 14 als Bestandteil der Behandlungsstrecke konkretisiert.

Zu Absatz 1

Absatz 1 definiert die Ziele der UPT. Die UPT ist wesentlicher Therapieschritt, um die Ergebnisse der antiinfektiösen und einer gegebenenfalls erfolgten chirurgischen Therapie, wie auch die Patientenmotivation und die Aufrechterhaltung der Mundhygiene zu sichern, damit der langfristige Erhalt der Zähne in einem funktionell gesunden und schmerzfreien Zustand gewährleistet wird. International ist sie wesentlicher Bestandteil der systematischen Therapie von Parodontopathien (AAP, 2016).

Die UPT hat zudem das Ziel, nicht befallenes gingivales und parodontales Gewebe gesund zu erhalten sowie auch Neu- und Reinfektionen in behandelten Bereichen zu erkennen und bestehende Erkrankungen einzudämmen.

Elemente der Intervention der UPT sind die regelmäßig wiederkehrenden Maßnahmen nach den Absätzen 2 und 3.

Zu Absatz 2

Mit Maßnahmen der Mundhygienekontrolle wird der Patient in die Lage versetzt, die erlernte individuelle Mundhygiene aufrechtzuerhalten (Remotivation und Reinstruktion). Falls erforderlich, erfolgt eine erneute Mundhygieneunterweisung. Dies kann z.B. angezeigt sein, wenn das Grading/Progression der Erkrankung keine Verbesserung aufweist oder die Mundhygiene des Versicherten zeigt, dass edukative Maßnahmen einer Wiederholung oder Vertiefung bedürfen („Empowerment“).

Im Rahmen der UPT wird eine vollständige supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen vorgenommen. Bei Sondierungstiefen von ≥ 4 mm und Sondierungsbluten sowie an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von ≥ 5 mm (bei erstmaliger Durchführung basierend auf der Befundevaluation gem. § 11; ansonsten auf Grundlage der Befunderhebung im Rahmen der UPT gem. § 14 Abs. 2 5. Spiegelstrich) ist die subgingivale Instrumentierung an den betroffenen Zähnen angezeigt.

Die Schwellenwerte zur subgingivalen Instrumentierung an Zähnen markieren beim stabilen Parodontitispatienten den Übergang von gingivaler Gesundheit/Gingivitis zur Parodontitis (Chapple et al., 2018).

Zur weiteren Verlaufskontrolle erfolgt ab dem zweiten Jahr einmal im Kalenderjahr die Untersuchung des Parodontalzustands und die Erhebung des Parodontalstatus. Diese Parodontalbefunde dienen zur Dokumentation und zum Vergleich mit den zuvor erhobenen Parodontalbefunden nach §§ 3, 4 und 11. Es werden dabei die Röntgenbilder, die bei Antragstellung verwendet wurden, zugrunde gelegt, es sei denn es sind aus anderen Gründen neuere Bilder verfügbar.

Zu den Absätzen 3 und 4

Absatz 3 regelt risikoadjustiert die Frequenz und die Dauer der Maßnahmen der UPT im Sinne einer versicherungstechnischen Grenze. Entscheidend für die Frequenz und Dauer ist der jeweils festgestellte Grad der Parodontalerkrankung gem. § 4 Abs. 1 Nr. 1 lit. b). Die risikoadjustierte Ausgestaltung von Frequenz und Dauer der Maßnahmen der UPT gewährleisten, dass Versicherte eine ihrem jeweiligen Krankheitsbild entsprechende Nachsorge erhalten. Die Klassifikation des Patienten im Erkrankungsgrad/Grading ermöglicht die Ableitung einer am individuellen Risiko orientierten und damit an den Bedarf angepasste und angemessene Nachsorge für den Patienten. Erst in Abhängigkeit von dem Behandlungserfolg und

unter Berücksichtigung von weiteren Einflussfaktoren bzw. Risiken lässt sich bestimmen, in welchem Umfang der Patient einer Nachsorge bedarf.

Um den Verlauf der Parodontitis zu beurteilen und den parodontalen Behandlungserfolg zu sichern, ist ein Nachuntersuchungszeitraum von mindestens drei Jahren erforderlich. Die regelmäßige Betreuung der oder des Patienten, wie auch gute Patientenmitarbeit sind Voraussetzung für den Behandlungserfolg. Die Studienlage zeigt, dass das Risiko für Zahnverlust bei Patientinnen und Patienten mit guter Patientencompliance signifikant niedriger ist als im Vergleich zu Patientinnen und Patienten mit geringer Compliance. Es liegen zudem keine Hinweise auf schädliche oder unerwünschte Wirkungen einer UPT vor (Deinzer & Eickholz, 2018, Ferdal 2003 & 2013, Wilson 1987)

Eine Ausgestaltung der strukturierten Nachsorge hinsichtlich Frequenz und Dauer ohne Berücksichtigung des jeweiligen Schweregrads findet keine Stütze in der wissenschaftlichen Literatur auf Ebene der bestverfügbaren Evidenz. Eine einheitliche Nachsorgefrequenz auf alle Patienten gleichermaßen pauschal zu übertragen, ist zur Sicherung des parodontalen Behandlungserfolgs nicht zweckmäßig und ist in der Gesamtschau als unwirtschaftlich anzusehen. Wird vom Zahnarzt oder der Zahnärztin festgestellt, dass über den Zeitraum hinaus eine Verlängerung der UPT-Maßnahmen zahnmedizinisch erforderlich ist, ist für diese Verlängerung eine Genehmigung der Krankenkasse einzuholen. Die Krankenkasse prüft den Antrag unter Beachtung der Vorgaben des § 13 Abs. 3a SGB V.

3. Bürokratiekostenermittlung

Aus dem Beschluss ergeben sich neue Informationspflichten für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte im Sinne der Anlage II zum 1. Kapitel der VerFO.
[VOR FINALER BESCHLUSSFASSUNG ERGÄNZEN]

4. Stellungnahmeverfahren

5. Verfahrensablauf

6. Fazit

7. Zusammenfassende Dokumentation

Berlin, den TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Beschlussentwurf



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie für eine ausrei- chende, zweckmäßige und wirtschaftliche ver- tragszahnärztliche Versorgung (Behandlungs- richtlinie): Folgeanpassungen im Zusammen- hang mit der Erstfassung der PAR-RL

Vom TT. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) vom 4. Juni 2003/24. September 2003 (BAnz 2003, Seite 24 966), zuletzt geändert am 1. März 2006, (BAnz 2006, S. 4466), in Kraft getreten am 18. Juni 2006, wie folgt zu ändern:

I.

1. Abschnitt A wird wie folgt geändert:

In Nr. 3 wird nach Satz 1 folgender Satz angefügt:

„Nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die Behandlung der Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten angewachsenen Schleimhaut.“

2. Abschnitt B I. wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird nach dem Wort „Dokumentation“ wie folgt ergänzt:
„; Parodontaler Screening-Index (PSI)“.

b) In Nr. 1 werden die Sätze 7 und 8 aufgehoben.

c) Nach Nr. 1 wird Nr. 2 wie folgt neu eingefügt:

„2. Versicherte haben einmal innerhalb von zwei Jahren Anspruch auf Erhebung des Parodontalen Screening-Index (PSI). Der PSI bietet einen orientierenden Überblick über das mögliche Vorliegen oder die Schwere einer parodontalen Erkrankung und den Behandlungsbedarf. Sind Anzeichen einer parodontalen Erkrankung festgestellt worden, ist eine gezielte Diagnostik nach § 3 der Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) erforderlich. Die Messung des PSI erfolgt bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr an

den Indexzähnen 11, 16, 26, 31, 36, 46 bzw. bei deren Fehlen an den benachbarten bleibenden Zähnen. Der Durchbruch dieser Zähne sollte abgeschlossen sein. Bei Erwachsenen erfolgt die Messung an allen vorhandenen Zähnen mit Ausnahme der

Weisheitszähne. Die Befundung wird mittels einer Mess-Sonde (WHO-Sonde) mit halbkugelförmiger Spitze und Markierung (schwarzes Band zwischen 3,5 und 5,5 mm) durchgeführt. Zur Erhebung ist das Gebiss in Sextanten eingeteilt. Aufgezeichnet wird der höchste Wert pro Sextant:

- Code 0 = schwarzes Band bleibt vollständig sichtbar (Sondierungstiefe < 3,5 mm), keine Blutung, kein Zahnstein und keine defekten Restaurationsränder
- Code 1 = schwarzes Band bleibt vollständig sichtbar (Sondierungstiefe < 3,5 mm), Blutung auf Sondieren, kein Zahnstein und keine defekten Restaurationsränder
- Code 2 = schwarzes Band bleibt vollständig sichtbar (Sondierungstiefe < 3,5 mm), Zahnstein und/oder defekte Restaurationsränder
- Code 3 = schwarzes Band bleibt teilweise sichtbar (Sondierungstiefe 3,5 mm – 5,5 mm)
- Code 4 = schwarzes Band verschwindet ganz (Sondierungstiefe > 5,5 mm)

Wird an einem Parodontium ein Wert von Code 4 gemessen, wird für den Sextanten die Messung beendet und für den Sextanten ein Wert von Code 4 eingetragen. Sextanten ohne oder mit nur einem Zahn werden mit einem „X“ kenntlich gemacht. Klinische Abnormitäten (z.B. Furkationsbeteiligungen, mukogingivale Probleme, Rezessionen $\geq 3,5$ mm, Zahnbeweglichkeit etc.) werden mit einem Stern „*“ gekennzeichnet und eine Einordnung in den nächsthöheren als den per Messung festgestellten Code vorgenommen.

3. Abschnitt B II. wird wie folgt geändert:
Nr. 5 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Für Röntgenuntersuchungen finden die Vorgaben des Strahlenschutzgesetzes und der Strahlenschutzverordnung Anwendung.“

4. Abschnitt B V. wird aufgehoben und durch folgende Fassung ersetzt:

„V. Behandlung von Parodontalerkrankungen neben der systematischen Behandlung

Neben der Behandlung nach der Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) gehört zur vertragszahnärztlichen Versorgung die Behandlung von

1. Parodontalabszessen,
2. nekrotisierender Parodontitis,
3. Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen. Dieser Behandlung geht in der Regel eine endodontische Behandlung voraus,
4. Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen bei einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen pro Kiefer.“

5. Die Anlage zu den Behandlungs-Richtlinien „Parodontaler Screening-Index (PSI)“ wird aufgehoben.

II. Die Änderungen der Richtlinie treten am TT. Monat JJJJ in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende
Prof. Hecken

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie): Folgeanpassungen im Zusammenhang mit der Erstfassung der PAR-RL

Vom TT. Monat JJJJ

Inhalt

1. Rechtsgrundlage
2. Eckpunkte der Entscheidung
3. Bürokratiekostenermittlung
4. Stellungnahmeverfahren
5. Verfahrensablauf
6. Fazit
7. Zusammenfassende Dokumentation

1. Rechtsgrundlage

Nach § 28 Absatz 2 Satz 1 und § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Nach § 92 Abs. 1 SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss die zur Sicherung der (zahn-)ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten und trägt dabei auch den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter sowie psychisch kranker Menschen Rechnung. Die Richtlinien haben sich an dem allgemein anerkannten Stand der (zahn-)medizinischen Erkenntnisse und des (zahn-)medizinischen Fortschrittes zu richten.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Mit vorliegendem Beschluss nimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) notwendige Folgeänderungen an der Behandlungs-Richtlinie vor, die sich aus dem Beschluss über die Erstfassung der Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) ergeben. Dazu wird die Behandlungs-Richtlinie an aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse betreffend den Parodontalen Screening-Index (PSI) sowie geänderte Rechtsvorgaben angepasst, die sich aus der Verordnung zur weiteren Modernisierung des Strahlenschutzrechts vom 29. November 2018 ergeben.

2.1 Zu den Änderungen im Einzelnen

I. 1. Änderung in Abschnitt A

Die bislang in Abschnitt B V. Nr. 1 Satz 14 verortete Regelung, dass die Behandlung der Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten angewachsenen Schleimhaut nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten gehört, wird sachgerecht in Abschnitt A Nr. 3 Satz 2 (neu) verortet.

I. 2. Änderung in Abschnitt B I.

Mit den vorgenommenen Änderungen in Abschnitt B I. werden die Regelungen zum Parodontalen Screening-Index (PSI) an den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst.

Der PSI ist ein Screeninginstrument, welches auf Basis des Periodontal Screening & Recording (PSR) der American Dental Association (ADA) und der American Academy of Periodontology (AAP) entwickelt wurde. Zugrunde liegt hier die jeweils maßgebliche Veröffentlichung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO). Die bislang in der Behandlungs-RL bestehenden Regelungen zum PSI entsprachen nicht mehr den aktuellen wissenschaftlichen Veröffentlichungen und sind dementsprechend inhaltlich anzupassen. Dazu werden die Regelungen zur Erhebung des PSI aus der bisherigen Verortung als Anlage zur Behandlungs-Richtlinie herausgelöst und als eigenständiges Screeninginstrument im Rahmen der vertragszahnärztlichen Behandlung in Abschnitt B. I. neu verortet.

I. 3. Änderung in Abschnitt B II.

Mit Wirkung zum 31. Dezember 2018 ist mit der Verordnung zur weiteren Modernisierung des Strahlenschutzrechts (V. v. 29.11.2018, BGBl. I S. 2034, Nr. 41) die bis dahin geltende Röntgenverordnung aufgehoben worden. Einschlägige Regelungen zu einzuhaltenden Strahlenschutzvorgaben bei zahnärztlichen Röntgenuntersuchungen sind seitdem abschließend im Strahlenschutzgesetz und in der Strahlenschutzverordnung verortet. Der Verweis in Abschnitt B II. Nr. 5 Satz 1 wird entsprechend redaktionell angepasst.

I. 4. Änderung in Abschnitt B V.

Mit der Erstfassung der PAR-Richtlinie werden die Regelungen zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen aus der Behandlungs-Richtlinie in eine eigenständige Richtlinie überführt. Die Regelungen der Behandlungs-Richtlinie betreffend die systematische Behandlung werden daher aufgehoben. Neben der systematischen Behandlung von Parodontitis bedarf auch die Akutbehandlung von Parodontalerkrankungen einer leistungsrechtlichen Verankerung. Dazu sind diese Indikationen an die aktuelle Klassifikation der Parodontalerkrankungen anzupassen. Von der vertragszahnärztlichen Versorgung sind damit als Akutformen Parodontalabzesse, nekrotisierende Parodontitis und Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen umfasst.

Dazu bedarf es in Zusammenhang mit der Erstfassung der PAR-RL der Definition einer versicherungstechnischen Grenze, dass bei einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen pro Kiefer eine *systematische* Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen nicht angezeigt ist; in diesen Fällen besteht ein allgemeiner Behandlungsanspruch auf Grundlage der Regelung in Abschnitt B V. Nr. 4. Eine systematische Behandlung im Sinne der PAR-RL findet nicht statt.

I. 5. Aufhebung der Anlage zu den Behandlungs-Richtlinien „Parodontaler Screening-Index (PSI)“

Die Anlage zur Behandlungs-Richtlinie bez. des PSI wird in Folge der Neuregelung des PSI in Abschnitt B I. Nr. 2 aufgehoben.

3. Bürokratiekostenermittlung

Aus dem Beschluss ergeben sich neue Informationspflichten für Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte im Sinne der Anlage II zum 1. Kapitel der VerFO.

[VOR FINALER BESCHLUSSFASSUNG ERGÄNZEN]

4. Stellungnahmeverfahren

5. Verfahrensablauf

6. Fazit

7. Zusammenfassende Dokumentation

Berlin, den TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Beschlussentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie)

Vom TT. Monat 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Sitzung am TT. Monat 2020 beschlossen, die Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) in der Fassung vom 4. Juni 2003/24. September 2003, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2003 (S. 24 966) 2003 (S. 24 966), in Kraft getreten am 1. Januar 2004, zuletzt geändert am 1. März 2006, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006, S. 4466, in Kraft getreten am 18. Juni 2006, wie folgt zu ändern:

I. In Abschnitt B. Vertragszahnärztliche Behandlung wird das Kapitel V. Systematische Behandlung von Parodontopathien (Par-Behandlung) wird wie folgt geändert:

1. Grundlagen, Ziel der Behandlung und Indikationen

Das Parodontium umfasst Gingiva, Wurzelzement, Desmodont und Alveolarknochen. Es verankert den Zahn im Kieferknochen und bildet dadurch mit dem Zahn eine Funktionseinheit. Entzündliche Erkrankungen des Parodontiums, die mit Attachmentverlust einhergehen, werden als Parodontitiden bezeichnet. Parodontitiden sind multifaktorielle Erkrankungen. Sie werden durch parodontopathogene Mikroorganismen verursacht. Ihre Progredienz wird durch endogene und exogene Risikofaktoren beeinflusst. Das Ziel der Behandlung von Parodontitiden ist, entzündliche Erscheinungen zum Abklingen zu bringen, ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern und einem weiteren Alveolarknochenverlust und damit Zahnverlust vorzubeugen.

~~Regelmäßige Voraussetzung für die durchzuführende Parodontitistherapie ist das Fehlen von Zahnstein und sonstiger Reizfaktoren sowie die Anleitung des Patienten zur richtigen Mundhygiene.~~

~~Bei der Parodontitistherapie ist es unverzichtbar, die Wurzeloberflächen zu reinigen und Mikroorganismen aus parodontalen Taschen zu entfernen.~~

Zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren wird bei Patienten, bei denen die allgemeine Anamnese Hinweise auf nicht adäquat behandelte Allgemeinerkrankungen gibt, auf ärztliche Behandlung verwiesen und Rauchern geraten, den Tabakkonsum einzustellen oder ihn einzuschränken. Konservierend-chirurgische Maßnahmen sind je nach Indikation vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie durchzuführen.

Die systematische Parodontitistherapie kann umfassen:

- geschlossenes Vorgehen
- offenes Vorgehen
- Antibiotische Therapie
- Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges nach Maßgabe von Nr. 7

Eine behandlungsbedürftige Parodontopathie liegt vor, ~~wenn ein Parodontaler Screening-Index (PSI)-Wert von Code 3 oder 4 (Anlage) erhoben wird oder~~ wenn insbesondere eine der folgenden Diagnosen gestellt wird ~~und dabei eine Sondiertiefe von 3,5 mm und mehr vorliegt:~~

- Chronische Parodontitis
- Aggressive Parodontitis
- Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen
- nekrotisierende Parodontalerkrankungen
- Parodontalabszess
- Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen
- folgende entwicklungsbedingte oder erworbene Deformitäten oder Zustände:
 - Gingivale Vergrößerungen
 - Gingiva- und Weichgewebswucherungen

~~Nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten gehört die Behandlung der Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten an-gewachsenen Schleimhaut.~~

2. Anamnese und Diagnostik im Hinblick auf den Parodontalzustand

Grundlage für die Therapie sind die Anamnese, der klinische Befund (Parodontalstatus) und Röntgenaufnahmen. ~~Die Krankenkasse kann vor der Kosten-Übernahmeentscheidung diese Unterlagen und den Patienten begutachten lassen.~~ Die Anamnese umfasst:

- Allgemeine Anamnese (darunter Risikofaktoren für Parodontitis wie Diabetes mellitus, Tabakkonsum, HIV-Infektion im fortgeschrittenen Stadium, Behandlung mit immunsuppressiven Medikamenten, Osteoporose)
- Familienanamnese im Hinblick auf Parodontalerkrankungen
- Spezielle Anamnese (Schmerzen/Vorbehandlungen).

~~Die Dokumentation des klinischen Befunds (Parodontalstatus) umfasst:~~

- ~~— Taschentiefen und Blutung der Zahnfleischtaschen auf Sondieren~~
- ~~— parodontale Rezessionen, um einen Ausgangswert für die Beurteilung einer möglichen Progression der Parodontitis zu erheben; fakultativ und alternativ kann auch der klinische Attachmentverlust aufgezeichnet werden.~~
- ~~— Furkationsbefall:
 - Grad 1 = bis 3 mm in horizontaler Richtung
 - Grad 2 = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung
 - Grad 3 = durchgängig~~
- ~~— Zahnlockerung:~~

~~Grad I = gering horizontal (0,2 mm – 1 mm)~~

~~Grad II = moderat horizontal (mehr als 1 mm)~~

~~Grad III = ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und in vertikaler Richtung~~

~~Der Röntgenbefund erfordert aktuelle (in der Regel nicht älter als sechs Monate), auswertbare Röntgenaufnahmen.~~

~~Die Diagnosen sind gemäß der jeweils gültigen Klassifikation der Parodontitiden der maßgeblichen parodontologischen wissenschaftlichen Fachgesellschaft anzugeben.~~

~~Die Dokumentation des klinischen Befunds (Parodontalstatus) umfasst:~~

~~1. Sondierungstiefen und Sondierungsblutung an vier Stellen pro Zahn, eine davon mesioapproximal und eine distoapproximal, eine vestibulär und eine oral; bei der Messung der Sondierungstiefen wird der Wert jeweils auf den nächsten ganzen Millimeter aufgerundet.~~

~~2. den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe Knochenabbau (%) / Alter~~

~~3. Furkationsbefall:~~

~~Grad 0 = keine Furkationsbeteiligung sondierbar~~

~~Grad I = bis 3 mm in horizontaler Richtung sondierbar~~

~~Grad II = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung, jedoch nicht durchgängig sondierbar~~

~~Grad III = durchgängig sondierbar~~

~~4. Zahnlockerung:~~

~~Grad 0 = normale Zahnbeweglichkeit~~

~~Grad I = gering horizontal (0,2 mm – 1 mm)~~

~~Grad II = moderat horizontal (mehr als 1 mm)~~

~~Grad III = ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und in vertikaler Richtung~~

~~5. Zahnverlust aufgrund Parodontitis.~~

~~Der Röntgenbefund erfordert aktuelle (in der Regel nicht älter als zwölf Monate) auswertbare Röntgenaufnahmen.~~

~~Die Diagnosen sind gemäß der jeweils gültigen Klassifikation der Parodontalerkrankungen der maßgeblichen parodontologischen wissenschaftlichen Fachgesellschaft anzugeben.~~

~~Bei Versicherten, die Leistungen nach § 22a SGB V erhalten, soll der Dokumentationsbogen gemäß § 8 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) in die Planung der Therapie einbezogen werden.~~

~~3. Prognose~~

~~Wesentlich für eine günstige Prognose ist die Mitwirkung des Patienten (Nr. 4).~~

~~Die Prognose ist für das gesamte Gebiss oder für einzelne Parodontien ungünstig bei weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75 % oder einem Furkationsbefall von Grad 3.~~

~~Die Prognose für die Therapie lokaler oder generalisierter Parodontopathien wird zusätzlich durch folgende Faktoren ungünstig beeinflusst:~~

- ~~– Vorliegen systemischer Risikofaktoren (z.B. schlecht eingestellter Diabetes, HIV im fortgeschrittenen Stadium, Therapie mit immunsuppressiven Medikamenten, Osteoporose)~~

- ~~— Vorliegen exogener Risikofaktoren (z.B. Nikotinkonsum, Alkoholabusus)~~
- ~~— unzureichende Mitwirkung des Patienten~~

~~Bei weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75 % oder einem Furkationsbefall von Grad 3 ist bei gleichzeitigem Vorliegen eines Lockerungsgrades III in der Regel die Entfernung des Zahnes angezeigt.~~

3. Behandlungsbedürftigkeit der Parodontitis

(1) Die systematische Behandlung einer Parodontitis ist angezeigt, wenn eine der folgenden Diagnosen gestellt wird und dabei eine Sondierungstiefe von 4 mm oder mehr vorliegt:

1. Parodontitis

a) Staging:

Basierend auf Schweregrad und Komplexität des Managements

Stadium I: initiale Parodontitis

Stadium II: moderate Parodontitis

Stadium III: schwere Parodontitis mit Potenzial für weiteren Zahnverlust

Stadium IV: schwere Parodontitis mit Potenzial für Verlust der Dentition

Ausdehnung und Verteilungsmuster

Beschreibung:

- lokalisiert: <30% der Zähne
- generalisiert: ab 30% der Zähne
- Molaren/Inzisiven Muster

b) Grading:

Hinweis oder Risiko für rasche Progression, erwartetes Behandlungsergebnis

Grad A: langsame Progressionsrate

Grad B: moderate Progressionsrate

Grad C: rasche Progressionsrate

2. Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen

3. Andere das Parodont betreffende Zustände:

- Generalisierte gingivale Vergrößerungen

(2) Bei weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75 % oder einem Furkationsbefall von Grad III ist bei gleichzeitigem Vorliegen eines Lockerungsgrades III in der Regel die Entfernung des Zahnes angezeigt.

Nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die Behandlung der Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten angewachsenen Schleimhaut.

4. 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. Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch

Im Anschluss an die Durchführung von Anamnese, Diagnose, Prognose und Therapieplanung erfolgen im Rahmen eines vertragszahnärztlichen risikospezifischen parodontologischen Aufklärungs- und Therapiegesprächs

- die Erörterung von Befund, Diagnose, Therapiealternativen und deren Bedeutung,
- die Information über und die gemeinsame Entscheidungsfindung für die daraus folgende Therapie,
- die Information über die Bedeutung von gesundheitsbewusstem Verhalten zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren (z.B. Verweis auf ärztliche Behandlung bei Versicherten, bei denen die allgemeine Anamnese Hinweise auf nicht adäquat behandelte Allgemeinerkrankungen gibt; Rat zur Einstellung oder Einschränkung von Tabakkonsum).
- die Information über Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen.

5. Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung

Im zeitlichen Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie nach 64. erfolgt zur Sicherung eines langfristigen Behandlungserfolgs eine patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung des oder der Versicherten. ²Die Mundhygieneunterweisung umfasst

- eine Mundhygieneaufklärung; hierbei soll in Erfahrung gebracht werden, über welches Wissen zu parodontalen Erkrankungen die oder der Versicherte verfügt, wie ihre oder seine Zahnpflegegewohnheiten aussehen und welche langfristigen Ziele bezogen auf ihre oder seine Mundgesundheit die oder der Versicherte verfolgt.
- die Bestimmung des Entzündungszustandes der Gingiva
- das Anfärben von Plaque,
- eine individuelle Mundhygieneinstruktion,

- die praktische Anleitung zur risikospezifischen Mundhygiene; hierbei sollte eine Bestimmung der individuell geeigneten Mundhygienehilfsmittel vorgenommen und praktisch geübt werden.

Die Mundhygieneunterweisung soll in einer die jeweilige individuelle Versichertensituation berücksichtigenden Weise erfolgen. Bei Versicherten, die Leistungen nach § 22a SGB V erhalten, sollen bereits erfolgte Maßnahmen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) berücksichtigt werden.

5.6. Systematische Parodontitistherapie

Die systematische Parodontitistherapie umfasst:

Bei der systematischen Parodontitistherapie ist es unverzichtbar, die Wurzeloberflächen zu reinigen und Mikroorganismen aus parodontalen Taschen zu entfernen.

Das Entfernen von Zahnstein und sonstiger Reizfaktoren sowie die Aufklärung, Motivation und Anleitung des Patienten zur richtigen Mundhygiene sind integraler Bestandteil der systematischen Parodontitistherapie.

Konservierend-chirurgische Maßnahmen einschließlich des Glättens überstehender Füllungs- und Kronenränder sind je nach Indikation vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie durchzuführen.

a) Geschlossenes Vorgehen

Bei Zahnfleischtaschen mit einer Sondiertiefe von ~~3,54~~mm und mehr, wobei alle supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge – Biofilm und Zahnstein – nach Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen entfernt werden. Zur Entfernung der harten und weichen Beläge kann die geschlossene mechanische Therapie (GMT), ein geeigneter Laser, die Kombination aus GMT und Laser oder eine Kombination aus GMT, Laser und PDT angewandt werden.

b) Offenes Vorgehen

Bei Sondiertiefen ~~von mehr als ab~~ ~~65,5~~mm kann das geschlossene Vorgehen vor dem offenen Vorgehen durchgeführt werden. Nach dem geschlossenen Vorgehen ist zu prüfen, ob an einzelnen Parodontien ein offenes Vorgehen zusätzlich durchzuführen ist.

Das offene Vorgehen umfasst die Lappenoperation (einschließlich Naht und oder Schleimhautverbände), bei Bedarf die Osteoplastik sowie das supra- und subgingivale Entfernen harter und weicher Zahnbeläge.

In Ausnahmefällen kann das offene Vorgehen auch ohne vorheriges geschlossenes Vorgehen erfolgen.

~~Vor Durchführung eines offenen Vorgehens ist zu prüfen, ob die Mitwirkung des Patienten im bisherigen Verlauf der Behandlung gegeben war.~~ Im Frontzahnbereich besteht aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen.

Bei gingivalen Vergrößerungen und Gingiva- bzw. Weichgewebswucherungen ist zusätzlich die chirurgische Entfernung pathologisch veränderten Gewebes unter Wiederherstellung einer physiologischen Gingivamorphologie erforderlich.

6.7. Antibiotische Therapie

Bei besonders schweren Formen der Parodontitis, die mit einem raschen Attachmentverlust einhergehen, können systemisch wirkende Antibiotika im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie verordnet werden. Dies ~~kann erfolgt~~ in der Regel direkt nach Abschluss des supra- und subgingivalen Debridements ~~erfolgen~~.

~~Vor der Verordnung von Antibiotika ist zu prüfen, ob die Mitwirkung des Patienten (Nr. 4) im bisherigen Verlauf der Behandlung gegeben war und sie auch weiterhin zu erwarten ist.~~

Eine mikrobiologische Diagnostik ist vor der Gabe eines systemisch wirkenden Antibiotikums durchzuführen. ~~sowie~~ Die lokale Antibiotikatherapie ~~sind~~ ist grundsätzlich nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

7.8. Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges

Die regelmäßige Untersuchung des Patienten nach Abschluss einer systematischen Behandlung von Parodontopathien ist wegen der Gefahr einer bakteriellen Wiederbesiedlung der Taschen erforderlich.

Zentrale Bestandteile der unterstützenden Parodontalthherapie sind die Erfassung des Parodontalzustands, Mundhygienekontrollen, Mundhygieneaufklärung und -instruktion, teilweise mit praktischer Anleitung, subgingivale Instrumentierung einschl. supra- und äquigingivaler Reinigung.

Lokale Maßnahmen an einzelnen Parodontien sind gegebenenfalls zu wiederholen.

Die erste Untersuchung sollte bei geschlossenem Vorgehen nach 6 Monaten und nach offenem Vorgehen spätestens nach 3 Monaten erfolgen.

(1) Die unterstützende Parodontitistherapie (UPT) dient der Sicherung der Ergebnisse der antiinfektiösen und einer gegebenenfalls erfolgten chirurgischen Therapie. Mit der UPT soll drei bis sechs Monate nach Abschluss des geschlossenen bzw. offenen Vorgehens gemäß 4. begonnen werden.

(2) Die UPT umfasst

- die Mundhygienekontrolle,
- soweit erforderlich eine erneute Mundhygieneunterweisung,
- die vollständige supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen,
- bei Sondierungstiefen von ≥ 4 mm und Sondierungsbluten sowie an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von ≥ 5 mm die subgingivale Instrumentierung an den betroffenen Zähnen,
- ab dem zweiten Jahr einmal im Kalenderjahr die Untersuchung des Parodontalzustands und die Erhebung des Parodontalstatus; die hierzu notwendige Dokumentation des klinischen Befunds (Parodontalstatus) umfasst:
 1. Sondierungstiefe und Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn, eine davon mesioapproximal und eine distoapproximal; bei der Messung der Sondierungstiefen wird der Wert jeweils auf den nächsten ganzen Millimeter aufgerundet.
 2. röntgenologischer Knochenabbau sowie die Angabe Knochenabbau (%) / Alter
 3. Furkationsbefall:
 - Grad 0 = keine Furkationsbeteiligung sondierbar
 - Grad I = bis 3 mm in horizontaler Richtung sondierbar
 - Grad II = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung, jedoch nicht durchgängig sondierbar
 - Grad III = durchgängig sondierbar

4. Zahnlockerung:

Grad 0 = normale Zahnbeweglichkeit

Grad I = gering horizontal (0,2 mm – 1 mm)

Grad II = moderat horizontal (mehr als 1 mm)

Grad III = ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und in vertikaler Richtung.:-

(3) Die in Absatz 2 geregelten Maßnahmen der UPT sollen für einen Zeitraum von drei Jahren regelmäßig erbracht werden. Die Frequenz der Erbringung der Maßnahmen der UPT richtet sich nach dem gem. 3. Abs. 1 Nr. 1 lit. b) festgestellten Grad der Parodontalerkrankung:

Grad A: einmal im Kalenderjahr mit einem Mindestabstand von zehn Monaten

Grad B: einmal im Kalenderhalbjahr mit einem Mindestabstand von fünf Monaten

Grad C: einmal im Kalendertertial mit einem Mindestabstand von drei Monaten

8.Regelungen zum Qualitätsmanagement

~~Die Krankenkasse kann die anhand von Anamnese, klinischer sowie radiologischer Befundung gestellte Diagnose und die daraus abgeleitete Therapieplanung begutachten lassen.~~

9. Qualitätssicherung

Die Untersuchungen und Behandlungen nach dieser Richtlinie dürfen nur diejenigen Zahnärztinnen oder Zahnärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können und nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind. Eine Delegation von einzelnen Behandlungsschritten ist nur zulässig für:

- Mundhygieneunterweisungen und -kontrollen,
- parodontologische Nachsorge- und Motivationsgespräche
- Remotivationen
- supra- und äquigingivale Reinigungen.

Diese Maßnahmen dürfen nur an solches Personal delegiert werden, das mindestens die Weiterbildung zur Dentalhygienikerin abgeschlossen hat.

10. Evaluation

Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie eine unabhängige wissenschaftliche Institution mit der Evaluation. Die Inanspruchnahme ist von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen anhand der Anzahl der abgerechneten Behandlungen kalenderjährlich zum 1. März an den Gemeinsamen Bundesausschuss zu übermitteln.

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den TT. Monat 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie)

Vom TT. Monat 2020

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Antrag der Patientenvertretung zur Beratung der Systematischen Behandlung von Parodontopathien nach § 135 Absatz 1 SGB V	2
2.2	Änderungen in Abschnitt V.....	2
2.2.1	Änderung in 1. Grundlagen, Ziel der Behandlung und Indikationen	2
2.2.2	Änderung in 2. Anamnese und Diagnostik im Hinblick auf den Parodontalzustand.....	3
2.2.3	Änderung in 3. Prognose	5
2.2.4	Änderung in 4. Mitwirkung des Patienten.....	8
2.2.5	Ergänzung 4. Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch	8
2.2.6	Ergänzung 5. Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung.....	9
2.2.7	Änderung in 6. Systematische Parodontitstherapie.....	10
2.2.8	Änderung in 7. Antibiotische Therapie	11
2.2.9	Änderung in 8. Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolgs.....	12
2.2.10	Änderung in 8. Regelung zum Qualitätsmanagement.....	14
2.2.11	Ergänzung 9. Qualitätssicherung	14
2.2.12	Ergänzung 10. Evaluation.....	14
3.	Bürokratiekostenermittlung	15
4.	Stellungnahmeverfahren	15
5.	Verfahrensablauf	15
6.	Fazit	16
7.	Zusammenfassende Dokumentation.....	16

1. Rechtsgrundlage

Nach § 28 Absatz 2 Satz 1 und § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Nach § 92 Abs. 1 SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss die zur Sicherung der (zahn-)ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten und trägt dabei auch den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter sowie psychisch kranker Menschen Rechnung. Die Richtlinien haben sich an dem allgemein anerkannten Stand der (zahn-)medizinischen Erkenntnisse und des (zahn-)medizinischen Fortschrittes zu richten.

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 Antrag der Patientenvertretung zur Beratung der Systematischen Behandlung von Parodontopathien nach § 135 Absatz 1 SGB V

Mit Schreiben vom 22. Juli 2013 hat die PatV die Bewertung der systematischen Behandlung von Parodontopathien (Par-Behandlung) gemäß § 135 Absatz 1 SGB V beantragt. Der Beratungsantrag wurde mit Beschluss des G-BA vom 17. Oktober 2013 angenommen. Im Anschluss an die Bekanntmachung vom 25. September 2014 erfolgte die Einholung und Auswertung der ersten Einschätzungen.

Der G-BA hat in seiner Sitzung am 19. März 2015 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur systematischen Behandlung von Parodontopathien gemäß § 139b Absatz 1 Satz 1 i. V. m. § 139a Absatz 3 SGB V beauftragt.

Die Bewertung des medizinischen Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit als erster Schritt des Bewertungsverfahrens wurde im Zuständigkeitsbereich des Unterausschuss Methodenbewertung (UA MB) des G-BA auf Grundlage des IQWiG-Berichts (Abschlussbericht des IQWiG zur Nutzenbewertung der Systematischen Behandlung von Parodontopathien [Auftrag N15-01, Version 1.0, Stand: 5. März 2018]) sowie auf Grundlage einer ergänzenden Recherche des G-BA zur unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) vom 14. August 2019 durchgeführt. Über die Ergebnisse dieses ersten Bewertungsvorgangs wurde dem Unterausschuss Zahnärztliche Behandlung (UA ZÄ) durch den UA MB ein Bericht übermittelt. Die sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext wurde auch mit Blick auf die erforderlichen Richtlinienberatungen durch den UA ZÄ vorgenommen.

2.2 Änderungen in Abschnitt V.

2.2.1 Änderung in 1. Grundlagen, Ziel der Behandlung und Indikationen

Die Absätze 2 und 3 wurden gestrichen und im Kapitel 4. „Systematische Parodontitistherapie“ verortet.

Der PSI- Wert wurde hier aus der Richtlinie entfernt. Er ist ein reiner Screening- Messwert, der an wenigen Prüfstellen im Mund erhoben wird und kann deshalb allenfalls ein Indiz für eine parodontale Erkrankung sein. Er ist für die Diagnose einer Parodontitis ungeeignet.

Der Absatz 6 wurde gestrichen und im Kapitel 3. „Behandlungsbedürftigkeit einer Parodontitis“ verortet.

2.2.2 Änderung in 2. Anamnese und Diagnostik im Hinblick auf den Parodontalzustand

Parodontitis ist eine chronisch entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparats. Der Zahnhalteapparat, das Parodont, besteht aus dem Zahnfleisch, dem Wurzelzement, der Wurzelhaut (dem Desmodont) und dem Alveolarknochen. Im Verlauf der Erkrankung rufen bakterielle Zahnbeläge eine Entzündung des Zahnfleisches, der Gingiva, hervor. Folge der Entzündungsreaktion, ausgelöst durch den bakteriellen Zahnbelag, der auch als dentaler Biofilm bezeichnet wird, ist eine Gingivitis. Durch eine Veränderung des Biofilms und bestimmter Risikofaktoren, beispielsweise Rauchen, Diabetes mellitus, psychosoziale Belastungen, kann es zur Progression der Entzündung kommen, die schließlich zu einer Parodontitis führt. Die entzündungsbedingten Veränderungen des Saumeithels führen zu einer Ausdehnung des Biofilms in den subgingivalen Bereich. Etabliert sich die Entzündung entstehen Zahnfleischtaschen, die die Vermehrung der parodontopathogenen Bakterien weiter begünstigen. Durch die Abwehrreaktion des Körpers kommt es zum Attachment- und Alveolarknochenverlust. Unbehandelt schreitet der Abbauprozess fort und führt zu einer Zahnlockerung oder auch Zahnstellungsveränderungen bis hin zum Zahnverlust. Eine Begutachtung aufgrund der Behandlungsbedürftigkeit der Erkrankung durch die Krankenkasse ist daher nicht angezeigt.

Die Dokumentation des klinischen Befunds (Parodontalstatus) wurde entsprechend der neuen Klassifikation angepasst. In enger Kooperation der American Academy of Periodontology (AAP) und der European Federation of Periodontology (EFP) im Rahmen eines internationalen Konsensusverfahrens wurde die Klassifikation an den aktuellen Wissensstand angepasst und erneuert. Die Ergebnisse und Empfehlungen wurden in einem gemeinsamen Workshop 2017 erarbeitet. Die wissenschaftlichen Evidenz-Beiträge und Konsensberichte wurden 2018 publiziert – eine deutsche Übersetzung wurde von der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DG PARO) erarbeitet und bereitgestellt (www.dgparo.de). Die aktuelle Klassifikation ersetzt die vorherige Klassifikation der American Academy of Periodontology (AAP) aus dem Jahr 1999 (Caton et al. 2018; Chapple et al., 2018; Papananou et al., 2018; Jepsen et al., 2018; Berglundh et al. 2018).

Das Kapitel legt die zu erfassenden klinischen Parameter fest, die für die Dokumentation des klinischen Befunds (Parodontalstatus) notwendig sind.

Zu Ziffer 1

Klinisch aussagekräftige Beschreibungen der Parodontitis sind die Anzahl der Zähne mit einer Sondierungstiefe über bestimmten Schwellenwerten (≥ 4 mm und ≥ 6) sowie der Anteil von Stellen, die bei der Sondierung bluten. Die Sondierungstiefen und die Sondierungsblutungen stellen die Ausprägung der Entzündung dar und lassen damit Schlussfolgerungen über den gegenwärtigen Behandlungsbedarf zu. Die parodontale

Entzündung – im Allgemeinen gemessen als Blutung auf Sondieren (bleeding on probing, BOP) – ist zudem ein wichtiger klinischer Parameter in Bezug auf die Beurteilung der parodontalen Therapieergebnisse und des verbleibenden Krankheitsrisikos nach der Behandlung (Chapple et al. 2018, Sanz & Tonetti, 2019).

Zu Ziffer 2.

Die Schwere der Erkrankung bemisst sich anhand des röntgenologischen Knochenabbaus oder über den approximalen Attachmentverlust (Papapanou et al., 2018). Die Prozentwerte beziehen sich auf den approximalen Knochenabbau in Relation zur Wurzellänge (Distanz Schmelz-Zement-Grenze zum Limbus alveolaris/Wurzellänge x 100) und können abgeschätzt werden (15% = 1/6 der Wurzellänge; 33% = 1/3 der Wurzellänge).

Die Einteilung nach Stadien (Staging) gemäß § 4 Abs.1 kann anhand des röntgenologischen Knochenabbaus oder über den approximalen Attachmentverlust erfolgen. Darüber hinaus wird die Anzahl der aufgrund von Parodontitis fehlenden Zähne berücksichtigt.

Zu Ziffern 3. 4. und 5.

Eine weitere Dimension der Erkrankung ist die Komplexität der Behandlung. Neben den Faktoren der Sondierungstiefe und der Art des Knochenabbaus gehören in die diagnostische Klassifizierung zur Beurteilung der Komplexität der Erkrankung, die Furkationsbeteiligung und die Zahnlockerung (Quelle: Eickholz & Walter 2018; Lindhe & Nyman 1977; Sanz & Tonetti. 2018; Papapanou et al., 2018).

Der nachfolgende Absatz regelt die Vorgaben zu den Röntgenaufnahmen für den Röntgenbefund. Röntgenaufnahmen sind für die spezifische Diagnostik zur Messung des parodontalen Knochenabbaus heranzuziehen. Erforderlich sind aktuelle (in der Regel nicht älter als 12 Monate) auswertbare Röntgenaufnahmen. Eine 12-Monatsgrenze zur regelhaften Erneuerung von Röntgenbildern ist in Abänderung der bisherigen Grenze von 6 Monaten ausreichend. Parodontitis ist eine langsam progrediente Erkrankung (Quelle: Needleman et al., 2018). In Abhängigkeit der Schwere des Falles/ von der Progredienz der Erkrankung, obliegt es dem Zahnarzt oder der Zahnärztin, über die Aktualität der Röntgenaufnahmen zu entscheiden. Die Qualität digitaler Aufnahmen muss denen herkömmlicher Verfahren entsprechen (z.B. DIN-Norm).

Weiter ist festgelegt, dass die Diagnostik der Parodontalerkrankungen gemäß dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse und des zahnmedizinischen Fortschrittes in Anwendung der jeweils geltenden aktuellen international anerkannten Klassifikation zu erfolgen hat.

Abschließend wurde ein Verweis auf Leistungen nach § 22a SGB V ergänzt. Seit dem 1. Juli 2018 ist die Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen: Erstfassung (Richtlinie nach § 22a SGB V) in Kraft. Danach haben Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften

Buches Sozialgesetzbuch zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 53 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch erhalten, unter anderem Anspruch auf Leistungen zur Erhebung eines Mundgesundheitsstatus nach § 4, zur Erstellung eines individuellen Mundgesundheitsplans nach § 5 sowie einer Mundgesundheitsaufklärung nach § 6. Die Inhalte der Maßnahmen der §§ 4 und 5 sind durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt gemäß § 8 in einen Vordruck einzutragen. Dieser Vordruck/Dokumentationsbogen soll in Fällen, in denen Versicherte auch Leistungen nach § 22a SGB V erhalten, in die Planung der Therapie miteinbezogen werden, um die Maßnahmen aufeinander abzustimmen. Einerseits sind auf Grundlage des Vordrucks/Dokumentationsbogens ggf. neue und zusätzliche Information zur individuellen Therapieplanung zu entnehmen, andererseits sollen bereits erfolgte Maßnahmen Berücksichtigung finden.

2.2.3 Änderung in 3. Prognose

Das Kapitel Prognose wurde gestrichen und durch das neu eingefügte Kapitel „Behandlungsbedürftigkeit einer Parodontitis“ ersetzt und erweitert.

Zu Absatz 1

Absatz 1 regelt, ab wann im Rahmen der klinischen Versorgung eine systematische Behandlung einer Parodontitis angezeigt ist. Die Behandlungsbedürftigkeit besteht, wenn eine Sondierungstiefe von 4 mm und mehr vorliegt und eine der folgenden Diagnosen gestellt wurde: Parodontitis, Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen, andere das Parodont betreffende Zustände. Die Differentialdiagnostik zur Feststellung, welche Form der Erkrankung vorliegt, basiert auf den unter 2. festgestellten Befunden, der Patientenanamnese, den spezifischen Anzeichen und Symptomen und der An- oder Abwesenheit einer systematischen Erkrankung.

Des Weiteren wird die Behandlungsbedürftigkeit der Parodontitis spezifiziert: Der individuelle Fall einer Parodontitis wird, durch eine Beschreibung des Stadiums und Grades der Erkrankung, weiter charakterisiert.

zu a)

Die Stadien-Einteilung (Staging) basiert auf den Dimensionen von Schwere und Ausmaß der Parodontitis bei der Erstvorstellung, ergänzt durch die Komplexität des Behandlungsmanagements bzw. der Therapie (Papapanou et al., 2018; Sanz & Tonetti, 2018). Das Ausmaß der Erkrankung wird durch die Ausdehnung und dem Verteilungsmuster der Erkrankung bewertet, indem beurteilt wird, ob weniger als 30% der Zähne (lokalisiert) oder 30% und mehr betroffen sind (generalisiert).

Parodontitis Stadium STAGING		Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Schweregrad	Interdentaler CAL an der Stelle mit dem größten Verlust	1-2 mm	3-4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Röntgenologischer Knochenabbau	Koronales Drittel (< 15 %)	Koronales Drittel (15-33 %)	Mittleres bis apikales Drittel	Mittleres bis apikales Drittel
	Zahnverlust	Kein Zahnverlust aufgrund von Parodontitis		Zahnverlust aufgrund von Parodontitis von ≤ 4 Zähnen	Zahnverlust aufgrund von Parodontitis von ≥ 5 Zähnen
Komplexität	Lokal	Maximale Sondierungstiefe ≤ 4 mm	Maximale Sondierungstiefe 4-5 mm	Zusätzlich zur Komplexität des Stadium II:	Zusätzlich zur Komplexität des Stadium III:
		Vorwiegend horizontaler Knochenabbau	Vorwiegend horizontaler Knochenabbau	Sondierungstiefe ≥ 6mm Vertikaler Knochenabbau ≥ 3mm Furkationsbefall Grad II oder III Moderater Kammdefekt	Notwendigkeit einer komplexen, interdisziplinären Rehabilitation aufgrund von: Mastikatorischer Dysfunktion Sekundärem okklusalen Trauma (Zahnbeweglichkeit ≥ Grad 2) Ausgeprägtem Kammdefekt Verlust der Bisshöhe, Zahnwanderungen, Auffächerung der Front Weniger als 20 Restzähne mit 10 okkludierenden Paaren
Ausdehnung und Verteilung	Wird zur genaueren Beschreibung des Staging verwendet	Für jedes Stadium Ausdehnung als lokalisiert (< 30 % der Zähne), generalisiert oder als Molaren/Inzisiven Muster beschreiben			

Abbildung 1: Klassifikation der Parodontitis auf Basis der Erkrankungsstadien (Papapanou et al., 2018)

zu b)

Die Grad-Einstufung (Grading) gibt das zukünftige Risiko einer Parodontitis-Progression an und liefert eine Abschätzung auf das wahrscheinliche Ansprechen der Standardtherapie. Diese Einschätzung bestimmt die Intensität der Therapie und die Prävention nach der Therapie. Damit ist eine patientenindividuelle Therapieentscheidung möglich.

Die Progressionsrate wird unter Verwendung direkter und indirekter Hinweise ermittelt. Direkte Evidenz kann in Form von verfügbaren longitudinalen Beobachtungen vorliegen, z.B. durch ältere Röntgenaufnahmen in diagnostischer Qualität. Indirekte Evidenz basiert auf der Messung des Knochenabbaus des am stärksten betroffenen Zahnes im Gebiss als Funktion des Alters. Die Angabe des Knochenabbaus erfolgt in Prozent der Wurzellänge dividiert durch das Alter des Patienten in Jahren.

Der Grad kann durch das Vorhandensein von Risikofaktoren modifiziert werden. Hierzu ist der Ausgangswert der Zuordnung des Patienten Grad B. Danach wird ermittelt, ob Evidenz vorliegt, die eine Einstufung in Grad A oder C rechtfertigen würden. So kann z.B. ein Fall mit moderater Parodontitis (Stadium II) und der Annahme einer moderaten Progressionsrate (Grad B) durch das Vorhandensein eines schlecht kontrollierten Typ-2-Diabetes, zu einer schnelleren Progression (Grad C) verschoben werden. Eine Herabstufung eines nicht an

Diabetes Erkrankten von B nach A ist nicht vorgesehen (nur „Upgrading“ durch Risikofaktoren).

Parodontitis GRADING			Grad A: langsame Progressionsrate	Grad B: moderate Progressionsrate	Grad C: rasche Progressionsrate
Primäre Kriterien	Direkte Evidenz	Longitudinale Daten (röntgenologischer Knochenabbau oder Parodontalstatus mit Angabe des CAL)	Kein Verlust	< 2 mm über 5 Jahre	≥ 2 mm über 5 Jahre
	Indirekte Evidenz	Knochenabbau (%)/ Alter	< 0,25	0,25-1,00	> 1,00
		Phänotyp	Erheblicher Biofilm	Zerstörung proportional zum Biofilm	Größere Zerstörung, als Bio- film-Ablagerungen erwarten lassen; das klinische Bild lässt Episoden rapider Zerstörung und/oder einer früh beginnen- den Erkrankung (z.B. Molaren- Inzisivi Muster oder behand- lungsresistente Erkrankung)
Modifika- toren	Risikofak- toren	Rauchen	Nichtraucher	Raucher, < 10 Zig./Tag	Raucher, ≥10 Zig./Tag
		Diabetes	Kein Diabetiker, nor- moglykämisch	HbA1c < 7,0 % bei Pati- enten mit Diabetes	HbA1c ≥ 7,0 % bei Patienten mit Diabetes

Abbildung 2: Klassifikation der Parodontitis nach Erkrankungsgraden (Papapanou et al., 2018)

Zu Ziffer 2

Mit der Ziffer 2 werden die systemischen Erkrankungen umfasst, die sich auf das Parodont auswirken. Seltene systemische Erkrankungen wie das Papillon-Lefèvre-Syndrom führen in der Regel frühzeitig zu einer Manifestation einer schweren Parodontitis. Sie haben durch Beeinflussung der parodontalen Entzündung einen großen Einfluss auf den Verlust von parodontalen Gewebe (Caton et. al., 2018; Jepsen et l., 2018; Sanz und Tonetti, 2019).

Bei der Diagnose und Behandlung sind unter Umständen auch Vertreter andere medizinischer Fachgebiete zu beteiligen.

Zu Ziffer 3

Andere das Parodont betreffende Zustände sind generalisierte gingivale Vergrößerungen (Chapple et al., 2018).

Bei gingivalen Vergrößerungen und Gingiva- bzw. Weichgewebswucherungen kann zusätzlich die chirurgische Entfernung pathologisch veränderten Gewebes unter Wiederherstellung einer physiologischen Gingivamorphologie notwendig sein. Die Behandlungssequenz bei der Gingivawucherung erfolgt gleichermaßen wie bei Parodontitis: Es erfolgt zunächst ein geschlossenes Vorgehen, dann die Befundevaluation und bei Persistieren von Taschen ≥ 6 mm kann eine chirurgische Therapie notwendig sein (externe/interne Gingivektomie) (Dannewitz et al., 2010).

Zu Absatz 2

In der Regel von der vertragszahnärztlichen Versorgung ausgeschlossen sind Zähne mit weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75 % oder einem Furkationsbefall von Grad III bei gleichzeitigem Vorliegen eines Lockerungsgrades III. Unter diesen klinischen Bedingungen ist davon auszugehen, dass der Zahn möglicherweise nicht mehr erfolgreich behandelt werden kann bzw. nicht mehr erhaltungsfähig ist. Als Therapieoption ist in der Regel die Entfernung des Zahnes angezeigt.

2.2.4 Änderung in 4. Mitwirkung des Patienten

Das Kapitel wurde gestrichen.

Hauptursache einer Parodontitis ist die subgingivale mikrobielle Plaque, jedoch handelt es sich um eine multifaktorielle Erkrankung mit endogenen und exogenen Risikofaktoren. Durch eine Veränderung des Biofilms und bestimmter, teilweise durch die Betroffenen beeinflussbare Risikofaktoren, beispielsweise Rauchen, Diabetes mellitus, psychosoziale Belastungen und das Vorliegen einer genetischen Disposition, kann es zur Progression der Entzündung kommen, die schließlich zu einer Parodontitis führt.

Die multifaktorielle Krankheitsentstehung mit genetischer Beteiligung rechtfertigt keine Beendigung der systematischen Parodontitisbehandlung. Entsprechend wurde die Behandlungsrichtlinie angepasst und um die Kapitel „Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch“ und „Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung“ erweitert.

2.2.5 Ergänzung 4. Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch

Das parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch erfolgt im Anschluss an Befunderhebung, Diagnose und Therapieplanung als eigenständiger Therapieschritt. Das Gespräch dient dazu, den Patienten allgemein, aber auch risikospezifisch über Parodontitis aufzuklären und somit den Patienten in seiner Mundgesundheitskompetenz zu stärken, um ihn aktiv von Beginn an in die Therapie mit einzubinden. Zudem bereitet das Gespräch den Patienten konkret auf die nächsten Therapieschritte vor. Hierzu erfolgt eine Erörterung von Befund, Diagnose, Therapiealternativen und deren Bedeutung. Im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung soll im Rahmen des Gesprächs eine gemeinsame Entscheidungsfindung für die daraus folgende Therapie festgelegt werden.

Parodontale Erkrankungen gelten, wie andere chronische Erkrankungen auch, als maßgeblich abhängig vom Verhalten des Patienten (Thomson et al. 2012). Wichtige Risikofaktoren sind ineffektive Mundhygiene, die unregelmäßige Inanspruchnahme zahnärztlicher Behandlungen bzw. deren Beschwerde- anstatt kontrollorientierte Inanspruchnahme sowie das Rauchen (Thomson et al. 2012). Aus gesundheitspsychologischer Sicht gilt daher das Adressieren des Patientenverhaltens als ein wesentlicher Baustein einer erfolgreichen parodontalen Behandlung (Tonetti et al. 2015).

Laut einer aktuellen Umfrage in Deutschland ist etwa nur 1% der Bevölkerung in der Lage, die Krankheit Parodontitis richtig zu definieren. Auch die Folgen und die Risikofaktoren von

Parodontitis wurden von den Befragten nicht oder falsch benannt. Aufgrund der geringen parodontalen Gesundheitskompetenz ist das Aufklärungs- und Therapiegespräch als eigener Therapieschritt notwendig (Deinzer & Jordan, 2019).

Im Rahmen des Gespräches erfolgt unter Hinzunahme des Befunds und der Diagnose, wie auch des risikospezifischen Gesundheitsverhaltens eine Erörterung über die Bedeutung von gesundheitsbewusstem Verhalten zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren. Befund- und diagnosebezogen kann dies auch der Verweis auf die ärztliche Behandlung bei Versicherten, bei denen die allgemeine Anamnese Hinweise auf nicht adäquat behandelte Allgemeinerkrankungen gibt, umfassen. Es wird über Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen informiert. Diabetes mellitus erhöht z.B. das Risiko an Parodontitis zu erkranken. Chronische Entzündungen können die Wirkung von Insulin reduzieren, sodass die Parodontitis die Einstellung des Blutzuckers bei Diabetikern deutlich erschweren kann.

2.2.6 Ergänzung 5. Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung

Im Rahmen der systematischen Parodontitistherapie ist eine patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung zur langfristigen Sicherung des Behandlungserfolgs unabdingbar. Instruktion und Motivation zur Verhaltensänderung der Mundhygiene sollen im Kontext der gesamten Behandlungsstrecke sowohl zu Beginn der Behandlung als auch immer wiederkehrend im Rahmen der Nachsorge erfolgen (Deinzer, Dörfer & Sälzer, 2018). In Abhängigkeit der jeweiligen Behandlungssituation kann die Unterweisung vor oder im Anschluss an die antiinfektiöse Therapie erfolgen.

Durch Mundhygieneunterweisung kann die Menge bakterieller Zahnbeläge und Gingivitis gegenüber keiner Maßnahme verringert werden (Hugoson et al. 2007). Die Befundlage zeigt zudem auf, dass komplexe Programme, die gesundheitspsychologische Erkenntnisse umfassend anwenden, erfolgreicher greifen, als einmalige motivierende Gesprächsführungen/ Standardunterweisungen (Deinzer, Dörfer & Sälzer, 2018, S. 21; Jönsson et. al. 2009, 2010, 2014; Little et al. 1997).

Zunächst erfolgt eine Mundhygieneaufklärung. Es werden das Wissen, als auch die Zahnpflegegewohnheiten des Patienten zu parodontalen Erkrankungen ermittelt. Zudem werden gemeinsam mit dem oder der Versicherten Ziele bezogen auf die Mundgesundheit festgelegt. Zu einer vollständigen patientenindividuellen Mundhygieneinstruktion und zur Sicherung des parodontalen Behandlungserfolgs gehören die Feststellung des Entzündungszustandes der Gingiva (als Folge ineffektiver Plaquekontrolle) und das Anfärben von Plaque, um die Plaquekontrolle selbst festzustellen, da bakterielle Zahnbeläge der Hauptauslöser für Parodontitis sind.

Durch Anfärben der Plaque werden dem Patienten die Effektivität der individuellen Mundhygiene veranschaulicht und Defizite aufgezeigt. Die Patienten werden dann motiviert und geschult, die identifizierten Problemstellen bei der individuellen Mundhygiene besser zu reinigen (Quelle: Deinzer & Eickholz, 2018).

Neben der individuellen Empfehlung geeigneter Hilfsmittel sollte der Patient zu einer regelmäßigen und effizienten Anwendung dieser Produkte motiviert und instruiert werden (Deinzer, Dörfer & Sälzer, 2018; Jönsson et. al., 2009).

Zur Sicherung einer effektiven Mundhygieneunterweisung soll diese in einer jeweils die individuellen Bedarfe der oder des Versicherten berücksichtigenden Weise erfolgen; auch sollen ggf. nach § 22a SGB V erbrachte Maßnahmen berücksichtigt werden.

2.2.7 Änderung in 6. Systematische Parodontitistherapie

Klinisch aussagekräftige Beschreibungen der Parodontitis sind die Anzahl der Zähne mit einer Sondierungstiefe über bestimmten Schwellenwerten (≥ 4 mm und ≥ 6) sowie der Anteil von Stellen, die bei der Sondierung bluten (vgl. 2.2.2). Entsprechend wurden die Schwellenwerte der Sondiertiefe angepasst.

Das IQWiG hat den Nutzen sowohl für die alleinige als auch für die zur GMT ergänzenden Lasertherapie im Vergleich zur GMT untersucht.

Für den Endpunkt symptomatische Gingivitis (GI und Blutung) konnte für die alleinige Lasertherapie kein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen oder Schaden im Vergleich zur GMT abgeleitet werden. Für den Endpunkt Attachmentlevel lagen drei Studien mit mäßiger Ergebnissicherheit zum Zeitpunkt zwölf Monate nach Therapie vor (Krohn-Dale 2012, Lopes 2010, Schwarz 2003). Für den Endpunkt Attachmentlevel für den Auswertungszeitpunkt zwölf Monate nach Therapie ergab sich kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der alleinigen Lasertherapie im Vergleich zur GMT. Für den Zeitpunkt zwei Jahre nach Therapie lagen Ergebnisse zum Endpunkt Attachmentlevel aus einer Studie vor (Schwarz 2003). Es zeigte sich ein statistisch signifikanter Effekt zugunsten der Lasertherapie. Dieser Effekt war auch klinisch relevant. Der Effekt bleibt auch nach 2 Jahren weitgehend erhalten und liegt oberhalb der Irrelevanzschwelle von 0,1 mm. In dieser Studie wurde der Lasertyp (Nd:YAG-Laser) verwendet.

Für den Vergleich GMT mit ergänzender Lasertherapie gegenüber der alleinigen GMT lagen bezüglich des Endpunkts symptomatische Gingivitis Daten mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit aus einer Studie (Qadri 2011) für den medianen Zeitpunkt 20 Monate nach Therapie vor. Es zeigte sich ein statistisch signifikanter und als relevant interpretierter Effekt zugunsten der ergänzenden Lasertherapie. Somit wurde durch des IQWiG für den Endpunkt symptomatische Gingivitis ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der ergänzenden Lasertherapie im Vergleich zur GMT abgeleitet. Für den Endpunkt Attachmentlevel lagen Daten aus fünf Studien mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit mit einer Auswertung zum Zeitpunkt zwölf Monate nach Therapie vor (Dilsiz 2014, Kelbauskiene 2011, Lai 2009, Lopes 2010, Sanz-Sanchez 2015). Zwei dieser Studien wiesen einen statistisch signifikanten und klinisch relevanten Effekt zugunsten der ergänzenden Lasertherapie auf (Dilsiz 2014, Kelbauskiene 2011). Die anderen drei Studien zeigten jeweils keinen statistisch signifikanten Effekt. Somit wurde durch des IQWiG für den Endpunkt Attachmentlevel für den Zeitpunkt zwölf Monate nach Therapie kein Anhaltspunkt für einen Nutzen oder Schaden der ergänzenden Lasertherapie im Vergleich zur GMT abgeleitet.

Insgesamt ergab sich für das IQWiG aus der Beleglage ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Lasertherapie – alleinig und in Kombination - im Vergleich zur GMT. Die S3-Leitlinie „Subgingivale Instrumentierung“ (AWMF-Registernummer: 083-030) gibt folgende evidenzbasierte Empfehlung: „Die Durchführung der subgingivalen Instrumentierung mittels Erbium-YAG Lasers kann erwogen werden.“

Weiter hat das IQWiG den Nutzen der ergänzenden Kombinationstherapie aus fotodynamischem und fotoablativem Laser im Vergleich zur GMT untersucht. Zum Endpunkt Attachmentlevel lagen Daten für die ergänzende Kombinationstherapie aus fotoablativem und fotodynamischem Laser im Vergleich zur GMT mit mäßiger qualitativer Ergebnissicherheit aus 1 Studie (Giannelli 2012) für die Zeitpunkte 12 Monate und 4 Jahre nach Behandlung vor. Es zeigte sich jeweils ein statistisch signifikanter Effekt. Diese Effekte waren auch klinisch relevant. Nach 12 Monaten wird unter der ergänzenden Kombinationstherapie PAT + PDT im Vergleich zur GMT ein im Mittel um 1,7 Millimeter größerer Attachmentgewinn erzielt. Dieser statistisch signifikante und deutlich klinisch relevante Effekt war mit einem im Mittel um 3,3 Millimeter größeren Attachmentgewinn zum Zeitpunkt 4 Jahre nach Therapie noch stärker ausgeprägt. Es ergibt sich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der ergänzenden Kombinationstherapie aus fotodynamischem und fotoablativem Laser, basierend auf dem Endpunkt Attachmentlevel. Insgesamt ergab sich für das IQWiG aus der Beleglage ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Kombination aus GMT, PDT und PAT im Vergleich zur GMT.

Entsprechend der Studienergebnisse und der Leitlinienempfehlung wurde die Behandlungsrichtlinie angepasst und um die Behandlungsoptionen der Lasertherapie – alleinig und in Kombination mit der GMT - sowie der ergänzenden Kombinationstherapie aus fotodynamischem und fotoablativem Laser erweitert.

Das IQWiG hat den Nutzen der GMT mit ergänzender Osteoplastik im Vergleich zu keiner Behandlung untersucht. Es lagen zum Endpunkt Attachmentlevel Daten mit mäßiger Ergebnissicherheit für die Auswertungszeitpunkte zwölf Monate und zwei Jahre nach Therapie aus einer Studie vor (Kaldahl 1988). Für den Zeitpunkt zwölf Monate ergab sich ein statistisch signifikanter und klinisch relevanter Effekt zugunsten der GMT mit ergänzender Osteoplastik im Vergleich zu keiner Behandlung. Für den Zeitpunkt zwei Jahre ergab sich ebenfalls ein statistisch signifikanter und klinisch relevanter Effekt zugunsten der GMT mit ergänzender Osteoplastik im Vergleich zu keiner Behandlung. In der Gesamtschau konnte für den Endpunkt Attachmentlevel ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der GMT mit ergänzender Osteoplastik im Vergleich zu keiner Behandlung abgeleitet werden. Insgesamt ergab sich für das IQWiG aus der Beleglage ein Anhaltspunkt für einen Nutzen der Kombination aus GMT und Osteoplastik im Vergleich zu keiner Behandlung.

2.2.8 Änderung in 7. Antibiotische Therapie

Der Nutzen der adjuvanten systemischen Antibiotikatherapie gilt anhand der Ergebnisse des IQWiG-Abschlussberichts als belegt. Anhand von drei Studien (ABPARO, Preus 2013, Sigusch 2001) zeigte sich ein statistisch signifikanter Effekt für den Endpunkt Attachmentlevel zugunsten der ergänzenden Antibiotikabehandlung für den Zeitpunkt zwei bis fünf Jahre nach Therapie. Diese Effekte waren klinisch relevant und es lagen deutlich gleichgerichtete Effekte vor. Somit ergab sich für den Endpunkt Attachmentlevel bei der qualitativen Zusammenfassung ein Hinweis auf einen Nutzen der adjuvanten systemischen

Antibiotikatherapie im Vergleich zur GMT für den Zeitpunkt zwei bis fünf Jahre nach Therapie.

Die aktuelle S3-Leitlinie „Systemische Antibiotikagabe bei subgingivaler Instrumentierung“ (2018) empfiehlt als Mittel der 1. Wahl eine Kombination aus Amoxicillin und Metronidazol. Bei Unverträglichkeit wird als 2. Wahl die alleinige Gabe von Metronidazol empfohlen. Mit Verweis auf den Arzneimittel-Report 2018 werden knapp 9% aller Antibiotikaverordnungen in Deutschland von Zahnärzten vorgenommen. Dabei ist im Längsschnitt ein Anstieg in den Verordnungen von 2016 zu 2017 um 5,1% zu beobachten. Als häufigstes Antibiotikum erfolgt eine Verordnung von Amoxicillin als Monopräparat, zweithäufigstes Mittel ist Clindamycin, welches ein Reserveantibiotikum und kein spezifisch zahnmedizinisches Antibiotikum ist. „Diese Daten stehen im Widerspruch zu den Informationen über zahnärztliche Arzneimittel, die bei den meisten in der Zahnarztpraxis vorkommenden Infektionen durch grampositive Bakterien in erster Linie bakterizide Oralpenicilline und nur als Alternative das eher bakteriostatische Clindamycin empfehlen.“ (Quellenangabe...). Entsprechend sollte der leitliniengerechten Verordnung im zahnärztlichen Bereich besondere Beachtung geschenkt werden.

Aufgrund fehlender Studien mit hoher Ergebnissicherheit konnte durch das IQWiG keine Bewertung des Nutzens für die mikrobiologische Diagnostik vorgenommen werden. Zum medizinischen Nutzen der mikrobiologischen Diagnostik vor einer systemischen Antibiotikatherapie ist damit auf dieser Datengrundlage keine Aussage möglich. Die aktuelle S-3-Leitlinie „Systemische Antibiotikagabe bei subgingivaler Instrumentierung“ (2018) gibt keine Empfehlung für den Einsatz der mikrobiologischen Diagnostik ab. Mit Verweis auf die oben genannten Daten aus dem Arzneimittelverordnungsreport sowie vor dem Hintergrund der vielfach diskutierten Resistenzbildung (vgl. Positionspapier der Kommission „Antinfektiva, Resistenz und Therapie“ (ART) des Robert Koch-Instituts) aufgrund zu häufiger und unnötiger Gabe von Antibiotika sollten mikrobiologische Testung vor der Gabe eines Antibiotikums eine zentrale Rolle spielen. Die Analyse des Keimspektrums erlaubt einen gezielten Antibiotika-Einsatz und vermeidet damit Über- und Fehlbehandlungen. Weiter ist der Zeitpunkt der Antibiotika-Gabe von zentraler Bedeutung. Dieser soll unmittelbar nach dem zuvor erfolgten supra- und subgingivalen Debridement erfolgen (Quelle: https://www.zmk-aktuell.de/fachgebiete/parodontologie/story/update-rationaler-antibiotikaeinsatz-in-der-parodontitis-therapie_5820.html). Auch die Patienteninformation „Mikrobiologische Diagnostik und Parodontitistherapie“, herausgegeben von der BZÄK und DGZMK 2017, verweist auf die Relevanz der mikrobiologischen Keimbestimmung vor dem Einsatz von Antibiotika und zeigt ihre Relevanz für die parodontologische Therapie auf (Quelle: https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/pati/bzaekdqzmk/4_03_mikrobiologischediagnostik.pdf). Entsprechend der angeführten Studienlage und Angaben aus dem Versorgungsgeschehen wurde die Behandlungsrichtlinie angepasst.

2.2.9 Änderung in 8. Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolgs

Die Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolgs wurde um die Unterstützende Parodontitistherapie (UPT) erweitert.

Der G-BA hat im Rahmen des Methodenbewertungsverfahrens festgestellt, dass die Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) mit den Interventionen

- Untersuchung des Parodontalzustands,
- Mundhygienekontrolle,
- Mundhygieneaufklärung und -instruktion, teilweise mit praktischer Anleitung,
- supra- und äquigingivale Reinigung ggf. einschließlich subgingivale Instrumentierung

zu einer Verbesserung im Hinblick auf die Endpunkte Zahnverlust, mundgesundheitsbezogene Lebensqualität, Attachmentlevel, Sondierungstiefe und symptomatische Gingivitis führen kann. Durch die strukturierte Nachsorge nach aktiver Parodontitistherapie können demnach deren positive Effekte erhalten werden. Der G-BA sieht den Nutzen der UPT mit den dargestellten Interventionen als hinreichend belegt an und erkennt den medizinischen Nutzen der UPT an. In Umsetzung dieses Ergebnisses wird die UPT als Bestandteil der Behandlungstrecke konkretisiert.

Zu Absatz 1

Absatz 1 definiert die Ziele der UPT. Die UPT ist wesentlicher Therapieschritt, um die Ergebnisse der antiinfektiösen und einer gegebenenfalls erfolgten chirurgischen Therapie, wie auch die Patientenmotivation und die Aufrechterhaltung der Mundhygiene zu sichern, damit der langfristige Erhalt der Zähne in einem funktionell gesunden und schmerzfreien Zustand gewährleistet wird. International ist sie wesentlicher Bestandteil der systematischen Therapie von Parodontopathien (AAP, 2016).

Die UPT hat zudem das Ziel, nicht befallenes gingivales und parodontale Gewebe gesund zu erhalten sowie auch Neu- und Reinfektionen in behandelten Bereichen zu erkennen und bestehende Erkrankungen einzudämmen.

Elemente der Intervention der UPT sind die regelmäßig wiederkehrenden Maßnahmen nach den Absätzen 2 und 3.

Zu Absatz 2

Mit Maßnahmen der Mundhygienekontrolle wird der Patient in die Lage versetzt, die erlernte individuelle Mundhygiene aufrechtzuerhalten (Remotivation und Reinstruktion). Falls erforderlich, erfolgt eine erneute Mundhygieneunterweisung. Dies kann z.B. angezeigt sein, wenn das Grading/Progression der Erkrankung keine Verbesserung aufweist oder die Mundhygiene des Versicherten zeigt, dass edukative Maßnahmen einer Wiederholung oder Vertiefung bedürfen („Empowerment“).

Im Rahmen der UPT wird eine vollständige supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen vorgenommen. Bei Sondierungstiefen von ≥ 4 mm und Sondierungsbluten sowie an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von ≥ 5 mm ist die subgingivale Instrumentierung an den betroffenen Zähnen angezeigt.

Die Schwellenwerte zur subgingivalen Instrumentierung an Zähnen markieren beim stabilen Parodontitispatienten den Übergang von gingivaler Gesundheit/Gingivitis zur Parodontitis

(Chapple et al., 2018).

Zur weiteren Verlaufskontrolle erfolgt ab dem zweiten Jahr einmal im Kalenderjahr die Untersuchung des Parodontalzustands und die Erhebung des Parodontalstatus. Diese Parodontalbefunde dienen zur Dokumentation und zum Vergleich mit den zuvor erhobenen Parodontalbefunden. Es werden dabei die Röntgenbilder, die bei Antragstellung verwendet wurden, zugrunde gelegt, es sei denn es sind aus anderen Gründen neuere Bilder verfügbar.

Zu den Absätzen 3 und 4

Absatz 3 regelt risikoadjustiert die Frequenz der Maßnahmen der UPT im Sinne einer versicherungstechnischen Grenze. Entscheidend für die Frequenz ist der jeweils festgestellte Grad der Parodontalerkrankung. Die risikoadjustierte Frequenz gewährleistet, dass Versicherte eine ihrem jeweiligen Krankheitsbild entsprechende Nachsorge erhalten.

2.2.10 Änderung in 8. Regelung zum Qualitätsmanagement

Das Gutachterverfahren ist nicht erforderlich, weil es sich bei einer Parodontitis um eine behandlungsbedürftige Erkrankung, wie unter 2.2.2 beschrieben, handelt. Insofern wurde das Kapitel gestrichen.

2.2.11 Ergänzung 9. Qualitätssicherung

Es wurde ein neuer 9. Abschnitt zur Qualitätssicherung eingefügt. Er soll dazu dienen, zumindest die Strukturqualität der Leistungserbringung zu sichern. Dabei ist es erforderlich, die delegationsfähigen Leistungen klar zu definieren. In den verschiedenen Kammerbereichen ist die Ausbildungsordnung leider sehr unterschiedlich. Zusätzlich scheint es in einigen Kammerbereichen sogar Fälle zu geben, in denen die subgingivale Konkremententfernung unter Anleitung eines approbierten Zahnarztes durch eine zahnmedizinische Fachangestellte ausgeführt wird. Deshalb fordert die Patientenvertretung einen bundesweit einheitlichen Ausbildungsstandard, der einen für Patientinnen und Patienten verlässlichen Delegationsrahmen sichert. Dieser Ausbildungsstandard ist derzeit am ehesten durch die Ausbildung zur Dentalhygienikerin bzw. zum Dentalhygieniker hergestellt.

Die Delegation einer subgingivalen Konkremententfernung und Wurzelglättung erscheint nicht delegationsfähig, da diese z.B. in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) als parodontalchirurgische Therapie festgelegt ist. Chirurgische Therapien sind approbiertem Personal vorzubehalten.

2.2.12 Ergänzung 10. Evaluation

Mit der Evaluation sollen die Inanspruchnahme und das Versorgungsgeschehen beurteilt werden. Der G-BA beauftragt dazu spätestens 2 Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, welches unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen mit der Durchführung der Evaluation betraut wird.

Der Gemeinsame Bundesausschuss bewertet im Abstand von zwei Jahren die Daten über das Versorgungsgeschehen nach dieser Richtlinie und berät über Konsequenzen, ggf. auch

unter Berücksichtigung der Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen.

3. Bürokratiekostenermittlung

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel VerFO die in den Beschlussskizzen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

4. Stellungnahmeverfahren

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
22.07.2013		Antrag der Patientenvertretung zur Bewertung der „Systematischen Behandlung von Parodontopathien (Par-Behandlung)“ gemäß § 135 Absatz 1 SGB V
17.10.2013	G-BA	Annahme des Antrags und Einleitung des Beratungsverfahrens gemäß 1. Kapitel § 5 VerFO sowie Beauftragung des Unterausschusses Methodenbewertung mit der Durchführung der Nutzenbewertung
25.09.2014	UA MB	Ankündigung des Bewertungsverfahrens gemäß 2. Kapitel § 6 Absatz 1 VerFO
30.09.2019		Ankündigung des Bewertungsverfahrens im Bundesanzeiger
19.03.2015	G-BA	Beauftragung des IQWiG mit der Bewertung der „Systematischen Behandlung von Parodontopathien“
05.03.2018	IQWiG	Übermittlung des Abschlussbericht des IQWiG zur Bewertung der „Systematischen Behandlung von Parodontopathien“ (N15-01) an die Geschäftsstelle des G-BA
29.11.2018	UA MB	Beauftragung der Fachberatung Medizin des G-BA mit der Untersuchung der Effekte einer regelmäßigen strukturierten Nachsorge (Unterstützende Parodontitistherapie, UPT) bei Patientinnen und Patienten nach vorausgegangener aktiver Parodontitistherapie (APT)
14.08.2019		Stellungnahme der Fachberatung Medizin des G-BA zum Auftrag des UA MB vom 29. November 2018
12.12.2019	UA MB	Abschließende Beratungen zur sektorenübergreifenden Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit der systematischen Behandlung von Parodontopathien und Weitergabe des Ergebnisses an den UA ZÄ
15.05.2020	UA ZÄ	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
TT.MM.JJJJ	UA ZÄ	Anhörung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
TT.MM.JJJJ	UA ZÄ	Würdigung der mündlichen Stellungnahmen und abschließende Beratung zur Vorbereitung der Beschlussfassung durch das Plenum
TT.MM.JJJJ	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Richtlinie
TT.MM.JJJJ		Nichtbeanstandung des BMG
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

6. Fazit

7. Zusammenfassende Dokumentation

Berlin, den TT. Monat 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

DG PARO Geschäftsstelle, Neufferstraße 1, D-93055 Regensburg

An den

Gemeinsamen Bundesausschuss

Zu Händen von Herrn Dirk Hollstein

Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 120606

10596 Berlin

Regensburg, den 23. Juni 2020

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) zur Änderung der Behandlungsrichtlinie und der Erstfassung einer PAR-Richtlinie

Sehr geehrter Herr Prof. Hecken,
sehr geehrter Herr Hollstein,
sehr geehrte Damen und Herren,

der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) wurden die Beschlussentwürfe für die Änderung der Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontalerkrankungen (Behandlungsrichtlinie bzw. PAR-Richtlinie) der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), der Patientenvertretung (PatV) und des Spitzenverbandes der Krankenversicherungen (GKV-SV) sowie deren tragende Gründe dafür zur Stellungnahme zugeleitet.

Die DG PARO begrüßt ausdrücklich die Überarbeitung bzw. Neugestaltung der bestehenden Richtlinien zur Behandlung von Parodontitis aus dem Jahr 2004. Die bestehende Richtlinie ist inhaltlich veraltet und bildet nicht mehr den anerkannten Stand der Wissenschaft und Ausbildung zum Ablauf einer effektiven und langfristig erfolgreichen Parodontalbehandlung ab. Wir bedanken uns für die Gelegenheit zu den Beschlussentwürfen und tragenden Gründen der drei Bänke wie folgt Stellung zu nehmen.

Für weitere Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung. **Die DG PARO nimmt an der mündlichen Anhörung im September 2020 teil.**

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Bettina Dannewitz
Präsidentin der DG PARO

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) zur Änderung der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) und der Erfassung einer Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie).

1. Normative Verortung und Anpassung der Behandlungsrichtlinie

1.1. Überführung der Vorgaben zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen in eine eigenständige Richtlinie (Beschlussentwurf KZBV)

Die systematische Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen hat zwar Schnittstellen zur allgemeinen vertragszahnärztlichen Versorgung, stellt aber ein **in sich geschlossenes Therapiekonzept** dar. Die Überführung der Vorgaben in eine eigenständige Behandlungsrichtlinie erscheint deshalb nur schlüssig und sinnvoll. Die DG PARO befürwortet daher den Vorschlag der KZBV.

1.2. Anpassung der Behandlungsrichtlinie: PSI und Dokumentation des PSI

Mittels Parodontalem Screening Index (PSI) können Anzeichen einer Parodontitis frühzeitig identifiziert werden. Aus dieser allgemeinen Untersuchung selbst leitet sich aber noch keine parodontale Behandlungsbedürftigkeit ab. Im Sinne einer präventionsorientierten zahnärztlichen Versorgung ist der PSI bei allen Patienten sinnvoll und sollte in den Behandlungsrichtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung verortet sein, da er die **Schnittstelle** der allgemeinen Behandlungsrichtlinie zu der Behandlungsrichtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) darstellt. Die Anpassung des PSI an die existierende wissenschaftliche Literatur kann nur unterstützt werden, da in den bestehenden Behandlungsrichtlinien **inkonsistente Interpretationen** in Bezug auf die Definition von Code 0, 1 und 2, der Feststellung eines zahnlosen Sextanten und der Auslegung von klinischen Abnormalitäten bzw. ihrer Konsequenz daraus vorliegen.

Der GKV-SV sieht in seinem Entwurf die Einführung eines Vordrucks vor, mit dem die Versicherten über die Ergebnisse der PSI-Erhebung informiert werden (GKV-SV-Position in B. I Nr. 2 Beh-RL). Eine solche Regelung verursacht einen erheblichen bürokratischen Mehraufwand, der an den „Röntgenpass“ erinnert, ohne dass diesem ein erkennbarer zusätzlicher Nutzen gegenübersteht. Der PSI ist in der Patientenakte dokumentiert und kann bei Bedarf jederzeit vom Versicherten in Erfahrung gebracht werden. Zudem gibt es bereits seit einigen Jahren eine Initiative, die den „PARO-Pass“ auf **freiwilliger Basis** zur Dokumentation des PSI anbietet (<https://stoppt-parodontitis.de/der-paropass-bei-parodontose/>). Eine verpflichtende Dokumentation des PSI macht nur in Dokumenten Sinn, die bei Patienten eine hohe Akzeptanz und Verbreitung besitzen, wie z.B. dem Bonusheft, in dem die jährliche Teilnahme an Individualprophylaxe und Untersuchung abgefragt wird. Der Informationsgehalt und Nutzen eines zusätzlichen Vordrucks, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, sind aus unserer Sicht nicht ersichtlich.

1.3. Anpassung der Behandlungsrichtlinie: Akute Erkrankungen und Zustände

Das Herauslösen der Behandlung von Parodontalabszessen, nekrotisierender Gingivitis und Parodontitis sowie Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen aus der

systematische Behandlung von Parodontopathien ist sinnvoll und überfällig, weil es sich hierbei um **akute Erkrankungen und Zustände** handelt, deren Behandlung nicht von einer vorherigen Beantragung und Genehmigung abhängig gemacht werden darf bzw. im Fall der Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen der Behandlung zumeist eine endodontische Behandlung vorausgeht. Diese Regelung wird von allen Bänken unterstützt und seitens der DG PARO ausdrücklich befürwortet. Dabei sollten diese Erkrankungen als eigenständiger Abschnitt aufgeführt und nicht, wie im Beschlussentwurf des GKV-SV beschrieben, unter Abschnitt IV. „Chirurgische Behandlung“ subsumiert werden, da die Therapie parodontaler Abszesse sowie nekrotisierender Parodontalerkrankungen per se nicht chirurgisch erfolgen muss.

2. Berücksichtigung der aktuellen Klassifikation (PatV, KZBV) und Diagnose

Im Jahr 2017 wurde nach langer Vorbereitungszeit durch die American Academy of Periodontology (AAP) und die European Federation of Periodontology (EFP) eine neue Klassifikation der parodontalen Erkrankungen und Zustände von über 100 internationalen Experten erarbeitet. Diese Klassifikation wurde 2018 publiziert und 2019 von der DG PARO übernommen und löst die bisherige Klassifikation aus dem Jahr 1999 ab.

Nach § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V haben Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein **anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse** zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Insofern ist es unabdingbar, die Diagnosen dieser aktuell gültigen Klassifikation in der neuen Behandlungsrichtlinie zu berücksichtigen. Die Reduktion auf die Diagnose Parodontitis unter Verzicht auf den integralen Bestandteil der Stadien und Grade, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, würde die leistungsrechtliche Ausgestaltung vom aktuellen Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse entkoppeln.

Der GKV-SV lehnt es für die Richtlinie ab, die Diagnose über Parodontitis hinaus nach Stadien und Graden weiter zu differenzieren und argumentiert, dass eine differenzierte Diagnose keine therapeutischen Konsequenzen hat. Im Juni 2020 wurden die S3-Leitlinie der EFP zur Therapie von Parodontitis der Stadien I-III veröffentlicht (Treatment of Stage I-III Periodontitis – The EFP S3 Level Clinical Practice Guideline), die im Adolopmentverfahren (AWMF-Registriernummer 083-043) bis September 2020 in Deutschland implementiert werden soll [1]. Das anerkannte Therapiekonzept für Parodontitis erfolgt schrittweise. Die einzelnen Therapiestufen umfassen unterschiedliche Interventionen, die aufeinander aufbauen und grundsätzlich **abhängig vom Erkrankungsstadium** (Stadium I-III) sind. Eine differenzierte Diagnose entsprechend der aktuell gültigen Klassifikation ist daher für eine zielgenaue, personalisierte Therapie unabdingbar.

Das zeigt sich exemplarisch für die **adjuvante antibiotische Therapie** (Nr. 7 des Entwurfs des GKV-SV), die bei besonders **schweren Formen der Parodontitis**, die mit einem **raschen Attachmentverlust** einhergehen, in Form systemisch wirkender Antibiotika indiziert ist. Der Schweregrad der Parodontitis wird aber durch das Stadium und rascher Attachmentverlust bzw. Knochenabbau durch den Grad ausgedrückt. Der Entwurf des GKV-SV ist insofern inkonsistent, als er bei der Diagnose auf Informationen verzichtet, die Voraussetzung für die adjuvante antibiotische Therapie sind. Die Mehrdimensionalität von Staging, Ausdehnung und Grading erlaubt daher sehr wohl eine personalisierte Therapie. Ebenso wichtig sind differenziertere Informationen zum Nikotinkonsum oder Vorerkrankungen (Diabetes mellitus),

die den Verlauf von Parodontitis entscheidend modifizieren können und sich im Grading wiederfinden. Ohne diese Aspekte ist die Diagnose weder vollständig noch entspricht sie dem aktuellen Kenntnisstand. Die Behandlungsrichtlinie sollte nicht den Fehler machen, hinter dem aktuellen Wissensstand zurückzubleiben.

Der GKV-SV verzichtet auch auf die in der bestehenden Richtlinie enthaltene Regelung, Diagnosen „gemäß der jeweils gültigen Klassifikation der Parodontalerkrankungen der maßgeblichen parodontologischen wissenschaftlichen Fachgesellschaft anzugeben“. Begründet wird dies damit, dass die Diagnosen, die eine Behandlungsbedürftigkeit in der vertragszahnärztlichen Versorgung begründen, bereits unter „Diagnose“ abschließend genannt seien. Wie kann sich der GKV-SV sicher sein, dass die Diagnosen, die aktuell eine Behandlungsbedürftigkeit in der vertragszahnärztlichen Versorgung begründen, in Zukunft ihre Gültigkeit behalten werden? Der GKV-SV koppelt die Behandlungsrichtlinie auf diese Weise vom wissenschaftlichen Fortschritt ab (§ 2 Abs. 1, Satz 3 SGB V).

3. Anamnese

Selbstverständlich muss für jeden Patienten zu Behandlungsbeginn und in regelmäßigen Abständen während der Therapie eine vollständige Anamnese erhoben werden. Die PAR-Behandlungsrichtlinie regelt die im Kontext der Beantragung obligatorisch zu erfassenden Elemente der Anamnese.

Dabei verzichten der GKV-SV und die PatV auf eine **Differenzierung von Parodontitismodifikatoren** (HbA1c-Wert bei Patienten mit Diabetes; Zahl der gerauchten Zigaretten: weniger als 10 Zigaretten/Tag versus 10 oder mehr). Der GKV-SV begründet das damit, dass Versicherte mit Diabetes und Raucher im Vergleich zu Versicherten ohne Diabetes bzw. Nichtrauchern unabhängig von der Ausprägung beider Faktoren ein erhöhtes Risiko für Parodontitis haben. Der Zusammenhang zwischen Parodontitis und Diabetes mellitus bzw. Rauchen ist aber nicht eindimensional. Der Effekt des Diabetes auf Parodontitis hängt entscheidend davon ab, ob er metabolisch gut (HbA1c < 7%) oder schlecht (HbA1c ≥ 7%) eingestellt ist [2]. Der Effekt des Rauchens auf Parodontitis ist klar dosisabhängig [3]. Dies wird bei der aktuellen Klassifikation beim Grading berücksichtigt. Das Grading stellt somit eine wichtige Information für die Therapieplanung dar.

Auch der GKV-SV sieht in seinem Richtlinienentwurf eine Verhaltensbeeinflussung der Patienten vor („Zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren wird bei Versicherten, bei denen die allgemeine Anamnese Hinweise auf nicht adäquat behandelte Allgemeinerkrankungen – insbesondere Diabetes mellitus – gibt, auf ärztliche Behandlung verwiesen und – soweit erforderlich – geraten, den Tabakkonsum einzustellen oder ihn einzuschränken“). Wie soll beurteilt werden, dass Diabetes mellitus nicht adäquat behandelt wird, wenn die Information über den HbA1c fehlt? Wie soll eine Einschränkung des Tabakkonsums erfasst werden, wenn die Anamnese bei der Beantragung Tabakkonsum nur nominal als Raucher oder Nichtraucher und nicht kategorial als starker (≥ 10 Zigaretten/Tag) bzw. moderater Raucher (< 10 Zigaretten/Tag) erfasst?

Andererseits sehen PatV und GKV-SV die Erfassung von HIV+/AIDS im fortgeschrittenen Stadium sowie die Behandlung mit immunsuppressiven Medikamenten vor, weil sie prädisponierende Faktoren für nekrotisierende Parodontalerkrankungen bei chronisch schwer immunkompromittierten, erwachsenen Patienten sind. Die Therapie nekrotisierender

Parodontalerkrankungen wird aber im GKV-SV-Entwurf nicht im Rahmen der systematischen Behandlung geregelt, sondern unter Abschnitt IV. Nr.1 im Rahmen der chirurgischen Behandlung geregelt (siehe dazu 1.3.). Diesbezügliche Anamneseinformationen sind daher an dieser Stelle verzichtbar.

4. Befund

4.1. Anzahl der zu messenden Sondierungstiefen (ST)

Parodontitis ist dadurch charakterisiert, dass die Destruktionen patienten-, zahn- und auch stellenspezifisch stark unterschiedlich ausgeprägt sind. Je umfangreicher die parodontale Befunderhebung ist, desto höher ist daher der Informationsgehalt und damit der Nutzen für den Patienten. Für die Erhebung des Parodontalstatus schlägt der GKV-SV vor, dass der klinische Befund die Erhebung der Sondierungstiefen (ST) an (genau) zwei Stellen (mesioapproximal und distoapproximal) in Millimetern umfasst. Oft werden aber mehr als zwei ST als Grundlage für die Therapieplanung erfasst. Wenn sich aus der Messung von ST an 4 oder 6 Stellen pro Zahn zusätzlich behandlungsbedürftige Stellen ($ST \geq 4$ mm) identifizieren lassen, dürften nach dieser Beschreibung die betreffenden Zähne nicht für eine systematische Behandlung von Parodontitis beantragt werden. Diese restriktive Regelung wird von uns als nicht sachgerecht erachtet.

Der Vorschlag der KZBV mit einer Messung der Sondierungstiefen und Sondierungsblutung an **mindestens zwei Stellen pro Zahn**, eine davon mesioapproximal und eine distoapproximal, ist hier flexibler und lässt dem Vertragszahnarzt die Option auch mehr als 2 Stellen pro Zahn zu messen und so als behandlungsbedürftig identifizierte Zähne zu beantragen.

4.2. Rundung der Sondierungstiefen (ST)

Der GKV-SV möchte Abstand von der Formulierung nehmen, bei der Messung der Sondierungstiefen werde „der Wert jeweils auf den nächsten ganzen Millimeter aufgerundet“. Er begründet dies damit, dass diese Beschreibung noch zu wenig präzise erschiene. Sie könnte zu einer Verwechslung mit kaufmännischem Runden führen und es irrtümlich nahelegen, die Messgenauigkeit bewege sich im Zehntelmillimeterbereich. Es soll der Wert der jeweils noch sichtbaren Millimetermarkierung gelten und dokumentiert werden.

Der Vorschlag des GKV-SV basiert aber ebenfalls auf dem Runden, konkret dem Abrunden, von Werten. Dabei wird nicht berücksichtigt, dass in Abhängigkeit von der verwendeten Sonde Messgenauigkeiten bis 0,2 mm (elektronische Sonden, z.B. Florida-Sonde) in der Praxis möglich sind [4, 5]. Die zunehmende Digitalisierung der zahnärztlichen Dokumentation lässt es erwarten, dass zunehmend auch elektronische Sonden Eingang in die Versorgung bekommen. Zudem entspricht es der gelebten Praxis, internationalem Standard und der Vermittlung in der Ausbildung, bei der Messung der ST auf den nächsten ganzen Millimeter zu runden.

4.3. Sondierungsblutung (BOP)

Der GKV-SV verzichtet in seinem Entwurf darauf, neben den Sondierungstiefen die „Sondierungsblutung“ (Bluten auf Sondieren, BOP) zu erheben. Begründet wird dies damit, dass bei Erstellung des Parodontalstatus für die Einleitung der systematischen Parodontitistherapie das Erheben der Sondierungsblutung nicht erforderlich sei, weil sich

daraus keine Konsequenz im Hinblick auf die nachfolgende antiinfektiöse Therapie (AIT) ergibt. Die Sondierungsblutung bei Ersterhebung des Parodontalstatus hat zwar keine unmittelbare therapeutische Konsequenz, trägt aber im Vergleich zur Befundevaluation wesentlich zur **Beurteilung des Behandlungserfolges und -verlaufes** bei. Aus diesem Grund ist sie als Vergleichsparameter auch bei Ersterhebung sinnvoll. Zudem ist die Erfassung des Parameters „Blutung der Zahnfleischtaschen beim Sondieren“ bereits Bestandteil der Befunderhebung vor Therapie in den bestehenden Behandlungsrichtlinien (B V. Nr. 2 Beh-RL). Es ist keine fachliche Begründung ersichtlich, diesbezüglich hinter den Status Quo zurückzufallen. Die Erhebung des BOP sollte vielmehr pro Sondierungsstelle erfolgen.

4.4. Befunddokumentation

Der Entwurf des GKV-SV sieht vor, dass beim Erheben des Parodontalstatus alle Parodontien untersucht werden, in der Befundevaluation bzw. unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) aber nur die Parodontien, die nach dem Parodontalstatus bei Beantragung als behandlungsbedürftig beurteilt wurden. Dies wird damit begründet, dass der Unterschied zwischen der Zahl der in der Versorgungsrealität für die systematische Behandlung von Parodontopathien beantragten Zähne und der Zahl der vorhandenen Zähne gering sei. Aus fachlicher Sicht ist es nicht sinnvoll, die Erhebung der parodontalen Befunde in der Befundevaluation bzw. UPT auf die bei Erstuntersuchung als erkrankt identifizierten Zähne zu beschränken. Der Ausschluss der ursprünglich nicht behandlungsbedürftigen Zähne aus der Nachbefundung führt im Praxisablauf dazu, dass die Befunderhebung deutlich verkompliziert wird.

Weiter wird eine Beschränkung der Befunderhebung damit begründet, dass es medizinisch nicht notwendig sei, innerhalb von zwei Jahren Parodontien an Zähnen, die bei Erstellen des Parodontalstatus keinen Behandlungsbedarf aufwiesen, erneut zu untersuchen, weil an den Parodontien dieser Zähne im Verlauf der chronischen Erkrankung in der Regel kein oder ein nur geringfügiger Verlust an Attachment zu verzeichnen sei. **Parodontitis entsteht immer an einem initial gesunden Parodont** und das mit größerer Wahrscheinlichkeit bei einem bereits an anderen Stellen parodontal erkrankten Menschen. Auch bei parodontal therapierten Patienten kann es über Zeiträume von weniger als 2 Jahren vereinzelt zu Attachmentverlusten von $\geq 1,3$ mm kommen, die Stellen mit ursprünglichen ST = 3 mm therapiebedürftig werden lassen [4]. Würden an einem solchen Zahn bei den Befundevaluationen bzw. in der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) keine ST gemessen, würde die beginnende und noch sehr einfach zu therapierende Erkrankung übersehen. Der Ausschluss der Untersuchung der ursprünglich nicht beantragten Zähne von der Erhebung der PAR-Befunde widerspricht dem Grundsatz, die zahnärztliche Behandlung präventionsorientiert auszurichten. Bei der Erhebung des Parodontalstatus im Rahmen der Befundevaluationen und der UPT müssen deshalb die Sondierungstiefen immer an allen Zähnen erhoben werden. Darüber hinaus wird neben der Messung der Sondierungstiefen an allen Zähnen bei der Befundevaluation auch die Erhebung von BOP und Furkationsbeteiligung als fachlich erforderlich angesehen, um im Rahmen eines Monitorings der Erkrankung die Vergleichbarkeit der Befundung im Gesamten zu gewährleisten (siehe 9.2.).

5. Aufnahme von Gesprächspositionen (PatV, KZBV)

Die Ätiologie von Parodontitis ist multifaktoriell und Verlauf sowie Schweregrad werden durch verschiedene endogene und exogene Risikofaktoren bestimmt. Der primäre

etiologische Faktor für Parodontitis ist das Vorhandensein bakterieller Zahnbeläge, die eine entzündliche Zerstörung des Zahnhalteapparates induzieren. Aktuelle Therapiekonzepte beschränken sich vorwiegend auf die Beseitigung bzw. das Management supra- und subgingivaler Beläge (Plaque). Die Wirkung der professionellen Entfernung von bakteriellen Belägen bleibt aber zeitlich limitiert, wenn diese nicht mit einer **kontinuierlichen und effektiven, individuellen Reinigung der Zähne** zusammengeführt wird.

Ein zentrales Element der Therapie ist es daher, parodontal erkrankte Patienten mit adäquaten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung vertraut zu machen, damit die Adhärenz bezüglich der Therapie und die Vorhersagbarkeit eines adäquaten Ergebnisses steigen. Dieser Schritt umfasst nicht nur die Implementierung einer **Patientenmotivation und Verhaltensänderung** mit dem Ziel einer adäquaten häuslichen Mundhygiene, sondern auch die **Kontrolle der beeinflussbaren lokalen und systemischen Risikofaktoren** (z.B. Rauchen), die eine Parodontitis signifikant modifizieren. Um solche Verhaltensänderungen zu erreichen, sind wiederholte intensive Gespräche mit den Patienten erforderlich, in denen ihnen zum einen das Wesen und die Entstehung ihrer Erkrankung (Parodontitis) und die Möglichkeiten zu ihrer Beeinflussung (Therapie) - unter Umständen auch wiederholt - erläutert werden. Dieser für eine erfolgreiche und nachhaltige Therapie erforderliche Aufwand wird durch die Erhebung von Anamnese und Befund sowie deren Dokumentation allein nicht abgebildet.

5.1. Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch

Der GKV-SV verzichtet darauf, ein von Anamnese, Untersuchung, Diagnosestellung und Dokumentation im Behandlungsplan („Parodontalstatus“) getrenntes „Aufklärungs- und Therapiegespräch“ vorzusehen, weil auch in anderen Leistungsbereichen die Information der Versicherten über die Diagnostik und Behandlungsplanung in der diagnostischen und planerischen Leistung selbst enthalten ist. Dieses Argument trägt aus unserer Sicht nicht. Da Parodontalerkrankungen, wie unter 5. skizziert, in hohem Maß abhängig vom Verhalten des Patienten (z.B. die individuelle Mundhygiene) sind, ist die Aufklärung als eigener Therapieschritt fachlich zwingend notwendig.

Ein detailliertes parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch ist ein wesentliches Element der Patienteninformation. Im Rahmen dieses Gespräches wird eine gemeinsame Entscheidung (partizipative Entscheidungsfindung) mit den Versicherten getroffen. Die Versicherten werden aktiv eingebunden und auf diese Weise der **Grundstein für zuverlässige Adhärenz** gelegt. Dabei wird die Behandlung auf die individuelle Situation der Versicherten abgestimmt („sprechende Zahnmedizin“). Nur so kann gewährleistet werden, dass die weitere Behandlung die für den jeweiligen Patienten spezifische, individuelle Situation berücksichtigt, wie es für eine sachgerechte Therapie zwingend erforderlich ist.

5.2. Parodontologisches Folgetherapiegespräch/risikospezifisches Motivationsgespräch

Studien zeigen, dass die regelmäßige Teilnahme der Patienten an der UPT durch verschiedene Faktoren beeinflusst wird [6-9]. Der Anteil vollständig adhärenter UPT-Patienten schwankt während der ersten 3 Jahre zwischen 26 und 77% [10, 11]. Innerhalb der ersten 3 Jahre der UPT sinkt die Bereitschaft zur Teilnahme am stärksten [12]. Daher scheinen den ersten 3 Jahren nach Abschluss der aktiven Parodontitistherapie eine herausragende Bedeutung für die langfristige UPT-Adhärenz der Patienten zuzukommen. Damit der Übergang von aktiver Therapie (geschlossenes und ggf. offenes Vorgehen) zu UPT gelingt

und es nicht zu einem Abriss der Adhärenz kommt, ist die eingehende Aufklärung und das Gespräch mit dem Patienten am Ende der aktiven Parodontitistherapie ein wesentliches Element. Die kritische Phase von 3 Jahren begründet auch, dass die UPT für 3 Jahre Teil der vertragszahnärztlichen Versorgung werden soll. Wenn die Adhärenz über diese kritische Phase erhalten werden kann, darf davon ausgegangen werden, dass die Patienten die UPT fortsetzen.

6. Aufnahme der Patientenindividuellen Mundhygieneunterweisung (PatV, KZBV)

Wie unter 5. bereits dargelegt, fokussieren aktuelle Therapiekonzepte auf die Beseitigung bzw. das Management supra- und subgingivaler Beläge (Plaque) und exogener Risikofaktoren. Ein zentrales Element der Therapie ist es eine Verhaltensänderung der Patienten zu erreichen. Die Verbesserung der individuellen Mundhygiene sollte möglichst früh in zeitlichem Zusammenhang mit der subgingivalen Instrumentierung erfolgen, um deren Erfolg nicht durch Reinfektion der Taschen in Frage zu stellen. Daher erscheint der Ansatz der KZBV und der PatV, den Zeitpunkt der Mundhygieneinstruktionen/-unterweisung (MHI) „im zeitlichen Zusammenhang“ mit der AIT zu verankern, als sinnvoll. Dabei wird die notwendige Flexibilität gewährleistet, um die jeweiligen individuellen Behandlungssituationen (z.B. bei Gingivawucherungen) zu berücksichtigen. Die Mundhygieneunterweisung erst im Rahmen der UPT zu verankern, wie vom GKV-SV vorgesehen, ist zu spät und fachlich nicht begründbar.

7. Mikrobiologischen Diagnostik als obligatorische Maßnahme vor der adjunktiven systemischen Antibiotikagabe (PatV)

Die PatV sieht in ihrem Richtlinienentwurf die Aufnahme einer mikrobiologischen Diagnostik vor der Gabe systemisch wirkender Antibiotika adjunktiv zum geschlossenen Vorgehen vor. Begründet wird diese Neuerung damit, dass die Analyse des Keimspektrums einen gezielten Antibiotika-Einsatz erlaube und damit Über- und Fehlbehandlungen vermeide.

Zwar werden von etwa 700 in der Mundhöhle nachweisbaren Bakterien bei Patienten mit Parodontitis bestimmte Gruppen häufiger detektiert [13], von diesen kann jedoch nur ein Bruchteil routinemäßig mit den in der Praxis zur Verfügung stehenden Nachweistests identifiziert werden. Die pathogene Relevanz der anderen Bakterien ist bisher ungeklärt. Die Auswahl keimspezifischer Antibiotika auf Basis von mikrobiologischen Testergebnissen erscheint vor diesem Hintergrund fraglich [14, 15]. Aufgrund der mit einer Antibiotikagabe untrennbar verbundenen Gefahr der Entstehung mikrobieller Resistenzen und des Einflusses auf das gesamte Mikrobiom des menschlichen Organismus, sollte die Gabe systemisch wirksamer Antibiotika **strikt auf Einzelfälle beschränkt** werden. Die aktuelle S3-Leitlinie der EFP empfiehlt die Entscheidung über die Gabe systemischer Antibiotika **von klinischen Kriterien abhängig zu machen** (Patienten mit generalisiertem Stadium III bzw. IV beim jungen Erwachsenen bzw. bei rascher Progression/Grad C) [1, 16]. Insofern wird die Integration mikrobiologischer Diagnostik vor adjunktiver systemischer Antibiotikagabe heute fachlich zumeist als verzichtbar angesehen.

8. Aufnahme des Lasers allein oder ergänzend zur GMT (auch in Kombination mit PDT) (PatV)

Der Entwurf der PatV sieht zur Entfernung der harten und weichen Beläge neben der geschlossenen mechanischen Therapie (GMT) auch geeignete Laser, die Kombination aus GMT und Laser oder eine Kombination aus GMT, Laser und PDT vor. Begründet wird dies mit den Ergebnissen der Nutzenbewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Die aktuelle S3-Leitlinie der EFP gibt dagegen eine negative Empfehlung für die zusätzliche Anwendung eines Lasers zur mechanischen subgingivalen Instrumentierung in der antiinfektiösen Parodontitistherapie [1].

Für den Vergleich zwischen Laser und GMT wurden vom IQWiG nur RCTs identifiziert, die **Er:YAG-Laser** verwenden [17-19]. Aussagen zum Nutzen der Laser-Anwendungen dürfen folglich nicht allgemein für alle Dentallaser formuliert werden, sondern müssen auf Er:YAG-Laser limitiert sein. Es ist bemerkenswert, dass das IQWiG für den Vergleich zwischen Laser und GMT 12 Monate nach Therapie bei Vorliegen von 3 RCTs keinen Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen des Lasers findet [17-19] („Nur 1 Studie [17] zeigte einen statistisch signifikanten und klinisch relevanten Effekt zugunsten der Lasertherapie. Die beiden anderen Studien [18, 19] zeigten keine statistisch signifikanten Effekte. Daher lagen keine gleichgerichteten Effekte vor.“). Für den Zeitpunkt 24 Monate nach Therapie, für den alleinig Daten aus einer für Er:YAG-Laser günstigen Studie [20] verfügbar waren, zeigt sich ein signifikanter und klinisch relevanter Vorteil für den Laser und damit in der Gesamtsicht des IQWiGs ein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen der alleinigen Lasertherapie. Diese Beurteilung basiert aber wie beschrieben nur auf den Ergebnissen einer Studie und missachtet damit mehr als 50% der ursprünglich eingeschlossenen Daten. Zudem ist anzumerken, dass je länger der Untersuchungszeitpunkt nach der Intervention liegt, der Effekt anderer Faktoren (individuelle Mundhygiene, Rauchverhalten, unterstützende Parodontitistherapie) über die Intervention hinaus an Bedeutung gewinnen. Die DG PARO erachtet diese Evidenzgrundlage daher als schwach im Hinblick auf eine Implementierung in die Versorgung.

9. Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)

9.1. Bezeichnung

Der GKV-SV führt aus, dass hinsichtlich der Terminologie für die Phase und die Leistungen nach der antiinfektiösen Therapie eine große Heterogenität bestehe. So würden die Begriffe „Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)“, „Recall“ und am häufigsten „Nachsorge“ verwendet. Der Begriff „Nachsorge“ sei gegenüber der Bezeichnung „Unterstützende Parodontitistherapie“ zu bevorzugen, weil er besser die zeitliche Abfolge der Maßnahmen verdeutliche.

Der Terminus „Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)“ ist im deutschen Sprachraum und der akademischen Ausbildung allerdings fest etabliert [21, 22] und bezieht sich auf den in der internationalen wissenschaftlichen Literatur gebräuchlichen Begriff „supportive periodontal treatment/therapy (SPT)“ [23-25]. Die Aussage, dass der Begriff „Nachsorge“ am häufigsten verwendet wird, ist nicht belegt. Der Ausdruck „UPT“ macht deutlich, dass es sich **nicht einfach um eine Nachkontrolle** der betreffenden Patienten nach aktiver Parodontitistherapie handelt, sondern um Therapie, die die Aufrechterhaltung des

Behandlungsergebnisses unterstützt und gewährleistet. Die zeitliche und stufenweise Abfolge von aktiver Parodontitistherapie (geschlossenes und ggf. offenes Vorgehen) und UPT wird aus der Richtlinie mehr als deutlich. Aus diesen Gründen ist dem Begriff „Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)“ der Vorzug zu geben.

9.2. Subgingivale Instrumentierung in der UPT

Die UPT zielt darauf ab, das Behandlungsergebnis nach Abschluss der aktiven Therapie stabil zu halten. Abhängig vom gingivalen und parodontalen Status werden dabei präventive und therapeutische Interventionen kombiniert. Dazu gehört auch die wiederholte subgingivale Instrumentierung von Stellen, an denen die Endpunkte für parodontale Stabilität (**Sondierungstiefen ≤ 4 mm, keine Stellen mit $ST \geq 4$ mm und Bluten auf Sondieren**) nicht erreicht sind [1, 26]. Gemäß der aktuellen Klassifikation liegt dann beim parodontal kompromittierten aber therapierten Patienten wieder eine Parodontitis vor [26]. Daher muss der PAR-Status in der UPT nicht nur die Information zur Sondierungstiefe enthalten, sondern zwingend auch das Bluten auf Sondieren stellenbezogen berücksichtigen. Dabei sind Sondierungstiefen von 4 mm mit BOP und Sondierungstiefen von 5 mm in der UPT durch subgingivale Instrumentierung gut kontrollierbar [27].

Der GKV-SV sieht in seinem Richtlinienentwurf allerdings vor, dass die Entscheidung, ob und an welchem Zahn in der UPT eine subgingivale Instrumentierung durchgeführt wird, allein auf der Grundlage der Sondierungstiefe getroffen wird. Der GKV-SV wählt dafür den **Schwellenwert von 6 mm** mit der Begründung, dass nach geschlossener Therapie (antiinfektiösen Parodontitistherapie, AIT) verbleibende Sondierungstiefen ≥ 6 mm kein ausreichendes Behandlungsergebnis darstellen und weiterer Bearbeitung bedürfen. Dabei bezieht sich der GKV-SV bei seiner Argumentation auf die Studie von Matuliene et al. 2008 [24]. Er übernimmt damit für die Indikation der subgingivalen Instrumentierung in der UPT den **Schwellenwert für das offene Vorgehen in der aktiven Parodontitistherapie**.

Der GKV-SV interpretiert die Arbeit von Matuliene et al. 2008 aber falsch. Die Arbeitsgruppe konnte zeigen, dass ST von 6 mm und mehr (stellenbezogen) oder ≥ 9 Stellen mit $ST \geq 5$ mm (patientenbezogen) nach Abschluss der aktiven Parodontitistherapie das Risiko für Zahnverlust trotz UPT signifikant und klinisch relevant erhöhten [24]. Daher sollte die aktive Parodontitistherapie mit diesen Befunden nicht abgeschlossen werden und sie bedürfen einer weiterführenden (ggf. chirurgischen) Intervention. Diese Werte wurden aber zum Zeitpunkt der **Befundevaluation nach AIT erhoben und nicht während der UPT**. Die Reinstrumentierung in der UPT muss auch an Stellen mit $ST = 4$ mm und BOP und $ST \geq 5$ mm erfolgen, was dem Prozedere maßgeblicher Studien zur UPT entspricht [22, 23, 27].

Zudem möchte der GKV-SV in der UPT auf eine Erhebung der Parameter Furkationsbefall und Zahnlockerung verzichten. Das wird damit begründet, dass ihre Erhebung keine Konsequenzen hinsichtlich des Auslösens einer subgingivalen Instrumentierung im Verlauf der UPT hätten. Diese Parameter geben aber wichtige Informationen über die parodontale Gesundheit des Patienten, die ggf. therapeutische Maßnahmen wie Schienung oder chirurgische Furkationstherapie zur Folge haben.

9.3. Supragingivale Reinigung (PMPR) in der UPT

Darüber hinaus verknüpft der GKV-SV in seinem Richtlinienentwurf die subgingivale Instrumentierung mit einer supragingivalen Reinigung. Was aber geschieht, mit den Zähnen,

die keine Indikation zur subgingivalen Instrumentierung in der UPT darstellen? Sollen diese nicht supragingival gereinigt werden auch wenn es erforderlich ist? Die Richtlinienentwürfe von KZBV und PatV, die Mundhygienekontrolle und -unterweisung sowie supragingivale Plaqueentfernung vorsehen, sind in diesem Punkt aus wissenschaftlicher Sicht wesentlich konsistenter. Die vorliegenden maßgeblichen Studien zur UPT umfassen in der UPT-Gruppe immer die professionelle mechanische Plaqueentfernung (professional mechanical plaque removal, PMPR) [28]. Es besteht starker Konsens darüber, dass die PMPR integraler Bestandteil der UPT ist [1]. Der GKV-SV argumentiert, dass das Entfernen supragingivaler und gingivaler Beläge keine vertragszahnärztliche Leistung sei, sondern als „professionelle Zahnreinigung“ (PZR) eine GOZ-Leistung. Inhalt und Umfang der im Richtlinienentwurf der KZBV definierten professionelle mechanische Plaqueentfernung leitet sich unmittelbar aus den dazu verfügbaren Studien ab und entspricht nicht der darüber hinaus gehenden PZR, wie sie in der GOZ verankert ist [28].

9.4. Risikoadjustierte Frequenz und Dauer

Die Darstellung des GKV-SV, es gäbe keine Studien, die den Nutzen einer Anwendung der Klassifikation nach Erkrankungsgraden/vermuteten Progressionsgeschwindigkeiten der Erkrankung und die darauf aufbauende unterschiedlich häufige Erbringung von Nachsorgeleistungen gegenüber einer Nichtdurchführung von Nachsorgeleistungen erprobt hätten, ist nicht zutreffend. Zwei Arbeitsgruppen (Ann Arbor und Kiel) konnte zeigen, dass die Differenzierung der Diagnosen nach Stadien und Graden gut mit dem zu erwartenden Zahnverlust und damit dem individuellen Risiko korreliert [29-31]. Eine Schweizer Arbeitsgruppe konnte auf der anderen Seite darlegen, dass eine höhere UPT-Frequenz zu weniger Resttaschen (ST = 4 mm mit BOP, ST ≥ 5 mm) und besserer parodontaler Stabilität in der UPT führten [30, 32]. Eine pauschale Zuweisung einer UPT nur einmal pro Jahr („one size fits all“ type recommendation [33]) wird dieser Situation nicht gerecht. Keine der Studien, die den positiven Effekt der UPT auf die parodontale Stabilität (z.B. Verhinderung von Zahnverlust) beobachten, legt eine Frequenz von einer UPT pro Jahr zu Grunde [23]. Vielmehr werden in den relevanten Studien Frequenzen von 2- bis 4-mal pro Jahr empfohlen [21, 23, 34].

In Abschnitt Nr. 2 „Anamnese, Befund, Diagnose und Dokumentation“ seines Richtlinienentwurfes erkennt der GKV-SV die Bedeutung modifizierender Risikofaktoren für die Parodontitispathogenese an, wenn er schreibt „Bei der Erhebung der allgemeinen Anamnese werden Diabetes mellitus und Tabakkonsum erfasst, weil dies Faktoren sind, die die Progression der Parodontitis verstärken“. Darüber hinaus ist bekannt, dass das Risiko für Parodontitisprogression und Zahnverlust auch nach Therapie mit dem Ausmaß des Knochenabbaus zunimmt [35, 36]. Diese Faktoren (Knochenabbaurate, Rauchen, Diabetes mellitus) werden durch die Diagnosen der aktuellen Klassifikation im Grading berücksichtigt. Deshalb ermöglicht das Grading eine auf das individuelle Risiko der Patienten abgestimmte Frequenz der UPT.

Eine risikoadjustierte auf dem Grading basierende Frequenz und eine Dauer von 3 Jahren wie von der KZBV und der PatV vorgeschlagen, wird deshalb als fachlich sinnvoll unterstützt und gewährt eine praxistaugliche, risikoadjustierte Umsetzung der UPT.

Literatur

1. Sanz, M., et al., Treatment of Stage I-III Periodontitis -The EFP S3 Level Clinical Practice Guideline. *J Clin Periodontol*, 2020.
2. Seppala, B., M. Seppala, and J. Ainamo, A longitudinal study on insulin-dependent diabetes mellitus and periodontal disease. *J Clin Periodontol*, 1993. 20(3): p. 161-5.
3. Tomar, S.L. and S. Asma, Smoking-attributable periodontitis in the United States: findings from NHANES III. National Health and Nutrition Examination Survey. *J Periodontol*, 2000. 71(5): p. 743-51.
4. Harks, I., et al., Is progression of periodontitis relevantly influenced by systemic antibiotics? A clinical randomized trial. *J Clin Periodontol*, 2015. 42(9): p. 832-42.
5. Eickholz, P., Glossar der Grundbegriffe für die Praxis: Parodontologische Diagnostik 5: PSI und Sondierungsparameter. *Parodontologie*, 2010. 21(2): p. 177-187.
6. Lee, J.B., et al., Evaluation of prognosis related to compliance with supportive periodontal treatment in patients with chronic periodontitis: a clinical retrospective study. *J Periodontal Implant Sci*, 2019. 49(2): p. 76-89.
7. Mendoza, A.R., G.M. Newcomb, and K.C. Nixon, Compliance with supportive periodontal therapy. *J Periodontol*, 1991. 62(12): p. 731-6.
8. Demirel, K. and A. Efeodlu, Retrospective evaluation of patient compliance with supportive periodontal treatment. *J Nihon Univ Sch Dent*, 1995. 37(3): p. 131-7.
9. Demetriou, N., A. Tsami-Pandi, and A. Parashis, Compliance with supportive periodontal treatment in private periodontal practice. A 14-year retrospective study. *J Periodontol*, 1995. 66(2): p. 145-9.
10. König, J., et al., Retrospective comparison of clinical variables between compliant and non-compliant patients. *J Clin Periodontol*, 2001. 28(3): p. 227-32.
11. Eger, T. and P. Eickholz, Wie viel Recall braucht der Mensch? Risikoorientierte Unterstützende Parodontitistherapie (UPT). *Parodontologie*, 2010. 21(1): p. 45-55.
12. Wilson, T.G., Jr., et al., Compliance with maintenance therapy in a private periodontal practice. *J Periodontol*, 1984. 55(8): p. 468-73.
13. Dewhirst, F.E., et al., The human oral microbiome. *J Bacteriol*, 2010. 192(19): p. 5002-17.
14. Riep, B., et al., Are putative periodontal pathogens reliable diagnostic markers? *J Clin Microbiol*, 2009. 47(6): p. 1705-11.
15. Mombelli, A., et al., *Actinobacillus actinomycetemcomitans* in adult periodontitis. I. Topographic distribution before and after treatment. *Journal of Periodontology*, 1994. 65(9): p. 820-6.
16. Eickholz, P., et al., Clinical benefits of systemic amoxicillin/metronidazole may depend on periodontitis severity and patients' age: An exploratory sub-analysis of the ABPARO trial. *J Clin Periodontol*, 2019. 46(4): p. 491-501.
17. Schwarz, F., et al., Clinical evaluation of an Er:YAG laser combined with scaling and root planing for non-surgical periodontal treatment. A controlled, prospective clinical study. *J Clin Periodontol*, 2003. 30(1): p. 26-34.
18. Lopes, B.M., et al., Clinical and microbiologic follow-up evaluations after non-surgical periodontal treatment with erbium:YAG laser and scaling and root planing. *J Periodontol*, 2010. 81(5): p. 682-91.

19. Krohn-Dale, I., et al., Er:YAG laser in the treatment of periodontal sites with recurring chronic inflammation: a 12-month randomized, controlled clinical trial. *J Clin Periodontol*, 2012. 39(8): p. 745-52.
20. Schwarz, F., et al., Periodontal treatment with an Er:YAG laser or scaling and root planing. A 2-year follow-up split-mouth study. *J Periodontol*, 2003. 74(5): p. 590-6.
21. Eickholz, P., Glossar der Grundbegriffe für die Praxis: Unterstützende Parodontitistherapie (UPT). Teil 2: Individuelles Parodontitisrisiko und Bestimmung der UPT-Intervalle. *Parodontologie*, 2007. 18(2): p. 239-245.
22. Eickholz, P., Glossar der Grundbegriffe für die Praxis: Unterstützende Parodontitistherapie (UPT). Teil 1: Ziele und Inhalte. *Parodontologie*, 2020. 31(2): p. 205-211.
23. Eickholz, P., et al., Tooth loss after active periodontal therapy. 1: patient-related factors for risk, prognosis, and quality of outcome. *J Clin Periodontol*, 2008. 35(2): p. 165-74.
24. Matuliene, G., et al., Influence of residual pockets on progression of periodontitis and tooth loss: results after 11 years of maintenance. *J Clin Periodontol*, 2008. 35(8): p. 685-95.
25. Lee, C.T., et al., Impact of Patient Compliance on Tooth Loss during Supportive Periodontal Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of dental research*, 2015. 94(6): p. 777-786.
26. Chapple, I.L.C., et al., Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol*, 2018. 45 Suppl 20: p. S68-S77.
27. Mombelli, A., et al., Qualitätsleitlinien in der Parodontologie. *Swiss Dent J* 2014. 124(2): p. 261-267.
28. Trombelli, L., G. Franceschetti, and R. Farina, Effect of professional mechanical plaque removal performed on a long-term, routine basis in the secondary prevention of periodontitis: a systematic review. *J Clin Periodontol*, 2015. 42 Suppl 16: p. S221-36.
29. Graetz, C., et al., Comparison of periodontitis patients' classification in the 2018 versus 1999 classification. *J Clin Periodontol*, 2019. 46(9): p. 908-917.
30. Ravidá, A., et al., Using periodontal staging and grading system as a prognostic factor for future tooth loss: A long-term retrospective study. *J Periodontol*, 2020. 91(4): p. 454-461.
31. Giannobile, W.V., et al., Patient stratification for preventive care in dentistry. *J Dent Res*, 2013. 92(8): p. 694-701.
32. Ramseier, C.A., et al., Time between recall visits and residual probing depths predict long-term stability in patients enrolled in supportive periodontal therapy. *J Clin Periodontol*, 2019. 46(2): p. 218-230.
33. Farooqi, O.A., et al., Appropriate Recall Interval for Periodontal Maintenance: A Systematic Review. *J Evid Based Dent Pract*, 2015. 15(4): p. 171-81.
34. Axelsson, P. and J. Lindhe, The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J Clin Periodontol*, 1981. 8(4): p. 281-94.
35. Pretzl, B., et al., Tooth loss after active periodontal therapy. 2: tooth-related factors. *J Clin Periodontol*, 2008. 35(2): p. 175-82.
36. Graetz, C., et al., Prognostic factors for the loss of molars--an 18-years retrospective cohort study. *J Clin Periodontol*, 2015. 42(10): p. 943-50.



DGZMK • Postfach 24 02 22 • 40091 Düsseldorf

Düsseldorf, 24.06.2020

**Deutsche Gesellschaft
für Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde e. V.**

Gegründet 1859

Geschäftsstelle

Liesegangstraße 17a
40211 Düsseldorf

Fon 0211 610198-0

Fax 0211 610198-11

www.dgzmk.de

dgzmk@dgzmk.de

Gemeinsamer Bundesausschuss
Zu Händen von Herrn Dirk Hollstein
Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste
Leistungen
Postfach 120606
10596 Berlin

Betreff: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) zur Änderung der Behandlungsrichtlinie und der Erstfassung einer PAR-Richtlinie

Sehr geehrter Herr Prof. Hecken,
sehr geehrter Herr Hollstein,
sehr geehrte Damen und Herren,

der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde (DGZMK) wurden die Beschlussentwürfe für die Änderung der Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontalerkrankungen (Behandlungsrichtlinie bzw. PAR-Richtlinie) der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), der Patientenvertretung (PatV) und des Spitzenverbandes der Krankenversicherungen (GKV-SV) sowie deren Gründe zur Stellungnahme übersendet. Die DGZMK begrüßt ausdrücklich die Überarbeitung bzw. Neugestaltung der bestehenden Richtlinien zur Behandlung von Parodontitis aus dem Jahr 2004 ausdrücklich. Die zu überarbeitende Richtlinie ist veraltet und spiegelt nicht mehr den aktuellen Stand der Wissenschaft zum Ablauf einer erfolgreichen Parodontalbehandlung ab.

Die DGZMK nimmt an der mündlichen Anhörung im September 2020 teil.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Roland Frankenberger
Präsident der DGZMK
(in Abstimmung mit der DGKiZ, DGZ, DGAZ und DGL)

Geschäftsführender Vorstand

Präsident: Prof. Dr. Roland Frankenberger

Vize-Präsident: PD Dr. Dietmar Weng

Geschäftsführer: Dr. Guido Winkler

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG

IBAN-Nr.: DE51 3006 0601 0001 0867 07

BIC: DAE3333

Sitz Düsseldorf

Amtsgericht Düsseldorf

VR 4217

USt-IdNr.: DE410000077

STELLUNGNAHME

Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (in besonderer Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde, der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnheilkunde sowie der Deutschen Gesellschaft für Laserzahnheilkunde) nimmt zu o.g. Richtlinie wie folgt Stellung:

1. Normative Verortung und Anpassung der Behandlungsrichtlinie

1.1. Überführung der Vorgaben zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen in eine eigenständige Richtlinie (Beschlussentwurf KZBV).

Die DGZMK unterstützt den KZBV-Vorschlag der Überführung der Vorgaben in eine eigenständige Behandlungsrichtlinie; die systematische Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen stellt ein in sich geschlossenes Therapiekonzept dar.

1.2. Anpassung der Behandlungsrichtlinie: PSI und Dokumentation des PSI

Die Aufnahme des PSI ist bei allen Patienten sinnvoll. Er sollte in den Behandlungsrichtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung fest verortet sein, da er die Schnittstelle der allgemeinen Behandlungsrichtlinie zu der Behandlungsrichtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) darstellt. Der GKV-SV plant die Einführung eines Vordrucks, mit dem die Versicherten über die Ergebnisse der PSI-Erhebung informiert werden (GKV-SV-Position in B. I Nr. 2 Beh-RL). Die DGZMK regt an, auf diesen administrativen Mehraufwand zu verzichten, da das Ergebnis des PSI seitens der Zahnärzte adäquat kommuniziert wird. Der Durchbruch der Indexzähne sollte abgeschlossen sein, da es sonst zu einer Fehlinterpretation bei Code 1 und zu einer Verletzungsgefahr beim Sondieren für Code 3/4 kommen könnte.

1.3 Anpassung der Behandlungsrichtlinie: Akute Erkrankungen und Zustände

Für Parodontalabszesse, nekrotisierende Gingivitis und Parodontitis sowie Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen gibt es nun einen eigenständigen Abschnitt, was ausgesprochen sinnvoll ist, da diese Krankheitsbilder oft eine Akutbehandlung erfordern. Eine Verortung im Abschnitt IV (chirurgische Behandlung) ist demgegenüber nicht stimmig, da in vielen Fällen keine chirurgische Therapie indiziert ist.

2. Berücksichtigung der aktuellen Klassifikation (PatV, KZBV) und Diagnose

Die neue Klassifikation hat 2019 die bisherige Klassifikation aus dem Jahr 1999 abgelöst, Grundlage dafür war umfassende wissenschaftliche Vorarbeit nationaler und internationaler Fachgesellschaften. Die neue und detaillierte Klassifikation ist somit der aktuelle Stand der Wissenschaft als Grundlage für die systematische und befundadäquate moderne Parodontaltherapie. Die vom GKV-SV vorgeschlagene Reduktion auf die ungenaue Diagnose Parodontitis unter Verzicht auf den integralen Bestandteil der Klassifikation in Form der Stadien und Grade würde die leistungsrechtliche Ausgestaltung vom aktuellen Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse trennen. Diesem Ansatz kann die DGZMK nicht zustimmen, die moderne Klassifikation ist vollumfänglich zu berücksichtigen.

3. Anamnese

Die GKV-SV sowie die PatV sehen eine vereinfachte Anamnese vor. Dem kann die DGZMK nicht zustimmen, da die Erfassung von Parodontitismodifikatoren, wie HbA1c, Anzahl der Zigaretten/Tag etc. eine wichtige Grundlage für Therapieplanung und Verhaltensbeeinflussung der Patienten darstellt.

4. Befund

4.1. Anzahl der zu messenden Sondierungstiefen (ST)

Grundsätzlich gilt: je mehr Messstellen pro Zahn erfasst werden, desto präziser ist.

Befund

Die vom GKV-SV vorgesehene klinische Befunderhebung der Sondierungstiefen (ST) an ausschließlich zwei Stellen (mesioapproximal und distoapproximal) in Millimetern ist als verallgemeinernde Vorgabe nicht zielführend. Die DGZMK befürwortet demgegenüber den Vorschlag der KZBV, orientiert an der individuellen klinischen Situation an mindestens zwei Stellen pro Zahn die Sondierungstiefen zu messen (eine davon mesioapproximal und eine distoapproximal).

4.3. Sondierungsblutung (BOP)

GKV-SV Entwurf verzichtet darauf, die „Sondierungsblutung“ (BOP) zu erheben mit der Begründung, dass sich keine Konsequenz im Hinblick auf die nachfolgende antiinfektiöse Therapie ergibt. Die DGZ plädiert ausdrücklich für die Beibehaltung dieses auch in den Praxen etablierten Parameters. Die Erfassung der Sondierungsblutung vermittelt in einfacher Form Informationen zum Entzündungsgrad und zur Aktivität einer parodontalen Tasche sowie zur Verlaufskontrolle.

4.4. Befunddokumentation

Der GKV-SV sieht vor, dass alle Parodontien beim Erheben des Parodontalstatus vermessen werden, jedoch in der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) nur die, die nach dem Parodontalstatus bei Beantragung als behandlungsbedürftig eingestuft wurden. Das erschwert und verkompliziert den Praxisablauf. Zudem können innerhalb von 2 Jahren auch an anderen Zähnen ausgeprägte Attachmentverluste auftreten, die in der UPT im Sinne einer präventionsorientierten Therapie frühzeitig erfasst und behandelt werden sollten. Daher ist der PA-Status auch während der UPT IMMER an allen Zähnen zu erfassen.

5. Aufnahme von Gesprächspositionen (PatV, KZBV)

Die Ätiologie der Parodontitis ist multifaktoriell, Verlauf und Schweregrad werden durch verschiedene endogene und exogene Risikofaktoren bestimmt. Grundlagen der Therapie sind somit:

- 1) Beseitigung bzw. Management supra- und subgingivaler Beläge (Plaque) mit zeitlich begrenztem Effekt
- 2) Patientenmotivation und Verhaltensänderung mit dem Ziel einer adäquaten häuslichen Mundhygiene, aber auch die Kontrolle der beeinflussbaren lokalen und systemischen Risikofaktoren. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit wiederholter intensiver Gespräche für einen nachhaltigen Therapieerfolg. Dies wird durch die Erhebung von Anamnese und Befund sowie deren Dokumentation alleine nicht abgebildet.

5.1. Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch

Der GKV-SV sieht KEIN von Anamnese, Untersuchung, Diagnosestellung und Dokumentation im Behandlungsplan („Parodontalstatus“) getrenntes „Aufklärungs- und Therapiegespräch“ vor. Ein Aufklärungs- und Therapiegespräch ist jedoch wesentlicher Bestandteil der Patienteninformation und maßgebliche Grundlage der patientenadäquaten Therapieentscheidung mit aktiver Einbindung des mündigen Patienten. Es sollte daher Berücksichtigung finden.

5.2. Parodontologisches Folgetherapiegespräch/risikospezifisches Nachsorge- und Motivationsgespräch

Auch ein parodontologisches Folgetherapiegespräch/risikospezifisches Nachsorge- und Motivationsgespräch ist zu berücksichtigen. Es ist fundamentaler elementarer Bestandteil der Therapie und bildet den Übergang zu einer nachhaltigen UPT.

6. Aufnahme der Patientenindividuellen Mundhygieneunterweisung (PatV, KZBV)

Ein zentrales Element der Therapie ist auch die Verhaltensänderung der Patienten. Eine Verbesserung der individuellen Mundhygiene sollte möglichst früh in zeitlichem Zusammenhang mit der subgingivalen Instrumentierung erfolgen, um deren Erfolg nicht durch Reinfektion der Taschen in Frage zu stellen. Demgegenüber sieht der

GKV-SV die Mundhygieneunterweisung (MHI) erst im Rahmen der UPT vor, was nicht den modernen Strategien zum oralen Biofilmmanagement entspricht. Dementsprechend begrüßt und favorisiert die DGZMK das Konzept der KZBV und der PatV, den Zeitpunkt der MHI „im zeitlichen Zusammenhang“ mit der AIT zu verorten.

7. Mikrobiologische Diagnostik als obligatorische Maßnahme vor der adjunktiven systemischen Antibiotikagabe (PatV)

Die PatV fordert die Aufnahme einer mikrobiologischen Diagnostik vor der Gabe systemisch wirkender Antibiotika adjunktiv zum geschlossenen Vorgehen. Dies entspricht nicht der aktuellen Leitlinie, eine mikrobiologische Diagnostik ist nicht mehr indiziert, beeinflusst das therapeutische Vorgehen nicht und sollte daher nicht berücksichtigt werden.

8. Aufnahme des Lasers allein oder ergänzend zur GMT (auch in Kombination mit PDT) (PatV) - hier: Abstimmung mit DGZ und DGL

Aus Sicht der DGZ gibt es keine Evidenz für die Laseranwendung, der betreffende Passus zum Laser sollte entfallen. Die DGZ hat diesen Sachverhalt eingehend mit der DGParo erörtert, Details können auf Anfrage nachgereicht werden.

Aus Sicht der DGL stellt sich der Sachverhalt etwas komplizierter dar: Die alleinige Lasertherapie mit einem Er:YAG-Laser wird in der neuen Leitlinie (Jentsch et al., Leitlinie "Subgingivale Instrumentierung", 2019) nicht thematisiert, so dass lediglich mit Verweis auf die Empfehlung der gültigen alten Leitlinie vom Oktober 2019 die Laseranwendung erwogen werden *kann*. Es besteht kein Empfehlungsgrad in eine positive oder negative Richtung, da eine Er:YAG-Laserkürettage zu vergleichbaren klinischen Ergebnissen führt wie die konventionelle Therapie. Zusammenfassend spricht also nichts gegen eine Laserbehandlung als alleinige Therapie.

Bei der adjuvanten Therapie (inklusive aPDT) ist der Sachverhalt schwieriger: Die den Empfehlungen der neuen Leitlinie zugrundeliegenden Studien betrachten auf der einen Seite nur die klinischen Ergebnisse nach einmaliger Therapie mit einem Beobachtungszeitraum von mindestens 6 Monaten. Auf der anderen Seite beziehen sich die Empfehlungen lediglich auf den primären Endpunkt „Sondierungstiefenreduktion“. In einem Anfang des Jahres publizierten Artikel zur Endpunkt-Einschätzung des "XVI European Workshop on Periodontology: Evidence-based Guidelines for Periodontal Therapy", publiziert in "Loos & Needleman: Endpoints of Active Periodontal Therapy. J Clin Periodontol (2020)" wird festgehalten, dass gerade mit Sicht auf allgemeinmedizinische Erkrankungen auch die Reduktion des Entzündungszustandes ein maßgeblicher Therapie-Endpunkt sein kann. Dieser Fragestellung geht die neue Leitlinie jedoch nicht nach. Somit bezieht sich die aktuelle Empfehlung zur adjuvanten Lasertherapie explizit auf die einmalige Anwendung eines Lasers (bei extrem heterogenen Leistungseinstellungen) und eine erzielbare Sondierungstiefenreduktion nach sechs Monaten. Bei diesen

Einschlusskriterien wurden keine zusätzlichen bisher publizierten Reduktionen der Sondierungstiefen nach sechs Monaten gefunden, so dass eine einmalige adjuvante Lasertherapie mit diesem expliziten Ziel bei aktueller Studienlage nicht durchgeführt werden sollte. Die Leitlinie weist allerdings darauf hin, dass weiterer Forschungsbedarf zur Häufigkeit der Laseranwendung und Heterogenität der Leistungsparameter besteht. Somit kann zu einem späteren Zeitpunkt die augenblickliche Empfehlung, gerade unter Berücksichtigung des parodontalen Entzündungsgeschehens auf allgemeinmedizinische Erkrankungen, durchaus anders ausfallen.

9. Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)

Der GKV-SV möchte den Begriff „Nachsorge“ anstatt „Unterstützende Parodontitistherapie“ einführen. Die DGZ plädiert für die Beibehaltung des etablierten Begriffes der UPT welcher die langfristige Notwendigkeit der Parodontaltherapie besser zum Ausdruck bringt als „Nachsorge“, was unzutreffend einen Abschluss oder Endpunkt der Therapie suggeriert.

9.2. Inhalt und Umfang

Der GKV-SV möchte als Untersuchungsparameter für die Entscheidung, ob und an welchem Zahn in der UPT eine subgingivale Instrumentierung durchgeführt wird, ausschließlich die Sondierungstiefen heranziehen. Auch und gerade in der UPT ist jedoch zwingend das Bluten auf Sondieren als entscheidendes Kriterium zu erheben. Die Blutung ist ein Indikator für Entzündung und Aktivität der Taschen und damit ein wichtiger Entscheidungsparameter hinsichtlich einer Reinstrumentierung. Der GKV-SV verknüpft bei der UPT subgingivale Instrumentierung mit supragingivaler Reinigung. Es wird keine Aussage zu den Zähnen ohne Indikation zur subgingivalen Instrumentierung getroffen, obwohl auch bei diesen eine supragingivale Biofilmentfernung angezeigt ist. Im Sinne eines nachhaltigen Biofilmmangements ist dies nicht zeitgemäß und nachhaltig. Professionelle mechanische Plaqueentfernung (professional mechanical plaque removal: PMPR) müssen nach Auffassung der DGZ integraler Bestandteil einer modernen UPT im Sinne der Behandlungsrichtlinie sein. Auch sieht der GKV-SV vor, auf die Erfassung von Furkationsbefall und Zahnlockerung zu verzichten. Es handelt sich jedoch um wichtige diagnostische Parameter für die Bewertung der betr. Zähne. Dies betrifft nicht nur die reine Parodontaltherapie sondern auch assoziierte Fragestellungen wie das Risiko der Wurzelkaries gerade im Bereich der Furkation oder ein okklusales Trauma als Trigger für Zahnlockerung im parodontal vorgeschädigten Gebiss.

9.3. Risikoadjustierte Dauer und Frequenz

Der GKV-SV lehnt Begriff und die Durchführung einer „risikoadaptierten Frequenz der UPT“ ab. Es wird pauschal eine UPT pro Jahr vorgesehen. Dies entspricht nicht dem Stand der Wissenschaft, der in aktuellen Leitlinien und Studien belegt ist und negiert auch die demographische Entwicklung. Vielmehr sind Frequenzen von 2- bis

4-mal pro Jahr zu empfehlen – orientiert am Ausmaß und Grad des parodontalen Knochenabbaus aber auch an anderen Faktoren, die die Parodontitis modulieren wie Diabetes mellitus. Zu berücksichtigen sind ebenfalls Erkrankungen, die die Mundhygienefähigkeit der Patienten beeinträchtigen (neurologische Erkrankungen, Behinderungen etc.) Eine risikoadjustierte auf dem Grading basierende Frequenz und eine Dauer von 3 Jahren wie von der KZBV und von der PatV vorgeschlagen, wird deshalb als fachlich sinnvoll unterstützt und gewährt eine praxistaugliche risikoadjustierte Umsetzung der UPT.

Spezielle Anmerkungen der DGAZ für die Alterszahnheilkunde:

Die DGAZ sieht bei Senioren eine besonders hohe Relevanz für eine entzündungsreduzierende Parodontitistherapie. Zum einen sollte intensiv den von parodontalen Entzündungen ausgehenden weiteren Infektionen z. B. Pneumonie oder Endokarditis im gesamten Körper nachhaltig entgegengewirkt werden. Zum anderen hat der Erhalt der Restbezahnung einen hohen Stellenwert für die Aufrechterhaltung der Kaufähigkeit, die mit dazu beiträgt, dass Senioren eine gute Ernährungslage haben. Malnutrition und infolge Sarkopenie sind häufige Ereignisse bei Menschen mit reduziertem Zahnbestand. Der Erhalt der Kaufähigkeit kann nur erreicht werden, wenn an gesunden Restzähnen der Zahnersatz ausreichend lagestabil befestigt werden kann.

Die DGAZ unterstützt ausdrücklich die *Neufassung der Behandlungsrichtlinie durch die KZBV Abschnitt „B.“, Punkt „V.“, Unterpunkt „4.“*
„Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen bei einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen pro Kiefer.“

Begründung:

Restzahnbestände von bis zu drei Zähnen pro Kiefer spielen eine zentrale Rolle für die Funktionstüchtigkeit von Zahnersatz, vor allem bei der für die allgemeine Gesundheit wichtigen Kaufunktion. Parodontale Erkrankungen gefährden hier eine nachhaltige Versorgung und bedürfen deshalb einer Behandlung. Gleichzeitig ist in diesen Fällen der wirtschaftliche und organisatorische Aufwand bei einer systematischen Parodontalbehandlung in der Relation zur Restzahnzahl so hoch, dass ein vereinfachtes Verfahren sinnvoll erscheint. Darüber hinaus weist die DGAZ auf ein gesondertes Problem hin, welches die Versorgungswirklichkeit und die hier gemachten Erfahrungen abbildet und bei der Weiterentwicklung der Richtlinie von hoher Bedeutung ist: In der Gruppe der Patienten, die Leistungen nach § 22a SGB V erhalten, sind diejenigen besonders kompromittiert, die keinen relevanten eigenen Beitrag zu ihrer Mundpflege leisten können. Für diese Patienten ist eine systematische Parodontitistherapie regelmäßig allein schon aus formalen Gründen nicht möglich. Röntgenbilder liegen häufig nicht vor und können in den seltensten Fällen regelkonform angefertigt werden, Mundhygieneunterweisungen und Motivationsgespräche sind weniger wirksam, auch wenn sie sich an das betreuerische Umfeld wenden. Zudem entspricht der Zeitbedarf von Genehmigungsverfahren nicht der hohen Dringlichkeit bei Zähnen, die zum Erhalt



von Zahnersatz entscheidend sind. Die DGAZ stellt fest, dass diesen Versicherten die Teilhabe an einer Parodontitistherapie dennoch nicht verwehrt werden kann. In diesen Fällen muss ein Behandlungsweg neben der systematischen Parodontalbehandlung ohne den Vorbehalt des üblichen Antragverfahrens und der Vorabgenehmigung möglich sein. Zielführend wäre diese Regelung auch für schwer-kompromittierte Patienten (z. B. demenzielle Erkrankungen), die eine Grundsanierung in Narkose benötigen, wobei bereits der differenzierte Ausgangsbefund oft nicht möglich ist. Die Einbeziehung der hier beschriebenen vulnerablen Patienten in eine Parodontitistherapie muss unter dem Vorbehalt der Durchführung der Leistungen nach § 22a SGB V stehen (Erhebung Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan; Mundgesundheitsaufklärung).



Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) und der Erstfassung einer Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie)

Bundeszahnärztekammer e. V., Chausseestr. 13, 10115 Berlin	
24. Juni 2020	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag zur Position GKV-SV	Begründung
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	Siehe E-Mail-Anlage: 2020-06-24_E_Stellungnahme_BZÄK_G-BA_Änd-Beh-RL_PAR-RL.PDF
Stellungnahme / Änderungsvorschlag zur Position KZBV	Begründung
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	Siehe E-Mail-Anlage: 2020-06-24_E_Stellungnahme_BZÄK_G-BA_Änd-Beh-RL_PAR-RL.PDF
Stellungnahme / Änderungsvorschlag zur Position PatV	Begründung
Bitte nutzen Sie nach Möglichkeit für inhaltlich voneinander abgrenzbare Aspekte Ihrer Stellungnahme bzw. Änderungsvorschläge jeweils gesonderte Tabellenzeilen und fügen bei Bedarf weitere Tabellenzeilen hinzu. Vielen Dank.	Siehe E-Mail-Anlage: 2020-06-24_E_Stellungnahme_BZÄK_G-BA_Änd-Beh-RL_PAR-RL.PDF

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bundeszahnärztekammer e. V., Chausseestr. 13, 10115 Berlin

Die Anhörung findet voraussichtlich am 04.09.2020 statt

Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	Wir nehmen teil.
Wir können derzeit nicht sagen, ob wir an der Anhörung teilnehmen.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt	
Wir nehmen nicht teil. Auch bei Terminänderungen für diese Anhörung möchten wir nicht teilnehmen.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

Wortprotokoll



einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) und der Erstfassung einer Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie)

Vom 4. September 2020

Vorsitzender:	Herr Prof. Hecken
Beginn:	11:03 Uhr
Ende:	13:15 Uhr
Ort:	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO):

Frau Prof. Dr. Dannewitz

Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V. (DGZMK):

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen

Bundeszahnärztekammer (BZÄK):

Herr Prof. Dr. Oesterreich

Herr Dr. Ziller

Beginn der Anhörung: 11:03 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Meine sehr verehrten Damen und Herren! Herzlich willkommen im Unterausschuss Zahnärzte des Gemeinsamen Bundesausschusses. Zumindest virtuell sind wir heute beisammen. Es geht um die Erstfassung der Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen, also um die PAR-Richtlinie und Änderungen der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung.

Wir haben drei Entwürfe für entsprechende Veränderungen zur Stellungnahme erstellt. Im Stellungnahmeverfahren haben folgenden Organisationen schriftliche Stellungnahmen abgegeben: die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e. V.; die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V. und die Bundeszahnärztekammer. Die Stellungnehmer haben Gelegenheit, auch im mündlichen Verfahren ihre Stellungnahmen vorzustellen bzw. sich den Fragen der Bänke zu stellen. – Heute haben wir die mündliche Anhörung.

Zunächst einmal herzlichen Dank für die sehr umfangreichen Stellungnahmen. Ich kann Ihnen an dieser Stelle auch schon sagen, dass wir sie nicht nur gelesen, sondern sogar schon sehr intensiv exegetisch betrachtet haben. In der AG haben wir auch schon entsprechende Diskussionen und mögliche Vorpositionierungen vorgenommen. Ich bitte deshalb um Verständnis, dass wir heute nicht bei Adam und Eva beginnen und jeden Punkt der Stellungnahmen hier einzeln sezieren. Es sei denn, die Bänke legen Wert darauf und stellen ganz spezielle Fragen.

Wir führen heute Wortprotokoll. Deshalb muss ich Sie bitten, wenn Sie nachher das Wort ergreifen, das Mikrofon zu benutzen. – Das ist aber selbstverständlich, sonst würden wir Sie in diesem digitalen Format nicht hören können. Der Zettel, der mir hier zur Vorbereitung vorgelegt wurde, entspricht dem, was bei körperlicher Anwesenheit Stand der Technik ist. – Sie sollten dann bitte Ihren Namen nennen, damit das entsprechend protokolliert werden kann.

Ich muss für das Protokoll die Anwesenheit feststellen. Es müsste für die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e. V. Frau Professor Dannewitz zugeschaltet sein. Ich habe sie eben gesehen. – Frau Dannewitz sind Sie da?

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Ja, ich bin da.

– Herzlichen Dank.

Für die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde müsste Herr Professor Dr. Jepsen anwesend sein. Er hat sich eben schon angemeldet. – Herr Jepsen, sind Sie immer noch bei uns? – Jawohl, er hat gewunken.

Für die Bundeszahnärztekammer müssten Herr Professor Oesterreich

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Ich bin dabei. – Danke schön!

und Herr Dr. Ziller da sein.

Herr Dr. Ziller (BZÄK): Ja, ich bin auch anwesend.

Wunderbar. – Herzlichen Dank!

Wie gesagt: Noch einmal herzlichen Dank für Ihre sehr interessanten und auch sehr umfangreichen Stellungnahmen. Wir verfahren heute hier in dieser Anhörung so, dass ich zunächst den Bänken und der Patientenvertretung die Möglichkeit gebe ganz konkrete Fragen zu Ihren Stellungnahmen zu stellen. Wenn diese Fragerunde vorbei ist, würde ich Ihnen noch einmal die Möglichkeit geben, die Punkte aus Ihren Stellungnahmen, die vielleicht in dieser Frage-Antwort-Runde nicht besprochen oder angesprochen worden sind, ganz kurz summarisch darzustellen.

Ich sage aber noch einmal ausdrücklich: Wir brauchen nicht noch einmal eine Verlesung der Stellungnahmen. Das würde wahrscheinlich den Rahmen der heutigen Veranstaltung sprengen und hätte auch eher den Charakter der Redundanz, weil wir die Stellungnahmen schon beraten und ein Stück weit auch schon ausgewertet haben.

Ich würde jetzt den Blick in die Runde richten. Ich sehe Sie als Kacheln vor mir. Daher bitte ich die Bänke und die Patientenvertretung, sich über den Chat zu melden, wenn sie Wortmeldungen haben. Das gilt auch für die Stellungnehmer. Wenn jemand konkret angesprochen wird und ein anderer möchte etwas ergänzen, melden Sie sich bitte über den Chat zu Wort, indem Sie einfach ein X oder ein W an alle schicken.

Wer von den Bänken oder der Patientenvertretung hat eine Frage? Als erstes hat sich die KZBV gemeldet - bitte schön.

KZBV: Ganz herzlichen Dank an alle Stellungnehmer für die eingereichten schriftlichen Stellungnahmen.

Ich möchte einen Vorschlag machen: Bevor wir in konkrete Einzelfragen einsteigen, würden wir gerne die Möglichkeit sehen, dass die Stellungnehmer gegebenenfalls noch ergänzende Punkte gleich an uns adressieren – vielleicht versehen mit einer Gesamtbewertung des Verfahrens –, damit wir ganz zielgerichtet auf dem aktuellen Stand dessen sind, was die Stellungnehmer dem G-BA vorlegen. Wir könnten somit Einzelfragen gegebenenfalls noch einmal nachkonturieren.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wenn Sie die Vermutung haben, dass sich seit Abgabe der Stellungnahmen die wissenschaftliche Evidenzlage oder sonstige Obliegenheiten geändert haben, dann entspreche ich selbstverständlich gerne diesem Wunsch.

Ich frage ausdrücklich: Gibt es seit Abgabe Ihrer Stellungnahmen relevante Gesichtspunkte, die nicht Gegenstand Ihrer Stellungnahme sind, die Sie hier noch nachtragen möchten, damit sie auch noch zum Gegenstand dieses mündlichen Anhörungsverfahrens gemacht werden können? – Beginnen wir mit der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie. Ich sage ausdrücklich: neue Gesichtspunkte! – Frau Professor Dannewitz.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Danke, dass die DG PARO zu dem Verfahren hier Stellung nehmen konnte. Ich denke, wir haben das eigentlich ausreichend schriftlich erörtert, und das soll ja hier auch nicht wiederholt werden.

Vielleicht nur ganz kurz ein Aspekt, der mich selber auch umtreibt, der auch vom GKV-Spitzenverband adressiert worden ist. Und zwar geht es dabei um die offenkundige Diskrepanz zwischen den Zahlen des PSI und den tatsächlichen Behandlungszahlen.

Aus diesen Daten, diesen Abrechnungsdaten zum PSI lassen sich sicherlich keine Befunde ableiten. Aber, wenn man sich die epidemiologischen Daten der DMS V anschaut, dann müsste sich aus diesem Screening, aus diesem parodontalen Screening eigentlich viel mehr Behandlungsnotwendigkeit ergeben als die Behandlungszahlen erkennen lassen. Dafür gibt es unterschiedliche Ursachen; und der GKV-Spitzenverband geht auch darauf ein.

Ein wichtiger Grund, der da eine Rolle spielt, ist, dass die Behandlungsrichtlinien, die wir momentan haben, an vielen Punkten logische Brüche aufweisen. Es ist immer ganz schwierig in der Kommunikation mit den Zahnärzten, aber vor allem mit den Patienten täglich in der Praxis, das dort begreiflich und vermittelbar zu machen. Von daher ist es jetzt wirklich eine Chance, Behandlungsrichtlinien in die Praxis zu bringen, die einem aktuellen anerkannten Behandlungskonzept entsprechen, die dort auch eine breitere Akzeptanz finden werden und sicherlich auch zur Versorgungsqualität beitragen. – Ansonsten haben wir, glaube ich, alle relevanten Punkte in unserer Stellungnahme berücksichtigt. Aber ich stehe gerne für Fragen zur Verfügung.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Frau Dannewitz. – Herr Jepsen für die DGZMK haben Sie ergänzende Anmerkungen zu Ihrer Stellungnahme?

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Vielen Dank für die Gelegenheit und auch für die Einladung zu dieser Sitzung. Ich darf Grüße bestellen vom DGZMK-Vorsitzenden Professor Roland Frankenberger.

Wir möchten nur noch einmal darauf hinweisen, dass es jetzt eigentlich ein perfekter Zeitpunkt für eigenständige PAR-Richtlinien ist. Wir haben eine aktuelle Klassifikation nach dem neuesten Stand der Wissenschaft. Wir haben aktuell Therapieleitlinien auf höchstem Niveau verabschiedet. Die S3-Leitlinie ist eine europäische Leitlinie, die im Juni veröffentlicht wurde. Sie ist von der DG PARO und der DGZMK mit über 30 Fachgesellschaften konsentiert worden und wird auch in Kürze gedruckt vorliegen. Das heißt: Besser könnte der Zeitpunkt nicht sein, jetzt die deutschen Patienten in den Genuss aktuell begründeter, evidenzbasierter Behandlungsrichtlinien kommen zu lassen. – Also noch einmal Glückwunsch zum Timing!

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Jetzt die Bundeszahnärztekammer. Ich weiß nicht, wer es macht, ob Herr Oesterreich oder Herr Ziller.

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Dann würde ich das tun. – Herzlichen Dank für die Möglichkeit, dabei zu sein und herzlichen Dank für die Einladung zur Anhörung.

Die Bundeszahnärztekammer begrüßt natürlich, dass gerade auch zu diesem Zeitpunkt – wir haben darüber gesprochen – das Thema Parodontitistherapie vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Entwicklung neu geregelt wird und unterstützt ausdrücklich den Vorschlag der KZBV.

Vielleicht noch eine Ergänzung zur Stellungnahme, die den Punkt 9 mit dem Thema „Qualitätssicherung“ und den Vorschlag der Patientenvertretung betrifft. Ich denke, die hinfälligen Aufgaben in diesem Umfeld sind beschrieben. Die Zahnärztekammer und die Bundeszahnärztekammer ist für das Thema Berufsrecht zuständig. Meines Wissens nach gilt es aber nicht über die Entscheidung des G-BA, das Berufsrecht neu zu regeln. Wir haben das näher ausgeführt, was das Thema der Delegationen, aber auch der Einschränkung des Zahnarztvorbehalts ist.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank! – Jetzt habe ich eine Frage der GKV-SV, danach die PatV und anschließend die KZBV. – GKV-SV, bitte schön.

GKV-SV: Der Parodontale Screening Index ist von Frau Professor Dannewitz schon angesprochen worden. Sie hat auch ganz zu Recht auf Probleme hingewiesen hinsichtlich einer Diskrepanz zwischen den Befundungen, die mit dem PSI in großer Zahl vorgenommen werden und der Behandlung. Um hier mehr Klarheit in die Abläufe zu bringen, sieht der GKV-SV einen neuen, einfachen, kurzen und patientenverständlichen Vordruck vor, mit dem die Patienten über die Ergebnisse des PSI und den Behandlungsbedarf schriftlich informiert werden sollen. Damit wird eine verbindliche Entscheidungsfindung für die Patientin oder den Patienten sowie der Zahnärztin oder den Zahnarzt geschaffen. Meine Frage lautet: Warum lehnen Sie es ab, diese verbindliche Information an die Patienten einzuführen, um den Patientinnen und Patienten damit eine klare Grundlage für ihre Entscheidung für oder gegen die Parodontalbehandlung zu verschaffen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön! Wer möchte beginnen? – Bitte schön, Frau Dannewitz.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Information ist sicherlich gut, aber der Zeitpunkt des PSI ist eigentlich nicht geeignet, um einen Patienten umfassend zu informieren, weil Sie über den PSI keinen Behandlungsaufwand oder -bedarf komplett abbilden können. Dazu fehlen zu viele Informationen, um jemanden eingehend informieren zu können. Deswegen finde ich, ist das die falsche Stelle, einen Patienten zu informieren.

Der PSI, wenn er erhoben wird, gibt eigentlich nur bei einem gesunden Patienten so viel Informationen, dass ich ihm sagen kann, er ist gesund. Dieser Screening Index ist eigentlich nur geeignet, jemanden zu identifizieren, ob er potenzial erkrankt ist. Über die Schwere, das Ausmaß der Erkrankung usw. müssen eigentlich noch weitere diagnostische Maßnahmen erfolgen. Von daher ist es für mich eigentlich der falsche Zeitpunkt für eine umfassende Information.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Frau Dannewitz. – Herr Jepsen und Herr Oesterreich.

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Dem kann ich mich nur vollumfänglich anschließen. Das ist genau der Kernpunkt, den Kollegin Dannewitz hier skizziert hat: reines Screening-Tool, wenig hilfreich zur Patientenaufklärung darüber, was ihn dann weiter erwartet.

Für die Therapiestrecke bedarf es eines eigenen Aufklärungsgesprächs, um den Patienten die komplexen Zusammenhänge dieser Erkrankung bis hin zu den systemischen Implikationen wirklich nahe zu bringen. Dafür ist die Zeit gut investiert. Es reicht nicht, den Patienten eine kleine Broschüre oder ein Ergebnis in die Hand zu drücken.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön! – Die Bundeszahnärztekammer.

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Die wesentlichen Aspekte sind dargestellt worden. Der PSI ist ein Screening Index, insofern eine Momentaufnahme. Alles Weitere ist von den Fachgesellschaften unterlegt worden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön! – GKV-SV, reicht das? Ist das befriedigend?

Mir fehlt jetzt der Aspekt, den ich in den Stellungnahmen durchgängig gehört habe: Es ist verwaltungsaufwändig; Gespräch ist besser; es ist alles zu komplex. Das hat jetzt keiner angesprochen. Das war ein Gesichtspunkt, der mich nicht so unbedingt überzeugt hat, ohne damit irgendetwas antizipieren zu wollen – vielleicht noch einmal eine Nachfrage?

GKV-SV: Ich habe eine Nachfrage dazu, und zwar ganz spezifisch an die DGZMK. Aber gerne sind natürlich auch die anderen Stellungnehmenden eingeladen, zu antworten.

Wie Herr Hecken schon erwähnte, wurde gesagt, dass die Akzeptanz für dieses neue Formular mangelhaft sein könnte. Wir würden Sie diesbezüglich gern zur Analogie mit dem Vordruck nach § 22a SGB V befragen. Seit 2014 erhalten Pflegebedürftige und seit Mitte 2018 auch Menschen mit Behinderungen vertragszahnärztliche schriftliche Mitteilungen per Vordruck über ihren Mundpflegestatus und empfehlenswerte Mundpflegemittel und -methoden. In diesem Vordruck sind für den Behandlungsbedarf auch Ankreuzfelder für Füllungen, Zahnfleischbehandlungen, Zahnersatz und anderen Leistungen enthalten. Ohne den Vordruck können die entsprechenden Anamnese- und Untersuchungsleistungen, die mit dem Ausfüllen des Vordrucks gekoppelt sind, nicht abgerechnet werden.

Jetzt kommt die Frage dazu: Haben Sie Informationen darüber, dass aufgrund der Verpflichtung zum Ankreuzen einiger Felder auf einem Vordruck, wodurch die Versicherten ja individualisierte Hinweise erhalten, Leistungen wie die Befundung des Patienten in die Anamneseerhebung nicht erbracht werden, weil es so ein hoher bürokratischer Aufwand mit dem Vordruck ist?

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Dieser Analogie kann ich bezogen auf einem PSI, auf einem Screening-Tool, jetzt nicht folgen. Wenn es solche Daten gäbe, dann müsste ich auf die KZBV oder auf die Bundeszahnärztekammer verweisen. Aber die Analogie erschließt sich mir nicht. Ein Screening-Tool kann nicht das leisten, was Sie gerade skizziert haben.

GKV-SV: Es ging auch mehr um die Frage der Akzeptanz, ob jetzt die Hürden so hochgelegt werden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön! – Herr Jepsen, Akzeptanz! Belastet die Zahnärzte das Argument gegen diese Analogie? – – *[Tonstörung]* – –, abgesehen davon, dass es hier auch unterschiedliche Situationen gibt. Bei den Pflegebedürftigen richtet sich dieses Formular eher an die Pflegekräfte, weil die Pflegebedürftigen in vielen Fällen nicht mehr imstande sind, bestimmte Dinge zu antizipieren. Deshalb wird dann eine global galaktische, grobe Information vermittelt, die auch das Pflegepersonal instand setzen soll, das nachzuvollziehen, was Gegenstand zahnärztlicher Empfehlungen ist. Das ist aber völlig unabhängig von dem bürokratischen Aufwand, egal an wen sich ein solches Formular richtet. Es muss ja ausgefüllt werden. Und das ist der Punkt, der jetzt gerade adressiert worden ist. – Dazu vielleicht noch einmal Herr Jepsen, Herr Oesterreich und Frau Dannewitz. Und dann werden wir weitergehen.

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Vielen Dank! – Mir scheint bei dieser Ausführung und Erläuterung der Aufwand in keinem Verhältnis zum Nutzen zu stehen. Das kann ein ärztliches Gespräch nicht ersetzen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Jepsen. – Herr Oesterreich und Frau Dannewitz.

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Ich möchte mich dem anschließen. Das heißt, im Zentrum der Versorgungstrecke steht das ärztliche Gespräch aufgrund der Befundungssituation und nicht allein aufgrund des PSI. Vor diesem Hintergrund haben wir uns auch sehr stark dafür ausgesprochen, dass die Verhaltensbeeinflussung über das ärztliche Gespräch stattfindet. Insofern sehen wir vor diesem Hintergrund keinen Nutzen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Oesterreich. – Frau Professor Dannewitz.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Ich würde gerne eine andere Analogie bemühen, und zwar den Röntgenpass, den wir über viele Jahre in der zahnärztlichen Praxis hatten. Ich sehe einfach das Problem, dass solche Pässe einfach von den Patienten nicht entsprechend mitgenommen werden und da sind, um das dann entsprechend zu dokumentieren.

Wir haben in unserer Stellungnahme auch darauf verwiesen, dass es bereits Tools gibt, wo man den PSI dokumentieren kann. Zahnärzte können das anfordern und haben dann diesen ParoPass®. Ich denke, wenn man so etwas umsetzen würde, muss es auf jeden Fall in Dokumenten sein, die gut etabliert sind. Das sehe ich momentan eigentlich nur im Bonusheft. Trotzdem finde ich den Informationsgehalt des PSI für den Aufwand in der Dokumentation eigentlich nicht gerechtfertigt, wie Herr Jepsen schon sagte.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Frau Dannewitz! – Ich habe eine nächste Frage von der Patientenvertretung, dann noch einmal vom GKV-SV und der KZBV. – PatV, bitte.

PatV: Ich möchte auch zum PSI nachfragen und bitte Frau Dannewitz und Herr Jepsen um eine Antwort. Sie haben gerade schon angedeutet, dass der PSI ein Screening-Test ist, der einen Anlass geben soll, eine vertiefte Paro-Diagnostik einzuleiten. Die Werte, die dort gemessen werden, müssen ja dokumentiert werden, ansonsten wäre der PSI völlig sinnlos. Es muss also in irgendeiner Form dokumentiert werden, was gemessen wurde, damit klar ist, in welche Richtung der PSI ausgeschlagen hat.

Frau Dannewitz, Sie hatten auch schon die Situation der relativ starken Unterbehandlung der Parodontitis angesprochen. Das können wir aus der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie ableiten. Sie haben versucht zu erklären, dass der Grund dafür, dass so wenig Parodontitisbehandlungen gemacht werden, möglicherweise in der jetzigen Formulierung oder der jetzigen Ausgestaltung der Behandlungsrichtlinie besteht, sprich, dieses Abschnitts zur Parodontitisbehandlung, den wir gerade diskutieren. Trotzdem könnte es sein – was ich als Patientenberater recht häufig erlebe –, dass wir in der Beratung Menschen erleben, die relativ überraschend die Diagnose bekommen, dass Zähne sehr stark behandlungsbedürftig, parodontal erkrankt sind, möglicherweise sogar schon gezogen werden müssen. Vorher gab es überhaupt keine Information darüber in deren Behandlung.

Wir finden den Vorschlag des GKV sehr interessant und überlegen sehr intensiv, wie wir ihn in unserem Vorschlag mit aufnehmen können. Uns stellt sich die Frage: Inwiefern könnte eine regelmäßige Information darüber, wie der parodontale Zustand ist und auch die Mitteilung von Messwerten, die im Moment vielleicht noch okay sind, nicht doch dazu beitragen, dass das Bewusstsein für eine Mundgesundheit doch womöglich deutlich steigen könnte? Insofern noch einmal die Frage: Warum denken Sie nicht, dass mit der Mitteilung von Werten, die ja sowieso erhoben werden, nicht doch automatisch auch das ärztliche Gespräch unterstützt werden könnte, um das Bewusstsein für die Erkrankung selbst oder die mögliche Erkrankung zu stärken? Das ist mir bei den bisherigen Ausführungen nicht klargeworden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Patientenvertretung. – Frau Professor Dannewitz ist als erster adressiert, dann die anderen.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Sie gehen jetzt davon aus, dass diese Werte oder der Befund nicht mitgeteilt werden. Aber tatsächlich findet das ja statt. Also, wenn ich mit meinem Patienten eine Untersuchung mache, kläre ich ihn über die Befunde auf. Ich werde ihm das vielleicht nicht als Codes weitervermitteln, aber sagen: Ihre gingivale Gesundheit, ihre parodontale Gesundheit sieht so oder so aus. Oder ich muss noch weiterführende diagnostische Maßnahmen machen. Es ist nur eine Vermutung, dass das nicht stattfindet.

Aus meiner Erfahrung findet es genauso statt wie, wenn ich Bissflügelaufnahmen mache, Kariesdiagnostik, zahnärztliche Befunde erhebe. Auch da gebe ich meinem Patienten keinen kompletten Zahnstatus mit und sag ihm, dass der und der Zahn Ordnung ist. Ich kläre ihn über den Gesamtbefund entsprechend seiner individuellen Möglichkeiten auf, sodass er das auch gut verpacken kann.

Ich würde sagen, dass diese Information schon stattfindet und man sich überlegen muss, ob der Mehrwert in dieser Dokumentation tatsächlich diesen Sprung in den Behandlungszahlen bringt, und ob es das ist, was es wirklich besser macht. Ich denke nicht.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank! – Herr Jepsen, Herr Oesterreich oder Herr Ziller, wer möchte noch ergänzen?

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Ein Code 3 oder 4 beispielsweise aus dem PSI hat ja eine Konsequenz. Der wird nicht einfach nur zur Kenntnis genommen und in der Karte dokumentiert. Genau, wie Frau Professor Dannewitz sagt, wird das dem Patienten mitgeteilt. Wir sind verpflichtet, das zu tun. Es ist auch kein Monitoring-Tool, das wir zwei Jahre später erneut machen und sagen: Okay, die Werte 3, 4 sind konstant geblieben. Dafür ist dieser Index nicht da. Der löst etwas aus, der muss etwas auslösen. Das muss den Patienten unmittelbar kommuniziert werden. Und das funktioniert nach meinem Dafürhalten.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Dank schön, Herr Professor Jepsen. – Die Bundeszahnärztekammer?

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Ich habe leider die Ausführungen von der Patientenvertretung durch Empfangsstörungen nicht ganz verfolgen können. Aber im Grundsatz ist die Aufklärung die Grundlage, um mit dem Patienten eine Behandlungsbereitschaft herzustellen. Vor diesem Hintergrund ist Aufklärung auch eine Berufspflicht. Sie ist letztendlich nicht allein dadurch dokumentiert, dass man dem Patienten einen PSI-Befund gibt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Patientenvertretung, Sie nehmen das zur Kenntnis? Haben Sie eine Nachfrage?

Ich habe jetzt gehört: „es wird schon sein“ und „man tut das“, „und es ist Pflicht“. Da stellt sich mir die Frage: Kann man das nicht strukturiert machen, systematisch machen, damit man nicht auf Vermutungen, Mutmaßungen oder Berichte aus der zahnärztlichen Praxis angewiesen ist? Ich sage das auch wieder völlig wertfrei, weil ich mich zum heutigen Zeitpunkt nicht befangen machen möchte. – Patientenvertretung, Nachfrage oder ist alles gesagt?

PatV: Die Nachfrage ist: Die DG PARO hatte ausdrücklich diesen freiwilligen ParoPass® als Instrument erwähnt, womit auch bei einer noch vorhandenen Mundgesundheit durchaus Patienten dafür sensibilisiert werden können. Ich empfinde das als nicht stringent argumentiert, wenn man einerseits sagt, es gibt ein Instrument, was schon da ist, aber freiwillig, und das ist gut. Aber, wenn man es verpflichtend macht, dann ist es Bürokratie und nicht gut. Irgendwie kommt mir das nicht logisch argumentiert vor.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Frau Dannewitz.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): In unserer Stellungnahme haben wir auf das Instrument verwiesen. Wir haben es nicht bewertet. Wir haben geschrieben, dass es vorhanden ist. Was wir aber auch geschrieben haben, ist, wenn so etwas umgesetzt werden sollte, dann doch wirklich in Dokumenten, die eine breite Akzeptanz haben. Ein zusätzlicher Vordruck, den der Patient dann aber auch im Verlauf in die Praxis immer mitbringen soll, wird aus meiner Erfahrung einfach nicht funktionieren. Das ist wie mit dem Röntgenpass, der dann einfach nicht da ist, wenn das eingetragen werden soll. Dann muss man auf andere Dokumente zurückgreifen, wie beispielsweise das Bonusheft. Aber wir haben es nicht bewertet, ob das gut oder schlecht ist. Wir haben nur gesagt: Es gibt schon solche Dokumente, wenn man den Bedarf hat, das eintragen zu wollen, um das mit seinen Patienten dokumentieren zu wollen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Dann habe ich noch einmal den GKV-SV als Fragesteller, danach die KZBV.

GKV-SV: Wir haben jetzt noch eine Frage speziell an die DG PARO zum Thema „Erkrankungsstadien“. Eine Einteilung nach Erkrankungsstadien ist weder gemäß Beschlussentwurf des GKV-SV noch gemäß Entwurf der KZBV erforderlich, weil der Anspruch auf eine Parodontitisbehandlung einzig von der Sondierungstiefe und nicht von Erkrankungsstadien abhängig ist.

Auch im Beschlussentwurf der KZBV bezüglich der Festlegung der Frequenz zur Nachsorge spielt das Staging für die Häufigkeit der Nachsorge keine Rolle, sondern nur das Grading. Die DG PARO hält aber die Erfassung des Staging im Parodontalstatus und auch bei der Nachsorge für sinnvoll.

Wir verweisen darauf, dass die Leistungen nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot in der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen.

Unsere Frage dazu ist: Warum befürwortet die DG PARO das kostenträchtige Erheben eines Parameters, der für die patientenindividuelle Therapieentscheidung nicht erforderlich ist, und wieso meinen Sie, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot dadurch nicht verletzt wird?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, GKV-SV. – Frau Dannewitz, bitte.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Sich zu Beginn einer Behandlung über den Schweregrad, über das Ausmaß einer Erkrankung Gedanken zu machen, um eine Diagnose zu stellen, Faktoren zu dokumentieren, die die Komplexität meiner Behandlung erschweren könnten, die Einfluss auf die Behandlung und den Behandlungserfolg haben, ist, glaube ich, essenziell für die Behandlungsplanung oder Planungsqualität zu Beginn einer Behandlung. Das ist aus meiner Sicht die Grundvoraussetzung auch für die Prozessqualität.

Die Leitlinien, die jetzt veröffentlicht worden sind, diese umfassenden Behandlungsleitlinien, zeigen sehr schön, dass Parodontitistherapie stufenweise erfolgt. Das wird ja auch ersichtlich aus den Behandlungsrichtlinien. Diese Behandlungsstufen haben durchaus mit der Diagnose zu tun. Bestimmte Diagnosen ziehen bestimmte Behandlungssequenzen nach sich.

Sie gehen ja selber in Ihrem Entwurf darauf ein, dass die Gabe systemisch wirksamer Antibiotika auf Formen von Parodontitis beschränkt werden sollte. Das heißt, ich muss auch in irgendeiner Form eine Dokumentation darüber haben, welche Erkrankungsformen bei meinem Patienten vorliegen.

Was ich nicht so ganz verstehe: In den bestehenden Behandlungsrichtlinien werden auch die Diagnosen von Parodontitis vorausgesetzt. Ich brauche nicht mehr Information, als die, die ich eigentlich bisher habe, um eine Diagnose zu stellen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Frau Dannewitz. – GKV-SV ist die Frage beantwortet oder haben Sie eine Nachfrage?

GKV-SV: Wir haben mit der Antwort gerechnet, dass auf die Antibiotikabehandlung verwiesen wird, wo im Prinzip das Ausmaß des Attachmentverlustes eine Rolle spielt. Wir gehen davon aus, dass die Antibiotikabehandlung unter den Parodontitistherapien nicht die Regel ist, sondern eine Ausnahme darstellt.

Wir sagen noch einmal: Einzig die Taschentiefe ist für den Eintritt in die Parodontitistherapie relevant. Sie ist ausschlaggebend, ob die GKV in Zukunft eine Parodontitistherapie finanziert oder nicht. Deswegen ist die Antwort für uns jetzt nicht unbedingt überzeugend gewesen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Das war eine Feststellung, GKV-SV? Ich sehe das als Feststellung. Okay. – Dann gehen wir weiter zur KZBV, die sich gemeldet hat, danach noch einmal der GKV-SV.

Entschuldigung! Zuerst hat sich noch Herr Jepsen zu Wort gemeldet.

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Danke schön! – Ich möchte zu den Ausführungen von Frau Dannewitz, die ich ausdrücklich unterstreiche, nur noch ergänzend hinzufügen: Der Mehraufwand, um das Staging zu erfassen, ist gar nicht groß. Wir sind in der Regel ohnehin aufgefordert, Röntgenbilder anzufertigen. Anhand der Röntgenbilder können wir unschwer den Patienten in die eine oder andere Kategorie einteilen. Mit anderen Worten: Ich sehe jetzt nicht den dramatischen Mehraufwand. Und es ist nicht richtig, dass wir Parodontitis ausschließlich nach den Sondierungstiefen gemäß der neuen Klassifikation einteilen. Das ist nicht der Fall!

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Jepsen. – Dann jetzt die KZBV, danach noch einmal der GKV-SV. – KZBV, bitte schön.

KZBV: Der GKV-SV hat darauf verwiesen, dass er als einzige Voraussetzung für die PA-Behandlung die Sondiertiefe ansieht. Dazu hätten wir gerne noch einmal eine Bewertung seitens der DGZMK und der DG PARO, ob das dem aktuellen Stand der Wissenschaft entspricht, insbesondere der Leitlinienvorgaben.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, KZBV. – Dann fangen wir mit Herrn Jepsen an und dann Frau Dannewitz. – Herr Jepsen.

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Nein, weiß Gott nicht. Entscheidend ist der Attachmentverlust. Den können wir entweder durch Sondierungsmessung bestimmen oder aber durch die Bewertung von Röntgenbildern. In der Praxis ist die Bewertung von Röntgenaufnahmen einfacher. Da wir ohnehin bei einem Patienten mit einer Parodontitis Röntgenbilder anfertigen, ist das eine einfach zu erledigende Maßnahme. Ergänzend sollten natürlich Sondierungsmessungen durchgeführt werden. Aber für die eigentliche Diagnosestellung ist der Attachmentverlust entscheidend, die Anzahl der betroffenen Zähne, die Tatsache, ob Zähne verlorengegangen sind. Aber das sind alles Faktoren, die relativ rasch zu erfassen sind. Das ist ja gerade der Charme dieser neuen Klassifikation, dass die Diagnosestellung praxisnah und vereinfacht werden soll.

Dementsprechend kann man bei der Erstuntersuchung auch problemlos die verschiedenen Stadien der Parodontitis erfassen. Wie Frau Dannewitz ausgeführt hat, hat das therapeutische Konsequenzen. Darüber sollten und müssten wir – ich denke, das gehört sich auch so – den Patienten frühzeitig informieren, was da unter Umständen auf ihn zukommt. – Danke.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Jepsen. – Frau Dannewitz, Sie sind auch angesprochen.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Die Diagnose Parodontitis setzt Attachmentverluste voraus. Wie Herr Jepsen schon gesagt hat, kann man Attachmentverluste über die Messung von Attachmentverlust klinisch oder röntgenologisch einfach dokumentieren.

Ich verstehe auch nicht, warum man hier jetzt nicht in der Diagnose differenzierter wird, wo man dann auch den Patienten eigentlich über seine Erkrankung aufklären kann, über das Ausmaß seiner Erkrankung, über die notwendige Behandlung, den Behandlungsaufwand; warum auf der einen Seite der PSI in der Aufklärung in den Vordergrund gestellt wird, aber dann in der Diagnose, wo man die Chance hat, den Patienten individuell über seine Erkrankung aufzuklären, das dann auf einmal nicht mehr notwendig sein soll.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Frau Dannewitz. – KZBV, haben Sie eine Nachfrage, oder ist die Frage beantwortet?

KZBV: Die Frage ist beantwortet. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Dann habe ich jetzt Herrn Dr. St. vom GKV-SV, danach die PatV und dann noch einmal Herrn Dr. K. vom GKV-SV. – Bitte schön, Herr St. [GKV-SV].

GKV-SV: Wir haben noch eine Frage zu den Erkrankungsgraden, zum Grading.

Aber vorher, weil Frau Dannewitz noch einmal einen Schlenker zum PSI gemacht hat: Es geht uns eigentlich weniger darum, dass jetzt hier Patienten unbedingt behandelt werden sollen.

Wir müssen einen behandlungsbereiten Zahnarzt haben. Und nur der sollte PSI erheben. Das muss eine Stringenz sein zwischen PSI-Erhebung und einem späteren Behandlungsangebot. Die Patientenvertretung hat darauf hingewiesen, dass solch ein Behandlungsangebot in vielen Fällen nicht vorliegt.

Wir sind hier praktisch unter Parodontitisinteressierten; das gilt offensichtlich nicht für die gesamte Zahnärzteschaft; für die müssen wir hier natürlich die Richtlinie machen. Das heißt: Im Grunde geht es darum, mehr Ernsthaftigkeit bei der PSI-Erhebung zu erzeugen und nicht eine Mitnahmeleistung sozusagen zu dulden. 190 Millionen Euro Ausgaben nur für den PSI ist eine Menge Geld. Das noch einmal kurz als Replik auf die Diskussion, was wir mit dem PSI eigentlich wollen.

Aber kommen wir zum Grading. Dazu haben wir eine kurze Frage gerne an alle: Die KZBV möchte die Häufigkeit der Nachsorge von den Einteilungen der Grade A, B, C abhängig machen und dann eben einmal, zweimal oder dreimal jährlich die Nachsorge, die wesentlichen Leistungen jedenfalls, erbringen. Sind der DG PARO oder auch den anderen Institutionen Studien bekannt, wie sich die drei Erkrankungsgrade A, B, C prozentual in der Patientenpopulation verteilen, also beispielsweise bei den Erwachsenen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Wer möchte beginnen?

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Zurzeit sind wir dabei, die Daten der Deutschen Mundgesundheitsstudie im Hinblick auf diese neue Einteilung zu transferieren. Es ist vielleicht etwas zu früh, zu den Graden etwas zu sagen. Bei dem, was wir vorliegen haben, ist es bei den Stadien vermutlich so, dass die Stadien III und IV deutlich überwiegen.

Zur Gradeinteilung sind mir noch keine Studien bekannt, weil diese Studien zurzeit noch laufen. Aber ich möchte nicht ausschließen, dass es da etwas gibt, was ich vielleicht jetzt auch noch nicht gesehen habe. Aber, wir haben ja noch andere Experten unter uns, die das sicherlich ergänzen können.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Jepsen. – Frau Dannewitz und dann die Bundeszahnärztekammer. – Frau Professor Dannewitz.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Ich kenne jetzt auch keine Studien zu der Verteilung der Grade. Das ist reine Spekulation. Ich gehe davon aus, dass bei den parodontal erkrankten Patienten ein Großteil einen Grad B haben wird.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Frau Dannewitz. – Bundeszahnärztekammer möchten Sie ergänzen? Haben Sie dazu irgendwie Quantifizierungsmöglichkeiten aus Studien oder sonstigen Erhebungen?

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Wir verweisen auf die Antwort der Fachgesellschaften, was gegebenenfalls aus den Studien abgeleitet werden kann, ist derzeit noch nicht absehbar.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – GKV-SV, ist die Frage beantwortet?

GKV-SV: Ja, die Frage ist beantwortet. – Wir verzichten danach zu fragen, wie viel der Grad C ausgeprägt ist, denn Herr Jepsen hat ja gesagt, es gibt durchaus noch laufende Studien und Überlegungen. – Wir sollten jetzt nicht zu viel spekulieren.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Wir machen mit der Patientenvertretung weiter und dann mit dem GKV-SV. – Patientenvertretung, bitte.

PatV: Ich möchte jetzt gerne auf ein anderes Thema zu sprechen kommen. Und zwar sagen Sie in Ihren Stellungnahmen, dass die mikrobiologische Diagnostik vor der Antibiotikagabe nicht mehr indiziert ist und dass davon auch das therapeutische Vorgehen nicht beeinflusst wird.

Der Patientenvertretung liegen aber Patienteninformationen genau zu diesem Thema „mikrobiologische Diagnostik und Parodontitistherapie“ vor, herausgegeben von der DGZMK und der Bundeszahnärztekammer. Hier heißt es, dass mit dem Testergebnis und dem Nachweis bestimmter Bakterien entschieden werden kann, ob und auch welche Antibiotikatherapie angezeigt ist. Wie sollen wir auf Grundlage Ihrer Stellungnahme und dem Vorliegen der Patienteninformationen den Sachverhalt bewerten?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Patientenvertretung. Das geht direkt an die DGZMK und die Bundeszahnärztekammer, die mit den entsprechenden Patienteninformationen adressiert sind. – Herr Jepsen, bitte.

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Ich denke, auch die DG PARO hat dazu Stellung genommen und sollte das auch jetzt noch einmal tun.

Anhand der neuen Leitlinienempfehlungen wird ein ohnehin sehr restriktiver, begrenzter Einsatz systemischer Antibiotika empfohlen. Wenn überhaupt, sind das spezielle Patientengruppen, und zwar in der Regel Patienten, die diese rasche Progredienz aufweisen. Das sind diese Grad C-Patienten; in der Regel sind das wenige.

Dieser Aspekt der Antibiotic Stewardships wird in der neuen, jetzt auch in Deutschland adaptierten Leitlinie sehr, sehr hoch gehängt. Deshalb ist aus den erwähnten Gründen gar nicht damit zu rechnen, dass zum einen in einem großen Umfang systemische Antibiotika in Zukunft eingesetzt werden.

Zum anderen verursacht die Testung zusätzliche Kosten, die nicht gerechtfertigt erscheinen, weil in der Regel eine Antibiotikakombination hier die richtige ist. Das wiederum ist gestützt durch wirkliche Experten auch der Deutschen Krankenhaushygiene, also wirklich ausgewiesene Experten auf dem Gebiet der antibiotischen Resistenzentwicklung, die diese Empfehlung 1:1 so mittragen. Das heißt: Wir haben eigentlich keine Veranlassung, hier wirklich diese Testung zu empfehlen, die – wie schon gesagt – zusätzliche Kosten verursacht.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Ergänzend die Bundeszahnärztekammer und Frau Dannewitz. Wer macht es für die Bundeszahnärztekammer? – Herr Oesterreich.

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Wir haben diese Patienteninformation in Abstimmung mit der DGZMK von unserer Webseite heruntergenommen. Sie ist also nicht mehr verfügbar.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Frau Dannewitz.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Wir sind darauf aufmerksam geworden, dass es ein Fehler ist, dass diese Patienteninformation immer noch verfügbar ist. Sie ist in der Überarbeitung, weil sie schon nicht mehr den Leitlinien von 2018 entspricht.

Parodontitis ist keine Erkrankung, die durch einzelne Bakterien hervorgerufen wird. Man kann auch noch nicht abschließend sagen, welche Parodontalpathogene wirklich eine Rolle spielen. Sodass wir auch nicht erregerspezifisch Antibiotika verabreichen, sondern das auf bestimmte Gruppen reduzieren.

Es hat sich bewährt oder es scheint einfach sinnvoll zu sein, das an klinischen Parametern festzumachen, weil allein ein Erregerprofil, also Patienten mit spezifischen Erregerprofilen nicht unbedingt von der Gabe von Antibiotika profitieren, sondern man das eher an klinischen Punkten festmachen kann. – Diese Patienteninformation wird überarbeitet.

Eine Sache noch, Herr St. [GKV-SV], mir ist es nämlich gerade selber aufgefallen: In unserer Stellungnahme haben wir den Verweis auf eine Literatur von Ravidá. Dort finden Sie tatsächlich prozentuale Angaben für das Staging und Grading, nicht in Deutschland, aber zumindest für eine Population in Amerika.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Frau Dannewitz. – Patientenvertretung ist die Frage beantwortet?

PatV: Die Frage ist beantwortet; aber das nur noch zur Klarstellung: Man braucht also keinen Erregernachweis? – Dann habe ich doch noch einmal eine Rückfrage an Frau Dannewitz: Sie sagen, man soll die Antibiotikagabe von den klinischen Parametern abhängig machen. Können Sie dazu noch einmal weiter ausführen, vor allem vor dem Hintergrund der Resistenzbildung, die der Patientenvertretung auch noch sehr wichtig ist?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Frau Professor Dannewitz.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): In den deutschen Leitlinien von 2018 war das konkret an dem Prozentsatz bestimmter Taschentiefen und dem Alter festgemacht. In den europäischen Leitlinien, die jetzt in Deutschland auch in der Implementierung sind, macht man das an der Diagnose fest und dem Patientenalter.

Wie Professor Jepsen schon sagte, waren auch Vertreter der Krankenhaushygiene mit integriert und haben auch bezüglich des Antibiotic Stewardships das freigegeben, weil wir es wirklich auf junge Patienten begrenzen. In der alten Leitlinie gibt es dort eine Begrenzung – 35 Jahre –; in der neuen Leitlinie ist es auf die Stadien III und IV bei jungen Patienten begrenzt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Frau Dannewitz. – Patientenvertretung, okay? Danke schön. – Dann habe ich als nächstes den GKV-SV.

GKV-SV: Wir haben noch einmal eine Frage vornehmlich an die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie, also an Sie, Frau Professor Dannewitz.

Es geht um das Thema „Häufigkeit und Dauer der Nachsorge“. Sie haben in Ihrer Stellungnahme geschrieben, dass Sie es für fachlich sinnvoll halten, der von der KZBV vorgeschlagenen Häufigkeit und Dauer zu folgen. Fachlich sinnvoll entspricht nach unseren Recherchen in der Verfahrensordnung eine Evidenzstufe 5 und damit der niedrigsten Evidenzstufe, die es überhaupt gibt.

Vor dem Hintergrund, dass das IQWiG gar keine Studien gefunden hat, die die Wirksamkeit der Nachsorge belegen und die Fachberatung Medizin des Gemeinsamen Bundesausschusses einzig aufgrund einer geänderten Fragestellung den Nutzen der Nachsorge positiv bewertet hat, aber auch keine Aussage zur Häufigkeit der Erbringung der Nachsorgeleistungen ableiten konnte, fragen wir uns, wie Ihre Begründung dafür aussieht, Empfehlungen von fachlichen Konsensuskonferenzen zu folgen und es damit für angemessen zu halten, eine Frequenz von ein- bis dreimal jährlich und eine Dauer von drei Jahren einführen zu wollen. Das würde uns interessieren, weil die Verfahrensordnung sieht ja vor, je weiter man von der niedrigsten Evidenzstufe abweicht, um so ausführlicher muss die Begründung für die Einführung einer solchen Leistung bzw. auch für die Gestaltung der Leistung sein.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, GKV-SV. – Kurze Korrektur, weil das der Freud'sche Versprecher war: Je weiter man von der höchsten Evidenzstufe abweicht, umso größer ist die Begründungstiefe und das Begründungserfordernis. Sie hatten von der niedrigsten Evidenzstufe gesprochen. – Damit wir das auch richtig protokollieren.

GKV-SV: Schönen Dank. Das stimmt.

Frau Professor Dannewitz, bitte schön.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Es gibt keine randomisiert klinisch kontrollierten Studien, die Recallintervalle untersuchen und nachweisen können. Aber, wenn Sie sich die Studien betrachten, die jetzt die Wirksamkeit für die UPT, zugegebenermaßen auch nicht in randomisiert klinisch kontrollierten Studien, aber in niedriger Evidenz, nachweisen, dann sind diese Studien alle so angelegt, dass die Patienten zwei- bis viermal jährlich kommen. Es gibt dort keine Studien, wo die Patienten eigentlich nur einmal oder noch seltener kommen.

Von daher ist es ein indirekter Abgleich darauf zu schließen, dass die Frequenz, wenn man den Effekt dieser UPT haben möchte, natürlich entsprechend der Studien sein muss, die man dort angelegt hat.

Sie postulieren ja auch, dass es einmal pro Jahr reicht. Aber, dafür fehlt dann eigentlich auch die entsprechende Evidenz.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Frau Dannewitz. – GKV-SV, ist die Frage beantwortet, oder haben Sie eine Nachfrage?

GKV-SV: Ja. – Vielleicht nur zur Erklärung: Wir sind der Auffassung – das haben wir auch in der Stellungnahme begründet –, solange nicht feststeht, was am Geeignetesten ist, im Interesse der Versicherungsgemeinschaft eher vorsichtig zu beginnen und nicht – ich sage das einmal etwas lapidar, ohne, dass ich dafür angegriffen werde – direkt in die Vollen zu gehen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, GKV-SV. – Möchte von den Experten sonst noch jemand sich dazu äußern? Herr Jepsen, Herr Oesterreich oder Herr Ziller? – Herr Jepsen, bitte schön.

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Es gibt – das hatte die DG PARO in Ihrer Stellungnahme auch sehr schön ausgeführt – indirekte Hinweise aus den USA dafür, dass gerade bei Patienten mit einem erhöhten Risiko eine einmalige Nachsorge tatsächlich zu einer erhöhten Zahnverlustrate führt und gerade diese Patienten mit mehreren, auch systemischen Risikofaktoren, wirklich davon profitieren, wenn sie häufiger gesehen werden.

Das ist die Studie von Giannobile und Mitarbeitern, die auf einigen Tausend Daten von Versicherungsgesellschaften basiert. Es gibt also durchaus Hinweise dafür, dass aller Vermutung nach einmal zu wenig ist.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ich habe jetzt die Patientenvertretung, danach die KZBV. – Patientenvertretung, bitte schön.

PatV: Ich habe noch einmal nur zur Klarstellung eine Nachfrage – das passt hier vielleicht nicht ganz – zum Antibiotogramm: Es ist also wirklich niemals erforderlich, ein Antibiotogramm zu machen, weil die Behandlung wahrscheinlich immer im Winkelhoff-Cocktail liegen wird? Nur noch einmal zur Klarstellung, weil wir natürlich auch nicht wollen, dass Patienten dann gelGelT werden, was ja trotzdem passiert. Es geht ja immer um die Frage, ob der Aerobacter-Keim auch vorliegt. Ist das nicht doch eine unterschiedliche Behandlung? Nur noch einmal zur Klarstellung, damit wir auf jeden Fall auf dem richtigen Weg sind.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wer möchte? – Frau Dannewitz, bitte.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Die Empfehlung ist die Kombination von Amoxicillin und Metronidazol zu geben, unabhängig vom Erregerprofil, weil das den signifikantesten Effekt und auch von der Größenordnung des Effektes die stärkste Effektstärke hat. Deswegen ist es momentan Konsens, diese Kombination in den Fällen zu empfehlen, wo man wirklich Antibiotika geben möchte, unabhängig vom Nachweis von *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* oder auch anderen parodontalen Pathogenen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Frau Dannewitz. – Patientenvertretung ist die Frage beantwortet?

PatV: Ich bin nicht ganz überzeugt, aber die Frage ist beantwortet.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Okay, Danke schön. – Ich habe als nächstes die KZBV, dann den GKV-SV. – KZBV, bitte.

KZBV: Wie ist es konkret mit Giannobile-Studie von 2013 zu hohes Risiko, niedriges Risiko, aber auch mit der Studie aus dem Jahr 2019 von Ramseier hinsichtlich der Recallfrequenz, gibt es dort nicht deutliche Hinweise darauf, dass Recallfrequenzen risikoadjustiert zugewiesen werden müssen? – Über die Ramseier Studie haben wir bisher noch gar nicht geredet.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. Wer möchte? – Herr Jepsen hat sich gemeldet.

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Vielen Dank, dass Sie daran erinnern. Das ist eine sehr wichtige Studie, die auch wirklich sehr viel Aufmerksamkeit bekommen hat und aufgrund ihrer Studienqualität sogar auch ausgezeichnet wurde. Diese Studie hat in der Tat noch einmal betont, wie wichtig es ist, dass das Recall risikoadaptiert erfolgt, das bedeutet die Frequenz in der Abhängigkeit vom Risiko des Patienten. Da müssen wir viele Dinge erfassen, unter anderem natürlich auch das schon erwähnte Blutung auf Sondieren. – Danke für den Hinweis.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Jepsen. – Ergänzung von Frau Dannewitz oder der Bundeszahnärztekammer?

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Die Studie von Christoph Ramseier zeigt vor allen Dingen, wenn die Recallintervalle sehr viel größer werden, dass der Anteil der Stellen, die reinstrumentiert werden müssen, im Recall einfach höher wird. Damit haben Sie im Recall dann einen höheren Aufwand und auch mehr Zeit und eventuell mehr Kosten, die dort entstehen. Das ist abzuwägen, ob man den Patienten nur einmal sieht, aber dann im Recall sehr viel mehr Aufwand hat, oder ihn häufiger sieht und damit aber auch die Stabilität gewährleisten kann.

Diese Ramseier Studie sagt einfach, dass unter höhere oder weitere Recallintervalle die parodontale Stabilität leidet und für die Reinstrumentierung von persistierenden oder residualen Taschen mehr Aufwand im Recall betrieben werden muss.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Möchte die Bundeszahnärztekammer noch ergänzen?

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Ich möchte nur darauf hinweisen, dass der Recall natürlich auch dazu dient, die Verhaltensbeeinflussung des Patienten vorzunehmen, wovon letztlich auch die Recallintervalle abhängig sind.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Professor Oesterreich. – Ich frage jetzt die KZBV: Ist damit der Hinweis, der Einwand oder die Frage beantwortet?

KZBV: Ja.

Okay. – Dann haben wir jetzt den GKV-SV.

GKV-SV: Vielen Dank. – Ich habe eine Frage an die DG PARO, Frau Professor Dannewitz.

Ich möchte mich entschuldigen, wenn ich in diesem Austausch jetzt einmal etwas unwissenschaftlich werde. Das ist mehr der Sorge geschuldet, dass ich irgendwo in den letzten Jahren das Gefühl hatte, dass man sich von vielen Seiten für die wesentliche und deutliche Verbesserung der allgemeinen Mundgesundheit gefeiert hat.

Und wenn ich in Ihrer Stellungnahme Ihre ablehnende Haltung zum GKV-Ansatz für eine aus unserer Sicht angemessene einmal jährliche UPT lese, und Sie begründen das mit einer Darlegung einer Gruppe aus der Schweiz, dass sich die parodontale Stabilität dort verbessert hat – das bezieht sich auf die UPT, also auf den Zeitraum der UPT –, dann stelle ich mir die Frage, welches Gewicht das Darlegen für unsere Arbeit hat. Also: Reicht Darlegen, um den gesetzlichen Begriff der Notwendigkeit wirklich auch zu befriedigen? Helfen Sie mir bei der Belastbarkeit des Wortes „Darlegen“, das richtig einordnen zu können.

Hintergrund ist aus unserer Sicht, das tatsächlich auch so einordnen zu können, dass die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit von uns richtig bewertet werden kann. Angesichts des sehr guten Trends in den letzten Jahren zu dieser deutlich verbesserten Mundgesundheit – und das steht an vielen Stellen im KZBV-Jahrbuch – fragen wir uns natürlich ernsthaft, ob hier diese – entschuldigen Sie mir diese Bezeichnung – Luxusnachsorge tatsächlich nach dem Gesetz die Bedingungen erfüllt und von der GKV finanziert werden muss. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Wer möchte darauf antworten? Fangen wir mit Frau Dannewitz an, Sie war, glaube ich, direkt adressiert, und dann Herr Jepsen.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Das war jetzt eine sehr umfassende Fragestellung. – Ich glaube, worüber Konsens besteht, ist, dass die UPT ein notwendiger Baustein in der Parodontaltherapie ist, um die Stabilität dieser Parodontaltherapie zu gewährleisten. In vielen Praxen findet sie auch statt, aber eben als Privatleistung für die Patienten. Es ist natürlich auch schwierig, den Patienten klar zu machen, warum etwas, was wir als medizinisch notwendig erachten, jetzt aber für sie privat zu bezahlen ist. Das ist auch dieser Bruch, von dem ich gesprochen hatte. Es gibt an vielen Stellen in dieser Behandlungsstrecke einfach logische Brüche, die in der Kommunikation und dann auch in der Adhärenz der Patienten schwer vermittelbar sind.

Ja, die Ramseier Studie ist in der Schweiz. Wie angedeutet worden ist, gibt es jetzt auch die Studie aus Amerika von William Giannobile, die gezeigt hat, dass gerade Patienten, die ein hohes Risiko haben, tatsächlich auch davon profitieren, wenn sie zweimal jährlich in diese Nachsorge kommen. Profitieren heißt konkret auch, dass sie weniger Zahnverlust über die Zeit haben. Weniger Zahnverlust bedeutet weniger prothetischen Versorgungsaufwand und damit auch eine Entlastung des Versicherungssystems.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Frau Dannewitz. – Herr Jepsen.

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Um noch zu ergänzen: Das Grading, diese Einteilung, die darüber bestimmt, welches Risiko wir dem Patienten zuordnen, ermöglicht, dass ein Patient von Grad C auch in einen Grad B oder vielleicht sogar in Grad A nach längerer Beobachtung zurückgestuft werden kann, weil es eine Reihe von Risikofaktoren gibt, die wir modifizieren können. Das tun wir – wie Herr Oesterreich auch gerade gesagt hatte – im Rahmen der UPT-Sitzungen. Da geht es nicht nur um Instrumentieren und Mundhygiene. Da geht es auch um Rauchverhalten; da geht es um Diabeteseinstellung.

Mit anderen Worten: Wir können hier das Risiko herabsetzen und möglicherweise Patienten in eine Situation bringen, dass sie in der Tat in Zukunft vielleicht auch nur eine Recallsitzung, eine UPT-Sitzung im Jahr benötigen. Diese Möglichkeit besteht, und daran arbeiten wir. Wenn das gelingt, umso besser; da freut sich der Patient; das ist sicherlich so vorgesehen. Mit anderen Worten: Das Risiko ist ja nicht für alle Ewigkeit festgeschrieben. Von daher ist auch diese Recallfrequenz nicht festgeschrieben, und die kann auch durchaus bei stabilen Patienten nach Modifikation und günstiger Beeinflussung der Risikofaktoren herabgesetzt werden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Professor Jepsen. – Gibt es Ergänzung durch die Bundeszahnärztekammer, Herrn Oesterreich oder Herrn Ziller?

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Ich würde vielleicht zur Einschätzung zur Mundgesundheitssituation in Deutschland noch einmal zurückkommen. Selbstverständlich ist es so, dass sich die Mundgesundheit deutlich verbessert hat. Nichtsdestotrotz haben wir aber festgestellt, und auch an entsprechend validen Hochrechnungen gesehen, dass das Thema Parodontitis und Parodontitislast in diesem Zusammenhang sehr stark auch mit dem Alter assoziiert. So dass zumindest anzunehmen ist, dass grundsätzlich die Erkrankungsrate in diesem Zusammenhang derzeit nicht sinkt, sondern im Zusammenhang mit dem deutlich zunehmenden Zahnerhalt müssen wir uns auch im Rahmen des Lebensbogens des Patienten darum kümmern, wie wir Ansätze schaffen, um diese Mundgesundheit zu erhalten.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Ich frage in Richtung vom GKV-SV: Ist Ihre Frage damit beantwortet?

GKV-SV: Nicht so ganz. Vielleicht darf ich noch einmal nachschieben.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, bitte.

Ich frage mich natürlich aus Sicht der GKV, wenn diese scheinbar bessere parodontale Stabilität in der UPT-Phase fest- oder „dargelegt“ wurde – ich komme mit dem Charakter des Begriffs nicht so richtig klar – wie sieht es jetzt mit der parodontalen Stabilität dieser Patienten aus?

Für mich ist natürlich entscheidend: Ist diese parodontale Stabilität nicht nur in dem Zeitraum der therapeutischen Phase erreicht, sondern auch darüber hinaus? Entsprechend möchte ich dann auch den Begriff der Angemessenheit für mich eingeordnet bekommen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Noch einmal Frau Dannewitz und Herr Jepsen.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Ich glaube, es gibt wirklich zahlreiche Langzeitstudien, die den Effekt der UPT zeigen und auch den Effekt in Gruppen zeigen, einmal die, die diese UPT regelmäßig wahrnehmen und die, die sie unregelmäßig wahrnehmen.

Für die Definition des Begriffs „unregelmäßig“ gibt es in diesen Studien unterschiedliche Herangehensweisen, beispielsweise, wenn diese UPT ein Jahr und länger einfach ausgesetzt wird. Was man sieht, ist, dass durch eine regelmäßige UPT die parodontale Situation stabilisiert wird und Zahnverlust vermieden wird, und das deutlich. Das funktioniert zumindest bei den Patienten, die in diese UPT eingegliedert worden sind.

Das sind keine randomisiert klinisch kontrollierten Studien – das ist mir auch klar –, aber das funktioniert in Kollektiven, die untersucht worden sind. Und es gibt mehrere Arbeitsgruppen in verschiedenen Ländern, die das, glaube ich, gut dokumentiert haben.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön.

GKV-SV: Aber es scheint ja auf der Grundlage der alten Richtlinie schon gelungen zu sein. Oder sehe ich das falsch?

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Risikoadjustiert heißt, dass bisher das individuelle Parodontitisrisiko bei den Patienten bestimmt worden ist. Dafür gibt es verschiedene Algorithmen. Einer, der in Europa und ich denke weltweit sehr viel genutzt wird, ist der PRA. Dieser PRA bezieht Faktoren ein, die auch in dieses Grading hineingehen. Für die Faktoren, die wir bisher benutzt haben, um Recallintervalle risikoadjustiert festzulegen, sind diese Parameter eigentlich in großen Teilen in dieses Grading eingegangen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Ergänzung, Herr Jepsen oder Herr Oesterreich?

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Wir müssen uns immer wieder vor Augen halten, die Parodontitis ist eine chronische Erkrankung. Wir können zwar nach aktiver Therapie einen guten Endpunkt erzielen, aber der Patient trägt zeitlebens das Risiko in sich, erneut stark zu erkranken.

Deshalb kann Stabilität eigentlich nur über diese lebenslange Nachsorge erzielt werden. Es wäre vermessen, zu denken, das Versicherungssystem könnte eine lebenslange Nachsorge finanzieren. Von daher sind eigentlich diese drei Jahre schon ein Kompromiss, und ich denke, ein vernünftiger Kompromiss, denn kein Versicherungssystem könnte diese lebenslange Nachsorge finanzieren. Eigentlich wäre das erforderlich. Aber die DG PARO hat es sehr gut ausgeführt, dass man durch diese drei Jahre wahrscheinlich eine gute Adhärenz und gute Motivation der Patienten erreichen kann, sodass hier schon ein erheblicher Beitrag zur Stabilisierung der Situation getan werden könnte.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Jepsen. – Herr Oesterreich, möchten Sie ergänzen?

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Die Verbesserung der Mundgesundheit ist ganz wesentlich durch eine vorsorgeorientierte Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienstleistungen verbunden. Insofern ist es letztendlich auch plausibel, dass eine regelmäßige Betreuung gerade bei chronischen Erkrankungen, bei einem erhöhten Risiko, zu einem Mehr an Mundgesundheit führt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Jetzt habe ich den GKV-SV. Danach wäre die PatV dran. – Bitte GKV-SV.

GKV-SV: Ich habe noch eine Frage, die sich an alle drei richtet. Es geht um die erwarteten Ausgaben für die Nachsorge. Wir haben jetzt über die Unterschiede in den Entwürfen diskutiert und dass der Hauptunterschied in der Frequenz der Nachsorge liegt.

Wir haben als GKV-SV einmal vorsichtig geschätzt, wenn der Entwurf vom GKV-SV 1:1 genommen würde. Das heißt, es würde eine einmal jährliche Nachsorge für einen Zeitraum von zwei Jahren durchgeführt. Wir sind dabei auf das Ergebnis gekommen, dass das einen Ausgabenanstieg von 60 Prozent im Vergleich zu den Ausgaben für die Parodontitisbehandlungen 2018 herbeiführen würde.

Wir würden die DG PARO oder alle drei Parteien fragen, welche Ausgaben sie denn erwarten, wenn sich der Entwurf der KZBV jetzt durchsetzt. Das heißt, mit einer bis zu dreimaligen Nachsorge in einem Zeitraum von drei Jahren.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Ich weiß jetzt nicht, ob die Fachexperten die Richtigen sind, um diese finanziellen Abschätzungen vorzunehmen. Aber, Sei's drum, vielleicht geht's! – Fangen wir mit Frau Dannewitz an, dann Herr Jepsen und anschließend Herr Oesterreich.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Es tut mir leid. Aber wenn Sie die Frequenz entsprechend erhöhen, wird sich der Ausgabenanteil entsprechend erhöhen.

Aber ein Bestreben ist doch auch, dass mehr Parodontistherapie stattfindet. Das heißt nicht nur, die Ausgaben werden durch die UPT steigen, sondern hoffentlich auch dadurch, dass mehr PA-Therapie gemacht wird. Ich glaube, insgesamt ist das ein Konstrukt, was schwer zu berechnen ist.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Herr Jepsen, bitte schön.

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Ich habe auch keine konkreten Zahlen dazu. Ich weiß, dass solche Rechenbeispiele angestellt worden sind. Aber dafür bin ich nicht kompetent. Ich weiß nur, dass es aus den USA Berechnungen gibt, dass durch eine verbesserte parodontale Gesundheit aufgrund dieser Maßnahmen andere chronische Erkrankungen wie Diabetes, wie Nierenerkrankungen, kardiovaskuläre Erkrankungen, positiv beeinflusst werden konnten und von daher an anderer Stelle im Gesundheitssystem ganz erhebliche Gelder eingespart werden konnten. Das sind Daten, die Versicherungen erhoben und sehr positiv aufgenommen haben.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Jepsen. – Herr Oesterreich, haben Sie eine Quantifizierung?

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Ich habe leider keine Quantifizierung, möchte aber darauf hinweisen, dass es einschlägige Studienlagen gibt, die letztendlich auch das Thema in einem Verhältnis zum Zahnverlust setzt. Man wird also die ökonomischen Aspekte immer wieder im Zusammenhang betrachten müssen, was man damit auch vermeidet und letztendlich auch in der Versorgung vermeidet.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Jetzt habe ich die PatV, dann die KZBV und dann, glaube ich, müssen wir auch irgendwann einmal zu einem Ende kommen. – Die Patientenvertretung, bitte.

PatV: Vielen Dank. – Ich habe noch ein neues Thema. Wir wollen uns jetzt noch mit der Anzahl der Messstellen beschäftigen. Die Frage richtet sich an Herrn Jepsen und Frau Dannewitz. Unseres Wissens wird in der studentischen Ausbildung in der Zahnmedizin empfohlen, an sechs Stellen pro Zahn die Zahnfleischtaschentiefe zu messen. Wir haben hier in der Richtlinie durchaus unterschiedliche Ansichten darüber, an wie vielen Stellen pro Zahn die Taschentiefe gemessen werden soll. Könnten Sie das noch einmal genauer ausführen, gerade vor dem Hintergrund, dass unseres Wissens die Anzahl, die an der Uni gelehrt wird, schon auf sechs sehr klar definiert ist. Gibt es dazu Anhaltspunkte, dass aus der Erfahrung der klinischen Praxis irgendwann einmal ein Gefühl dafür entsteht, wo man dann nicht mehr messen muss, weil ein anderer Wert schon klar ist?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Patientenvertretung. – Fangen wir wieder mit Frau Dannewitz an, anschließend Herr Jepsen.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Je mehr Informationen Sie in der Befundung sammeln, umso besser haben Sie einen Eindruck über die Erkrankung und können auch die Therapie besser planen. – Das ist klar.

Sechs Stellen ist das, was wir seit einigen Jahren empfehlen. Aber wir waren jetzt auch immer bei diesem Punkt, was ausreichend, notwendig und zweckmäßig ist, um diese Behandlung machen zu können. Von daher fanden wir es einen akzeptablen Vorschlag, dass man sagt, dass es mindestens zwei Messstellen sein müssen, und diese zwei Messstellen an den Stellen lokalisiert sind, wo man vermutlich einfach auch die stärksten Destruktionen hat. Mehr Messstellen gerne, aber mehr Messstellen bedeutet auch mehr Aufwand.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Frau Dannewitz. – Herr Jepsen, bitte.

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Es ist vollkommen klar: Sechs Stellen ist der internationale Standard. So trivial, wie es klingt, können wir nur das behandeln, was wir erkennen. Je genauer wir hinschauen – in dem Fall natürlich mit der Sonde in der Hand –, umso mehr Krankheit, wenn sie denn da ist, können wir überhaupt entdecken. Es liegt ja völlig auf der Hand, dass das Vorteile hat. Von daher sind diese mindestens zwei Stellen in der Tat schon die Schmerzgrenze und ein echter Kompromiss. Aber ich denke, zwei Stellen festzuschreiben, wäre grob fahrlässig.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Ergänzend vielleicht noch die Bundeszahnärztekammer?

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Ich habe keine Ergänzung.

Dann die Patientenvertretung mit einer Nachfrage.

PatV: Viele Dank. – Aber ehrlich gesagt, verstehe ich das nicht. Sie haben es gerade abgelehnt, auf finanzielle Belange der Krankenversicherung abzuheben und entfernen sich jetzt von der wissenschaftlichen Begründung mit dem Argument, dass das zu teuer wäre. Das verstehe ich, ehrlich gesagt, nicht. Klären Sie uns doch bitte genau auf, welche Erfahrungsparameter oder welche Methoden Sie anwenden, um sicher die Anzahl der Messstellen zu verringern. Wie hoch wird das Risiko für die Frage der genauen Diagnostik im Rahmen der Parodontitisdiagnostik, wenn wir an weniger Stellen messen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Patientenvertretung. – Frau Dannewitz, anschließend Herr Jepsen.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Wenn man verschiedene Strategien zur Messung der Sondierungstiefen vergleicht und schaut, wie viel Zähne man dann mit mindestens zwei Messstellen approximal identifizieren kann, die parodontal erkrankt sind, dann wird man wahrscheinlich eine relativ hohe Deckungsgröße haben.

Trotzdem: Es ist natürlich für einen Parodontologen wichtig, mehr Informationen zu haben. Der Zahn wird aber wahrscheinlich eh nicht behandelt werden, ob er dann eine vertiefte Sondierungstiefe hat oder fünf, sechs. Ich denke, dass man mit diesen mindestens zwei Sondierungstiefen approximal eine hohe Überdeckung hat an den Zähnen, die man als parodontal erkrankt identifizieren kann. Aber gerne sechs Sondierungstiefen; mehr Information ist sicherlich gut für die Therapie.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Ergänzend, Herr Jepsen?

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Je klarer wir eine anatomische Vorstellung davon haben, was hier konkret bei diesem Patienten vorliegt, können wir natürlich gerade, wenn es um chirurgische Therapie geht, viel, viel genauer planen, wie weit diese ausgedehnt werden muss, wie Schnittführungen aussehen usw. – ich möchte hier nicht ins Detail gehen –, und dazu gehört einfach die Sondierung. Für parodontologisch tätige Zahnärzte ist es unerlässlich, das so akkurat und regelmäßig und gründlich wie möglich zu erheben. Da gibt es aus unserer Sicht eigentlich gar nichts zu diskutieren.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Patientenvertretung? Ist das okay für Sie?

Ich habe jetzt noch einmal die Patientenvertretung, dann den GKV-SV und anschließend die KZBV. – Patientenvertretung, bitte.

PatV: Die Patientenvertretung hat sich auf Grundlage des IQWiG-Berichts für den Laser in Ihren Richtlinienentwurf ausgesprochen. Es liegt hier wirklich ein Anhaltspunkt für einen Nutzen vor. Daher haben wir es als alternative Behandlungsmöglichkeit auch aufgenommen und beschrieben. Können Sie hierzu auch noch einmal ausführen, wie wir hier die Evidenzlage zu verstehen haben?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Wer möchte beginnen? Frau Dannewitz wieder, dann Herr Jepsen und anschließend die Bundeszahnärztekammer.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Die Evidenzlage für den Laser ist natürlich sehr komplex und heterogen, weil es die Laser in verschiedenen Anwendungen gibt: als alleinig, statt dem Scaling and Root Planing oder in Kombination. Außerdem gibt es auch noch die Photodynamische Therapie. Die europäischen Leitlinien, die jetzt veröffentlicht worden sind, hat die alleinige Anwendung des Lasers nicht betrachtet, sondern nur die adjunktive Anwendung zum Scaling und Root Planing und hat sie nicht empfohlen.

Es gibt noch die Leitlinie der DG PARO aus dem letzten Jahr zur subgingivalen Instrumentierung, die den Endpunkt „Reduktion der Sondierungstiefe“ bewertet und die aussagt: Es kann erhoben werden, weil dieses Scaling and Root Planing und die Anwendung von Laser gleichwertig sind.

In der Betrachtung muss man aber einfach auch berücksichtigen, dass so ein Laser natürlich deutlich teurer ist in der Anwendung, in der Unterhaltung, als Küretten, mit denen man das genauso gut machen könnte. Daher sehe ich das etwas kritisch.

Die Bewertung des IQWiG basiert natürlich jetzt auf einer Studie von Frank Schwarz. Was einfach auffällt, ist, dass diese Studie über zwei Jahre ging und man zwar signifikante Effekte für Attachmentverlust gesehen hat sowohl bei einem Jahr als auch bei zwei Jahren. Aber klinisch relevant wurden sie eben nur nach zwei Jahren bewertet. Bei einer Betrachtung einer Therapieform über zwei Jahre, muss man natürlich fragen, inwieweit andere Faktoren dieses Behandlungsergebnis beeinflussen, als allein die einmalige Anwendung dieses Lasers. Also ich finde es schwierig, aufgrund einer Studie zu empfehlen, die auf etwa 20 Patienten basiert und auch in der Qualitätsbeurteilung eigentlich mit einem relativ hohen Bias gewertet wird, eine sehr teure Therapie in diese Behandlungsstrecke einzufügen, wo man wirklich eine gut funktionierende und wenig aufwendige manuelle oder maschinelle Therapie zur Verfügung hat.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Ich will an der Stelle nur anmerken, dass Sie ein bisschen auf die Stringenz der Argumentation achten müssen. Hier finden Sie es schwierig auf der Basis einer Studie, deren Verzerrungspotenzial wir nicht kennen, die Anwendung einer teuren Therapie zu empfehlen. Eben haben wir über die Intensität der Nachsorge gesprochen und waren auf der Ebene eines Expertenkonsenses. Es ist dann nachgefragt worden, wie valide das ist. Und da hat man das mit einer etwas anderen Argumentation als zielführend angesehen. – Ich will nur darauf hinweisen, dass wir schon eine gewisse Stringenz haben müssen. – Herr Jepsen, bitte.

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Das ganze scheint für mich irgendwie ein deutsches Phänomen zu sein. Auf internationaler, in diesem Fall europäischer Ebene ist man gar nicht auf die Idee gekommen, den Laser als Alternative zur etablierten subgingivalen Instrumentierung zu untersuchen, weil es offenbar aus den erwähnten Kostengründen in anderen Ländern gar keine Alternative ist und weil es eigentlich gar keine weiteren Studien gibt, die das belegen. Mit anderen Worten: Das ist wirklich ein hausgemachtes Problem, wenn wir jetzt darüber sprechen, den Laser als teure Alternative zum subgingivalen Instrumentieren einzusetzen.

Die andere Variante, die adjunktive Verwendung des Lasers, adjuvant zur subgingivalen Instrumentierung, hatte, wie Frau Dannewitz ganz richtig ausgeführt hat, keinen zusätzlichen Benefit gezeigt. Das war ein Konsens, dem sich auch die Deutsche Gesellschaft für Laserzahnheilkunde angeschlossen hat.

Es ist durchaus denkbar, dass in Zukunft andere Lasertypen entwickelt werden, die andere Daten zeigen. Aber aktuell können wir hier keinen Benefit erkennen. Und aus Kosten-Nutzen-Gründen gibt es überhaupt gar keinen Anlass, diese Therapieform in Erwägung zu ziehen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Jepsen. – Frau Dannewitz, bitte.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Die Wirksamkeit der UPT – Sie sagen, Herr Hecken, das ist nur eine Expertenmeinung –, zeigen aber tatsächlich auch Kohortenstudien.

Was die Bewertung des Lasers zusätzlich noch komplizierter macht, ist, dass es einfach verschiedene Lasertypen gibt, die dort in diesen Studien untersucht werden. Und wenn man das dann entsprechend einfügen müsste, muss man das auf den Lasertyp begrenzen, für den es dann auch die Evidenz gibt, und das sind die Er:YAG-Laser.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Das sollte jetzt auch kein Wert- oder Unwerturteil über Ihre Äußerung sein. Ich sage nur, wenn wir auf der einen Seite eine Studie haben, dann kann man die Frage stellen: Hat diese Studie Inbalancen? Ist sie auf dem deutschen Versorgungskontext übertragbar [...]?

Ich hielt es nur für schwierig – und das war Ziel meiner Anmerkung – zu sagen: Die Studie kann, wenn sie den Patienten über zwei Jahre betrachtet, möglicherweise in ihren Effekten auch über- oder unterschätzt werden, weil man nicht weiß, was der Patient in den zwei Jahren getan hat. Einerseits sagen Sie das mit Blick auf eine Studie, aber auf der anderen Seite sagen Sie: Es gibt einen Expertenkonsens, es gibt Kohortenstudien, die aber nicht den Charakter haben, wie die jetzt eben kritisierte Studie und die auch Verzerrungen beinhalten können. – Deshalb wollte ich auf die Stringenz hinweisen. Wie das am Ende zu werten ist, ist eine völlig andere Frage. Das brauchen wir heute nicht zu machen.

Dass es da selbstverständlich unterschiedliche Geräte gab, die im Einsatz waren, habe ich bei der Auswertung der Stellungnahmen gelesen. Vor diesem Hintergrund ist die Frage: Wie ist das zu werten? Faktum war nur, das war der einzige Punkt, wo das IQWiG tatsächlich einen in Anführungszeichen „Mehrwert“ gesehen hatte. Deshalb muss man darüber diskutieren.

Jetzt habe ich den GKV-SV und dann die KZBV.

GKV-SV: Besten Dank! – Eine Frage zu Ihrer Nebenbemerkung, dass wir zum Ende kommen sollten: Wir hätten noch circa vier Fragenkomplexe. [...] Wir haben eine Frage an die DG PARO zum Furkationsbefall im Kontext der chirurgischen Therapie. Es ist ja so, dass vor der

AIT ein Parodontalstatus erstellt wird und dabei nach übereinstimmendem Konzept der KZBV und des GKV-SV auch die Furkation angeschaut wird und die Zahnlockerung untersucht wird.

Die Befund-Evaluation – das ist ja die erste – soll nach drei bis Monaten stattfinden. Die KZBV möchte da auch wieder diese beiden Parameter erheben. Die GKV lehnt das ab, weil wir nicht sehen, dass daraus therapeutische Konsequenzen resultieren, also der Behandlungspfad sich in irgendeiner Weise ändert. Wir finden unnötige Dokumentation und Erhebung von Befunden nicht notwendig und nicht wirtschaftlich.

Die Frage ist: Halten Sie, Frau Dannewitz, die Befundung im PAR-Status für so ungenau, dass etwa fünf Monate später schon eine neue Befundung mit den gleichen Parametern gemacht werden muss und dann möglicherweise auch wegen Lockerheit eine Schienung des Zahnes erfolgen muss?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Frau Professor Dannewitz, bitte.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Gerade die Lockerung ist etwas, was sich sehr deutlich über diese antiinfektiöse Therapie oder aktive Parodontaltherapie ändert. Parodontitis hat auch etwas mit Zahnverlust zu tun; und Zahnverlust bedeutet, dass viele dieser Patienten auch in irgendeiner Form prothetisch weiter versorgt werden müssen.

Die Dokumentation des Verlaufs – auch der Lockerung und der Furkation – ist einfach eine Basis, um mit dem Patienten zu entscheiden, wie ich Lücken weiter versorgen kann, wie die prothetische Weiterversorgung ablaufen soll. Das ist eine wichtige Verlaufsdokumentation für die Prognose eines Zahnes, ob die Furkation rückläufig ist oder ob sie progredient ist. Gerade die Lockerung ist wirklich etwas, wo ich sagen würde, dass sie sich innerhalb von sechs Monaten sehr deutlich ändern kann.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – GKV-SV beantwortet das Ihre Frage?

GKV-SV: Ja. – Ich habe jetzt noch eine zweite Frage zum Furkationsbefall. Sie hatten in Ihrer Stellungnahme der DG PARO, Frau Dannewitz, die Möglichkeit der chirurgischen Therapie bei Furkationsbefall angedeutet und erwähnt. Dabei sind weder wir noch die KZBV bis jetzt darauf eingegangen, dass das eine Möglichkeit der Indikation für eine chirurgische Therapie ist. Sollte nach Ihrer Ansicht zu den Indikationen für eine chirurgische Therapie der Faktor Furkationsbeteiligung hinzugefügt werden?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Frau Dannewitz, bitte.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Die Indikation für eine chirurgische Therapie ist primär abhängig von der Sondierungstiefe. Die Art der Ausführung dieser chirurgischen Therapie wiederum hat tatsächlich etwas mit dem Furkationsbefall zu tun.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Herr St. [GKV-SV], ist das okay?

GKV-SV: Ist in Ordnung.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Dann geht es jetzt weiter mit der KZBV, dann ist wieder der GKV-SV dran. – KZBV, bitte.

[Anm.: Technische Störung bei der KZBV, kein Ton!]

[...] Also, die KZBV hat zurückgezogen, dann ist jetzt der GKV-SV wieder an der Reihe.

GKV-SV: Vielen Dank! – Wir haben an alle drei noch eine Frage zur Frequenz der patientenindividuellen Mundhygieneunterweisung. Der Beschlussentwurf der KZBV sieht vor der AIT eine patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung vor. Wir sehen im Rahmen der Nachsorge eine patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung vor, die allerdings auch im Zusammenhang mit der AIT erbracht werden kann.

Wenn man das ganze jetzt rechnerisch addiert und man geht von einer Nachsorge aus, dann hätte die KZBV innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren neun Nachsorgeleistungen; innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren wären es sechs Nachsorgeleistungen.

Der GKV-SV hat zehn Nachsorgeleistungen mit der patientenindividuellen Mundhygieneunterweisung vor der Nachsorge und weitere neun schließen sich im Rahmen der Nachsorge an. Wenn jetzt eine Mundhygieneunterweisung fehlt, hat das Einfluss auf die Erfolgsrate der Mundhygieneunterweisung?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, GKV-SV. – Wer möchte beginnen? Fangen wir wieder mit Frau Dannewitz an. Sie hatte heute Morgen richtig zu arbeiten. Dann schauen wir mal weiter. – Frau Dannewitz, bitte.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Ja, Danke!

[...]

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO) (an den GKV-SV): Das waren ganz viele Zahlen, aber ich nehme an, das trifft jetzt auch nur für die Patienten zu, die dann Grad C, also hohes Risikoprofil hätten.

Aber jetzt ganz konkret zu der Mundhygieneaufklärung: Soweit ich das verstanden habe, ist es in der Beschlussfassung von der KZBV im zeitlichen Zusammenhang mit der AIT zu sehen. Ich denke, dass es auch absolut sinnvoll ist, weil die subgingivale Instrumentierung reinigt diese Tasche von Bakterien, aber der Mund ist voller Bakterien und diese Taschen rekolonisieren. Es ist auch relativ gut wissenschaftlich nachgewiesen, über welchen Zeitraum das abläuft, und welche Faktoren zu dieser Rekolonisierung beitragen. Es kommt nun einmal darauf an wie viel Plaque, wie viele Bakterien in der Mundhöhle supragingival vorhanden sind.

Das heißt: Wenn ich das saubermache, ohne dem Patienten zu zeigen, wie er supragingival, also oberhalb des Zahnfleischsaums alles sauber halten kann, ist der Effekt dieser subgingivalen Instrumentierung eigentlich nur begrenzt. Von daher ist es, denke ich, sehr sinnvoll, das in dem zeitlichen Zusammenhang zu machen, aber auch die Option zu behalten, das nach der AIT zu machen.

Ich beispielsweise behandle viele Patienten mit medikamentös induzierten Gingivawucherungen. Sie können ihre Zähne nicht saubermachen; sie können sie erst saubermachen, wenn das Zahnfleisch ein bisschen abgeschwollen ist. Von daher habe ich die Flexibilität zu entscheiden, wann ich diese Mundhygieneinstruktion mache; wann ich mit dem Patienten darüber spreche, wie er sich die Zähne reinigen kann. Ich denke, das ist im zeitlichen Umfeld zu dieser subgingivalen Instrumentierung wesentlich.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Frau Dannewitz. – Herr Jepsen, ergänzend oder war es das?

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Diese Ausführung kann ich nur komplett unterstreichen. Absolute Zustimmung! Wenn wir damit erst in der UPT-Sitzung anfangen, sind wir definitiv zu spät. Das muss im Zusammenhang mit der AIT stehen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön! – Hat die Bundeszahnärztekammer noch eine Ergänzung?

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Wir haben keine Ergänzung.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön! – Dann frage ich den GKV-SV: Ist die Frage beantwortet?

GKV-SV: Ja, die Frage ist beantwortet. – Ich weise nur darauf hin, dass unser Beschlussentwurf auch vorsieht, die Mundhygieneunterweisung in Zusammenhang mit der AIT durchzuführen. Das ist der DG PARO in ihrer Stellungnahme wohl etwas untergegangen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Als nächstes habe ich noch einmal den GKV-SV – Bitte schön.

GKV-SV: Vielen Dank! – Ich habe eine Frage, die sich primär an die DGZMK richtet. Die DGZMK hat eine Ausführung gemacht zu einer Parodontitisbehandlung bei Senioren und deren Voraussetzungen. Wir schlagen auf Basis dieser Einlassung der DGZMK und der DGZMK vor, Pflegebedürftigen und Beziehern von Eingliederungshilfe, wenn die Personen Leistungen nach § 22a SGB V erhalten oder bei Narkosebehandlungen, die Kernleistungen der Parodontitistherapie zur Verfügung zu stellen. Das wären: Sondierungstiefenmessung, antiinfektiöse Therapie, Kontrolle der Sondierungstiefen und dann schließlich auch eine subgingivale Instrumentierung, wenn nach der AIT-Behandlung noch tiefe Taschen vorhanden sind.

Halten Sie es für sinnvoll für diese Versichertengruppen, wie wir es beabsichtigen, zwei Behandlungsschienen aufzumachen, die sich gegenseitig aber auch ausschließen sollen und dann auch gewählt werden können. Nämlich: einmal eine mit Antrag und Bewilligungsverfahren, so wie die konventionelle Behandlung in der systematischen Parodontitistherapie und eine zweite ohne Antrag und Bewilligung, so wie wir sie jetzt mit diesen Kernleistungen vorgesehen haben?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön! – Herr Jepsen, bitte.

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Prinzipiell finde ich es wunderbar, dass man auch an diese Patienten, an diese vulnerable Gruppe denkt, und sie in der ganzen Betrachtung nicht vergisst.

Aber ich würde fast dafür plädieren, diese Betrachtung jetzt erst einmal auszuklammern, weil mir die Gegebenheiten, auch die äußeren Gegebenheiten, auch von der Betreuung her, von der manuellen Möglichkeit dieser Patienten mir so anders gelagert erscheint. Deshalb würde ich fast dafür plädieren, das ein bisschen separat zu halten. Aber das wäre jetzt wirklich meine persönliche Einschätzung. Ich glaube, wir können bei diesen Patienten nicht die Kriterien heranziehen, die wir bislang diskutiert haben. – Das wäre meine Empfehlung.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Wie sieht das Frau Dannewitz? Wie sieht das die Bundeszahnärztekammer?

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Ich glaube, es wurde eindeutig die DGZMK angesprochen. – Also ich finde es absolut notwendig, dass man eine Parodontalbehandlung für diese Patientengruppe ermöglicht. Ich müsste selber jetzt überlegen, wie das für diese Patienten einfacher umsetzbar ist, ob das mit Antrag so eine hohe Hürde ist, oder ob man das auch ohne Antrag machen kann. Aber wichtig ist, dass diese Patientengruppe von einer Parodontitistherapie profitieren kann, auch wenn es nur eine Kerntherapie ist.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Das war ja wohl auch die dahinterstehende Idee. – Bundeszahnärztekammer?

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Aus unserer Sicht ist es in der Vergangenheit gelungen, auch für die vulnerablen Patientengruppen besondere Lösungen zu finden. Insofern sollte man das von diesem Verfahren trennen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön! – Dann habe ich jetzt wieder den GKV-SV.

GKV-SV: Vielen Dank! – Wir haben Fragen zum Themenkomplex „supragingivale Reinigung in der UPT“. Insbesondere richten sich die Fragen an die Bundeszahnärztekammer, aber auch an alle anderen Beteiligten.

Die Bundeszahnärztekammer unterstützt die supragingivale Reinigung aller Zähne, auch der nicht therapierten Zähne im Rahmen der Nachsorge. Wir hätten dazu eine Frage: Wieso befürwortet die Bundeszahnärztekammer diese supragingivale Reinigung, wenn die Patienten doch zuvor eine ausführliche Mundhygieneanweisung erhalten haben und darüber aufgeklärt worden sind? Ich weise darauf hin, wir haben zu diesem Themenkomplex noch mehrere Fragen. Das wäre die erste.

Die zweite Frage ist, ob diese Zahnreinigung, die dann durchgeführt wird – wir gehen davon aus, dass das durch die Prophylaxeassistentin erfolgt –, als wirtschaftlich zu bezeichnen ist.

Ich würde es erst einmal dabei belassen. Wobei: Ich weise darauf hin, dass wir noch weitere Fragen zu diesem Komplex haben.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr K. [GKV-SV]. Ich habe das wahrgenommen, dass Sie noch viele Fragen haben, also vor diesem Hintergrund: keine Sorge. – Dann fangen wir mit der Bundeszahnärztekammer an. Herr Oesterreich oder Herr Ziller als erste. Danach können die anderen ergänzen, wenn sie Ergänzungsbedarf haben.

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Wir empfehlen die professionelle Zahnreinigung abhängig vom individuellem Risiko. Das ist natürlich eine Situation, die vom Patienten selbst eingeschätzt werden muss. Man kann de facto davon ausgehen, dass bei hochmotivierten Patienten, die in der Lage sind, ihre eigene Mundhygiene zu gestalten, eine entsprechende Reinigungsmaßnahme deutlich seltener erforderlich ist.

Anders ist das bei Patienten, die das nicht schaffen, auch aus objektiven Gründen. Wir haben gerade über vulnerable Gruppen gesprochen; wir haben über individuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten gesprochen und natürlich auch über die Frage der Verhaltensbeeinflussung. Insofern sehen wir jetzt in diesem Sinne keinen Widerspruch zu unseren Ausführungen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön! – Gibt es Ergänzungen von den beiden anderen? Ich sehe das nicht.

Die Frage der Wirtschaftlichkeit haben Sie nicht beantwortet, Herr Oesterreich. Aber Sie sagen, es ist wirtschaftlich, weil die entsprechenden Unterweisungen bei manchen besonders vulnerablen Gruppen oder bei solchen, die aufgrund objektiver Gegebenheiten nicht im Stande sind, nicht alleine ausreichend ist, um das erstrebte Ziel zu erreichen. Also die Frage ist impliziert beantwortet oder auch nicht beantwortet. Wir müssen das einfach so nehmen.

Herr K. [GKV-SV], ich frage Sie: Haben Sie weitere Fragen oder eine Anschlussfrage? – Bitte.

GKV-SV: Wir haben noch eine Anschlussfrage genau zu diesem Themenkomplex.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Gerne.

Es ist jetzt etwas vorgesehen, dass sich „Professional Mechanical Plaque Removal“ nennt. Das heißt: Es werden mit dieser Leistung harte und weiche Beläge entfernt. Diese Leistung gibt es ja dann nicht. Wir fragen noch einmal die Bundeszahnärztekammer, ob die Bundeszahnärztekammer eine professionelle Zahnreinigung bei den Parodontitispatienten ablehnt, weil die PZR zusätzlich zu diesem „Professional Mechanical Plaque Removal“ noch eine Oberflächenpolitur und Fluoridierungsmaßnahme umfasst?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, GKV-SV. – Die Bundeszahnärztekammer, bitte.

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Die professionelle Zahnreinigung ist ja eine Maßnahme oder ein Schwerpunkt im Rahmen der Präventionsbetreuung des Patienten. Vor diesem Hintergrund steht nicht allein der Fokus auf das Thema Vermeidung oder Prävention bei Parodontalerkrankungen im Vordergrund, sondern auch bei der Karies. Insofern sehen wir die Notwendigkeit, dass diese Dinge auch weiter durchgeführt werden.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön! – GKV-SV, haben Sie eine Nachfrage oder eine weitere Frage?

GKV-SV: Ich habe eine weitere Frage. – Ich habe das eben schon einmal aufgeführt. Die PZR enthält weitere Leistungen, die aber jetzt eben nicht explizit bei diesen „Professional Mechanical Plaque Removal“ genannt werden, wie die Fluoridierung und die Oberflächenpolitur. Wir wollten wissen, ob das im Prinzip eine Methode ist, diese Leistung einzuführen, um einen GKV-Zuschuss für die dann folgende PZR zu bilden. Das heißt, wenn das „Professional Mechanical Plaque Removal“ als GKV-Leistung zählt, dann ist der Eigenanteil der Versicherten für die PZR nicht mehr so hoch, weil dann letztendlich die Oberflächenpolitur und die Fluoridierungsmaßnahme noch übrigbleibt. Ist das das Ziel oder der Hintergrund für die Einführung einer solchen Leistung?

Bis dato ist es ja so, dass es das nicht gibt. Wenn so etwas stattfindet, wird eine PZR gemacht, die die Patienten vollständig bezahlen müssen, weil die GKV diese Leistung nicht im Leistungskatalog hat.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Die Bundeszahnärztekammer, bitte.

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Das ist sicherlich eine schwer zu beantwortende Frage für die Bundeszahnärztekammer. Denn das Ermessen für solch ein Ansinnen liegt in den Händen der GKV, nicht bei der Bundeszahnärztekammer.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herr K. [GKV-SV], ist die Frage beantwortet? – Es war ja keine Frage. Es war im Prinzip eine Vermutung, die Sie geäußert haben, die bestimmte intuitive Erwartungen ein Stück weit verbalisiert hat, von denen jeder schlecht beraten wäre, wenn er sie so beantworten würde, wie Sie es unterlegt haben. Sie wollen es im Protokoll haben?

GKV-SV: Genau!

[...]

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Darf ich noch eine Ergänzung machen?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, bitte.

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Wir sprechen hier sehr viel über die professionelle Zahnreinigung. Das ist eigentlich nicht Gegenstand dieses Disputes. Nichtsdestotrotz verweise ich immer wieder auf die Stellungnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung, die die Wirksamkeit der professionellen Zahnreinigung in Zweifel zieht. Also: Insofern erübrigt sich die weitere Diskussion aus unserer Sicht.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Jetzt sind wir wieder beim GKV-SV und danach die KZBV.

GKV-SV: Ich ziehe jetzt zurück. Ich habe meine Fragen alle gestellt. Ich bitte um Verzeihung, dann war es ein Versehen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Dann wäre nochmals der GKV-SV dran. – Bitte schön.

GKV-SV: Danke schön! – Wir möchten noch einmal kurz auf zwei Themen zurückkommen, weil da noch eine gewisse Unklarheit besteht.

Herr Jepsen, Sie hatten vorhin gesagt: Lebenslange Nachsorge wäre so nicht finanzierbar und ist auch nicht beabsichtigt. Ist es richtig, dass man nach drei Jahren, wenn die Nachsorge nach Vorstellung der KZBV verstrichen ist, auch wieder einen neuen PA-Status erheben kann und damit der ganze Zyklus wieder von vorne beginnt? – Das ist die eine Frage; ich habe dann noch eine andere.

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Die Frage müsste eigentlich an die KZBV gehen.

Noch einmal: Die lebenslange Nachsorge wäre die Wunschvorstellung. Aber wir müssen ja realistisch sein. Deshalb, glaube ich, wird das hier keiner im Raum allen Ernstes fordern können, so schön es auch wäre. Es muss ja bezahlbar bleiben.

Die DG PARO – deshalb würde ich gerne an Frau Dannewitz übergeben – hatte das eigentlich recht schön ausgeführt, warum diese drei Jahre vielleicht ein tragfähiger Kompromiss sein könnten. – Bettina, könntest du das ergänzen? Das hatte nicht primär die DGZMK in ihrer Stellungnahme ausgeführt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ich habe jetzt die Worterteilung von Herrn Jepsen an Frau Professor Dr. Bettina Dannewitz. Damit wir im Protokoll auch alle erkennen können, wer Bettina ist.

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Entschuldigung, ja. Vielen Dank!

Ich wollte nur die Bettina klarstellen, Herr Jepsen. Denn, wenn das in zehn Jahren mal jemand liest, dann stellt sich die Frage: Wer [...] war diese Bettina? Und jetzt haben wir sie identifiziert. – Frau Professor, Sie haben das Wort.

(Heiterkeit)

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Um zurückzukommen und ernsthaft zu werden: Wir denken, dass es ein guter Kompromiss ist, weil in dieser Zeit die Patienten tatsächlich sehen – das ist eine Erfahrung, die man macht –, welchen positiven Effekt diese UPT für ihre Mundgesundheit hat. Die Leute sind dann meistens gewillt, in dieser UPT zu bleiben. Der Grund dafür ist, dass man den positiven Effekt nach diesen drei Jahren nicht verliert und dann tatsächlich irgendwann mit der kompletten systematischen Parodontitistherapie wieder anfangen muss.

Die Frage war ja, Herr St. [GKV-SV], ob das sein kann, dass man nach drei Jahren wieder mit der ganzen Geschichte von vorne anfängt. Das ist wahrscheinlich abhängig von den Befunden, die dann dort vorliegen. Wenn jemand dort Parodontalbefunde aufweist, die eine Behandlungsnotwendigkeit nach sich ziehen würden, müsste er natürlich die Möglichkeit haben, dass das dann auch wieder von vorne losgeht. Oder? Aber eigentlich ist das Ziel ja, zu verhindern, dass man immer wieder in diese Schleife kommt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ich glaube, wir hatten es eben schon einmal gehört. Sie streben eine so weitgehende Verhaltensänderung an, dass man dann mit entsprechender Compliance des Patienten darauf hofft, eine grundlegende Verbesserung zu erzielen.

Ich beantworte die Frage nach dem Entwurf der KZBV: Es ist nach meinem Verständnis so, dass wenn der Patient nach drei, vier, fünf Jahren kommt – also zwei oder drei Jahre nach Abschluss einer solchen Therapiekaskade – und man misst wieder die Taschentiefe, und man ist wieder da, wo man vorher war, dann könnte rein theoretisch ein solcher Zyklus wieder beginnen, wie das auch bei anderen Erkrankungen der Fall ist, wo es auch Rezidive oder was auch immer gibt, wo man auch nicht darüber diskutiert, ob es da nur eine einmalige Behandlung gibt. – Ich sage das nur an dieser Stelle. Die KZBV hat ja gleich das Wort. – Aber so habe ich den Entwurf gelesen. Da steht ja nicht drin: Einmal im Leben und danach schauen wir zu, wie die Zähne herausfallen – GKV-SV bitte.

GKV-SV: Alles, was gesagt worden ist, ist auch richtig. – Ich hätte noch eine zweite Frage an die DGZMK, an Herrn Professor Jepsen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja, klar. – Bitte.

Es geht noch einmal um den Patientenkreis der Versicherten, die eine Behinderung haben, also Eingliederungshilfe bekommen oder die pflegebedürftig sind. Sie hatten von der Mitwirkungsfähigkeit der Menschen gesprochen. Das ist aber noch bei unseren Kernleistungen bei der Parodontitis gar nicht der Fall. Es gibt da überhaupt keine Mitwirkungsnotwendigkeit, weil es nur um Diagnostik, um die antiinfektiöse Therapie und dann in der Folge um Nachsorgeleistungen geht. Das heißt, die Mitwirkungssachen sind erst einmal nicht angesprochen.

Wir haben aber im Hintergrund, dass diese Versicherten nach § 22a auch die Mundgesundheitsaufklärung und die ganzen Hinweise zur Reinigung sowohl der Zähne als auch des Zahnfleisches, der Mundschleimhaut und der Prothesen erhalten. – Das nur noch einmal zum Hintergrund.

Halten Sie es für sinnvoll, dass die Versicherten, die die entsprechenden Leistungen nach § 22a erhalten, also diese Mundhygieneaufklärung und auch die Mundhygienekontrolle, jetzt nicht diese sprechenden Leistungen der Parodontistherapie erhalten, weil sonst vielleicht eine Überforderung der Versicherten, auch der Pflege und Unterstützungspersonen entstehen würde, was nach unserer Meinung verhindert werden sollte? Konkret gesagt, sollte es ein Ausschluss sein: Entweder die eine Schiene nach § 22a mit Bezug auf diese Mundhygienekontrolle und -aufklärung oder eben die ganz konventionelle Versorgung mit all den Dingen, die nach Antrag dann erbracht werden können.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Vielen Dank. – Herr Jepsen, bitte.

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Vielen Dank für die Frage! – Das ist ein schwieriges Szenario, das man sich so oder so vorstellen kann. Ich versuche mir das gerade auszumalen.

Wenn ich mir pflegebedürftige Patienten in einer Pflegeeinrichtung vorstelle, von denen viele auch dement sind, dann schließt es ja von vorn herein aus, dass diese Mitwirkung des Patienten in der Form herbeigeführt werden kann, wie wir uns das eigentlich erwünschen. Von daher noch einmal mein Plädoyer, diese spezielle Patientengruppe bei dieser Betrachtung erst einmal auszuklammern. Das muss man in der Tat, wie Sie auch ganz richtig sagen, in allen Bereichen erst einmal durchdenken, was diesen Patienten adäquat wird. Dass diesen Patienten keine Behandlung verwehrt werden soll, da bin ich völlig bei Ihnen und auch bei allen hier im Raum. Aber ich denke, da müsste man gesondert, losgelöst schauen, was für diese Patienten wirklich das Beste ist. Ich möchte nicht Ihrer Frage ausweichen, aber es fällt mir schwer, das jetzt in allen Konsequenzen durchzudenken. – Danke.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Jepsen. Gibt es Ergänzungen von den anderen? Ich sehe keine – GKV-SV bitte schön, Sie haben das Wort.

GKV-SV: Ich glaube noch nicht, so mein Eindruck von unserer Anhörung, dass wir darauf verzichten werden, diesen Vorschlag zu machen. Wir werden ihn aber dadurch ergänzen, dass wir versuchen, diese Doppelversorgung mit den Mundhygienekontrollen und mit den Mundhygieneaufklärungen oder -instruktionen zu vermeiden. Denn das wäre zu viel des Guten.

Wir sind auch davon überzeugt, dass die Hauptanspruchnehmer nicht in die Zahnarztpraxen kommen. Wir müssen nicht von den am schlechtesten gestellten und den schwierigsten Versicherten ausgehen, die in Pflegeheimen sind. Sondern es sind auch welche, die beispielsweise über die Eingliederungshilfebezieher in die Zahnarztpraxis kommen, die sehr wohl auch zu einer Mithilfe und Mitarbeit im Rahmen ihrer Möglichkeiten ermutigt werden sollten. – Danke.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Jetzt habe ich als nächstes die KZBV. KZBV bitte.

KZBV: Kann man uns hören?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja.

Das ist wunderbar! – Ich würde gerne noch einmal zu der professionellen mechanischen Plaqueentfernung zurückkommen. Wir reden ja jetzt über Parodontitis, die durch Plaque induzierte entzündliche Zerstörung des Zahnhalteapparates. Der GKV-SV schlägt vor, dass jetzt in der Nachsorge die Zähne, die nicht in der AIT therapiert wurden, supragingival nicht von Plaque befreit werden, selbst, wenn sie mit Plaque behaftet sind. Da würde ich gerne die DG PARO und die DGZMK fragen: Wie sinnhaft ist ein derartiges Vorgehen für die parodontale Gesundheit?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Fangen wir mit Frau Professor Dannewitz an und dann Herr Jepsen.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Wir haben ja die ganze Zeit schon darüber gesprochen, dass Leute, die an Parodontitis erkrankt sind, auch nach abgeschlossener aktiver Therapie ein Risiko haben, dass diese Erkrankung wieder auftritt. – Deswegen reden wir über UPT. – Diese Erkrankung tritt dann aber theoretisch auch an Zähnen auf, die vorher nicht erkrankt waren und nicht behandelt worden sind.

Wenn sie Plaque an den Zähnen haben, werden sie auch Gingivitis an den Zähnen haben. Die Behandlung dieser Zähne und die Entfernung der Plaque, ist etwas Anderes als die professionelle Zahnreinigung. Deswegen gibt es auch diese zwei verschiedenen Begrifflichkeiten. Die Entfernung von Plaque und damit die Behandlung von Gingivitis ist im Endeffekt ein therapeutischer und präventiver Schritt in einem, um zu verhindern, dass Parodontitis entstehen kann. Deswegen halte ich es nicht für sinnhaft, Plaque zu belassen.

Wenn Sie Parodontitispatienten kennen, dann wissen Sie, gerade, wenn viel Zahnfleisch verlorengegangen ist, wie schwierig es ist, diese Situation zu reinigen, auch wenn die Patienten sehr motiviert sind. Von daher halte ich es nicht für sinnhaft, Plaque zu belassen, auch nicht an Zähnen, die zumindest vorher parodontal nicht als krank identifiziert worden sind.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Frau Dannewitz. – Herr Jepsen, bitte schön.

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Dem kann ich nichts hinzufügen. Frau Dannewitz hat schon das Problem der Rekolonisation ausgeführt. Es macht keinen Sinn, supragingivale Plaque zu belassen, wenn der Nachbarzahn vorher eine Parodontitis hatte. Das macht in diesem Biotop Mundhöhle biologisch keinen Sinn. Das halte ich für sehr, sehr gekünstelt und überhaupt nicht praktikabel und auch biologisch nicht vertretbar. – Vielen Dank für diesen Hinweis bzw. die Nachfrage von der KZBV

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Jepsen. – KZBV, ist damit Ihre Frage beantwortet?

KZBV: Ja, vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Haben Sie eine weitere Frage, KZBV?

KZBV: Nein.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Okay, Danke. Dann frage ich noch einmal den GKV-SV: Wer möchte? Ich habe nämlich jetzt keine Wortmeldungen mehr.

GKV-SV: Doch ich hatte mich gemeldet.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Bitte schön. [...]

GKV-SV: Wissenschaftlich ist das vollkommen richtig. Wir sind auch der Überzeugung, dass es denkbar ist, dass man sämtliche Zähne reinigt, auch die mit nicht mehr tiefen Taschen, die nur noch Plaque oben draufhaben. Aber warum soll das Sache der GKV sein? Die Behandlung der Gingivitis war es bis jetzt nicht, ist nicht vorgesehen und müsste in dem Fall, wie es auch üblich und möglich ist, nach GOZ als private Leistung abgerechnet werden. Wir sind sehr skeptisch, ob das richtig ist, jetzt hier einen Zuschuss der GKV für diese Leistung zu induzieren.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Dazu Herr Professor Jepsen.

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Da würde ich entgegenhalten: UPT ist sekundäre oder tertiäre Prävention, wie auch immer man es bezeichnen möchte. Es gehört dazu, dem Wiederauftreten einer akuten Parodontitis entgegenzuwirken. Das ist nicht PZR, das ist Bestandteil der UPT bei einem parodontisanfälligen Patienten. Das sollten wir trennen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Noch einmal der GKV-SV.

GKV-SV: Im Rahmen der UPT wird beim Konzept der KZBV mit sehr häufigen und langanhaltenden Mundgesundheitsaufklärungen der Gingivitis entgegengewirkt. Das ist die Maßnahme. Sonst könnten wir natürlich immer den Patienten alle zwei Tage zum Zahnarzt schicken, denn bekanntlich ist ja die Plaque-Entwicklung relativ flott. Das ist kein schlüssiges Konzept.

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Doch! – Aber hier haben wir es mit einem Patienten zu tun, der einmal Parodontitis hatte. Das ist eine andere Kategorie als ein gesunder Patient, der allenfalls eine Gingivitis hatte.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ich möchte jetzt nur darum bitten: Wir hören jetzt an, und es geht jetzt nicht darum, das Konzept des anderen als schlüssig oder unschlüssig zu bewerten. Sondern wir sollten Fragen stellen und anhand der Antworten kann man sich dann seine Schlussfolgerungen bereitlegen, ob das jetzt schlüssig oder überzeugend [...] war.

GKV-SV, Sie hatten ja sechs Themenkomplexe angekündigt, haben Sie noch weitere Fragen?

GKV-SV: Wir würden noch eine Frage stellen bezüglich der Dokumentation der Blutung. Das geht in dieselbe Richtung, wo Frau Professor Dannewitz gesagt hat, dass es einfach der Dokumentation dient. Wir hatten eben schon gesagt: Die Erhebung der Blutung hat keine Entscheidung auf die durchzuführende Therapie. Das ist alleine die Taschentiefe. Sie hatten eben den Attachmentverlust ins Spiel gebracht. Wir haben uns hier in beiden Entwürfen auf die Taschentiefen verständigt.

Deswegen ist für uns die Frage noch einmal: Weshalb soll beim Parodontalstatus die Blutung erhoben werden, wenn im Prinzip nach dem Konzept der KZBV zumindest die Blutung in der Nachsorge erhoben wird? Denn, wenn die Blutung erhoben wird, ist es davon abhängig, ob eine Nachsorge an dem Zahn stattfindet oder eben eine subgingivale Instrumentierung nicht stattfindet. Insofern lautet die Frage an Sie: Warum soll die Blutung auch bei der Erhebung des Parodontalstatus erfasst werden?

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. Frau Dannewitz, Sie haben sich bewegt. Wer sich bewegt, bekommt zuerst das Wort erteilt. Herr Jepsen hat sich ganz ruhig verhalten.

Frau Prof. Dr. Dannewitz (DG PARO): Der weiß schon, wie man das macht. – Nur einmal zum Verständnis: Der BOP ist ein Befund, für den ich keine zusätzliche diagnostische Maßnahme brauche. Sondern es ist eine zusätzliche Information, die ich erhalte, wenn ich Sondierungstiefen messe. Also ich messe die Sondierungstiefen und dann sehe ich, ob es aus dieser Stelle blutet oder nicht. Das heißt, das sind Informationen, die ich mit der gleichen diagnostischen Maßnahme extrahieren kann.

Der BOP selbst hat sicherlich für die Therapieplanung am Anfang der AIT vielleicht nicht den entscheidenden Wert. Aber er ist ein ganz wichtiger Verlaufsparemeter, um nachher im Recall entscheiden zu können, ob ich Taschen reinstrumentiere, aber auch um entscheiden zu können, ob der Patient parodontal stabil ist oder auch nicht. Dieser Entzündungsparemeter spielt auch in ganz vielen Bewertungen eine Rolle. Das IQWiG hat die Bewertung der Entzündung mit aufgenommen. Gerade, wenn es um den Laser geht, geht es immer wieder um die Entzündung, die dadurch reduziert werden kann.

Von daher verstehe ich nicht so ganz, warum man auf diesen Paremeter verzichten möchte, da er ja bereits in den bestehenden Behandlungsrichtlinien enthalten ist. Ich finde auch diese Trennung ein bisschen konstruiert, indem man sagt: Zu Beginn mache ich es ohne BOP und nachher mache ich es mit BOP. Es ist eigentlich Standard, dass man beides gleichzeitig erhebt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Frau Dannewitz. – Jetzt hat sich auch Herr Jepsen bewegt, indem er die rechte Hand gehoben hat. – Bitte schön, Herr Professor.

Herr Prof. Dr. Dr. Jepsen (DGZMK): Ich habe noch zwei Aspekte: Initial, das ist vollkommen richtig, ist das für die Diagnose nicht zwingend erforderlich. Aber es ist natürlich immer ein guter Motivator auch für den Patienten, für die Patienteninstruktion, und für den Zustand seiner Mundgesundheit hat sich das sehr bewährt. Sehr wichtig ist es, allerdings nur, um den therapeutischen Endpunkt zu bestimmen, ob er nach der aktiven Therapie erreicht wurde. Da wollen wir eine deutliche Reduktion der Blutung haben, flache Taschen haben und natürlich dann auch im Recall.

Das heißt, während der UPT müssen wir dann schauen, ob wir hier wirklich wieder einen Zustand der Gesundheit bei einem reduzierten Parodontium herbeigeführt haben, oder wir gingivale Entzündungen an einem reduzierten Parodontium nach der Therapie haben, oder wir tatsächlich eine Situation haben, die nicht stabil ist, wo wir Hinweise für eine erneut auftretende Parodontitis sehen. Dafür ist die Blutung ein ganz, ganz wichtiger Faktor.

Von daher ein ganz strenges Plädoyer dafür, die Blutung zu erfassen, wann immer es möglich ist und das schon mit Beginn der Erstuntersuchung.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Gibt es von Seiten der Bundeszahnärztekammer Ergänzungsbedarf zu dem Komplex Blutung?

Herr Prof. Dr. Oesterreich (BZÄK): Das Thema Blutung ist aus unserer Sicht ein wesentlicher Parameter für die Krankheitswahrnehmung. Wir haben es im Wesentlichen mit einer Erkrankung zu tun, die durch den Patienten kaum oder wenig wahrgenommen wird. Bei der Frage der Objektivierung in der individuellen Beratung des Patienten spielt die Blutung eine nicht unwichtige Rolle, gegebenenfalls auch in der eigenen Wahrnehmung.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Danke schön, Herr Professor Oesterreich. – Jetzt gebe ich wieder zurück an Herrn Dr. K. [GKV-SV]. Ist die Frage beantwortet? Wenn ja, haben Sie weitere Fragen?

GKV-SV: Vielen Dank, die Frage ist beantwortet. – Danke schön.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Gibt es keine weiteren Fragen? – Die GKV macht durch Kopfschütteln deutlich, dass keine weiteren Fragen mehr bestehen. Dann frage ich jetzt einmal die Patientenvertretung. Auch keine weiteren Fragen. Dann frage ich die KZBV. Sie hat auch keine weiteren Fragen mehr.

Dann bedanke ich mich bei der Expertin und den Experten. Sie mussten ja doch ziemlich arbeiten, Frau Dannewitz und Herr Jepsen. Danke, dass Sie uns Ihre Zeit geschenkt haben. Auch an alle noch einmal Danke für diese sehr umfänglichen schriftlichen Stellungnahmen.

Herzlichen Dank an die Experten, dass Sie uns Rede und Antwort gestanden haben. Und auch ganz herzlichen Dank an alle Fragesteller. Das war spannend, was hier jetzt noch einmal auf den Punkt gebracht worden ist. – Damit ist diese Anhörung beendet.

Schluss der Anhörung: 13:15 Uhr

Stellungnahmeverfahren gemäß § 56 Absatz 3 und § 91 Absatz 5 SGB V sowie § 92 Absatz 7d SGB V vor einer abschließenden Entscheidung über eine Änderung der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) und der Erstfassung einer Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie)

Stand: 29.10.2020

Inhalt

I.	Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren	2
II.	Schriftliche Stellungnahmen.....	2
III.	Stellungnahmen zum Beschlussentwurf	3
1.	Normative Verortung, Anpassung der Behandlungsrichtlinie und Neufassung einer PAR-Richtlinie.....	3
2.	Parodontaler Screening Index (PSI) und Dokumentation des PSI.....	8
3.	Akute Erkrankungen und Zustände.....	22
4.	Berücksichtigung der aktuellen Klassifikation parodontaler und peri-implantärer Erkrankungen und Befund	26
5.	Aufnahme von Gesprächspositionen (PatV, KZBV)	52
6.	Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung	59
7.	Mikrobiologische Diagnostik als obligatorische Maßnahme vor der adjunktiven systemischen Antibiotikagabe (PatV)	64
8.	Lasertherapie.....	66
9.	Unterstützende Parodontitistherapie (UPT).....	71
10.	Qualitätssicherung	90
11.	Spezielle Anmerkungen der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin e.V. (DGAZ) für die Alterszahnheilkunde.....	93
12.	Literaturverzeichnis der DG PARO.....	96
13.	Literaturverzeichnis der BZÄK.....	98
IV.	Mündliche Stellungnahmen	99

I. Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 56 Absatz 3 und § 91 Absatz 5 sowie § 92 Absatz 7d SGB V wurden der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) sowie den jeweils einschlägigen in der AWMF organisierten Fachgesellschaften Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) und der Erstfassung einer Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) Stellung zu nehmen.

Der Unterausschuss Zahnärztliche Behandlung (UA ZÄ) hat am 15. Mai 2020 die Einleitung des gesetzlichen Stellungnahmeverfahrens beschlossen.

Die Frist für die Einreichung von schriftlichen Stellungnahmen endete am 24. Juni 2020.

II. Schriftliche Stellungnahmen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden schriftliche Stellungnahmen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e. V. (DG PARO) (23.06.2020)

Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V. (DGZMK) (24.06.2020)

Bundeszahnärztekammer (BZÄK) (24.06.2020)

Der Inhalt der schriftlichen Stellungnahmen wurde in tabellarischer Form zusammengefasst (siehe nachfolgende Tabelle) und ist Gegenstand der Beratungen in der Sitzung des UA ZÄ am 4. September 2020.

III. Stellungnahmen zum Beschlussentwurf

1. Normative Verortung, Anpassung der Behandlungsrichtlinie und Neufassung einer PAR-Richtlinie

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
1	DG PARO (23.06.2020)	<p>1. Normative Verortung und Anpassung der Behandlungsrichtlinie</p> <p>1.1. Überführung der Vorgaben zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen in eine eigenständige Richtlinie (Beschlussentwurf KZBV).</p>	<p>Die systematische Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen hat zwar Schnittstellen zur allgemeinen vertragszahnärztlichen Versorgung, stellt aber ein in sich geschlossenes Therapiekonzept dar. Die Überführung der Vorgaben in eine eigenständige Behandlungsrichtlinie erscheint deshalb nur schlüssig und sinnvoll. Die DG PARO befürwortet daher den Vorschlag der KZBV.</p>	<p>GKV-SV/KZBV/PatV: nein</p>	<p>KZBV: Würdigung zu den lfd. Nr. 1+2+3:</p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme:</p> <p>Vor dem Hintergrund, dass alle drei Stellungnehmenden die Verankerung der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen parodontalen Erkrankungen in einer eigenständigen Richtlinie für sinnvoll erachten, hält auch die KZBV weiterhin an ihrer Positionierung fest: Bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen handelt es sich um ein in sich geschlossenes Therapiekonzept. Dies sollte durch eine eigenständige Richtlinie zum Ausdruck gebracht werden. Diese Vorgehensweise zur Umsetzung ist übereinstimmend, wie es auch die BZÄK aufzeigt, zu anderen ver-</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>tragszahnärztlichen Versorgungsbereichen (z.B. Zahnersatz, KFO, ECC, § 22a SGB V, Individualprophylaxe).</p> <p>Die KZBV legt in Ihrem Richtlinien-Entwurf die fachliche und normative Ausgestaltung zur Umsetzung bereits aufwandsarm dar.. Zudem ist durch den Beschlussentwurf zur Folgeanpassung der Behandlungs-RL sichergestellt, dass die beiden Richtlinien ohne inhaltliche Widersprüche nebeneinander funktionieren.</p> <p>Schon heute sind im BEMA die spezifischen Leistungen der PAR-Behandlung in Teil 4 zusammenfassend geregelt. Auch die Regelung der Leistungen nach § 22a SGB V und die Leistungen zur Prävention frühkindlicher Karies hat der G-BA in eigenständigen Richtlinien verankert, ohne dass dadurch die Gefahr einer gesonderten Punktwertschaffung begründet wurde.</p> <p>GKV-SV: Ablehnende Kenntnisnahme</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>Regelungen der Richtlinien des G-BA gelten unabhängig von ihrer normativen Verortung.</p> <p>Eine Überführung des Teilbereichs Par-Behandlung in eine neue Richtlinie ist hinsichtlich der fachlichen und normativen Ausgestaltung aufwendiger und nicht sachdienlicher als die vom GKV-SV vorgeschlagene Anpassung der Behandlungsrichtlinie.</p> <p>Die Stellungnehmenden gehen falsch in der Annahme, es sei Aufgabe des G-BA, von Fachgesellschaften in Konsensprozessen erarbeitete „geschlossene Therapiekonzepte“ umzusetzen; vielmehr hat der G-BA bei seinen Entscheidungen die sozialrechtlichen Regelungen, insbesondere den tatsächlichen Nutzen der einzelnen Maßnahmen für die Versicherten sowie die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit umzusetzen.</p> <p>Demnach ist ein Herauslösen der Parodontitisbehandlung aus der Behandlungsrichtlinie nicht begründet.</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>Das Herauslösen birgt die Gefahr, auf Ebene der Gesamtvertragspartner Forderungen nach höheren Punktwerten für die Par-Behandlung ausgesetzt zu sein. Dadurch würde die gleichgewichtige Bewertung der Leistungen insbesondere nach dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit zwischen den Leistungsbereichen Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie gefährdet und die Vorgaben des § 87 Absatz 2h SGBV verletzt. Die damit verbundenen Mehrausgaben der GKV hätten keine positiven Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten. Die Ausgliederung eines Teils Behandlung parodontologischer Erkrankungen in eine gesonderte Richtlinie ist daher abzulehnen.</p>
2	<p>DGZMK (24.06.2020)</p>	<p>1.1. Überführung der Vorgaben zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen in eine eigenständige Richtlinie (Beschlussentwurf KZBV).</p> <p>Die DGZMK unterstützt den KZBV-Vorschlag der Überführung der Vorgaben in eine eigenständige Behandlungsrichtlinie;</p>	<p>Die systematische Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen stellt ein in sich geschlossenes Therapiekonzept dar.</p>		<p>GKV-SV/KZBV: s. Nr. 1</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
3	BZÄK (24.06.2020)	<p>1. Neufassung einer eigenständigen PAR-Richtlinie</p> <p>Die Bundeszahnärztekammer begrüßt den KZBV-Vorschlag die Regelungen zur systematischen PAR-Behandlung in einer eigenen Richtlinie zu verankern.</p>	<p>Unter der Berücksichtigung des Themenumfangs ist es aus Gründen der Übersichtlichkeit und Praktikabilität sinnvoll die Aktualisierung der PAR-Behandlungsstrecke in einer eigenständigen Richtlinie differenziert darzustellen und zu regeln. Außerdem sind andere Leistungsbereiche der vertragszahnärztlichen Versorgung (z.B. Zahnersatz, KFO, ECC, § 22a SGB V, Individualprophylaxe) in eigenständigen Richtlinien bereits geregelt.</p>		<p>KZBV: s. Nr. 1 sowie: Die KZBV begrüßt die Hinweise der BZÄK und deren Erfahrung aus der Versorgungspraxis: Die Vorgehensweise zur Regelung spezifischer Versorgungsbereiche in eigenständigen Richtlinien hat sich in der Vergangenheit ausdrücklich bewährt.</p> <p>GKV-SV: s. Nr. 1 Das Argument, andere Leistungsbereiche der vertragszahnärztlichen Versorgung seien bereits in eigenständigen Richtlinien geregelt, kann nicht überzeugen. Vielmehr sind die Leistungsbereiche Befunderhebung und Diagnostik, Röntgendiagnostik, konservierende Behandlung, chirurgische Behandlung, die systematische Behandlung von Parodontitis oder Ausnahmeindikationen für implantologische Leistungen in Kapiteln der Behandlungsrichtlinie geregelt. Für die Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte stellt die Zusammenfassung vertragszahnärztlicher Regelungen in einem Dokument eine organisatorische Erleichterung dar.</p>

2. Parodontaler Screening Index (PSI) und Dokumentation des PSI

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
4	DG PARO (23.06.2020)	<p>1.2 Anpassung der Behandlungsrichtlinie: PSI und Dokumentation des PSI</p> <p>Mittels Parodontalem Screening Index (PSI) können Anzeichen einer Parodontitis frühzeitig identifiziert werden. Aus dieser allgemeinen Untersuchung selbst leitet sich aber noch keine parodontale Behandlungsbedürftigkeit ab.</p>	<p>Im Sinne einer präventionsorientierten zahnärztlichen Versorgung ist der PSI bei allen Patienten sinnvoll und sollte in den Behandlungsrichtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung verortet sein, da er die Schnittstelle der allgemeinen Behandlungsrichtlinie zu der Behandlungsrichtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) darstellt. Die Anpassung des PSI an die existierende wissenschaftliche Literatur kann nur unterstützt werden, da in den bestehenden Behandlungsrichtlinien inkonsistente Interpretationen in Bezug auf die Definition von Code 0, 1 und 2, der Feststellung eines zahnlosen Sextanten und der Auslegung von klinischen Abnormalitäten bzw. ihrer Konsequenz daraus vorliegen.</p> <p>Der GKV-SV sieht in seinem Entwurf die Einführung eines Vordrucks vor, mit dem die Versicherten über die Ergebnisse der PSI-Erhebung informiert werden (GKV-SV-Position in B.I Nr. 2 Beh-RL). Eine solche</p>	<p>GKV-SV: ja KZBV/ PatV: nein</p>	<p>GKV-SV: Zur Änderung in Abschnitt B I.:</p> <p>Die Information der Versicherten über das Untersuchungsergebnis, sowie den möglichen Behandlungsbedarf sowie die Notwendigkeit weiterer diagnostischer Maßnahmen (Erstellung eines Parodontalstatus) erfolgt auf einem von der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt auszufüllendem Vordruck.</p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme zur redaktionell-inhaltlichen Aktualisierung der PSI-Regelungen: Diese zwischen den Partnern des Bundesausschusses unstrittige Anpassung bietet sich an.</p> <p>Ablehnende Kenntnisnahme zu den Ausführungen der Stellungnehmenden bezüglich der Einführung eines Vordrucks, mit dem nach dem Beschlussentwurf des GKV-SV die Versicherten über die Ergebnisse der PSI-Erhebung informiert werden sollen (B.I Nr. 2 Beh-RL).</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
			<p>Regelung verursacht einen erheblichen bürokratischen Mehraufwand, der an den „Röntgenpass“ erinnert, ohne dass diesem ein erkennbarer zusätzlicher Nutzen gegenübersteht. Der PSI ist in der Patientenakte dokumentiert und kann bei Bedarf jederzeit vom Versicherten in Erfahrung gebracht werden. Zudem gibt es bereits seit einigen Jahren eine Initiative, die den „PARO-Pass“ auf freiwilliger Basis zur Dokumentation des PSI anbietet (https://stoppt-parodontitis.de/der-paro-pass-bei-parodontose/). Eine verpflichtende Dokumentation des PSI macht nur in Dokumenten Sinn, die bei Patienten eine hohe Akzeptanz und Verbreitung besitzen, wie z.B. dem Bonusheft, in dem die jährliche Teilnahme an Individualprophylaxe und Untersuchung abgefragt wird. Der Informationsgehalt und Nutzen eines zusätzlichen Vordrucks, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, sind aus unserer Sicht nicht ersichtlich.</p>		<p>Die Abrechnungszahlen für den PSI lassen einen dringenden Handlungsbedarf nach Änderung der Leistungsvoraussetzungen erkennen. Es ist nicht hinnehmbar, dass der PSI im Jahr 2018 17 Mio. Mal abgerechnet wurde (KZBV-Jahrbuch 2019) und damit Kosten in Höhe von ca. 190 Mio. Euro (das entspricht 27% der Kosten für Par-Screening und -Behandlung, angenommener Punktwert 1,10 Euro) verursacht wurden, während sich die Par-Behandlungsmaßnahmen auf 527 Mio. Euro beliefen (73% der Kosten für Screening und Behandlung, a. a. O.). Den 17 Mio. Fällen mit PSI standen nur knapp 1,1 Mio. Fälle von Par-Behandlung gegenüber (a. a. O.). Die epidemiologischen Zahlen der DMS V deuten aber auf einen Par-Behandlungsbedarf an mindestens einem Zahn, der durch die Erhebung des PSI aufgedeckt worden sein muss, bei 24 Mio. der Erwachsenen und jüngeren Senioren hin.</p> <p>Zum Teil lässt sich die extreme Diskrepanz zwischen erwarteten</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>Screening-Ergebnissen und Behandlung dadurch erklären, dass Versicherte die Par-Behandlung ablehnen; zum Ausmaß dieser Entscheidung liegen jedoch keine Erkenntnisse vor.</p> <p>Äußerungen von Versicherten in der Patientenberatung, sie seien nicht über die Notwendigkeit einer Par-Behandlung informiert worden, legen die Vermutung nahe, dass sich die PSI-Erhebung vielfach zu einer „Mitnahmeleistung“ ohne positive Konsequenzen für die Versicherten entwickelt hat.</p> <p>Die Durchführung eines Screenings ohne Umsetzung der Screening-Ergebnisse bzw. eine informierte Entscheidungsfindung ist weder ethisch noch ökonomisch vertretbar.</p> <p>Um eine deutlich höhere Verbindlichkeit der Entscheidungsfindung aufseiten der Versicherten zu erreichen sowie eine konsequenzlose Durchführung durch die Vertragszahnärztinnen und -ärzte zu vermeiden ist es erforderlich, die Versicherten mittels eines Vor-</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>drucks schriftlich über das Screening-Ergebnis (Sondierungstiefen, klinische Befunde, Gingivitis, Par-Behandlungsnotwendigkeit) zu informieren sowie sie gleichzeitig auf die Notwendigkeit einer verbesserten Mundhygiene mittels angeratener Hilfsmittel. Des Weiteren ist in den Vordruck die Entscheidung der oder des Versicherten zum Umgang mit dem Screening-Ergebnis vorzusehen. Diese Informationen können weit überwiegend mittels wenigen Ankreuzfeldern und ggf. kurzen Ergänzungen im Freitext vermittelt werden. Aufgrund der im GKV-SV-Richtlinienentwurf vorgesehenen Vorgabe werden die Informationen patientenverständlich zu fassen sein.</p> <p>Nicht nachvollziehbar ist die Ablehnung einer solchen Patienteninformation auch deshalb, weil stationär Pflegebedürftige schon seit 2014 (Rahmenvereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V) und Menschen mit Behinderungen seit 2018 (Leistungen nach § 22a SGB V) eine deutlich umfangreichere</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>Information mittels bundesmantelvertraglich vereinbartem Vordruck erhalten. Dieses Formblatt enthält den eingezeichneten prothetischen Versorgungsstatus, Angaben zum Mundpflegezustand, Empfehlungen für die Mundpflege sowie differenzierte Angaben zu Behandlungsbedarf und zur Koordination der Behandlung. Im Gegensatz zu den Äußerungen der Stellungnehmenden ist damit die Akzeptanz eines – in diesem Fall deutlich umfangreicheren – inhaltlich gefüllten Vordrucks bei den Versicherten nachgewiesen.</p> <p>Die Stellungnehmenden äußern, das Ausfüllen des Vordrucks würde einen „erheblichen bürokratischen“ bzw. „administrativen Mehraufwand“ bedeuten, konterkarieren aber gleichzeitig diese Einschätzung dadurch, dass sie sich zustimmend zu einem freiwilligen „PARO-Pass“ positionieren.</p> <p>GKV-SV zur Anhörung, DG PARO:</p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme zum Hinweis der Stellungnehmenden, nach der Erhebung des PSI</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>seien „weitere diagnostische Maßnahmen“ erforderlich, um die „Schwere, das Ausmaß der Erkrankung usw.“ festzustellen, daher Ergänzung/Änderung des Beschlussentwurfs.</p> <p>Ebenfalls Zustimmung zur Aussage der DG PARO, der PSI-Befund werde mitgeteilt („Ihre gingivale Gesundheit, ihre parodontale Gesundheit sieht so oder so aus. Oder ich muss noch weiterführende diagnostische Maßnahmen machen.“)</p> <p>Ablehnende Stellungnahme zur Anmerkung, der „Informationsgehalt des PSI [sei] für den Aufwand in der Dokumentation eigentlich nicht gerechtfertigt.“ Die Ergebnisse der PSI-Messung sind schon jetzt im Rahmen der vertragszahnärztlichen Dokumentation festzuhalten. Bei Einführung des Vordrucks wird die Praxissoftware die praxisinterne Dokumentation und gleichzeitig einen Ausdruck für die Versicherten vorsehen.</p> <p>Nicht zugestimmt wird auch der Vermutung der Stellungnehmenden, es gehe bei der schon seit 16</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>Jahren etablierten Erhebung des PSI und bei dem geplanten Aushängen des Vordrucks darum, „Patienten umfassend zu informieren.“</p> <p>Vielmehr sind die folgenden Informationen zu vermitteln: entweder a) „keine Hinweise auf Parodontitis“ oder b) „Parodontitis an den beim Screening untersuchten Zähnen festgestellt, nun sollten alle Zähne auf Parodontitis untersucht und ggf. eine Behandlung eingeleitet werden.“ Die Richtlinienvorgabe, dass der Vordruck „patientenverständlich zu fassen“ ist, bietet den mit der Umsetzung betrauten Bundesmantelvertragspartnern die Möglichkeit, kurz gefasste Beschreibungen und Illustrationen in den Vordruck zu integrieren (Beispiel: www.gesundheitsinformation.de, Zahnfleischentzündung und Parodontitis).</p> <p>Darüber hinaus können die Bundesmantelvertragspartner die Dokumentation der Entscheidung der Versicherten, ob eine weiterführende Diagnostik (Parodontalsta-</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>tus) und ggf. die Parodontitisbehandlung durchgeführt werden soll, vorsehen.</p> <p>KZBV: Teil 1: Würdigung zu den lfd. Nr. 4+5+7:</p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme:</p> <p>Alle eingegangenen Stellungnahmen stützen den Vorschlag der KZBV die allg. Regelungen zum PSI gesondert in der Beh-RL zu verankern. Damit wird die Rolle des PSI als präventives Screeninginstrument verdeutlicht. Die KZBV nimmt zustimmend die Hervorhebung der DG PARO und DGZMK, dass damit der PSI die Schnittstelle der allgemeinen Behandlungsrichtlinie zu der Behandlungsrichtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) darstellt, zur Kenntnis. Die Aktualisierung des PSI an den Stand der medizinischen Erkenntnisse wird ebenfalls unterstützt.</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>KZBV: Teil 2: Würdigung zu den lfd. Nr. 4+6+8:</p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme:</p> <p>Die Stellungnehmenden haben im schriftlichen Stellungnahmeverfahren wie auch in der öffentlichen Anhörung im UA ZA am 04.09.2020 dargelegt, dass der Zeitpunkt des PSI für eine umfassende Information des Patienten nicht geeignet ist. Es handelt sich bei dem PSI um ein reines Screening-Instrument; eine PAR-Therapie im Sinne der Richtlinien ist nach Aufnahme des PSI nicht in allen Fällen geboten. Mit dem PSI kann lediglich ermittelt werden, ob PatientInnen parodontal erkrankt sind. Über die Art der Erkrankung (Parodontitis und/oder Gingivawucherung) sowie deren genaue Lokalisation und Ausdehnung lässt der PSI keine Aussagen zu. Es reicht daher nicht, PatientInnen das Ergebnis der Indexerhebung in die Hand zu geben. Bei einem Code 1 oder 2 besteht für nicht pflegebedürftige Erwachsene kein Anspruch auf individualprophylak-</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>tische Leistungen als Sachleistung. Fachlich fundierte und für PatientInnen nutzbare Informationen bei Feststellung von PSI-Code 3 oder 4 in einem oder mehreren Sextanten können erst erfolgen, wenn eine weitergehende Diagnostik (bspw. Erhebung des PAR-Status) durchgeführt wurde. Im Gegensatz zu einer einseitigen verpflichtenden Information der Versicherten allein über den PSI ist es daher vielmehr von Bedeutung, die Versicherten im Fall einer parodontalen Erkrankung in Aufklärungs- und Therapiegesprächen umfänglich zu informieren, und zwar über alle relevanten Parameter bezogen auf die individuelle Patientensituation. Dazu gehören neben dem PSI auch die Angaben zu Staging und Grading im Rahmen der gezielten Diagnostik. Dies alles kann nicht durch eine einseitige Kenntnissgabe über den PSI alleine substituiert werden, vor allem dann nicht, wenn neben dieser Information keine weiteren Aufklärungsgespräche vorgesehen sind. Ein Vordruck ersetzt</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>keine Gespräche. Gerade die Tatsache, dass ein Code 1- oder 2 - Wert sich im Zeitraum von 2 Jahren, in denen der PSI derzeit einmal erhoben werden darf, nach oben bewegen kann, birgt die Gefahr, dass PatientInnen davon ausgehen, sie wären parodontal gesund und potentiell nicht gefährdet.</p> <p>Demgegenüber ist die Verwendung eines Vordrucks im Rahmen der Leistungen nach §§ 22a, 119b SGB V fachlich sinnvoll. Die dort betroffenen Personengruppen sind aufgrund eingeschränkter Fähigkeiten häufig nicht in der Lage, die empfohlenen Maßnahmen der Mundhygiene eigenständig durchzuführen, sondern sie sind teilweise oder vollständig auf Unterstützung von Pflege- oder Betreuungspersonen angewiesen (vgl. auch die Tragenden Gründe zum Beschluss über die Erstfassung der Richtlinie nach § 22a SGB V https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4781/2017-10-19_RL_%C2%A722a_Erstfassung_TrG.pdf). Diesbezüglich ist</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>in den Leistungsbereichen gem. §§ 22a, 119b SGB V ein Informationstransfer mittels Vordruck sinnvoll, da diese Informationen insb. von Dritten in weitere Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene einbezogen werden können.</p> <p>Ein vergleichbares Setting besteht in der überwiegenden Zahl der Versicherten, bei denen der PSI erhoben wird, nicht. Eine verpflichtende Vorgabe zur Verfügungstellung eines Vordrucks lässt sich daher bezogen auf den PSI nicht begründen.</p> <p>Daneben können, wie von der DG PARO dargelegt, bei Bedarf PatientInnen jederzeit Einsicht in ihre Patientenakte zur Dokumentation des PSI nehmen. Damit kann dem Informationsinteresse der Versicherten auch bei Nichtvorlage einer parodontalen Erkrankung Rechnung getragen werden. Bestehende, auf freiwilliger Basis ausgestellte Dokumente, wie der „Paro-Pass“ sind transparente und freiwillige additive Serviceleistung für PatientInnen. In der Anhörung wurde zudem ein Hinweis ge-</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>ben: Falls eine verpflichtende Vorgabe zur Verfügungsstellung eines Vordrucks vorgesehen sein sollte, dann sollte dies in Dokumenten erfolgen, die bereits etabliert sind. Ein zusätzlicher Vordruck, den PatientInnen in die Zahnarztpraxis wiederkehrend mitzubringen haben, wird sich erfahrungsgemäß nicht bewähren. Der Vordruck als Alternative zu den Gesprächsleistungen wird von den Stellungnehmenden übereinstimmend nicht mitgetragen. In der Anhörung wurde zudem eine Erklärung für die Diskrepanz von Abrechnungsdaten des PSI und der PAR-Behandlungen in den derzeit noch geltenden Regelungen der Behandlungs-RL zur Erhebung des PSI und der PAR-Behandlung gesehen, die in sich nicht konsistent seien. Mit der Neuausgestaltung der Behandlungstrecke kann dem entgegengewirkt werden, da eine breitere Akzeptanz zur Behandlung zu erwarten ist.</p>
5	<p>DGZMK (24.06.2020)</p>	<p>1.2. Anpassung der Behandlungsrichtlinie: PSI und Dokumentation des PSI Die Aufnahme des PSI ist bei allen Patienten sinnvoll.</p>	<p>Er sollte in den Behandlungsrichtlinien für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung fest verortet sein, da er die Schnittstelle der allgemeinen Behandlungsrichtlinie zu der Behandlungsrichtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis</p>	<p>GKV-SV/KZBV/PatV: nein</p>	<p>KZBV: s. Nr. 4 Teil 1 GKV-SV/PatV: Kenntnissnahme</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
			und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) darstellt.		
6	DGZMK (24.06.2020)	Der GKV-SV plant die Einführung eines Vordrucks, mit dem die Versicherten über die Ergebnisse der PSI-Erhebung informiert werden (GKV-SV-Position in B. I Nr. 2 Beh-RL).	Die DGZMK regt an, auf diesen administrativen Mehraufwand zu verzichten, da das Ergebnis des PSI seitens der Zahnärzte adäquat kommuniziert wird. Der Durchbruch der Indexzähne sollte abgeschlossen sein, da es sonst zu einer Fehlinterpretation bei Code 1 und zu einer Verletzungsgefahr beim Sondieren für Code 3/4 kommen könnte.	GKV-SV/KZBV/PatV: nein	KZBV: s. Nr. 4 Teil 2 GKV-SV: s. Nr. 4 Teil 2
7	BZÄK (24.06.2020)	a. PSI und Anpassung an aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse Die Bundeszahnärztekammer begrüßt, dass die Bedeutung des PSI als allgemeines Screeninginstrument herausgehoben und verstärkt wird [KZBV-BE in §§ 3, 4 PAR-RL], [GKV-SV-BE in B I Nr. 2 Beh-RL].	Diese eigenständige Regelung und die inhaltliche Anpassung in der PAR-Richtlinie sind konform zu den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen (Treatment of Stage I-III Periodontitis –The EFP S3 Level Clinical Practice Guideline May 2020: Die Leitlinie wird demnächst publiziert).	GKV-SV/KZBV/PatV: nein	KZBV: s. Nr. 4 Teil 1 GKV-SV: zustimmende Kenntnisnahme
8	BZÄK (24.06.2020)	b. Vordruck zur PSI-Erhebung Die Einführung eines neuen Vordrucks, mit dem die Versicherten über die Ergebnisse der PSI-Erhebung informiert werden sollen [GKV-SV-BE in B. I Nr. 2 Beh-RL], wird als fachlich unbegründet und nicht sinnvoll angesehen.	Ein Mehrwert für die PatientInnen ist nicht erkennbar. Der entstehende bürokratische Mehraufwand ist fachlich nicht gerechtfertigt.	GKV-SV/KZBV: nein	KZBV: s. Nr. 4 Teil 2 GKV-SV: s. Nr. 4, Teil 2, und im Gegensatz zur Einschätzung der BZÄK ist der „Mehrwert für die PatientInnen“ durch die verbindliche, niedrigschwellige und patientenverständliche Mitteilung der Screening-Ergebnisse offensichtlich.

3. Akute Erkrankungen und Zustände

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
9	DG PARO (23.06.2020)	<p>1.3 Anpassung der Behandlungsrichtlinie: Akute Erkrankungen und Zustände</p> <p>Das Herauslösen der Behandlung von Parodontalabszessen, nekrotisierender Gingivitis und Parodontitis sowie Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen aus der systematische Behandlung von Parodontopathien ist sinnvoll und überfällig, weil es sich hierbei um akute Erkrankungen und Zustände handelt, deren Behandlung nicht von einer vorherigen Beantragung und Genehmigung abhängig gemacht werden darf bzw. im Fall der Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen der Behandlung zumeist eine endodontische Behandlung vorausgeht.</p>	<p>Diese Regelung wird von allen Banken unterstützt und seitens der DG PARO ausdrücklich befürwortet. Dabei sollten diese Erkrankungen als eigenständiger Abschnitt aufgeführt und nicht, wie im Beschlussentwurf des GKV-SV beschrieben, unter Abschnitt IV. „Chirurgische Behandlung“ subsumiert werden, da die Therapie parodontaler Abszesse sowie nekrotisierender Parodontalerkrankungen per se nicht chirurgisch erfolgen muss.</p>	<p>GKV-SV/KZBV: ja</p>	<p>GKV-SV: Im Beschlussentwurf des GKV-SV entfällt die Ziffer II.; die Nummerierung der nachfolgenden Ziffern wird angepasst. Im Beschlussentwurf zu Abschnitt V. Systematische Behandlung von Parodontitis (Par-Behandlung) wird Nr. 2 (Anamnese, Befund, Diagnose und Dokumentation) nach dem Satz „Der Parodontalstatus kann innerhalb des Zeitraums von zwei Jahren einmal erhoben werden“ das Folgende ergänzt:</p> <p>„Neben der systematischen Behandlung von Parodontopathien gehört zur vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten die Behandlung von Parodontalabszessen sowie nekrotisierender Parodontitis, nicht jedoch die Behandlung von Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva sowie der verkürzten angewachsenen Schleimhaut.“</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>KZBV: Verortung der Regelung wird geändert. Die aktuell in Abschnitt B V. Nr. 1 Satz 14 verortete Regelung, dass die Behandlung der Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten angewachsenen Schleimhaut nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten gehört, bleibt sachgerecht neben den Akutbehandlungen von Parodontalerkrankungen bestehen.</p> <p>(Update zu des BE zur Änderung der Beh-RL liegt den AG Mitgliedern seit 28.09.2020 vor)</p> <p>KZBV: Würdigung zu den lfd. Nr. 9+10:</p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme:</p> <p>Die Stellungnahmen der DG PARO und DGZMK bestätigen auch hier die Herangehensweise der KZBV, zwingend die Definition des Umfangs der vertragszahnärztlichen Versorgung von parodontalen Erkrankungen, die nicht der systematischen Behandlung zuzuordnen sind, aus der systematischen Behandlung von Parodontopathien herauszulösen.</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>Damit wird auch der bislang bestehende Widerspruch in den Regelungen der Behandlungs-RL, die fachlich unscharf auch Akutformen der Parodontitis unter den Begriff der „systematischen Behandlung“ subsumiert hatten, aufgehoben.</p> <p>GKV-SV/KZBV: Zustimmung hinsichtlich der redaktionellen Einordnung von Parodontalabszessen und nekrotisierenden Par-Erkrankungen nicht unter „Chirurgische Behandlung“, sondern an anderer Stelle bei gleichzeitiger Abgrenzung von der systematischen Behandlung von Parodontitis.</p> <p>Ablehnende Kenntnisnahme hinsichtlich einer Zuordnung der parodontal-endodontalen Läsionen zur Behandlung von Parodontalerkrankungen neben der systematischen Behandlung, weil dies aufgrund des „Doppelcharakters“ dieser Läsionen inhaltlich nicht zuträfe. Wie im GKV-SV-Entwurf vorgesehen, sollte die bereits unter Nr. 9.5. in der Behandlungsrichtli-</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					nie enthaltene Regelung zu parodontal-endodontalen Läsionen textlich folgendermaßen angepasst werden: „Bei parodontal-endodontale Läsionen ist die endodontische und parodontale Prognose im Hinblick auf den Erhalt der Zähne kritisch zu prüfen; der Behandlung geht in der Regel eine endodontische Behandlung voraus.“
10	DGZMK (24.06.2020)	<p>1.3 Anpassung der Behandlungsrichtlinie: Akute Erkrankungen und Zustände</p> <p>Für Parodontalabszesse, nekrotisierende Gingivitis und Parodontitis sowie Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen gibt es nun einen eigenständigen Abschnitt, was ausgesprochen sinnvoll ist, da diese Krankheitsbilder oft eine Akutbehandlung erfordern.</p>	Eine Verortung im Abschnitt IV (chirurgische Behandlung) ist demgegenüber nicht stimmig, da in vielen Fällen keine chirurgische Therapie indiziert ist.	<p>KZBV: s. Nr. 9</p> <p>GKV-SV: ja, s. Nr. 9</p>	GKV-SV/KZBV: s. Nr. 9

4. Berücksichtigung der aktuellen Klassifikation parodontaler und peri-implantärer Erkrankungen und Befund

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
11	DG PARO (23.06.2020)	<p>2. Berücksichtigung der aktuellen Klassifikation (PatV, KZBV) und Diagnose</p> <p>Im Jahr 2017 wurde nach langer Vorbereitungszeit durch die American Academy of Periodontology (AAP) und die European Federation of Periodontology (EFP) eine neue Klassifikation der parodontalen Erkrankungen und Zustände von über 100 internationalen Experten erarbeitet. Diese Klassifikation wurde 2018 publiziert und 2019 von der DG PARO übernommen und löst die bisherige Klassifikation aus dem Jahr 1999 ab.</p>	<p>Nach § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V haben Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Insofern ist es unabdingbar, die Diagnosen dieser aktuell gültigen Klassifikation in der neuen Behandlungsrichtlinie zu berücksichtigen.</p> <p>Die Reduktion auf die Diagnose Parodontitis unter Verzicht auf den integralen Bestandteil der Stadien und Grade, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, würde die leistungsrechtliche Ausgestaltung vom aktuellen Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse entkoppeln.</p>	<p>GKV-SV/KZBV/PatV: nein</p>	<p>GKV-SV: Zustimmende Kenntnisnahme zur Berücksichtigung der neuen Klassifikation aus dem Jahr 2017. Die Berücksichtigung der nach 18 Jahren grundlegend überarbeiteten internationalen Klassifikation ist – wie von den Stellungnehmenden unter Bezugnahme auf § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V angeregt – sinnvoll; die aktuell gültigen Diagnosen Parodontitis, Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen sowie generalisierte gingivale Vergrößerungen werden entsprechend berücksichtigt.</p> <p>Ablehnende Kenntnisnahme zur Kritik der Stellungnehmenden hinsichtlich des Verzichts auf die Einteilung nach Stadien und Graden:</p> <p>Nach § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V müssen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>Maß des Notwendigen nicht überschreiten.</p> <p>„Eine Einteilung nach Stadien („Staging“) ist für das Feststellen der Behandlungsbedürftigkeit der jeweiligen Parodontitis nicht notwendig, weil der Anspruch auf eine systematische Parodontitis-Behandlung einzig von der Sondierungstiefe abhängig ist; ein Behandlungsanspruch besteht ab einer Taschentiefe von 4 mm.</p> <p>Die in der Stadien-Einteilung aufgeführten Parameter sind auch nicht bei der Festlegung der Frequenz der Erbringung der Maßnahmen der Nachsorge erforderlich.</p> <p>Des Weiteren kann auf eine Einteilung nach drei Graden der Progressionsrate der Erkrankung („Grading“) verzichtet werden, wenn die Häufigkeit der Nachsorgeleistungen – wie beim GKV-SV-Vorschlag – nicht von der Progressionsrate abhängig gemacht wird.</p> <p>Hinsichtlich der Indikationsstellung für eine adjuvante Antibiotikatherapie ist es zielführend, wie in der bisherigen Fassung der Richtlinie</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>auf „besonders schwere Formen der Parodontitis, die mit einem raschen Attachmentverlust einhergehen, abzuheben. Dieser Parameter basiert vor allem auf dem ohnehin erstellten Röntgenbefund. Bestimmt wird dabei eine hohe Progressionsrate (rascher Attachmentverlust) in Abgrenzung gegen eine niedrigere Progressionsrate.</p> <p>GKV-SV zur Anhörung, DG PARO, DGZMK:</p> <p>Ablehnende Kenntnisnahme zur Ansicht der Stellungnehmenden, die Erfassung und Dokumentation von Erkrankungsstadien („Staging“) bei der Erstellung des Parodontalstatus sowie in der Nachsorge sei erforderlich. Die Stellungnehmenden konnten nicht darlegen, welche unterschiedlichen „Behandlungssequenzen“ die Diagnosen der Erkrankungsstadien im Hinblick auf die Parodontitisbehandlung mittels geschlossenem oder offenem Verfahren nach sich ziehen.</p> <p>KZBV: Würdigung zu den lfd. Nr. 11+12+18+23+24:</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>Zustimmende Kenntnisnahme:</p> <p>Die KZBV begrüßt ausdrücklich die einheitliche unterstützende Positionierung aller Stellungnehmer im schriftlichen und mündlichen Stellungnahmeverfahren bez. der Implementierung der neuen Klassifikation und dabei die zwingend erforderliche Integration des Grading- und Staging-Ansatzes im Richtlinien-Entwurf.</p> <p>Die wissenschaftliche Lage (internationaler Konsens und in Studien und Leitlinien abgedeckt) ist eindeutig und eine Aktualisierung im Sinne der Patientinnen und Patienten ist zwingend geboten:</p> <p>1. Die Leistungen haben sich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu richten und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen: Die neue und detaillierte Klassifikation spiegelt den aktuellen Stand der Wissenschaft als Grundlage für die systematische und befundadäquate moderne Parodontaltherapie dar (DG PARO und DGZMK).</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>2. Eine differenzierte Diagnose entsprechend der aktuell gültigen Klassifikation ist für eine zielgenaue, personalisierte Therapie unabdingbar (DG PARO). Die Klassifikation zielt dabei auf eine an dem Bedarf angepasste Therapie der PatientInnen ab:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beim Staging werden die Schwere und das Ausmaß der Parodontitis dokumentiert, ergänzt durch die Komplexität des Behandlungsmanagements bzw. der Therapie. Die differenzierte Diagnose hat eine therapeutische Konsequenz für eine zielgenaue, personalisierte Therapie. • Die zusätzliche Information der Gradeinstufung (Grading) gibt das zukünftige Risiko einer Parodontitis-Progression an und liefert eine Abschätzung auf das wahrscheinliche Ansprechen auf die Standardtherapie. Diese Einschätzung bestimmt die Intensivität der Therapie und weiteren Schritte nach der Therapie.

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>Staging und Grading haben damit entscheidende Auswirkungen auf die jeweilige individuelle Therapie, da hier erstmals die parodontale Gesundheit definiert wird. Beide sind daher der Befunderhebung und Diagnostik zugrunde zu legen (BZÄK). Grundsätzlich setzt Therapie immer eine Diagnose voraus. Die Systematik der parodontalen Diagnosen wird durch die aktuelle Klassifikation vorgegeben. Auch die mündliche Anhörung hat nochmals verdeutlicht, dass ein Herauslösen von Teildiagnosen aus der Klassifikation nicht zielführend ist. Staging und Grading sind integraler Bestandteil der Diagnosen und essentiell für die gesamte Behandlungsplanung. DGZMK und DG PARO haben in der Anhörung ausdrücklich darauf hingewiesen, dass nach Ramseier 2019 eine risikoadjustierte Recallfrequenz fachlich zwingend geboten ist, um den Behandlungserfolg in Abhängigkeit des individuellen Patientenrisikos zu sichern. (S. 15f. Wortprotokoll der Anhörung vom 4.9.2020). Diese Risikoadjustie-</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>rung hat sich daher allein am Grading ausrichten, welches im Rahmen der Befunderhebung festgestellt und dokumentiert werden muss.</p> <p>Ein Abstellen auf einen Behandlungsanspruch bei einer Sondiertiefe von $\geq 4\text{mm}$ wäre fachlich fehlerhaft. Für den Leistungsanspruch reicht nicht allein eine Sondiertiefe von mindestens 4 mm aus, sondern es müssen die Diagnosen Parodontitis, Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen oder generalisierte Gingivawucherung vorliegen.</p> <p>3. Wichtig sind daher differenziertere Informationen zum Nikotinkonsum oder Vorerkrankungen (Diabetes mellitus), die den Verlauf von Parodontitis entscheidend modifizieren können und sich im Grading wiederfinden. Ohne diese Aspekte ist die Diagnose weder vollständig, noch entspricht sie dem aktuellen Kenntnisstand (DG PARO).</p> <p>Die Dokumentation beider Informationen (Staging + Grading) sind bedeutsam für die anschließende</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>Erörterung in risikospezifischen Gesprächen mit den PatientInnen.</p> <p>PatV: zustimmende Kenntnisnahme</p>
12	<p>DG PARO (23.06.2020)</p>	<p>Der GKV-SV lehnt es für die Richtlinie ab, die Diagnose über Parodontitis hinaus nach Stadien und Graden weiter zu differenzieren und argumentiert, dass eine differenzierte Diagnose keine therapeutischen Konsequenzen hat.</p>	<p>Im Juni 2020 wurden die S3-Leitlinie der EFP zur Therapie von Parodontitis der Stadien I-III veröffentlicht (Treatment of Stage I-III Periodontitis – The EFP S3 Level Clinical Practice Guideline), die im Adolopmentverfahren (AWMF-Registriernummer 083-043) bis September 2020 in Deutschland implementiert werden soll [1]. Das anerkannte Therapiekonzept für Parodontitis erfolgt schrittweise. Die einzelnen Therapiestufen umfassen unterschiedliche Interventionen, die aufeinander aufbauen und grundsätzlich abhängig vom Erkrankungsstadium (Stadium I-III) sind. Eine differenzierte Diagnose entsprechend der aktuell gültigen Klassifikation ist daher für eine zielgenaue, personalisierte Therapie unabdingbar. Das zeigt sich exemplarisch für die adjuvante antibiotische Therapie (Nr. 7 des Entwurfs des GKV-SV), die bei besonders schweren Formen der Parodontitis, die mit einem raschen Attachmentverlust einhergehen, in Form systemisch wirken-</p>	<p>GKV-SV/KZBV/PatV: nein</p>	<p>KZBV/PatV: s. Nr. 11</p> <p>GKV-SV: Ablehnende Kenntnisnahme, s. auch Nr. 11.</p> <p>Gerade der bisherige Richtli- nientext „Bei besonders schweren Formen der Parodontitis, die mit einem raschen Attachmentverlust einhergehen, können systemisch wirkende Antibiotika im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodon- titistherapie verordnet werden.“ er- laubt mit seiner relativ offenen For- mulierung, die von den Stellung- nehmenden geforderte „personali- sierte Therapie“.</p> <p>Eine allgemeingültige Festlegung von Grenzwerten für die Anwen- dung oder Nichtanwendung der adjuvanten Antibiotikatherapie auf Basis von Stadien/Graden gelingt nicht, weil hierfür keine überzeu-</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
			<p>der Antibiotika indiziert ist. Der Schweregrad der Parodontitis wird aber durch das Stadium und rascher Attachmentverlust bzw. Knochenabbau durch den Grad ausgedrückt. Der Entwurf des GKV-SV ist insofern inkonsistent, als er bei der Diagnose auf Informationen verzichtet, die Voraussetzung für die adjuvante antibiotische Therapie sind. Die Mehrdimensionalität von Staging, Ausdehnung und Grading erlaubt daher sehr wohl eine personalisierte Therapie. Ebenso wichtig sind differenziertere Informationen zum Nikotinkonsum oder Vorerkrankungen (Diabetes mellitus), die den Verlauf von Parodontitis entscheidend modifizieren können und sich im Grading wiederfinden. Ohne diese Aspekte ist die Diagnose weder vollständig noch entspricht sie dem aktuellen Kenntnisstand. Die Behandlungsrichtlinie sollte nicht den Fehler machen, hinter dem aktuellen Wissensstand zurückzubleiben. Der GKV-SV verzichtet auch auf die in der bestehenden Richtlinie enthaltene Regelung, Diagnosen „gemäß der jeweils gültigen Klassifikation der Parodontalerkrankungen der maßgeblichen parodontologischen wissenschaftlichen Fachgesellschaft anzugeben“. Begründet wird dies damit, dass die Diagnosen, die eine Behandlungsbedürftigkeit in</p>		<p>gende Evidenz aus Behandlungsstudien vorliegt. Insofern erlauben aufwendige Staging/Grading-Klassifikationen nicht nachweislich ein besseres Behandlungsergebnis als die klinische Einschätzung eines raschen Attachmentverlusts, gemessen an der Röntgendiagnose oder der Sondierungstiefe, sowie der Abwägung dieses Parameters im Hinblick auf eine mit der Antibiotikagabe verbundene Gefahr der Entstehung mikrobieller Resistenzen.</p> <p>Auf die Regelung, Diagnosen „gemäß der jeweils gültigen Klassifikation der Parodontalerkrankungen der maßgeblichen parodontologischen wissenschaftlichen Fachgesellschaft anzugeben“ sollte verzichtet werden, weil ein Verweis des G-BA auf Regelungen externer Institutionen problematisch wäre. Gerade das vorliegende Verfahren zeigt, dass der G-BA – falls beantragt und erforderlich – Richtlinien anpasst.</p> <p>Im Übrigen bliebe bei Übernahme der derzeitigen Richtlinienformu-</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlus-entwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
			<p>der vertragszahnärztlichen Versorgung begründen, bereits unter „Diagnose“ abschließend genannt seien. Wie kann sich der GKV-SV sicher sein, dass die Diagnosen, die aktuell eine Behandlungsbedürftigkeit in der vertragszahnärztlichen Versorgung begründen, in Zukunft ihre Gültigkeit behalten werden? Der GKV-SV koppelt die Behandlungsrichtlinie auf diese Weise vom wissenschaftlichen Fortschritt ab (§ 2 Abs. 1, Satz 3 SGB V).</p>		<p>lierung (Diagnosen ... sind anzugeben) offen, wer der Regelungsadressat ist.</p>
13	<p>DG PARO (23.06.2020)</p>	<p>3. Anamnese Selbstverständlich muss für jeden Patienten zu Behandlungsbeginn und in regelmäßigen Abständen während der Therapie eine vollständige Anamnese erhoben werden. Die PARBehandlungsrichtlinie regelt die im Kontext der Beantragung obligatorisch zu erfassenden Elemente der Anamnese. Dabei verzichten der GKV-SV und die PatV auf eine Differenzierung von Parodontitismodifikatoren (HbA1c-Wert bei Patienten mit Diabetes; Zahl der gerauchten Zigaretten: weniger als 10 Zigaretten/Tag versus 10 oder mehr). Der GKV-SV begründet das damit, dass Versicherte mit Diabetes und Raucher im Vergleich zu Versicherten ohne Diabetes bzw. Nichtrauchern unabhängig von der Ausprägung</p>	<p>Der Zusammenhang zwischen Parodontitis und Diabetes mellitus bzw. Rauchen ist aber nicht eindimensional. Der Effekt des Diabetes auf Parodontitis hängt entscheidend davon ab, ob er metabolisch gut (HbA1c < 7%) oder schlecht (HbA1c ≥ 7%) eingestellt ist [2]. Der Effekt des Rauchens auf Parodontitis ist klar dosisabhängig [3]. Dies wird bei der aktuellen Klassifikation beim Grading berücksichtigt. Das Grading stellt somit eine wichtige Information für die Therapieplanung dar. Auch der GKV-SV sieht in seinem Richtlinienentwurf eine Verhaltensbeeinflussung der Patienten vor („Zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren wird bei Versicherten, bei denen die allgemeine Anamnese Hinweise auf nicht adäquat behandelte Allgemeiner-</p>	<p>GKV-SV: ja KZBV: nein</p>	<p>GKV-SV: in Abschnitt V. Nr. 2. (Anamnese, Befund ...) Abs. 2 1. Spiegelstrich Streichung von „HIV+/AIDS im fortgeschrittenen Stadium und andere schwere virale Infektionen, Behandlung mit immunsuppressiven Medikamenten“ Zustimmende Kenntnisnahme zum Hinweis, dass im Rahmen der systematischen Parodontistherapie auf die Anamnese hinsichtlich HIV+/AIDS im fortgeschrittenen Stadium sowie der Behandlung mit immunsuppressiven Medikamenten verzichtet werden kann, weil diese Variablen zwar bei chronisch schwer immunkompromittierten</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
		<p>beider Faktoren ein erhöhtes Risiko für Parodontitis haben.</p>	<p>krankungen – insbesondere Diabetes mellitus – gibt, auf ärztliche Behandlung verwiesen und – soweit erforderlich – geraten, den Tabakkonsum einzustellen oder ihn einzuschränken“). Wie soll beurteilt werden, dass Diabetes mellitus nicht adäquat behandelt wird, wenn die Information über den HbA1c fehlt? Wie soll eine Einschränkung des Tabakkonsums erfasst werden, wenn die Anamnese bei der Beantragung Tabakkonsum nur nominal als Raucher oder Nichtraucher und nicht kategorial als starker (≥ 10 Zigaretten/Tag) bzw. moderater Raucher (< 10 Zigaretten/Tag) erfasst? Andererseits sehen PatV und GKV-SV die Erfassung von HIV+/AIDS im fortgeschrittenen Stadium sowie die Behandlung mit immunsuppressiven Medikamenten vor, weil sie prädisponierende Faktoren für nekrotisierende Parodontalerkrankungen bei chronisch schwer immunkompromittierten, erwachsenen Patienten sind. Die Therapie nekrotisierender Parodontalerkrankungen wird aber im GKV-SV-Entwurf nicht im Rahmen der systematischen Behandlung geregelt, sondern unter Abschnitt IV. Nr.1 im Rahmen der chirurgischen Behandlung geregelt (siehe dazu</p>		<p>erwachsenen Patienten prädisponierende Faktoren für nekrotisierende Parodontalerkrankungen sind, die entsprechenden anamnestischen Angaben aber im Rahmen der allgemeinen zahnärztlichen Anamnese erhoben und ggf. bei der – nicht der systematischen Par-Therapie zuzuordnenden – Therapie nekrotisierender Parodontalerkrankungen zu berücksichtigen sind.</p> <p>Ablehnende Kenntnisnahme hinsichtlich einer Erfassung von Diabetesparametern mittels Verhältnisskala (Aufzeichnung der HbA1c-Werte) und einer Erfassung von Tabakkonsumvariablen mittels Nominalskala (bis zu 10/mehr als 10 Zigaretten je Tag), weil auch gut eingestellte Diabetiker und moderate Raucher ein erhöhtes Risiko auf ein ungünstigeres Par-Behandlungsergebnis haben.</p> <p>Demnach sollten alle Raucher den „Rat zur Einstellung oder Einschränkung von Tabakkonsum“ erhalten. Möglich ist es auch, so-</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
			<p>1.3.). Diesbezügliche Anamneseinformationen sind daher an dieser Stelle verzichtbar.</p>		<p>wohl die Einstellung des Rauchens als auch die Einschränkung anzusprechen, unabhängig vom derzeitigen Tabakkonsum; dies ermöglicht eine patientenindividuelle Umsetzung je nach Lebenssituation und motivationaler Bereitschaft für eine Veränderung. Vorgesehen ist der „Verweis auf ärztliche Behandlung bei Versicherten, bei denen die allgemeine Anamnese Hinweise auf nicht adäquat behandelte Allgemeinerkrankungen - insbesondere Diabetes mellitus – gibt.“ Dies ist sinnvoller als das alleinige Abfragen des aktuellen HbA1c-Werts, da auch Äußerungen wie „meine Werte schwanken“ oder „mein Arzt ist nicht sehr zu-frieden“ wertvolle Hinweise auf eine nicht adäquate Behandlung geben.</p> <p>KZBV: Würdigung zu den lfd. Nr. 13+19:</p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme: Die KZBV begrüßt die Ausführungen der DG PARO und DGZMK. Sie bestätigen, dass bei der Anam-</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>nese nur jene Daten erhoben werden sollten, die nach der aktuellen PAR-Klassifikation zur Bestimmung der Behandlungsbedürftigkeit und Therapieplanung erforderlich sind. So sind die subsumierten „Schmerzen“ bei der speziellen Anamnese und die Familienanamnese nach der neuen Klassifikation entbehrlich. Die Erfassung von HIV+/AIDS im fortgeschrittenen Stadium sowie die Behandlung mit immunsuppressiven Medikamenten ohne Bezug vorzunehmen, wird von den Stellungnehmern ebenfalls als nicht mehr erforderlich angesehen. Diese Faktoren haben unter Berücksichtigung der aktuellen PAR-Klassifikation keine Auswirkungen auf die Befundung.</p> <p>Dagegen ist die parodontitisspezifische Anamnese ergänzt um detaillierte Angaben/Gradeinteilungen zum Diabetes mellitus (HbA1c-Wertes) und zum Tabakkonsum (Anzahl der Zigaretten) entscheidend für die Einordnung der PatientInnen in das Grading</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>und die Bestimmung der Behandlungsbedürftigkeit der Parodontitis wie auch für die Therapieplanung.</p> <p>Dieses ist, wie auch die DG PARO und DGZMK zu Recht darlegen, in der neuen Klassifikation auf Grundlage der Studienlage verankert: Der Zusammenhang zwischen Parodontitis und Diabetes mellitus bzw. Rauchen ist nicht eindimensional. Der Effekt des Rauchens ist dosisabhängig und der Effekt des Diabetes auf Parodontitis hängt entscheidend davon ab, ob er metabolisch gut (HbA1c < 7%) oder schlecht (HbA1c ≥ 7%) eingestellt ist. Daher sind die spezifischen Angaben zu den Risikofaktoren für die Erhebung und für die Ableitung einer patientenindividuellen Therapieentscheidung bedeutsam. Dies wird bei der aktuellen Klassifikation beim Grading berücksichtigt. Das Grading stellt somit eine wichtige Information für die Therapieplanung dar. Die Erhebung und Dokumentation dieser Daten sichert insofern erst eine wirtschaftliche individuelle Therapiegestaltung.</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
14	DG PARO (23.06.2020)	<p>4. Befund</p> <p>Anzahl der zu messenden Sondierungstiefen (ST)</p> <p>Parodontitis ist dadurch charakterisiert, dass die Destruktionen patienten-, zahn- und auch stellenspezifisch stark unterschiedlich ausgeprägt sind. Je umfangreicher die parodontale Befunderhebung ist, desto höher ist daher der Informationsgehalt und damit der Nutzen für den Patienten. Für die Erhebung des Parodontalstatus schlägt der GKV-SV vor, dass der klinische Befund die Erhebung der Sondierungstiefen (ST) an (genau) zwei Stellen (mesioapproximal und distoapproximal) in Millimetern umfasst.</p>	<p>Oft werden aber mehr als zwei ST als Grundlage für die Therapieplanung erfasst. Wenn sich aus der Messung von ST an 4 oder 6 Stellen pro Zahn zusätzlich behandlungsbedürftige Stellen ($ST \geq 4$ mm) identifizieren lassen, dürften nach dieser Beschreibung die betreffenden Zähne nicht für eine systematische Behandlung von Parodontitis beantragt werden. Diese restriktive Regelung wird von uns als nicht sachgerecht erachtet. Der Vorschlag der KZBV mit einer Messung der Sondierungstiefen und Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn, eine davon mesioapproximal und eine distoapproximal, ist hier flexibler und lässt dem Vertragszahnarzt die Option auch mehr als 2 Stellen pro Zahn zu messen und so als behandlungsbedürftig identifizierte Zähne zu beantragen.</p>	<p>GKV-SV: nein</p> <p>KZBV/PatV : ja</p>	<p>GKV-SV: In der derzeit gültigen Behandlungsrichtlinie wird nur von „Sondiertiefe“ gesprochen, ohne Vorgabe hinsichtlich der Anzahl oder Lage der Messpunkte.</p> <p>Die Stellungnehmenden lassen erkennen, dass sie die jeweils größte Taschentiefe erfassen und dokumentieren möchten. Dadurch, dass sie die Messung mesio- und distoapproximal vorgeben, gehen sie implizit davon aus, dass an diesen Stellen in der Regel die höchsten Messwerte zu erwarten sind. Dem ist zuzustimmen, denn zu erwarten ist, dass in der Regel die stärksten Destruktionen im Approximalbereich der Zähne vorliegen.</p> <p>Weil die Sondiertiefen an den genannten Stellen erwartungsgemäß am höchsten sind, ist die Messung an diesen beiden Stellen ausreichend.</p> <p>KZBV: Würdigung zu den lfd. Nr.14+20:</p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme:</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>In der mündlichen Anhörung am 4. September 2020 haben die Stellungnehmenden in der Gesamtschau dargelegt, dass je mehr Messstellen pro Zahn erhoben werden, der Informationsgehalt über die Erkrankung umso höher ist. Der internationale Standard liegt hier, übereinstimmend von DG PARO und DGZMK bestätigt, bei sechs Messstellen.</p> <p>Nach umfänglicher Abwägung der Argumentation im Stimmungsverfahren und der Anhörung ändert die KZBV ihre Position dahingehend, dass sie sechs Messstellen verbindlich in ihrem Beschlussentwurf regelt.</p> <p>PatV: Änderung der Anzahl der Messstellen auf sechs.</p>
15	DG PARO (23.06.2020)	<p>4.2 Rundung der Sondierungstiefen (ST)</p> <p>Der GKV-SV möchte Abstand von der Formulierung nehmen, bei der Messung der Sondierungstiefen werde „der Wert jeweils auf den nächsten ganzen Millimeter aufgerundet“. Er begründet dies damit, dass diese Beschreibung noch zu wenig präzise</p>	<p>Der Vorschlag des GKV-SV basiert aber ebenfalls auf dem Runden, konkret dem Abrunden, von Werten. Dabei wird nicht berücksichtigt, dass in Abhängigkeit von der verwendeten Sonde Messgenauigkeiten bis 0,2 mm (elektronische Sonden, z.B. Florida-Sonde) in der Praxis möglich sind [4, 5]. Die zunehmende Digitalisierung der</p>	<p>GKV-SV/KZBV/PatV: nein</p>	<p>GKV-SV/KZBV/PatV: Ablehnende Kenntnisnahme zur nicht-zutreffenden Annahme der Stellungnehmenden, der GKV-SV schlage ein Abrunden der Sondierungsmesswerte vor.</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
		<p>erschiene. Sie könnte zu einer Verwechslung mit kaufmännischem Runden führen und es irrtümlich nahelegen, die Messgenauigkeit bewege sich im Zehntelmillimeterbereich. Es soll der Wert der jeweils noch sichtbaren Millimetermarkierung gelten und dokumentiert werden.</p>	<p>zahnärztlichen Dokumentation lässt es erwarten, dass zunehmend auch elektronische Sonden Eingang in die Versorgung bekommen. Zudem entspricht es der gelebten Praxis, internationalem Standard und der Vermittlung in der Ausbildung, bei der Messung der ST auf den nächsten ganzen Millimeter zu runden.</p>		<p>Wie der GKV-SV in den Tragenden Gründen zum Beschlussentwurf ausführt, ist es vielmehr gelebte Praxis, den Wert der nächsten noch sichtbaren Millimetermarkierung heranzuziehen, wenn eine Millimetermarkierung in der Zahnfleischtasche verschwindet. Dies entspricht dem Aufrunden, welches die Stellungnehmenden befürworten.</p> <p>Im Übrigen bedeutet eine Anzeige von 0,2 mm auf einem elektronischen Display nicht, dass die Messgenauigkeit tatsächlich im Fünftelmillimeterbereich liegt. Im klinischen Alltag führen wiederholte Messungen bestenfalls zu übereinstimmenden Millimeterwerten, nicht jedoch zu übereinstimmenden Werten gemessen in Fünftelmillimetern (unzureichende Untersucherübereinstimmung, intra-/extra examiner reliability).</p> <p>KZBV: Zustimmungende Kenntnisnahme.</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
16	DG PARO (23.06.2020)	<p>4.3 Sondierungsblutung (BOP)</p> <p>Der GKV-SV verzichtet in seinem Entwurf darauf, neben den Sondierungstiefen die „Sondierungsblutung“ (Bluten auf Sondieren, BOP) zu erheben. Begründet wird dies damit, dass bei Erstellung des Parodontalstatus für die Einleitung der systematischen Parodontitistherapie das Erheben der Sondierungsblutung nicht erforderlich sei, weil sich daraus keine Konsequenz im Hinblick auf die nachfolgende antiinfektiöse Therapie (AIT) ergibt.</p>	<p>Die Sondierungsblutung bei Ersterhebung des Parodontalstatus hat zwar keine unmittelbare therapeutische Konsequenz, trägt aber im Vergleich zur Befundevaluation wesentlich zur Beurteilung des Behandlungserfolges und -verlaufes bei. Aus diesem Grund ist sie als Vergleichsparameter auch bei Ersterhebung sinnvoll. Zudem ist die Erfassung des Parameters „Blutung der Zahnfleischtaschen beim Sondieren“ bereits Bestandteil der Befunderhebung vor Therapie in den bestehenden Behandlungsrichtlinien (B V. Nr. 2 Beh-RL). Es ist keine fachliche Begründung ersichtlich, diesbezüglich hinter den Status Quo zurückzufallen. Die Erhebung des BOP sollte vielmehr pro Sondierungsstelle erfolgen.</p>	<p>GKV-SV/KZBV: nein</p>	<p>GKV-SV: Zustimmungende Kenntnisnahme, dass die Messung der Sondierungsblutung bei der Ersterhebung des Par-Status keine unmittelbare therapeutische Konsequenz hat.</p> <p>Ablehnende Kenntnisnahme zur Aussage, die Messung der Sondierungsblutung trage zur Beurteilung des Behandlungserfolges und -verlaufes der Parodontitis bei, weil mit der Sondierungsblutung nur eine Gingivitis festgestellt werden kann, wobei nach der Behandlungsrichtlinie auch nur die Parodontitis-, nicht aber die Gingivitis-Behandlung Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung ist.</p> <p>Im KZBV-Vorschlag ist die Messung der Sondierungsblutung beim Erheben des Par-Status nicht erforderlich, wohl aber bei der Befundevaluation, um die Häufigkeit der Nachsorgeleistung „subgingivale Instrumentierung“ festzulegen.</p> <p>Weil aus der Messung der Sondierungsblutung keine therapeutischen Konsequenzen erwachsen,</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>ist es aus Wirtschaftlichkeitsgründen zwingend, auf diesen diagnostischen Parameter zu verzichten. Ein „nice to know“ reicht nicht aus, um Versichertengelder auszugeben.</p> <p>KZBV: Würdigung zu den lfd. Nr. 16+21:</p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme:</p> <p>Das Stellungnahmeverfahren und die mündliche Anhörung zeigen in der Gesamtschau den Stellenwert zur Erhebung des BOP. Wie von den Stellungnehmenden dargelegt, ist die Sondierungsblutung ein etablierter Parameter in der Praxis bei der derzeitigen gültigen PAR-Befunderhebung.</p> <p>Die erweiterte Dokumentation der Sondierungsblutung zur Ausprägung der Entzündung bietet einen höheren Informationsgehalt.</p> <p>Die Bestimmung der Sondierungsblutung dient zwingend zur Verlaufskontrolle und ist daher auch schon bei der Ersterhebung zur erfassen. Sie ist ein wichtiger klinischer Parameter in Bezug auf die</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>Beurteilung der parodontalen Therapieergebnisse und des verbleibenden Krankheitsrisikos nach der Behandlung. Die mündliche Anhörung hat dabei nochmals verdeutlicht, dass der Parameter für die Krankheitswahrnehmung der PatientInnen wesentlich ist und damit hilfreich für die individuelle Beratung und als Motivator für die Patienteninstruktion ist.</p> <p>Mit der Bestimmung des Sondierungsblutens wird damit auch nicht nur eine Gingivitis festgestellt. Das Erfassen der Sondierungsblutung ermöglicht die Beurteilung subgingivaler Entzündungen, die ab einer Sondiertiefe von 4 mm bei vorhandenem Attachmentverlust Parodontitis heißt. Dazu ist die Dokumentation des Sondierungsblutens auch ein wichtiges Instrument zur Bestimmung der Notwendigkeit einer Nachinstrumentierung, ganz im Sinne einer therapeutischen Konsequenz. Dies wird von den Stellungnehmern unter den lfd. Nr. 43 und 47 zur UPT nochmals hervorgehoben. Dazu ist festzuhalten, dass auch auf</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					Grundlage der derzeit geltenden Behandlung-Richtlinie die Dokumentation des klinischen Befunds (Parodontalstatus) die Taschentiefen und die Blutung der Zahnfleischtaschen auf Sondieren umfasst (B V. Nr. 2 Beh-RL). Das Ergebnis des Methodenbewertungsverfahrens liefert keine Erkenntnisse, auf deren Grundlage sich die Streichung der Erhebung des Sondierungsblutens rechtfertigen ließe.
17	DG PARO (23.06.2020)	<p>4.4 Befunddokumentation</p> <p>Der Entwurf des GKV-SV sieht vor, dass beim Erheben des Parodontalstatus alle Parodontien untersucht werden, in der Befundevaluation bzw. unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) aber nur die Parodontien, die nach dem Parodontalstatus bei Beantragung als behandlungsbedürftig beurteilt wurden. Dies wird damit begründet, dass der Unterschied zwischen der Zahl der in der Versorgungsrealität für die systematische Behandlung von Parodontopathien beantragten Zähne und der Zahl der vorhandenen Zähne gering sei.</p>	Aus fachlicher Sicht ist es nicht sinnvoll, die Erhebung der parodontalen Befunde in der Befundevaluation bzw. UPT auf die bei Erstuntersuchung als erkrankt identifizierten Zähne zu beschränken. Der Ausschluss der ursprünglich nicht behandlungsbedürftigen Zähne aus der Nachbefundung führt im Praxisablauf dazu, dass die Befunderhebung deutlich verkompliziert wird. Weiter wird eine Beschränkung der Befunderhebung damit begründet, dass es medizinisch nicht notwendig sei, innerhalb von zwei Jahren Parodontien an Zähnen, die bei Erstellen des Parodontalstatus keinen Behandlungsbedarf aufwiesen, erneut zu untersuchen, weil an den Parodontien die-	GKV-SV: nein	GKV-SV: Ablehnende Kenntnisnahme. , zum erneuten Erheben der Sondierungstiefe an allen Zähnen 3-6 Monate nach der antiinfektiösen Therapie sowie jährlich in der Nachsorgephase Die Stellungnehmenden befürworten dies, weil die ursprünglich nicht behandlungsbedürftigen Zähne innerhalb weniger als 2 Jahren vereinzelt Attachmentverluste von $\geq 1,3$ mm erfahren würden. Der zitierten Literaturstelle Harks 2015 (Tab. 4) ist zu entnehmen, dass dies nach 27,5 Monaten bei 7,2% der Patientinnen und Patienten der Kontrollgruppe der Fall war.

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
			<p>ser Zähne im Verlauf der chronischen Erkrankung in der Regel kein oder ein nur geringfügiger Verlust an Attachment zu verzeichnen sei. Parodontitis entsteht immer an einem initial gesunden Parodont und das mit größerer Wahrscheinlichkeit bei einem bereits an anderen Stellen parodontal erkrankten Menschen. Auch bei parodontal therapierten Patienten kann es über Zeiträume von weniger als 2 Jahren vereinzelt zu Attachmentverlusten von $\geq 1,3$ mm kommen, die Stellen mit ursprünglichen ST = 3 mm therapiebedürftig werden lassen [4]. Würden an einem solchen Zahn bei den Befundevaluationen bzw. in der Unterstützenden Parodontistherapie (UPT) keine ST gemessen, würde die beginnende und noch sehr einfach zu therapierende Erkrankung übersehen. Der Ausschluss der Untersuchung der ursprünglich nicht beantragten Zähne von der Erhebung der PAR-Befunde widerspricht dem Grundsatz, die zahnärztliche Behandlung präventionsorientiert auszurichten. Bei der Erhebung des Parodontalstatus im Rahmen der Befundevaluationen und der UPT müssen deshalb die Sondierungstiefen immer an allen Zähnen erhoben werden. Darüber hinaus wird neben der Messung der Sondierungstiefen an allen Zähnen bei der Befundevaluation auch die Erhebung von</p>		<p>Allerdings ist sowohl bei der Studie als auch als auch in der Behandlungsrealität davon auszugehen, dass bei so gut wie allen vorhandenen Zähnen eine antiinfektiöse Therapie durchgeführt wurde oder wird, auch bei Zähnen mit Sondierungstiefe von 3 mm, so dass die Annahme der Stellungnehmenden, diese Zähne würden nicht ausreichend berücksichtigt, akademisch bleibt und sich in der Versorgungsrealität nicht abbildet.</p> <p>Im Jahr 2018 wurden bei knapp 1,1 Mio. Parodontitispatientinnen und -patienten über 22 Mio. Parodontien behandelt (P200 – P203, KZBV-Jahrbuch 2019); es wurden also bei jeder behandelten Versicherten oder jedem Versicherten durchschnittlich 21 Zähne behandelt, wobei jüngere Erwachsenen durchschnittlich 26 und jüngere Senioren 17 Zähne aufweisen (DMS V).</p> <p>KZBV: Würdigung zu den lfd. Nr. 17 + 22: Zustimmende Kenntnisnahme:</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
			<p>BOP und Furkationsbeteiligung als fachlich erforderlich angesehen, um im Rahmen eines Monitorings der Erkrankung die Vergleichbarkeit der Befundung im Gesamten zu gewährleisten (siehe 9.2.).</p>		<p>Die DG PARO hebt zu Recht hervor, dass ein Ausschluss der Untersuchung von ursprünglich nicht beantragten Zähnen von der Erhebung der PAR-Befunde dem Grundsatz, die zahnärztliche Behandlung präventionsorientiert auszurichten, widerspricht.</p> <p>Zur Kontrolle und zur Erkennung von Risikopatienten muss daher die Untersuchung des Parodontalzustands und die Erhebung des Parodontalstatus an allen Zähnen erfolgen. Es wird dazu darauf verwiesen, dass die Stellungnehmer, sich nicht dafür ausgesprochen haben, die Befunderhebung „direkt nach der antiinfektiösen Therapie“ vorzunehmen.</p>
18	<p>DGZMK (24.06.2020)</p>	<p>2. Berücksichtigung der aktuellen Klassifikation (PatV, KZBV) und Diagnose</p> <p>Die neue Klassifikation hat 2019 die bisherige Klassifikation aus dem Jahr 1999 abgelöst, Grundlage dafür war umfassende wissenschaftliche Vorarbeit nationaler und internationaler Fachgesellschaften.</p>	<p>Die neue und detaillierte Klassifikation ist somit der aktuelle Stand der Wissenschaft als Grundlage für die systematische und befundadäquate moderne Parodontaltherapie. Die vom GKV-SV vorgeschlagene Reduktion auf die ungenaue Diagnose Parodontitis unter Verzicht auf den integralen Bestandteil der Klassifikation in Form der Stadien und Grade würde die leistungsrechtliche Ausgestaltung vom aktuellen</p>	<p>GKV-SV/KZBV/PatV: nein</p>	<p>GKV-SV/KZBV/PatV: s. Nr. 11</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
			Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse trennen. Diesem Ansatz kann die DGZMK nicht zustimmen, die moderne Klassifikation ist vollumfänglich zu berücksichtigen.		
19	DGZMK (24.06.2020)	3. Anamnese Die GKV-SV sowie die PatV sehen eine vereinfachte Anamnese vor.	Dem kann die DGZMK nicht zustimmen, da die Erfassung von Parodontitismodifikatoren, wie HbA1c, Anzahl der Zigaretten/Tag etc. eine wichtige Grundlage für Therapieplanung und Verhaltensbeeinflussung der Patienten darstellt.	GKV-SV/KZBV: nein	GKV-SV/KZBV: s. Nr. 13
20	DGZMK (24.06.2020)	4. Befund 4.1. Anzahl der zu messenden Sondierungstiefen (ST) Grundsätzlich gilt: je mehr Messstellen pro Zahn erfasst werden, desto präziser ist. Befund Die vom GKV-SV vorgesehene klinische Befunderhebung der Sondierungstiefen (ST) an ausschließlich <u>zwei</u> Stellen (mesioapproximal und distoapproximal) in Millimetern ist als verallgemeinernde Vorgabe nicht zielführend.	Die DGZMK befürwortet demgegenüber den Vorschlag der KZBV, orientiert an der individuellen klinischen Situation <u>an mindestens zwei</u> Stellen pro Zahn die Sondierungstiefen zu messen (eine davon mesioapproximal und eine distoapproximal).	GKV-SV/KZBV: nein	GKV-SV/KZBV: s. Nr. 14 GKV-SV zur Anhörung: Zustimmende Kenntnisnahme zur Aussage, dass mehr Messstellen auch mehr Aufwand bedeuten. Ablehnende Kenntnisnahme zur Aussage, es müssten „mindestens zwei Messstellen sein.“
21	DGZMK (24.06.2020)	4.3. Sondierungsblutung (BOP) GKV-SV Entwurf verzichtet darauf, die „Sondierungsblutung“ (BOP) zu erheben mit der Begründung, dass sich keine Konsequenz im Hinblick auf die nachfolgende	Die Erfassung der Sondierungsblutung vermittelt in einfacher Form Informationen zum Entzündungsgrad und zur Aktivität einer parodontalen Tasche sowie zur Verlaufskontrolle.	GKV-SV/KZBV: nein	GKV-SV/KZBV: s. Nr. 16

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
		antiinfektiöse Therapie ergibt. Die DGZ plädiert ausdrücklich für die Beibehaltung dieses auch in den Praxen etablierten Parameters.			
22	DGZMK (24.06.2020)	4.4 Befunddokumentation Der GKV-SV sieht vor, dass alle Parodontien beim Erheben des Parodontalstatus vermessen werden, jedoch in der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) nur die, die nach dem Parodontalstatus bei Beantragung als behandlungsbedürftig eingestuft wurden.	Das erschwert und verkompliziert den Praxisablauf. Zudem können innerhalb von 2 Jahren auch an anderen Zähnen ausgeprägte Attachmentverluste auftreten, die in der UPT im Sinne einer präventionsorientierten Therapie frühzeitig erfasst und behandelt werden sollten. Daher ist der PA-Status auch während der UPT IMMER an allen Zähnen zu erfassen.	GKV-SV/KZBV: nein	GKV-SV/KZBV: s. Nr. 17
23	BZÄK (24.06.2020)	a. Anamnese, Befund, Diagnose, und Dokumentation Die Berücksichtigung der neuen Klassifikation parodontaler und peri-implantärer Erkrankungen in der Richtlinienausgestaltung ist ein essentieller Bestandteil bei der Aktualisierung der PAR-Behandlungstrecke und aus fachlicher Sicht sinnvoll [KZBV-BE in § 3 PAR-RL]. Das jeweils im einzelnen Behandlungsfall vorgenommene Staging und Grading haben entscheidende Auswirkungen auf die jeweilige individuelle Therapie, da hier erstmals die parodontale Gesundheit definiert wird, und ist daher der Befunderhebung und Diagnostik zugrunde zu legen.	Eine Nichtberücksichtigung der neuen Klassifikation in den Richtlinien des G-BA würde die leistungsrechtliche Ausgestaltung vom aktuellen Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse entkoppeln. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass durch die höhere Anzahl der Messstellen ein höherer Informationsgehalt generiert wird [KZBV-BE in §§ 3, 11, 14 PAR-RL].	GKV-SV/KZBV: nein	GKV-SV/KZBV: s. Nr. 11

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
24	BZÄK (24.06.2020)	<p>b. Behandlungsbedürftigkeit der Parodontitis</p> <p>Für die Berücksichtigung des Stagings und Gradings bei der Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit der Parodontitis sollte nach Auffassung der Bundeszahnärztekammer die bereits im Punkt a) aufgeführte Begründung gelten.</p>		<p>GKV-SV/KZBV: nein</p>	<p>GKV-SV/KZBV: s. Nr. 11</p>

5. Aufnahme von Gesprächspositionen (PatV, KZBV)

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
25	DG PARO (23.06.2020)	<p>5. Aufnahme von Gesprächspositionen (PatV, KZBV)</p> <p>Die Ätiologie von Parodontitis ist multifaktoriell und Verlauf sowie Schweregrad werden durch verschiedene endogene und exogene Risikofaktoren bestimmt. Der primäre ätiologische Faktor für Parodontitis ist das Vorhandensein bakterieller Zahnbeläge, die eine entzündliche Zerstörung des Zahnhalteapparates induzieren. Aktuelle Therapiekonzepte beschränken sich vorwiegend auf die Beseitigung bzw. das Management supra- und subgingivaler Beläge (Plaque). Die Wirkung der professionellen Entfernung von bakteriellen Belägen bleibt aber zeitlich limitiert, wenn diese nicht mit einer kontinuierlichen und effektiven, individuellen Reinigung der Zähne zusammengeführt wird.</p>	<p>Ein zentrales Element der Therapie ist es daher, parodontal erkrankte Patienten mit adäquaten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung vertraut zu machen, damit die Adhärenz bezüglich der Therapie und die Vorhersagbarkeit eines adäquaten Ergebnisses steigen. Dieser Schritt umfasst nicht nur die Implementierung einer Patientenmotivation und Verhaltensänderung mit dem Ziel einer adäquaten häuslichen Mundhygiene, sondern auch die Kontrolle der beeinflussbaren lokalen und systemischen Risikofaktoren (z.B. Rauchen), die eine Parodontitis signifikant modifizieren. Um solche Verhaltensänderungen zu erreichen, sind wiederholte intensive Gespräche mit den Patienten erforderlich, in denen ihnen zum einen das Wesen und die Entstehung ihrer Erkrankung (Parodontitis) und die Möglichkeiten zu ihrer Beeinflussung (Therapie) - unter Umständen auch wiederholt - erläutert werden. Dieser für eine erfolgreiche und nachhaltige Therapie erforderliche Aufwand wird durch die Erhebung von Anamnese und Befund sowie deren Dokumentation allein nicht abgebildet.</p>	<p>GKV-SV/KZBV/ PatV: nein</p>	<p>PatV: zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>KZBV: Würdigung zu den lfd. Nr. 25+28:</p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme:</p> <p>Die Studienlage, das Stellungnahmeverfahren und die mündliche Anhörung zeigen in der Gesamtschau, die bedeutende Rolle der Gesprächspositionen für den Behandlungserfolg der systematischen PAR-Therapie. Die Stärkung der Mundgesundheitskompetenz des Patienten ist wesentlicher und zwingend notwendiger Bestandteil einer dem aktuellen Stand entsprechenden PAR-Behandlungsstrecke. Die DGZMK hebt zu Recht hervor, dass wiederholte intensive Gespräche für einen nachhaltigen Therapieerfolg notwendig sind. Die medizinisch-therapeutische Notwendigkeit dieser originären Gesprächsleistungen entfällt auch nicht mit einem Verweis auf die zivilrechtlichen</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>Aufklärungspflichten aus den Vorgaben über den Behandlungsvertrag (§§ 630c ff. BGB). In diesem Zusammenhang ist auch auf den ärztlichen EBM zu verweisen, der eine Vielzahl an Gesprächspositionen explizit vorsieht (z.B. 03230, 04230, 04231, 14220, 16220, 21220, 01747, 01952). Auch die G-BA-Richtlinien sehen ausdrücklich in vielerlei Weise Gesprächsleistungen vor, die im Sinne einer patientenorientierten Therapiesteuerung medizinisch geboten sind und nicht mit Verweis auf die allgemeinen Aufklärungspflichten substituiert werden (siehe MVV-RL, DMP-Anforderungs-RL, Mutterschafts-RL, RL über künstliche Befruchtung, ASV-RL). Dies zeigt, dass dem GKV-Leistungsrecht originäre medizinisch notwendige Gesprächspositionen nicht nur nicht fremd sind, sondern im Rahmen des jeweiligen therapeutischen Konzepts auch zwingend indiziert sein können; die fachliche Notwendigkeit der PAR-Gespräche ist durch das MB-Ergebnis und die mündlichen und schriftlichen</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>Stellungnahmen hinreichend gestützt.</p> <p>GKV-SV: Die Anforderungen an die behandelnde Zahnärztin oder den behandelnden Zahnarzt sind gesetzlich geregelt. Nach § 630c Abs. 2 sind sie verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen. Nach § 630d Abs. 1 ist vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen. Aufklärung und Einholen der Einwilligung sind wie bei allen ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen Bestandteil der jeweiligen Leistung, im vorliegenden Fall Teil der Leistung nach Abschnitt V. Nr.</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>2 (Anamnese, Befund, Diagnose und Dokumentation).</p> <p>Die Einführung eines „Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegesprächs“ sowie eines „Parodontologischen Folgetherapiegesprächs/risikospezifischen Motivationsgesprächs“ ist daher abzulehnen.</p>
26	<p>DG PARO (23.06.2020)</p>	<p>5.1 Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch</p> <p>Der GKV-SV verzichtet darauf, ein von Anamnese, Untersuchung, Diagnosestellung und Dokumentation im Behandlungsplan („Parodontalstatus“) getrenntes „Aufklärungs- und Therapiegespräch“ vorzusehen, weil auch in anderen Leistungsbereichen die Information der Versicherten über die Diagnostik und Behandlungsplanung in der diagnostischen und planerischen Leistung selbst enthalten ist. Dieses Argument trägt aus unserer Sicht nicht. Da Parodontalerkrankungen, wie unter 5. skizziert, in hohem Maß abhängig vom Verhalten des Patienten (z.B. die individuelle Mundhygiene) sind, ist die Aufklärung als eigener Therapieschritt fachlich zwingend notwendig.</p>	<p>Ein detailliertes parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch ist ein wesentliches Element der Patienteninformation. Im Rahmen dieses Gespräches wird eine gemeinsame Entscheidung (partizipative Entscheidungsfindung) mit den Versicherten getroffen. Die Versicherten werden aktiv eingebunden und auf diese Weise der Grundstein für zuverlässige Adhärenz gelegt. Dabei wird die Behandlung auf die individuelle Situation der Versicherten abgestimmt („sprechende Zahnmedizin“). Nur so kann gewährleistet werden, dass die weitere Behandlung die für den jeweiligen Patienten spezifische, individuelle Situation berücksichtigt, wie es für eine sachgerechte Therapie zwingend erforderlich ist.</p>	<p>GKV-SV/KZBV: nein</p>	<p>GKV-SV: ablehnende Kenntnisnahme, s. Nr. 25</p> <p>KZBV: Würdigung zu den lfd. Nr. 26+29+31:</p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme:</p> <p>Die KZBV begrüßt, dass alle Stellungnehmer ein Gespräch im Anschluss an die Durchführung von Anamnese, Diagnose, Prognose und Therapieplanung als eigenständigen Therapieschritt im Rahmen der systematischen Parodontitistherapie befürworten und entsprechend begründen.</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
27	DG PARO (23.06.2020)	<p>5.2 Parodontologisches Folgetherapiegespräch/risikospezifisches Motivationsgespräch</p> <p>Studien zeigen, dass die regelmäßige Teilnahme der Patienten an der UPT durch verschiedene Faktoren beeinflusst wird [6-9]. Der Anteil vollständig adhärenter UPT-Patienten schwankt während der ersten 3 Jahre zwischen 26 und 77% [10, 11]. Innerhalb der ersten 3 Jahre der UPT sinkt die Bereitschaft zur Teilnahme am stärksten [12].</p>	<p>Daher scheinen den ersten 3 Jahren nach Abschluss der aktiven Parodontitistherapie eine herausragende Bedeutung für die langfristige UPT-Adhärenz der Patienten zuzukommen. Damit der Übergang von aktiver Therapie (geschlossenes und ggf. offenes Vorgehen) zu UPT gelingt und es nicht zu einem Abriss der Adhärenz kommt, ist die eingehende Aufklärung und das Gespräch mit dem Patienten am Ende der aktiven Parodontitistherapie ein wesentliches Element. Die kritische Phase von 3 Jahren begründet auch, dass die UPT für 3 Jahre Teil der vertragszahnärztlichen Versorgung werden soll. Wenn die Adhärenz über diese kritische Phase erhalten werden kann, darf davon ausgegangen werden, dass die Patienten die UPT fortsetzen.</p>	<p>GKV-SV/KZBV: nein</p>	<p>KZBV: Würdigung zu den lfd. Nr. 27+30+32:</p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme: Die KZBV begrüßt, dass die Stellungnehmer das zusätzliche Parodontologische Folgetherapiegespräch / risikospezifisches Nachsorge- und Motivationsgespräch im Anschluss an die Befunderhebung für fachlich sinnvoll und notwendig erachten. Es dient der Remotivation und im Sinne der „sprechenden Zahnmedizin“ der Verinnerlichung und Sicherstellung der Patientencompliance als eigener Therapieschritt und entbindet den Versicherten von einer einseitigen Verantwortung. Dies wird von der DG PARO auch mit wissenschaftlichen Studien untermauert.</p> <p>GKV-SV: Ablehnende Kenntnisnahme, s. Nr. 25</p>
28	DGZMK (24.06.2020)	<p>5. Aufnahme von Gesprächspositionen (PatV, KZBV)</p> <p>Die Ätiologie der Parodontitis ist multifaktoriell, Verlauf und Schweregrad werden</p>	<p>Grundlagen der Therapie sind somit: 1) Beseitigung bzw. Management supra- und subgingivaler Beläge (Plaque) mit zeitlich begrenztem Effekt 2) Patientenmotivation und Verhaltensänderung mit dem Ziel</p>	<p>GKV-SV/KZBV/PatV: nein</p>	<p>GKV-SV/KZBV/PatV: s. Nr. 25</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
		durch verschiedene endogene und exogene Risikofaktoren bestimmt.	einer adäquaten häuslichen Mundhygiene, aber auch die Kontrolle der beeinflussbaren lokalen und systemischen Risikofaktoren. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit wiederholter intensiver Gespräche für einen nachhaltigen Therapieerfolg. Dies wird durch die Erhebung von Anamnese und Befund sowie deren Dokumentation alleine nicht abgebildet.		
29	DGZMK (24.06.2020)	5.1. Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch Der GKV-SV sieht KEIN von Anamnese, Untersuchung, Diagnosestellung und Dokumentation im Behandlungsplan („Parodontalstatus“) getrenntes „Aufklärungs- und Therapiegespräch vor.	Ein Aufklärungs- und Therapiegespräch ist jedoch wesentlicher Bestandteil der Patienteninformation und maßgebliche Grundlage der patientenadäquaten Therapieentscheidung mit aktiver Einbindung des mündigen Patienten. Es sollte daher Berücksichtigung finden.	GKV-SV/KZBV/PatV: nein	KZBV/PatV: s. Nr. 26 GKV-SV: s. Nr. 25
30	DGZMK (24.06.2020)	5.2. Parodontologisches Folgetherapiegespräch/risikospezifisches Nachsorge- und Motivationsgespräch Auch ein parodontologisches Folgetherapiegespräch/risikospezifisches Nachsorge und Motivationsgespräch ist zu berücksichtigen.	Es ist fundamentaler elementarer Bestandteil der Therapie und bildet den Übergang zu einer nachhaltigen UPT.	GKV-SV/KZBV/PatV: nein	KZBV/PatV: s. Nr. 27 GKV-SV: s. Nr. 25
31	BZÄK (24.06.2020)	4.a. Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch Die Bundeszahnärztekammer bestätigt und unterstützt ausdrücklich die Positionen der KZBV [KZBV-BE in § 6 PAR-RL] und	Dadurch wird die Adhärenz gesteigert und langfristig gesichert. Die Behandlungsform muss immer auf die individuelle Situation der PatientInnen abgestimmt sein („sprechende Zahnmedizin“ (Wölber 2017, Wölber et al. 2019). Die dadurch möglichen	GKV-SV/KZBV/PatV: nein	KZBV/PatV: s. Nr. 26 GKV-SV: s. Nr. 25

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
		<p>der PatV [PatV-BE in Punkt 4 Beh-RL], dass über die Aufklärungspflichten aus dem Behandlungsvertrag hinaus das Aufklärungs- und Therapiegespräch fachlich zwingend geboten ist, um eine gemeinsame Entscheidung (shared decision making) mit PatientInnen zu ermöglichen und sie von Anfang an aktiv in das Behandlungsgeschehen einzubinden.</p>	<p>Verhaltensänderungen können zur Reduktion von exogenen Faktoren führen, wie z.B. Plaqueminderung durch Optimierung der Mundhygiene und/oder Verzicht auf das Rauchen. Somit ist das patientenindividuelle Gespräch von zentraler Bedeutung für den Therapieerfolg der Parodontitisbehandlung.</p>		
32	<p>BZÄK (24.06.2020)</p>	<p>4.b. Parodontologisches Folgetherapiegespräch / risikospezifisches Nachsorge- und Motivationsgespräch</p> <p>Beide Gespräche sind aus wissenschaftlicher Sicht notwendig, um einen Compliancebruch nach erfolgter antiinfektiöser Therapie zu verhindern.</p>	<p>Denn die aus verhaltensmedizinischer Perspektive patientenorientierte Gesprächsstrukturierung verbessert bei PatientInnen das kognitive Krankheitsverständnis und schafft so eine Grundlage für eine motivierende Behandlungsbereitschaft der chronisch verlaufenden Parodontalerkrankung. Als zentrales Prinzip steht im Vordergrund, den PatientInnen die notwendige Verhaltensänderungen umfassend zu reflektieren, damit er aus sich selbst heraus eine fundierte Entscheidung im weiteren Umgang mit seiner parodontalen Erkrankung, v.a. im Hinblick auf die notwendige Nachsorge bei der parodontalen Therapie, finden kann (Stärkung der Selbstwirksamkeit).</p>	<p>GKV-SV/KZBV/PatV: nein</p>	<p>KZBV/PatV: s. Nr. 27 GKV-SV: s. Nr. 25</p>

6. Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
33	DG PARO (23.06.2020)	<p>6. Aufnahme der Patientenindividuellen Mundhygieneunterweisung (PatV, KZBV)</p> <p>Wie unter 5. bereits dargelegt, fokussieren aktuelle Therapiekonzepte auf die Beseitigung bzw. das Management supra- und subgingivaler Beläge (Plaque) und exogener Risikofaktoren. Ein zentrales Element der Therapie ist es eine Verhaltensänderung der Patienten zu erreichen. Die Verbesserung der individuellen Mundhygiene sollte möglichst früh in zeitlichem Zusammenhang mit der subgingivalen Instrumentierung erfolgen, um deren Erfolg nicht durch Reinfektion der Taschen in Frage zu stellen.</p>	<p>Daher erscheint der Ansatz der KZBV und der PatV, den Zeitpunkt der Mundhygieneinstruktionen/-unterweisung (MHI) „im zeitlichen Zusammenhang“ mit der AIT zu verankern, als sinnvoll. Dabei wird die notwendige Flexibilität gewährleistet, um die jeweiligen individuellen Behandlungssituationen (z.B. bei Gingivawucherungen) zu berücksichtigen. Die Mundhygieneunterweisung erst im Rahmen der UPT zu verankern, wie vom GKV-SV vorgesehen, ist zu spät und fachlich nicht begründbar.</p>	<p>KZBV: nein GKV-SV: ja</p>	<p>KZBV: Würdigung zu den lfd. Nr. 33+34+35:</p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme:</p> <p>Neben dem schriftlichen Stellungnahmeverfahren hat auch nochmals die mündliche Anhörung gezeigt, dass der Zeitpunkt der Mundhygieneinstruktion (MHI) „im zeitlichen Zusammenhang“ mit der antiinfektiösen Therapie zu verankern, fachlich erforderlich ist, um eine Verbesserung der individuellen Mundhygiene möglichst früh zu erzielen. Im zeitlichen Zusammenhang mit der subgingivalen Instrumentierung (Reinigung der Taschen) muss auch gleichzeitig einer Rekolonisierung entgegengewirkt werden. Mit dem gewählten Zeitpunkt bleibt die notwendige Flexibilität gewährleistet. Durch die Berücksichtigung der patientenindividuellen Situation im Rahmen der MHI werden die Ergebnisse zum ITOHEP-Verfahren praxisnah und sachgerecht transferiert. Mit der Aufnahme einer pati-</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>entenindividuellen Mundhygieneunterweisung setzt der Entwurf der KZBV die Ergebnisse des MB-Verfahrens zielgerichtet um. Diese Leistung wird im Rahmen der UPT, angepasst an die individuelle Patientensituation, nur soweit erforderlich, und damit in fachlich notwendigem Maß in wirtschaftlicher Weise erbracht.</p> <p>GKV-SV: In Abschnitt V. Nr. 8 Abs. 1 Satz 2 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und ergänzt: „die erste Leistung nach Buchstabe a) kann auch im Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie erfolgen.“</p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme, dass verdeutlicht werden sollte, dass die erste mundhygienebezogene Leistung auch im (zeitlichen) Zusammenhang mit der AIT erfolgen kann.</p> <p>Im Richtlinienentwurf des GKV-SV bestand noch zwischen Abschnitt V. Nr. 8 Satz 1 (Leistungen der Nachsorge erfolgen nach der AIT) und Abschnitt V. Nr. 8 Abs. 2. lit. a) Satz 2 (Mundhygieneaufklärung</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>kann auch im Zusammenhang mit der AIT erfolgen) ein redaktioneller Widerspruch. Dieser wird mit der hier vorliegenden Änderung des Beschlussentwurfs des GKV-SV aufgelöst.</p> <p>Ablehnende Kenntnisnahme zur Annahme der Stellungnehmenden, der GKV-SV habe eine Mundhygieneunterweisung erst im Rahmen der Nachsorge verankert. Die Stellungnehmenden haben übersehen, dass der GKV-SV es unter Buchstabe a) bereits vorgesehen hat, dass die Leistung „Mundhygienekontrolle, soweit erforderlich Mundhygieneaufklärung und praktische Anleitung“ auch „im Zusammenhang mit [der antiinfektiösen Therapie] erfolgen“ kann.</p> <p>Der GKV-Entwurf sieht gleichzeitig vor, dass die Mundhygienekontrolle und -aufklärung spätestens innerhalb von 4 Wochen nach der AIT erfolgen soll. Häufig sind die Patienten erst nach Durchführung der AIT und dem damit verbundenen Herstellen sauberer Mundverhältnisse, welches einen Rück-</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					gang von Entzündung und ein Anschwellen des Gewebes bewirkt, in der Lage, eine ausreichende Mundhygiene zu betreiben. Ablehnende Kenntnisnahme zur Aufnahme einer zusätzlichen Leistung „Patientenindividuellen Mundhygieneunterweisung“, weil im Zeitraum von 3 Jahren bereits bis zu 9 Mundhygieneunterweisungen vorgesehen sind und eine zusätzliche weitere zehnte mundhygienebezogene Leistung weder notwendig noch wirtschaftlich wäre.
34	DGZMK (24.06.2020)	6. Aufnahme der Patientenindividuellen Mundhygieneunterweisung (PatV, KZBV) Ein zentrales Element der Therapie ist auch die Verhaltensänderung der Patienten. Eine Verbesserung der individuellen Mundhygiene sollte möglichst früh in zeitlichem Zusammenhang mit der subgingivalen Instrumentierung erfolgen, um deren Erfolg nicht durch Reinfektion der Taschen in Frage zu stellen.	Demgegenüber sieht der GKV-SV die Mundhygieneunterweisung (MHI) erst im Rahmen der UPT vor, was nicht den modernen Strategien zum oralen Biofilmmangement entspricht. Dementsprechend begrüßt und favorisiert die DGZMK das Konzept der KZBV und der PatV, den Zeitpunkt der MHI „im zeitlichen Zusammenhang“ mit der AIT zu verorten.	KZBV: nein GKV-SV: ja, s. Nr. 33	GKV-SV/KZBV: s. Nr. 33
35	BZÄK (24.06.2020)	5. Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung	Die MHI ist auch in Anlehnung an das Bewertungsergebnis im IQWiG-Abschlussbericht N15-01 „Systematische Behandlung	KZBV: nein GKV-SV: ja, s. Nr. 33	GKV-SV/KZBV: s. Nr. 33

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
		<p>Die Bundeszahnärztekammer unterstützt die fachliche Notwendigkeit einer patientenindividuellen Mundhygieneunterweisung. Der Ansatz der KZBV und der PatV, den Zeitpunkt der Mundhygieneinstruktion (MHI) „im zeitlichen Zusammenhang“ mit der antiinfektiösen Therapie zu verankern, wird als sinnvoll angesehen, da hiermit die notwendige Flexibilität gewährleistet bleibt, um die jeweiligen individuellen Behandlungssituationen zu berücksichtigen [KZBV-BE in § 8 PAR-RL], [PatV-BE in Punkt 5 Beh-RL].</p>	<p>von Parodontopathien“ vom 05.03.2018 zu sehen: Für die Kombination der GMT (geschlossene mechanische Therapie) mit ITOHEP-Verfahren (individuell angepasstes Mundhygiene-Schulungsprogramm) im Vergleich zur GMT + Mundhygiene-Standardunterweisung, konnte ein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen, basierend auf der Endpunktkategorie symptomatische Gingivitis, festgestellt werden.</p> <p>Der in der GKV-SV-Position [GKV-SV-BE in Punkt 8 a) Beh-RL] aufgeführte Zeitpunkt, die MHI erst im Rahmen der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) zu verankern, ist zu spät und fachlich nicht begründbar.</p>		

7. Mikrobiologischen Diagnostik als obligatorische Maßnahme vor der adjunktiven systemischen Antibiotikagabe (PatV)

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
36	DG PARO (23.06.2020)	<p>7. Mikrobiologischen Diagnostik als obligatorische Maßnahme vor der adjunktiven systemischen Antibiotikagabe (PatV)</p> <p>Die PatV sieht in ihrem Richtlinienentwurf die Aufnahme einer mikrobiologischen Diagnostik vor der Gabe systemisch wirkender Antibiotika adjunktiv zum geschlossenen Vorgehen vor.</p> <p>Begründet wird diese Neuerung damit, dass die Analyse des Keimspektrums einen gezielten Antibiotika-Einsatz erlaube und damit Über- und Fehlbehandlungen vermeide.</p>	<p>Zwar werden von etwa 700 in der Mundhöhle nachweisbaren Bakterien bei Patienten mit Parodontitis bestimmte Gruppen häufiger detektiert [13], von diesen kann jedoch nur ein Bruchteil routinemäßig mit den in der Praxis zur Verfügung stehenden Nachweistests identifiziert werden. Die pathogene Relevanz der anderen Bakterien ist bisher ungeklärt. Die Auswahl keimspezifischer Antibiotika auf Basis von mikrobiologischen Testergebnissen erscheint vor diesem Hintergrund fraglich [14, 15]. Aufgrund der mit einer Antibiotikagabe untrennbar verbundenen Gefahr der Entstehung mikrobieller Resistenzen und des Einflusses auf das gesamte Mikrobiom des menschlichen Organismus, sollte die Gabe systemisch wirksamer Antibiotika strikt auf Einzelfälle beschränkt werden. Die aktuelle S3-Leitlinie der EFP empfiehlt die Entscheidung über die Gabe systemischer Antibiotika von klinischen Kriterien abhängig zu machen (Patienten mit generalisiertem Stadium III bzw. IV beim jungen Erwachsenen bzw. bei rascher Progression/Grad C) [1, 16]. Insofern wird die Integration mikrobiologischer Diagnostik vor adjunktiver</p>	<p>PatV: ja GKV-SV/KZBV: nein</p>	<p>PatV: Zustimmende Kenntnisnahme; Nummer 7. wird fallen gelassen; Formulierung zur leitliniengerechten Versorgung wird neu überdacht</p> <p>PatV zur Anhörung: Streichung der bakteriellen Diagnostik mit Aufnahme einer Klarstellung zur leitliniengerechten Behandlung</p> <p>GKV-SV/PatV: Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>KZBV Würdigung zu den lfd. Nr. 36+37+38:</p> <p>Zustimmende Kenntnisnahme: Von den Stellungnehmern wird die mikrobiologische Diagnostik vor adjunktiver systemischer Antibiotikagabe für fachlich als nicht geboten eingeschätzt.</p> <p>Insbesondere der Verweis auf die aktuelle Leitlinie, in der die mikrobiologische Diagnostik nicht mehr als indiziert eingestuft wird, da sie das therapeutische Vorgehen</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
			systemischer Antibiotikagabe heute fachlich zumeist als verzichtbar angesehen.		nicht beeinflusst, ist für die Bewertung ausschlaggebend. Die mündliche Anhörung hat verdeutlicht, dass die neuen Leitlinienempfehlungen eine sehr restriktive, begrenzte Gabe systemisch wirksamer Antibiotika vorsehen, die sich strikt auf Einzelfälle beschränkt (z.B. Patienten mit rascher Progredienz). Die aktuelle S3-Leitlinie der EFP empfiehlt die Entscheidung über die Gabe systemischer Antibiotika von klinischen Kriterien abhängig zu machen.
37	DGZMK (24.06.2020)	7. Mikrobiologische Diagnostik als obligatorische Maßnahme vor der adjunktiven systemischen Antibiotikagabe (PatV) Die PatV fordert die Aufnahme einer mikrobiologischen Diagnostik vor der Gabe systemisch wirkender Antibiotika adjunktiv zum geschlossenen Vorgehen.	Dies entspricht nicht der aktuellen Leitlinie, eine mikrobiologische Diagnostik ist nicht mehr indiziert, beeinflusst das therapeutische Vorgehen nicht und sollte daher nicht berücksichtigt werden.	GKV-SV/KZBV: nein PatV: ja	GKV-SV/KZBV: s. Nr. 36 PatV: zustimmende Kenntnisnahme: Nummer 7. wird fallen gelassen, Formulierung zur leitliniengerechten Versorgung wird neu überdacht
38	BZÄK (24.06.2020)	6. Mikrobiologische Diagnostik vor der systemischen Antibiose	Die Aufnahme einer mikrobiologischen Diagnostik vor Gabe systemisch wirkender Antibiotika [PatV-BE in Punkt 7 Beh-RL] entspricht nicht den aktuellen Leitlinienempfehlungen und wird fachlich als unbe-	GKV-SV/KZBV: nein PatV: ja	GKV-SV/KZBV: s. Nr. 36 PatV: Zustimmende Kenntnisnahme: Nummer 7. wird fallen gelassen, Formulierung zur leitliniengerechten Versorgung wird neu überdacht

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
			gründet angesehen (S3-Leitlinie „Systemische Antibiotikagabe bei subgingivaler Instrumentierung“ 2018).		

8. Lasertherapie

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
39	DG PARO (23.06.2020)	<p>8. Aufnahme des Lasers allein oder ergänzend zur GMT (auch in Kombination mit PDT) (PatV)</p> <p>Der Entwurf der PatV sieht zur Entfernung der harten und weichen Beläge neben der geschlossenen mechanischen Therapie (GMT) auch geeignete Laser, die Kombination aus GMT und Laser oder eine Kombination aus GMT, Laser und PDT vor. Begründet wird dies mit den Ergebnissen der Nutzenbewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).</p> <p>Die aktuelle S3-Leitlinie der EFP gibt dagegen eine negative Empfehlung für die zusätzliche Anwendung eines Lasers zur mechanischen subgingivalen Instrumentierung in der antiinfektiösen Parodontitistherapie [1].</p>	<p>Für den Vergleich zwischen Laser und GMT wurden vom IQWiG nur RCTs identifiziert, die Er:YAG-Laser verwenden [17-19]. Aussagen zum Nutzen der Laser-Anwendungen dürfen folglich nicht allgemein für alle Dentallaser formuliert werden, sondern müssen auf Er:YAG-Laser limitiert sein. Es ist bemerkenswert, dass das IQWiG für den Vergleich zwischen Laser und GMT 12 Monate nach Therapie bei Vorliegen von 3 RCTs keinen Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen des Lasers findet [17-19] („Nur 1 Studie [17] zeigte einen statistisch signifikanten und klinisch relevanten Effekt zugunsten der Lasertherapie. Die beiden anderen Studien [18, 19] zeigten keine statistisch signifikanten Effekte. Daher lagen keine gleichgerichteten Effekte vor.“). Für den Zeitpunkt 24 Monate nach Therapie, für den alleinig Daten aus</p>	<p>PatV: nein GKV-SV/KZBV: nein</p>	<p>PatV: Ablehnende Kenntnisnahme; Die Aufnahme des Lasers als mögliche Therapieoption im Rahmen des geschlossenen Vorgehens begründet sich auf Grundlage der Ergebnisse des IQWiG-Berichts und der aktuellen S3-Leitlinien-Empfehlung „Subgingivale Instrumentierung“. In den Tragenden Gründen wird auf den Einsatz des Erbium YAG-Lasers verwiesen.</p> <p>GKV-SV: Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>KZBV Würdigung zu den lfd. Nr. 39+40+41: Zustimmende Kenntnisnahme:</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
			<p>einer für Er:YAG-Laser günstigen Studie [20] verfügbar waren, zeigt sich ein signifikanter und klinisch relevanter Vorteil für den Laser und damit in der Gesamtsicht des IQWiGs ein Anhaltspunkt für einen höheren Nutzen der alleinigen Lasertherapie. Diese Beurteilung basiert aber wie beschrieben nur auf den Ergebnissen einer Studie und missachtet damit mehr als 50% der ursprünglich eingeschlossenen Daten. Zudem ist anzumerken, dass je länger der Untersuchungszeitpunkt nach der Intervention liegt, der Effekt anderer Faktoren (individuelle Mundhygiene, Rauchverhalten, unterstützende Parodontistherapie) über die Intervention hinaus an Bedeutung gewinnen. Die DG PARO erachtet diese Evidenzgrundlage daher als schwach im Hinblick auf eine Implementierung in die Versorgung.</p>		<p>Eine Gleichartigkeit der GMT und des Lasers ist in der Gesamtschau auch nach den Ausführungen der Stellungnehmer nicht gegeben.</p> <p>Die Aussagen zum Nutzen der Laser-Anwendungen dürfen zudem nach eindeutiger Aussage der DG PARO nicht allgemein für alle Dentallaser formuliert werden. Wie auch die DG PARO, erkennt die DGZ ebenfalls keine Evidenz für die Laseranwendung.</p> <p>Die DGL sieht dagegen keinen Empfehlungsgrad in eine positive oder negative Richtung, da eine Er:YAG-Laserkürettage zu vergleichbaren klinischen Ergebnissen führt, wie die konventionelle Therapie. Diese Aussage wird dazu seitens der DGL selbst wiederum eingeschränkt, dass bei der adjuvanten Therapie (inklusive aPDT) der Sachverhalt schwieriger ist.</p> <p>Um eine adäquate Entscheidung zur Aufnahme des Lasers treffen zu können, scheint selbst aus Sicht der DGL, die im Vergleich zur DG PARO und der DGZ eine offener Position zum Laser vertritt,</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					weiterer Forschungsbedarf notwendig. Der Bedarf an weiterer Forschung hat sich auch in der öffentlichen Anhörung bestätigt.
40	DGZMK (24.06.2020)	<p>8. Aufnahme des Lasers allein oder ergänzend zur GMT (auch in Kombination mit PDT) (PatV) - hier: Abstimmung mit DGZ und DGL</p> <p>Aus Sicht der DGZ gibt es keine Evidenz für die Laseranwendung, der betreffende Passus zum Laser sollte entfallen. Die DGZ hat diesen Sachverhalt eingehend mit der DG PARO erörtert, Details können auf Anfrage nachgereicht werden.</p>	<p>Aus Sicht der DGL stellt sich der Sachverhalt etwas komplizierter dar: Die alleinige Lasertherapie mit einem Er:YAG-Laser wird in der neuen Leitlinie (Jentsch et al., Leitlinie "Subgingivale Instrumentierung", 2019) nicht thematisiert, so dass lediglich mit Verweis auf die Empfehlung der gültigen alten Leitlinie vom Oktober 2019 die Laseranwendung erwogen werden kann. Es besteht kein Empfehlungsgrad in eine positive oder negative Richtung, da eine Er:YAG-Laserkürrettage zu vergleichbaren klinischen Ergebnissen führt wie die konventionelle Therapie. Zusammenfassend spricht also nichts gegen eine Laserbehandlung als alleinige Therapie. Bei der adjuvanten Therapie (inklusive aPDT) ist der Sachverhalt schwieriger: Die den Empfehlungen der neuen Leitlinie zugrundeliegenden Studien betrachten auf der einen Seite nur die klinischen Ergebnisse nach einmaliger Therapie mit einem Beobachtungszeitraum von mindestens 6 Monaten. Auf der anderen Seite beziehen sich die Empfehlungen lediglich auf den primären</p>	GKV-SV/KZBV/ PatV: nein	<p>GKV-SV/KZBV: s. Nr. 39 PatV: Zustimmungse Kennntnisnahme; Die Aufnahme des Lasers als mögliche Therapieoption im Rahmen des geschlossenen Vorgehens begründet sich auf Grundlage der Ergebnisse des IQWiG-Berichts und der aktuellen S3-Leitlinien-Empfehlung „Sub-gingivale Instrumentierung“.</p> <p>Der Laser führt neben der GMT, wie aus Ihrer Stellungnahme zu entnehmen ist, „zu vergleichbaren klinischen Ergebnissen [...] wie die konventionelle Therapie“.</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
			<p>Endpunkt „Sondierungstiefenreduktion“. In einem Anfang des Jahres publizierten Artikel zur Endpunkt-Einschätzung des “XVI European Workshop on Periodontology: Evidencebased Guidelines for Periodontal Therapy”, publiziert in “Loos & Needleman: Endpoints of Active Periodontal Therapy. J Clin Periodontol (2020)” wird festgehalten, dass gerade mit Sicht auf allgemeinmedizinische Erkrankungen auch die Reduktion des Entzündungszustandes ein maßgeblicher Therapie-Endpunkt sein kann. Dieser Fragestellung geht die neue Leitlinie jedoch nicht nach. Somit bezieht sich die aktuelle Empfehlung zur adjuvanten Lasertherapie explizit auf die einmalige Anwendung eines Lasers (bei extrem heterogenen Leistungseinstellungen) und eine erzielbare Sondierungstiefenreduktion nach sechs Monaten. Bei diesen Einschlusskriterien wurden keine zusätzlichen bisher publizierten Reduktionen der Sondierungstiefen nach sechs Monaten gefunden, so dass eine einmalige adjuvante Lasertherapie mit diesem expliziten Ziel bei aktueller Studienlage nicht durchgeführt werden sollte. Die Leitlinie weist allerdings darauf hin, dass weiterer Forschungsbedarf zur Häufigkeit der Laseranwendung und Heterogenität der Leistungsparameter besteht. Somit kann zu einem späteren</p>		

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
			Zeitpunkt die augenblickliche Empfehlung, gerade unter Berücksichtigung des parodontalen Entzündungsgeschehens auf allgemeinmedizinische Erkrankungen, durchaus anders ausfallen.		
41	BZÄK (24.06.2020)	7. Lasertherapie Für die in der PatV-Position [PatV-BE in Punkt 6 a) Beh-RL] geforderte Kombination aus GMT+Laser+PDT (PDT=photodynamische Therapie) hat das IQWiG in seiner Nutzenbewertung keinen Nutzen feststellen können (Abschlussbericht N15-01 „Systematische Behandlung von Parodontopathien“ 2018).	Folglich wird deren Aufnahme aus Sicht der Bundeszahnärztekammer als fachlich nicht sinnvoll angesehen.	GKV-SV/KZBV: nein PatV: ja	GKV-SV/KZBV: s. Nr. 39 PatV: Zustimmungende Kenntnisnahme Klarstellung im Richtlinien-Entwurf im Kapitel 6. a) Zur Entfernung der harten und weichen Beläge kann die geschlossene mechanische Therapie (GMT), ein geeigneter Laser, die Kombination aus GMT und Laser oder eine Kombination aus GMT, fotoablativem und fotodynamischem Laser angewandt werden.

9. Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
42	DG PARO (23.06.2020)	<p>9. Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)</p> <p>9.1 Bezeichnung</p> <p>Der GKV-SV führt aus, dass hinsichtlich der Terminologie für die Phase und die Leistungen nach der antiinfektiösen Therapie eine große Heterogenität bestehe. So würden die Begriffe „Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)“, „Recall“ und am häufigsten „Nachsorge“ verwendet. Der Begriff „Nachsorge“ sei gegenüber der Bezeichnung „Unterstützende Parodontitistherapie“ zu bevorzugen, weil er besser die zeitliche Abfolge der Maßnahmen verdeutliche.</p>	<p>Der Terminus „Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)“ ist im deutschen Sprachraum und der akademischen Ausbildung allerdings fest etabliert [21, 22] und bezieht sich auf den in der internationalen wissenschaftlichen Literatur gebräuchlichen Begriff „supportive periodontal treatment/therapy (SPT)“ [23-25]. Die Aussage, dass der Begriff „Nachsorge“ am häufigsten verwendet wird, ist nicht belegt. Der Ausdruck „UPT“ macht deutlich, dass es sich nicht einfach um eine Nachkontrolle der betreffenden Patienten nach aktiver Parodontitistherapie handelt, sondern um Therapie, die die Aufrechterhaltung des Behandlungsergebnisses unterstützt und gewährleistet. Die zeitliche und stufenweise Abfolge von aktiver Parodontitistherapie (geschlossenes und ggf. offenes Vorgehen) und UPT wird aus der Richtlinie mehr als deutlich. Aus diesen Gründen ist dem Begriff „Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)“ der Vorzug zu geben.</p>	<p>GKV-SV: nein</p> <p>KZBV/ PatV: nein</p>	<p>GKV-SV: Ablehnende Kenntnisnahme.</p> <p>Anders als die Stellungnehmer annehmen, ist es unproblematisch zu belegen, dass der Begriff „Nachsorge“ am häufigsten verwendet wird. Unter den Stichworten „Parodontitis und Nachsorge“ finden sich mittels Internetsuchmaschine 46.500 Treffer, unter „Parodontitis und unterstützende Parodontitistherapie“ nur 16.500 und unter „Parodontitis und UPT“ nur 11.200.</p> <p>Vergleichbar häufig wie „UPT“ findet sich mit 11.700 Treffern „Parodontitis und Erhaltungstherapie“. Auch dieser Begriff erscheint inhaltsreicher als der Begriff „Unterstützende Parodontitistherapie“.</p> <p>PatV: Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>KZBV Würdigung zu den lfd. Nr. 42+46:</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>Zustimmende Kenntnisnahme:</p> <p>Die DG PARO als auch die DGZ unterstützen die Verwendung des Terminus „Unterstützende Parodontistherapie (UPT)“: Nicht nur, weil dieser ein etablierter Begriff ist, sondern auch weil er die langfristige Notwendigkeit der Parodontaltherapie zur Unterstützung der Aufrechterhaltung des Behandlungsergebnisses suggeriert. Diese Botschaft/Zielsetzung sollte auch bei den PatientInnen ankommen.</p> <p>Der G-BA sollte daher die von den einschlägigen Fachgesellschaften einheitlich verwendete Terminologie übernehmen, anstatt auf alternative Begrifflichkeiten abzustellen, die sich nicht aus der etablierten Wissenschaft ableiten lassen.</p>
43	DG PARO (23.06.2020)	<p>9.2 Subgingivale Instrumentierung in der UPT</p> <p>Die UPT zielt darauf ab, das Behandlungsergebnis nach Abschluss der aktiven Therapie stabil zu halten. Abhängig vom gingivalen und parodontalen Status werden dabei präventive und therapeutische Interventionen kombiniert. Dazu gehört auch</p>	<p>Gemäß der aktuellen Klassifikation liegt dann beim parodontal kompromittierten aber therapierten Patienten wieder eine Parodontitis vor [26]. Daher muss der PAR-Status in der UPT nicht nur die Information zur Sondierungstiefe enthalten, sondern zwingend auch das Bluten auf Sondieren stellenbezogen berücksichtigen. Dabei sind Sondierungstiefen von 4 mm mit BOP</p>	<p>GKV-SV/KZBV/ PatV: nein</p>	<p>GKV-SV: Ablehnende Kenntnisnahme. Nach dem Entwurf des GKV-SV erfolgt eine subgingivale Instrumentierung, wenn nach der AIT noch Sondierungstiefen von 6 mm und mehr verbleiben. Hintergrund ist die Studie von Matuliene et al. 2008. Deren Autoren fassen als wichtigstes Studienergebnis</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
		<p>die wiederholte subgingivale Instrumentierung von Stellen, an denen die Endpunkte für parodontale Stabilität (Sondierungstiefen $\leq 4\text{mm}$, keine Stellen mit $\text{ST} \geq 4\text{ mm}$ und Bluten auf Sondieren) nicht erreicht sind [1, 26].</p>	<p>und Sondierungstiefen von 5 mm in der UPT durch subgingivale Instrumentierung gut kontrollierbar [27]. Der GKV-SV sieht in seinem Richtlinienentwurf allerdings vor, dass die Entscheidung, ob und an welchem Zahn in der UPT eine subgingivale Instrumentierung durchgeführt wird, allein auf der Grundlage der Sondierungstiefe getroffen wird. Der GKV-SV wählt dafür den Schwellenwert von 6 mm mit der Begründung, dass nach geschlossener Therapie (antiinfektiösen Parodontitistherapie, AIT) verbleibende Sondierungstiefen $\geq 6\text{ mm}$ kein ausreichendes Behandlungsergebnis darstellen und weiterer Bearbeitung bedürfen. Dabei bezieht sich der GKV-SV bei seiner Argumentation auf die Studie von Matuliene et al. 2008 [24]. Er übernimmt damit für die Indikation der subgingivalen Instrumentierung in der UPT den Schwellenwert für das offene Vorgehen in der aktiven Parodontitistherapie. Der GKV-SV interpretiert die Arbeit von Matuliene et al. 2008 aber falsch. Die Arbeitsgruppe konnte zeigen, dass ST von 6 mm und mehr (stellenbezogen) oder ≥ 9 Stellen mit $\text{ST} \geq 5\text{ mm}$ (patientenbezogen) nach Abschluss der aktiven Parodontitistherapie das Risiko für Zahnverlust trotz UPT signifikant und klinisch relevant erhöhten [24]. Daher sollte die aktive Parodontitistherapie</p>		<p>zusammen, dass nach der antiinfektiösen Therapie verbleibende Taschen mit einer Sondierungstiefe von 6 mm oder mehr weitere therapeutische Maßnahmen erfordern; dabei ist keineswegs nur die chirurgische Therapie, sondern auch und vor allem die subgingivale Instrumentierung in der Nachsorge angesprochen.</p> <p>Abgelehnt wird auch die Anregung der Stellungnehmenden, in der Nachsorge/UPT die Parameter Furkationsbefall und Zahnlockerung zu erheben. Sie begründen dies mit dem Hinweis, auf Basis dieser Untersuchungsparameter könnten therapeutische Maßnahmen wie Schienung oder chirurgische Furkationstherapie resultieren. Jedoch stellt nicht der Parameter Furkationsbefall, sondern der Parameter Sondierungstiefe die Indikation für eine chirurgische Therapie dar, nur die Art der Ausführung dieser chirurgischen Therapie wird vom Furkationsbefall beeinflusst. Auch bei der Indikationsstellung für die Kernleistung der Nachsorge, die subgingivale</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
			<p>mit diesen Befunden nicht abgeschlossen werden und sie bedürfen einer weiterführenden (ggf. chirurgischen) Intervention. Diese Werte wurden aber zum Zeitpunkt der Befundevaluation nach AIT erhoben und nicht während der UPT. Die Reinstrumentierung in der UPT muss auch an Stellen mit ST = 4 mm und BOP und ST ≥ 5 mm erfolgen, was dem Prozedere maßgeblicher Studien zur UPT entspricht [22, 23, 27]. Zudem möchte der GKV-SV in der UPT auf eine Erhebung der Parameter Furkationsbefall und Zahnlockerung verzichten. Das wird damit begründet, dass ihre Erhebung keine Konsequenzen hinsichtlich des Auslösens einer subgingivalen Instrumentierung im Verlauf der UPT hätten. Diese Parameter geben aber wichtige Informationen über die parodontale Gesundheit des Patienten, die ggf. therapeutische Maßnahmen wie Schienung oder chirurgische Furkationstherapie zur Folge haben.</p>		<p>Instrumentierung an den betroffenen Zähnen, werden Furkationsbefall und Zahnlockerung nicht als Indikationsparameter herangezogen.</p> <p>Die Erhebung beider Parameter würde demnach keine Konsequenzen nach sich ziehen. Aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots sollte auf sie verzichtet werden.</p> <p>GKV-SV zur Anhörung: Zustimmende Kenntnisnahme zu den Aussagen der DG PARO, die Indikation für eine chirurgische Therapie sei primär abhängig von der Sondierungstiefe, und (nur) die Art der Ausführung dieser chirurgischen Therapie habe wiederum etwas mit dem Furkationsbefall zu tun.</p> <p>PatV: Zustimmende Kenntnisnahme</p> <p>KZBV Würdigung zu den lfd. Nr. 43+44+47+49: Zustimmende Kenntnisnahme:</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>Die KZBV nimmt zustimmend zur Kenntnis, dass die von ihr vorgelegte Ausgestaltung der UPT vollumfänglich, bezogen auf Inhalt sowie risikoadjustierte Frequenz und Dauer von den Stellungnehmern unterstützt wird. Der Inhalt der UPT im KZBV-Richtlinienentwurf entspricht dazu 1:1 dem konsentierten Ergebnis des Methodenbewertungsverfahrens.</p> <p>Der Inhalt der UPT im KZBV-Richtlinienentwurf entspricht dem untersuchten Ergebnis des Methodenbewertungsverfahrens. Es konnte festgestellt werden, dass die Unterstützenden Parodontistherapie (UPT) mit den Interventionen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untersuchung des Parodontalzustands, - Mundhygienekontrolle, - Mundhygieneaufklärung und -instruktion, teilweise mit praktischer Anleitung, - supra- und äquigingivale Reinigung ggf. einschließlich subgingivale Instrumentierung

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>zu einer Verbesserung im Hinblick auf die Endpunkte Zahnverlust, mundgesundheitsbezogene Lebensqualität, Attachmentlevel, Sondierungstiefe und symptomatische Gingivitis führen kann. Durch die strukturierte Nachsorge nach aktiver Parodontistherapie können demnach deren positive Effekte erhalten werden.</p> <p>Matuliene et al. 2008 machen Aussagen nicht zu ST \geq 6 mm nach AIT (antiinfektiöser Therapie), sondern zu ST \geq nach APT (aktiver parodontaler Therapie, die die AIT und ggf. chirurgische Therapie umfasst) (the presence and number of residual PPD \geq 6mm after ative Therapy. Case presentation and oral hygiene instructions were performed and causerelated initial periodontal therapy was carried out (scaling and root planning under local anesthesia if necessary). After evaluation of the outcome of initial therapy, periodontal surgery was performed if indicated.).</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>Wenn nach AIT (Evaluation 1) noch ST \geq 6 mm vorliegen, erfolgt eine Therapieergänzung (offenes Vorgehen) und nicht eine Nachinstrumentierung.</p> <p>Bei Matuliene et al. 2008 geht es aber um den Zeitpunkt nach Abschluss des geschlossenen UND des offenen Vorgehens. Wenn dann noch ST \geq 6 mm vorliegen, geht dies mit einem stark erhöhten Risiko für Zahnverlust einher. Matuliene et al. 2008 ziehen die Schlussfolgerung, dass ST \geq 6 mm KEIN Therapieziel sind und nicht, dass diese der Schwellenwert für Nachinstrumentierung seien.</p> <p>Schlussfolgerung von Matuliene et al. 2008:</p> <p>In conclusion, within limitations of this study, residual PPD > 6mm after APT represented a risk factor for both progression of periodontitis (Tonetti & Claffey 2005) and tooth loss during the SPT at the patient, tooth and site level.</p> <p>Multiple sites (>9) with residual PPD\geq5mm also represented a risk</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>for further progression of periodontitis at the patient level as defined by Tonetti & Claffey (2005).</p> <p>Aus dieser Studie lässt sich damit KEIN Schwellenwert von 6mm zur Nachinstrumentierung im Rahmen der UPT ableiten. Die Implementierung eines solchen Schwellenwertes würde dazu führen, dass kaum PatientInnen diese Leistung in Anspruch nehmen könnten. Ziel der UPT sollte zudem auch sein, nicht befallenes gingivales und parodontales Gewebe gesund zu erhalten sowie auch Neu- und Reinfektionen in behandelten Bereichen zu erkennen und bestehende Erkrankungen einzudämmen. Dieses zentrale Ziel würde damit vollständig verfehlt werden.</p>
44	DG PARO (23.06.2020)	<p>9.3 Supragingivale Reinigung (PMPR) in der UPT</p> <p>Darüber hinaus verknüpft der GKV-SV in seinem Richtlinienentwurf die subgingivale Instrumentierung mit einer supragingivalen Reinigung. Was aber geschieht, mit den Zähnen, die keine Indikation zur subgingivalen Instrumentierung in der UPT darstellen</p>	<p>Die vorliegenden maßgeblichen Studien zur UPT umfassen in der UPT-Gruppe immer die professionelle mechanische Plaqueentfernung (professional mechanical plaque removal, PMPR) [28]. Es besteht starker Konsens darüber, dass die PMPR integraler Bestandteil der UPT ist [1]. Der GKV-SV argumentiert, dass das Entfernen supragingivaler und gingivaler</p>	<p>GKV-SV/KZBV/PatV: nein</p>	<p>KZBV: s. Nr. 43</p> <p>GKV-SV: Ablehnende Kenntnisnahme. Hauptargument ist, dass die von der KZBV vorgesehene und von den Stellungnehmenden unterstützte „supragingivale Plaqueentfernung“ der Gingivitis-Therapie zuzuordnen wäre, diese</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
		<p>len? Sollen diese nicht supragingival gereinigt werden auch wenn es erforderlich ist? Die Richtlinienentwürfe von KZBV und PatV, die Mundhygienekontrolle und -unterweisung sowie supragingivale Plaqueentfernung vorsehen, sind in diesem Punkt aus wissenschaftlicher Sicht wesentlich konsistenter.</p>	<p>Beläge keine vertragszahnärztliche Leistung sei, sondern als „professionelle Zahnreinigung“ (PZR) eine GOZ-Leistung. Inhalt und Umfang der im Richtlinienentwurf der KZBV definierten professionelle mechanische Plaqueentfernung leitet sich unmittelbar aus den dazu verfügbaren Studien ab und entspricht nicht der darüber hinaus gehenden PZR, wie sie in der GOZ verankert ist [28].</p>		<p>jedoch kein Inhalt der Parodontitisbehandlung ist, denn auch nach dem KZBV-Entwurf bedingen allein die pathologischen parodontalen Zustände – mit Ausnahme der generalisierten gingivalen Vergrößerungen – eine Behandlungsbedürftigkeit und damit den Leistungsanspruch der Versicherten.</p> <p>Zuzustimmen ist den Stellungnehmenden, dass die GOZ-Leistung professionelle Zahnreinigung (PZR) über die supragingivale Reinigung hinausgeht, weil sie die zusätzlichen Elemente „Oberflächenpolitur“ und „Fluoridierungsmaßnahmen“ enthält.</p> <p>KZBV, BZÄK und DG PARO haben in ihrem „PAR-Versorgungskonzept“ (2017, dort Abb. 6) für den Fall, dass der Gesetzgeber ein Par-Bonussystem einführt, allen Leistungen der Nachsorge/UPT „Zuschüsse“ – offensichtlich der GKV – kombiniert mit einem wohl ebenfalls von der GKV zu finanzierenden „Bonussystem“ zugeordnet. „Zuschüsse“ würden – vgl. die Mehrkostenregelung bei Füllungen nach § 28 Abs. 1 Satz 2 oder</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>die Festzuschuss-Regelung beim Zahnersatz nach § 55 Abs. 4 SGB V – eine Abrechnung nach GOZ implizieren.</p> <p>Auch diese Intention spricht dagegen, die KZBV-Leistung „supragingivale Reinigung (PMPR) in der UPT“ einzuführen. Es ist abzulehnen, diese und andere gewünschte vertragszahnärztliche Leistungen als Basis für privat abzurechnende GOZ-Leistungen – z. B. einer PZR – einzuführen.</p> <p>PatV: Zustimmende Kenntnisnahme</p>
45	DG PARO (23.06.2020)	<p>9.4 Risikoadjustierte Frequenz und Dauer</p> <p>Die Darstellung des GKV-SV, es gäbe keine Studien, die den Nutzen einer Anwendung der Klassifikation nach Erkrankungsgraden/vermuteten Progressionsgeschwindigkeiten der Erkrankung und die darauf aufbauende unterschiedlich häufige Erbringung von Nachsorgeleistungen gegenüber einer Nichtdurchführung von Nachsorgeleistungen erprobt hätten, ist nichtzutreffend.</p>	<p>Zwei Arbeitsgruppen (Ann Arbor und Kiel) konnten zeigen, dass die Differenzierung der Diagnosen nach Stadien und Graden gut mit dem zu erwartenden Zahnverlust und damit dem individuellen Risiko korreliert [29-31]. Eine Schweizer Arbeitsgruppe konnte auf der anderen Seite darlegen, dass eine höhere UPT-Frequenz zu weniger Resttaschen (ST = 4 mm mit BOP, ST ≥ 5 mm) und besserer parodontaler Stabilität in der UPT führten [30, 32]. Eine pauschale Zuweisung einer UPT nur einmal</p>	<p>GKV-SV/KZBV/ PatV: nein</p>	<p>GKV-SV: Ablehnende Kenntnisnahme</p> <p>GKV-SV zur Anhörung, Zustimmende Kenntnisnahme zur Aussage der DG PARO, es gebe keine randomisierten klinisch kontrollierten Studien, die Recall-Intervalle untersuchen und nachweisen können. Zutreffend führt die DG PARO aus, dass alle Studien so angelegt sind, dass die Patienten zwei- bis viermal jährlich</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
			<p>pro Jahr („one size fits all“ type recommendation [33]) wird dieser Situation nicht gerecht. Keine der Studien, die den positiven Effekt der UPT auf die parodontale Stabilität (z.B. Verhinderung von Zahnverlust) beobachten, legt eine Frequenz von einer UPT pro Jahr zu Grunde [23]. Vielmehr werden in den relevanten Studien Frequenzen von 2- bis 4-mal pro Jahr empfohlen [21, 23, 34]. In Abschnitt Nr. 2 „Anamnese, Befund, Diagnose und Dokumentation“ seines Richtlinienentwurfes erkennt der GKV-SV die Bedeutung modifizierender Risikofaktoren für die Parodontitispathogenese an, wenn er schreibt „Bei der Erhebung der allgemeinen Anamnese werden Diabetes mellitus und Tabakkonsum erfasst, weil dies Faktoren sind, die die Progression der Parodontitis verstärken“</p> <p>Darüber hinaus ist bekannt, dass das Risiko für Parodontitisprogression und Zahnverlust auch nach Therapie mit dem Ausmaß des Knochenabbaus zunimmt [35, 36]. Diese Faktoren (Knochenabbaurate, Rauchen, Diabetes mellitus) werden durch die Diagnosen der aktuellen Klassifikation im Grading berücksichtigt. Deshalb ermöglicht das Grading eine auf das individuelle Risiko der Patienten abgestimmte Frequenz der UPT. Eine risikoadjustierte auf</p>		<p>kommen, und dass auch die entsprechende Evidenz dafür fehlt, dass „einmal pro Jahr reicht.“</p> <p>Ablehnende Kenntnisnahme zum Verweis auf die Studie von Giannobile 2013, die auf Daten von Versicherungsgesellschaften basiert und indirekte Hinweise liefert, dass „aller Vermutung nach einmal jährlich zu wenig ist.“ Es handelt sich um eine Beobachtungsstudie, die keine robuste Evidenz zur Frage liefert, wie sich ein Angebot an eine Testgruppe mit einmal jährlicher im Vergleich zu Kontrollgruppen ohne Nachsorge sowie mit mehr als einmal jährlicher Nachsorge auswirken würde. Überdies wertete die Forschungsgruppe den Zahnverlust ohne Kenntnis des Grunds für die Extraktionen aus; damit ist unklar, ob Kariesfolgen – z. B. Komplikationen von Wurzelbehandlungen – oder Parodontitis für die Extraktion ausschlaggebend waren.</p> <p>In der Studie unterschied sich der beobachtete Zahnverlust bei der Gruppe mit Risikofaktoren in Abhängigkeit von 1- versus 2-mal</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
			<p>dem Grading basierende Frequenz und eine Dauer von 3 Jahren wie von der KZBV und der PatV vorgeschlagen, wird deshalb als fachlich sinnvoll unterstützt und gewährt eine praxistaugliche, risikoadjustierte Umsetzung der UPT.</p>		<p>Nachsorge je Jahr über einen 16-Jahres-Zeitraum (!) um nur 0,127 Zähne, bei der Niedrigrisikogruppe sogar nur um 0,082 Zähne. Umgerechnet und näherungsweise könnte dies als Hinweis gewertet werden, dass bei jedem zehnten Versicherten in 16 Jahren ein Zahn mehr verloren ging.</p> <p>Angenommen, diese Daten wären ungeachtet der methodischen Limitationen der Studie korrekt, wäre dies ein Beleg für eine ausgeprägte Unwirtschaftlichkeit der erhöhten Häufigkeit zu werten. In keiner Weise könnte eine über 16 Jahre mit doppelt so hohen Kosten wie für einmal jährliche Nachsorge betriebene jährlich zweimalige Nachsorge auch nur annähernd den Zusatzaufwand für den prothetischen Ersatz eines Zahnes mehr bei ca. 10% der versorgten Patienten aufwiegen. Insofern erfolgt eine ablehnende Kenntnisnahme zur Aussage der DG PARO, die „eine Entlastung des Versicherungssystems“ annimmt, ohne die sehr hohen Kosten für</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>häufigere Nachsorge dagegen zu rechnen.</p> <p>Der bei Giannobile 2013 errechnete Unterschied beim Zahnverlust von ca. 0,1 Zähnen bei unterschiedlicher Nachsorgehäufigkeit wäre überdies verschwindend gering im Vergleich zum epidemiologisch gemessenen Rückgang der Zahl fehlenden Zähne um 2,1 bei den Erwachsenen und um 7,4 (!) im 17-Jahres-Zeitraum bei den Senioren in Deutschland zwischen 1997 und 2014 (DMS-Studien).</p> <p>Die von DGZMK und DG PARO angesprochene Studie Ramseier 2019 ist ebenfalls eine retrospektive Beobachtungsstudie. Die Arbeitsgruppe verwendete Algorithmen, um erwartete Verschlechterungen des Parodontalzustands in Beziehung zu setzen zu verschiedenen häufigen Recallterminen. Jedoch ist auch dieses Studiendesign nicht geeignet, einen Kausalzusammenhang zwischen erhöhter Nachsorgefrequenz und besserer Parodontalgesundheit belastbar zu belegen.</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>Die vorliegende, mit hohem Verzerrungsrisiko behaftete niedriggradige Evidenz unterstützt den Ansatz des GKV-SV, im Interesse der Versichertengemeinschaft an der Wirtschaftlichkeit der eingesetzten Mittel die Häufigkeit der Nachsorge zurückhaltend anzusetzen. Auch damit ist der erwünschte wesentliche Beitrag zu besserer Mundgesundheit zu erwarten.</p> <p>PatV: Zustimmungende Kenntnisnahme</p> <p>KZBV Würdigung zu den lfd. Nr. 45+48+49: Zustimmungende Kenntnisnahme: Der Ansatz von PatV und KZBV zur Frequenz der UPT, definiert/ermittelt anhand des Gratings, wird von allen Stellungnehmern positiv hervorgehoben und anhand der aktuellen Studienlage belegt. In dieser wird überwiegend sogar eine Frequenz von 2- bis 4-mal pro Jahr angesetzt. DGZMK und DG PARO haben in der Anhörung ausdrücklich darauf</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>hingewiesen, dass nach Ramseier 2019 eine risikoadjustierte Recallfrequenz fachlich zwingend geboten ist, um den Behandlungserfolg in Abhängigkeit des individuellen Patientenrisikos zu sichern. (S. 15f. Wortprotokoll der Anhörung vom 4.9.2020). Diese Risikoadjustierung hat sich daher allein am Grading ausrichten, welches im Rahmen der Befunderhebung festgestellt und dokumentiert werden muss.</p> <p>Durch das Grading wird eine auf das individuelle Risiko der PatientInnen abgestimmte Frequenz der UPT ermöglicht. Bezugswerte sind das Ausmaß und der Grad des parodontalen Knochenabbaus aber auch Faktoren, die die Parodontitis modulieren, wie Diabetes mellitus. Hervorzuheben ist auch der Verweis der DGZMK, dass ebenfalls Erkrankungen, die die Mundhygienefähigkeit der Patienten beeinträchtigen (neurologische Erkrankungen, Behinderungen etc.) zu berücksichtigen sind.</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>Ebenfalls wird die Mindestdauer der UPT von 3 Jahren von den Stellungnehmenden als fachlich notwendig und als tragfähiges Konzept bewertet. Die Studienlage zeigt und auch die Stellungnehmenden haben im schriftlichen Stellungnahmeverfahren wie auch in der öffentlichen Anhörung im UA ZA am 04.09.2020 dargelegt, dass nach einem Zeitrahmen von 3 Jahren eine weitgehende Verhaltensänderung bei PatientInnen sowie eine parodontale Stabilität bewirkt werden kann. Innerhalb der ersten 3 Jahre der UPT, sinkt die Bereitschaft zur Teilnahme am stärksten und begründet auch, dass die UPT für 3 Jahre Teil der vertragszahnärztlichen Versorgung sein sollte. Generelles Ziel der UPT sollte sein, die Adhärenz/Compliance über diese kritische Phase zu erhalten.</p> <p>(s. auch Verweis der DG PARO unter der Lfd. 27 im Zusammenhang mit der Patientencompliance/Adhärenz).</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
46	DGZMK (24.06.2020)	<p>9. Unterstützende Parodontistherapie (UPT)</p> <p>Der GKV-SV möchte den Begriff „Nachsorge“ anstatt „Unterstützende Parodontistherapie“ einführen.</p>	<p>Die DGZ plädiert für die Beibehaltung des etablierten Begriffes der UPT welcher die langfristige Notwendigkeit der Parodontaltherapie besser zum Ausdruck bringt als „Nachsorge“, was unzutreffend einen Abschluss oder Endpunkt der Therapie suggeriert.</p>	<p>GKV-SV/KZBV/PatV: nein</p>	<p>GKV-SV/KZBV/PatV: s. Nr. 42</p>
47	DGZMK (24.06.2020)	<p>9.2. Inhalt und Umfang</p> <p>Der GKV-SV möchte als Untersuchungsparameter für die Entscheidung, ob und an welchem Zahn in der UPT eine subgingivale Instrumentierung durchgeführt wird, ausschließlich die Sondierungstiefen heranziehen.</p>	<p>Auch und gerade in der UPT ist jedoch zwingend das Bluten auf Sondieren als entscheidendes Kriterium zu erheben. Die Blutung ist ein Indikator für Entzündung und Aktivität der Taschen und damit ein wichtiger Entscheidungsparameter hinsichtlich einer Reinstrumentierung. Der GKVSV verknüpft bei der UPT subgingivale Instrumentierung mit supragingivale Reinigung. Es wird keine Aussage zu den Zähnen ohne Indikation zur subgingivalen Instrumentierung getroffen, obwohl auch bei diesen eine supragingivale Biofilmentfernung angezeigt ist. Im Sinne eines nachhaltigen Biofilmanagements ist dies nicht zeitgemäß und nachhaltig. Professionelle mechanische Plaqueentfernung (professional mechanical plaque removal: PMPR) müssen nach Auffassung der DGZ integraler Bestandteil einer modernen UPT im Sinne der Behandlungsrichtlinie sein. Auch sieht der GKV-SV vor, auf die Erfassung von Furkationsbefall und Zahnlockerung</p>	<p>GKV-SV/KZBV/PatV: nein</p>	<p>GKV-SV/KZBV/PatV: s. Nr. 43</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
			zu verzichten. Es handelt sich jedoch um wichtige diagnostische Parameter für die Bewertung der betr. Zähne. Dies betrifft nicht nur die reine Parodontaltherapie sondern auch assoziierte Fragestellungen wie das Risiko der Wurzelkaries gerade im Bereich der Furkation oder ein okklusales Trauma als Trigger für Zahnlockerung im parodontal vorgeschädigten Gebiss.		
48	DGZMK (24.06.2020)	<p>9.3. Risikoadjustierte Dauer und Frequenz</p> <p>Der GKV-SV lehnt Begriff und die Durchführung einer „risikoadaptierten Frequenz der UPT“ ab. Es wird pauschal eine UPT pro Jahr vorgesehen. Dies entspricht nicht dem Stand der Wissenschaft, der in aktuellen Leitlinien und Studien belegt ist und negiert auch die demographische Entwicklung.</p>	Vielmehr sind Frequenzen von 2- bis 4-mal pro Jahr zu empfehlen – orientiert am Ausmaß und Grad des parodontalen Knochenabbaus aber auch an anderen Faktoren, die die Parodontitis modulieren wie Diabetes mellitus. Zu berücksichtigen sind ebenfalls Erkrankungen, die die Mundhygienefähigkeit der Patienten beeinträchtigen (neurologische Erkrankungen, Behinderungen etc.) Eine risikoadjustierte auf dem Grading basierende Frequenz und eine Dauer von 3 Jahren wie von der KZBV und von der PatV vorgeschlagen, wird deshalb als fachlich sinnvoll unterstützt und gewährt eine praxistaugliche risikoadjustierte Umsetzung der UPT.	GKV-SV/KZBV/PatV: nein	GKV-SV/KZBV/PatV: s. Nr. 45
49	BZÄK (24.06.2020)	<p>8. Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)</p> <p>Inhalt und Umfang einer UPT wie sie in der KZBV-Position [KZBV-BE in § 14 PAR-RL]</p>	In den relevanten Studien höherer Evidenzstufen waren die risikoadjustierte Dauer und Frequenz der Maßnahmen (Listgarten et al. 1989, Axelsson & Lindhe 1981, Costa et al. 2019, Costa et al. 2015)	GKV-SV/KZBV/PatV: nein	GKV-SV/KZBV/PatV: s. Nr. 45

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
		<p>definiert sind, werden als fachlich sinnvoll unterstützt.</p>	<p>sogar deutlich höher (zu Beginn alle zwei Monate, später alle drei Monate). Die UPT sollte in entsprechenden Intervallen geplant und individuell an das Risikoprofil und den parodontalen Status der PatientInnen nach aktiver Parodontitistherapie angepasst werden.</p> <p>Eine risikoadjustierte Frequenz und Dauer wie von der KZBV und der PatV vorgeschlagen, abgeleitet aus dem Grading, wird als fachlich sinnvoll unterstützt und gewährt eine praxistaugliche risikoadjustierte Umsetzung der UPT.</p> <p>Als positiv ist auch zu werten, dass im Ansatz der KZBV und der PatV zwischen verschiedenen Patientengruppen und Schweregraden differenziert wird.</p>		

10. Qualitätssicherung

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
50	BZÄK (24.06.2020)	<p>9. Qualitätssicherung</p> <p>Die PatV fordert Qualitätssicherungsmaßnahmen bezüglich der Untersuchungen und Behandlungen [PatV-BE in Punkt 9 Beh-RL]: Aus der Sicht der Bundeszahnärztekammer entbehrt diese Forderung sowohl fachlicher als auch berufsrechtlicher Grundlage. Sie wird aus diesen Gründen abgelehnt.</p>	<p>Die PAR-Behandlung wird mit der zur Beschlussfassung anstehenden RL des G-BA zwar als vertragszahnärztliche Leistung in Teilen neu definiert. Dies bedeutet jedoch keineswegs, dass hierbei zusätzliche, durch den G-BA zu regelnde qualitätssichernde Maßnahmen erforderlich sind. Denn im Zahnheilkundegesetz (ZHG, Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde, zuletzt geändert 2020) und im Delegationsrahmen der BZÄK (BZÄK online 2020) werden sowohl die Verantwortung des Zahnarztes/der Zahnärztin als auch die Grenzen der Delegation bei der PAR-Behandlung bereits konkret beschrieben. Die im Par-RL-Beschlusstwurf verankerten Leistungen sind als vertragszahnärztliche Leistungen geregelt. Gemäß Zahnheilkundegesetz können ausschließlich Personen mit einer zahnärztlichen Approbation Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten feststellen und behandeln. Die Qualität der Behandlung ist dabei sicherzustellen. Delegationsentscheidungen liegen allein in der fachlichen Verantwortung des Zahnarztes/der Zahnärztin.</p> <p>Der Zahnarzt/die Zahnärztin muss sicherstellen, dass seine nicht-zahnärztlichen</p>	<p>GKV-SV/KZBV/ PatV: ja</p>	<p>PatV: Zustimmungende Kenntnisnahme: Streichung des 9. Kapitels</p> <p>KZBV: Zustimmungende Kenntnisnahme: Die Ausführungen der BZÄK zur Frage der fehlenden Kompetenz des G-BA, Regelungen über die Delegation vertragszahnärztlicher Leistungen zu treffen, wird begrüßt. Der G-BA ist weder gehalten noch befugt, Regelungen über die Delegation von Leistungen festzusetzen. Der G-BA regelt allein vertragszahnärztliche Leistungen.</p> <p>Wie von der BZÄK dargelegt, können Leistungen dem Grunde nach delegiert werden. Diese Entscheidung hat sich jedoch allein an die Vorgaben des § 1 Abs. 5 ZHG in Verbindung mit den berufsständischen Regelungen zu Delegationsrahmen auszurichten und ist einer abweichenden Vorgabe durch den G-BA nicht zugänglich.</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
			<p>Mitarbeiter zur Erbringung der konkreten Leistung ausreichend qualifiziert sind. Voraussetzung für eine Delegation ist nach dem Zahnheilkundegesetz, dass der/die jeweilige MitarbeiterIn über eine abgeschlossene Ausbildung im Sinne des Berufsbildungsgesetzes verfügt. Der/die MitarbeiterIn muss ferner für die übertragene Aufgabe ausreichend qualifiziert sein. Ob eine ausreichende Qualifikation vorliegt, entscheidet der Zahnarzt/die Zahnärztin in eigener Verantwortung. Insbesondere die Fortbildungsordnungen der Landeszahnärztekammern, aber auch die Fortbildungsinhalte privater Anbieter sind hierfür ein Indiz. Aber auch praxisinterne Fortbildung oder der Besuch einzelner Kurse können dem Befähigungserwerb dienen. Grundsätzlich gilt, dass nach Zahnheilkundegesetz der Zahnarzt/die Zahnärztin zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet und persönlich gegenüber den PatientInnen für die gesamte Behandlung verantwortlich ist. Die persönlichen zahnärztlichen Leistungen umfassen einen Kernbereich höchst persönlich zu erbringender Leistungen sowie bestimmte unterstützende Teilleistungen, die nach dem ZHG, §1, Abs. 5, 6 an qualifizierte nicht-zahnärztliche MitarbeiterInnen delegiert</p>		<p>GKV-SV: Zustimmende Kenntnisnahme. Nach dem Zahnheilkundegesetz (§ 1 Abs. 5) sind unter anderem die folgenden Leistungen „an dafür qualifiziertes Prophylaxe-Personal mit abgeschlossener Ausbildung wie zahnmedizinische Fachhelferin, weitergebildete Zahnarzhelferin, Prophylaxehelferin oder Dental-Hygienikerin“ – also keineswegs nur an Dentalhygienikerinnen – delegierbar: Entfernen von weichen und harten sowie klinisch erreichbaren subgingivalen Belägen, Motivation zu zweckmäßiger Mundhygiene, Demonstration und praktische Übungen zur Mundhygiene.</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
			<p>werden dürfen. Der Zahnarzt/die Zahnärztin entscheidet aber letztverantwortlich darüber, was er/sie an dafür qualifiziertes Assistenzpersonal delegiert, denn er/sie haftet bei möglichen Fehlern der Assistenz. Das Zahnheilkundegesetz unterscheidet nicht zwischen den einzelnen Qualifikationsstufen einer fortgebildeten Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZFA). Nach dem ZHG sind alle Qualifikationen gleichzustellen, was die Weisungsgebundenheit, Aufsicht, Kontrolle und die Delegationsbeauftragung durch den Zahnarzt/die Zahnärztin betrifft. Zu beachten sind neben dem Zahnheilkundegesetz die Grundsätze der Delegation im „Delegationsrahmender Bundeszahnärztekammer für Zahnmedizinische Fachangestellte“ (BZÄK online 2020). Die Einhaltung dieser Regelungen wird von den (Landes-)Zahnärztekammern überwacht; ihre Verletzung wird ggf. berufsrechtlich sanktioniert.</p>		

11. Spezielle Anmerkungen der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin e.V. (DGAZ) für die Alterszahnheilkunde

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
51	DGAZ durch DGZMK (24.06.2020)	Die DGAZ sieht bei Senioren eine besonders hohe Relevanz für eine entzündungsreduzierende Parodontistherapie. Zum einen sollte intensiv den von parodontalen Entzündungen ausgehenden weiteren Infektionen z. B. Pneumonie oder Endokarditis im gesamten Körper nachhaltig entgegengewirkt werden. Zum anderen hat der Erhalt der Restbezahnung einen hohen Stellenwert für die Aufrechterhaltung der Kaufähigkeit, die mit dazu beiträgt, dass Senioren eine gute Ernährungslage haben. Malnutrition und infolge Sarkopenie sind häufige Ereignisse bei Menschen mit reduziertem Zahnbestand. Der Erhalt der Kaufähigkeit kann nur erreicht werden, wenn an gesunden Restzähnen der Zahnersatz ausreichend lagestabil befestigt werden kann. Die DGAZ unterstützt ausdrücklich die Neufassung der Behandlungsrichtlinie durch die KZBV Abschnitt „B.“, Punkt „V.“, Unterpunkt „4.“ „Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen bei einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen pro Kiefer.“	Restzahnbestände von bis zu drei Zähnen pro Kiefer spielen eine zentrale Rolle für die Funktionstüchtigkeit von Zahnersatz, vor allem bei der für die allgemeine Gesundheit wichtigen Kaufunktion. Parodontale Erkrankungen gefährden hier eine nachhaltige Versorgung und bedürfen deshalb einer Behandlung. Gleichzeitig ist in diesen Fällen der wirtschaftliche und organisatorische Aufwand bei einer systematischen Parodontalbehandlung in der Relation zur Restzahnzahl so hoch, dass ein vereinfachtes Verfahren sinnvoll erscheint. Darüber hinaus weist die DGAZ auf ein gesondertes Problem hin, welches die Versorgungswirklichkeit und die hier gemachten Erfahrungen abbildet und bei der Weiterentwicklung der Richtlinie von hoher Bedeutung ist: In der Gruppe der Patienten, die Leistungen nach § 22a SGB V erhalten, sind diejenigen besonders kompromittiert, die keinen relevanten eigenen Beitrag zu ihrer Mundpflege leisten können. Für diese Patienten ist eine systematische Parodontistherapie regelmäßig allein schon aus formalen Gründen nicht möglich. Röntgenbilder liegen häufig nicht vor und können in	KZBV: ja PatV/GKV-SV: nein	KZBV: Kenntnisnahme als Hinweis aus der Versorgung hinsichtlich der Patientinnen und Patienten nach § 22a SGB V Die KZBV begrüßt ausdrücklich die ergänzenden Hinweise der DGAZ. Die Mundgesundheit von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen ist im Durchschnitt schlechter, als die des Bevölkerungsdurchschnitts. Ihr Risiko für Parodontalerkrankungen ist überdurchschnittlich hoch. Die Patientengruppen haben einen erhöhten Präventions- und Therapiebedarf. Die KZBV versteht daher den Vorschlag der DGAZ als Hinweis aus der Versorgung, dass auch ein Behandlungsweg neben der systematischen Parodontalbehandlung ohne den Vorbehalt des üblichen Antragsverfahrens und der Vorabgenehmigung möglich sein sollte. Im Ergebnis haben die Stellungnehmenden in der mündlichen Anhörung im UA ZÄ am 4. September

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
			<p>den seltensten Fällen regelkonform angefertigt werden, Mundhygieneunterweisungen und Motivationsgespräche sind weniger wirksam, auch wenn sie sich an das betreuende Umfeld wenden. Zudem entspricht der Zeitbedarf von Genehmigungsverfahren nicht der hohen Dringlichkeit bei Zähnen, die zum Erhalt von Zahnersatz entscheidend sind. Die DGAZ stellt fest, dass diesen Versicherten die Teilhabe an einer Parodontitistherapie dennoch nicht verwehrt werden kann. In diesen Fällen muss ein Behandlungsweg neben der systematischen Parodontalbehandlung ohne den Vorbehalt des üblichen Antragverfahrens und der Vorabgenehmigung möglich sein. Zielführend wäre diese Regelung auch für schwerkompromittierte Patienten (z. B. demenzielle Erkrankungen), die eine Grundsicherung in Narkose benötigen, wobei bereits der differenzierte Ausgangsbeurteilung oft nicht möglich ist. Die Einbeziehung der hier beschriebenen vulnerablen Patienten in eine Parodontitistherapie muss unter dem Vorbehalt der Durchführung der Leistungen nach § 22a SGB V stehen (Erhebung Mundgesundheitsstatus und individueller Mundgesundheitsplan; Mundgesundheitsaufklärung).</p>		<p>2020 nahegelegt, dass eine losgelöste Erörterung des Sachverhalts hinsichtlich der parodontologischen Behandlung von § 22a-SGB V-PatientInnen erfolgen sollte. Das Thema sollte daher aus dem laufenden Verfahren herausgelöst und gesondert beraten werden, um eine ziel- und bedarfsgerechte Ausgestaltung zur Versorgung für die vulnerable Patientengruppe zu schaffen.</p> <p>In diesem Zusammenhang wird der BE zur Änderung der Beh-RL dahingehend geändert, dass die Regelung zur Zahnzahnbegrenzung zurückgestellt wird, um sie im Kontext der weiteren Beratungen berücksichtigen zu können.</p> <p>GKV-SV:</p> <p>Kenntnisnahme Regelungen zur Versorgung von Versicherten mit einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen je Kiefer.</p> <p>sowie zur Versorgung Versicherten, die Leistungen nach § 22a SGB V) erhalten (Pflegebedürftige und Bezieherinnen und Bezieher von Eingliederungshilfe) sollen in</p>

Lfd. Nr.	Organisation (Datum)	Inhalt der Stellungnahme	Begründung/Bemerkungen	Änderung Beschlussentwürfe (Ja/Nein)	Würdigung
					<p>einem weiteren Verfahren beraten werden.</p> <p>GKV-SV zur Anhörung: Zustimmende Kenntnisnahme zur Aussage der DG PARO, es sei wichtig, dass die Patientengruppe der Versicherten, die Leistungen nach § 22a SGB V erhält (Pflegebedürftige und Bezieherinnen und Bezieher von Eingliederungshilfe) und von einer Parodontitistherapie profitieren kann, auch wenn es nur eine „Kerntherapie“ ist.</p>

12. Literaturverzeichnis der DG PARO

1. Sanz, M., et al., Treatment of Stage I-III Periodontitis -The EFP S3 Level Clinical Practice Guideline. J Clin Periodontol, 2020.
2. Seppala, B., M. Seppala, and J. Ainamo, A longitudinal study on insulin-dependent diabetes mellitus and periodontal disease. J Clin Periodontol, 1993. 20(3): p. 161-5.
3. Tomar, S.L. and S. Asma, Smoking-attributable periodontitis in the United States: findings from NHANES III. National Health and Nutrition Examination Survey. J Periodontol, 2000. 71(5): p. 743-51.
4. Harks, I., et al., Is progression of periodontitis relevantly influenced by systemic antibiotics? A clinical randomized trial. J Clin Periodontol, 2015. 42(9): p. 832-42.
5. Eickholz, P., Glossar der Grundbegriffe für die Praxis: Parodontologische Diagnostik 5: PSI und Sondierungsparameter. Parodontologie, 2010. 21(2): p. 177-187.
6. Lee, J.B., et al., Evaluation of prognosis related to compliance with supportive periodontal treatment in patients with chronic periodontitis: a clinical retrospective study. J Periodontal Implant Sci, 2019. 49(2): p. 76-89.
7. Mendoza, A.R., G.M. Newcomb, and K.C. Nixon, Compliance with supportive periodontal therapy. J Periodontol, 1991. 62(12): p. 731-6.
8. Demirel, K. and A. Efeodlu, Retrospective evaluation of patient compliance with supportive periodontal treatment. J Nihon Univ Sch Dent, 1995. 37(3): p. 131-7.
9. Demetriou, N., A. Tsami-Pandi, and A. Parashis, Compliance with supportive periodontal treatment in private periodontal practice. A 14-year retrospective study. J Periodontol, 1995. 66(2): p. 145-9.
10. Konig, J., et al., Retrospective comparison of clinical variables between compliant and noncompliant patients. J Clin Periodontol, 2001. 28(3): p. 227-32.
11. Eger, T. and P. Eickholz, Wie viel Recall braucht der Mensch? Risikoorientierte Unterstützende Parodontitistherapie (UPT). Parodontologie, 2010. 21(1): p. 45-55.
12. Wilson, T.G., Jr., et al., Compliance with maintenance therapy in a private periodontal practice. J Periodontol, 1984. 55(8): p. 468-73.
13. Dewhirst, F.E., et al., The human oral microbiome. J Bacteriol, 2010. 192(19): p. 5002-17.
14. Riep, B., et al., Are putative periodontal pathogens reliable diagnostic markers? J Clin Microbiol, 2009. 47(6): p. 1705-11.
15. Mombelli, A., et al., Actinobacillus actinomycetemcomitans in adult periodontitis. I. Topographic distribution before and after treatment. Journal of Periodontology, 1994. 65(9): p. 820-6.
16. Eickholz, P., et al., Clinical benefits of systemic amoxicillin/metronidazole may depend on periodontitis severity and patients' age: An exploratory sub-analysis of the ABPARO trial. J Clin Periodontol, 2019. 46(4): p. 491-501.
17. Schwarz, F., et al., Clinical evaluation of an Er:YAG laser combined with scaling and root planing for non-surgical periodontal treatment. A controlled, prospective clinical study. J Clin Periodontol, 2003. 30(1): p. 26-34.

18. Lopes, B.M., et al., Clinical and microbiologic follow-up evaluations after non-surgical periodontal treatment with erbium:YAG laser and scaling and root planing. *J Periodontol*, 2010. 81(5): p. 682-91.12
19. Krohn-Dale, I., et al., Er:YAG laser in the treatment of periodontal sites with recurring chronic inflammation: a 12-month randomized, controlled clinical trial. *J Clin Periodontol*, 2012. 39(8): p. 745-52.
20. Schwarz, F., et al., Periodontal treatment with an Er:YAG laser or scaling and root planing. A 2-year follow-up split-mouth study. *J Periodontol*, 2003. 74(5): p. 590-6.
21. Eickholz, P., Glossar der Grundbegriffe für die Praxis: Unterstützende Parodontitistherapie (UPT). Teil 2: Individuelles Parodontitisrisiko und Bestimmung der UPT-Intervalle. *Parodontologie*, 2007. 18(2): p. 239-245.
22. Eickholz, P., Glossar der Grundbegriffe für die Praxis: Unterstützende Parodontitistherapie (UPT). Teil 1: Ziele und Inhalte. *Parodontologie*, 2020. 31(2): p. 205-211.
23. Eickholz, P., et al., Tooth loss after active periodontal therapy. 1: patient-related factors for risk, prognosis, and quality of outcome. *J Clin Periodontol*, 2008. 35(2): p. 165-74.
24. Matuliene, G., et al., Influence of residual pockets on progression of periodontitis and tooth loss: results after 11 years of maintenance. *J Clin Periodontol*, 2008. 35(8): p. 685-95.
25. Lee, C.T., et al., Impact of Patient Compliance on Tooth Loss during Supportive Periodontal Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of dental research*, 2015. 94(6): p. 777–786.
26. Chapple, I.L.C., et al., Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol*, 2018. 45 Suppl 20: p. S68-S77.
27. Mombelli, A., et al., Qualitätsleitlinien in der Parodontologie. *Swiss Dent J* 2014. 124(2): p. 261-267.
28. Trombelli, L., G. Franceschetti, and R. Farina, Effect of professional mechanical plaque removal performed on a long-term, routine basis in the secondary prevention of periodontitis: a systematic review. *J Clin Periodontol*, 2015. 42 Suppl 16: p. S221-36.
29. Graetz, C., et al., Comparison of periodontitis patients' classification in the 2018 versus 1999 classification. *J Clin Periodontol*, 2019. 46(9): p. 908-917.
30. Ravidá, A., et al., Using periodontal staging and grading system as a prognostic factor for future tooth loss: A long-term retrospective study. *J Periodontol*, 2020. 91(4): p. 454-461.
31. Giannobile, W.V., et al., Patient stratification for preventive care in dentistry. *J Dent Res*, 2013. 92(8): p. 694-701.
32. Ramseier, C.A., et al., Time between recall visits and residual probing depths predict longterm stability in patients enrolled in supportive periodontal therapy. *J Clin Periodontol*, 2019. 46(2): p. 218-230.
33. Farooqi, O.A., et al., Appropriate Recall Interval for Periodontal Maintenance: A Systematic Review. *J Evid Based Dent Pract*, 2015. 15(4): p. 171-81.
34. Axelsson, P. and J. Lindhe, The significance of maintenance care in the treatment of periodontal disease. *J Clin Periodontol*, 1981. 8(4): p. 281-94.
35. Pretzl, B., et al., Tooth loss after active periodontal therapy. 2: tooth-related factors. *J Clin Periodontol*, 2008. 35(2): p. 175-82.

36. Graetz, C., et al., Prognostic factors for the loss of molars--an 18-years retrospective cohort study. J Clin Periodontol, 2015. 42(10): p. 943-50.

13. Literaturverzeichnis der BZÄK

Axelsson P, Lindhe J. Effect of controlled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults: results after 6 years. J Clin Periodontol 1981; 8(3):239-248.

BZÄK online: Bundeszahnärztekammer. Delegationsrahmen der Bundeszahnärztekammer für Zahnmedizinische Fachangestellte. 2009. URL: <http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/Delegationsrahmen.pdf>. Zugriff am 22.06.2020

Costa FO, Cortelli SC, Costa AA, Cyrino RM, Cortelli JR, Miranda Cota LO. Impact of compliance during periodontal maintenance therapy on oral health-related quality of life: A 6-year follow-up. Journal of Dentistry 2019; 83:50-55.

Costa FO, Cota LOM, Cortelli JR, Cortelli SC, Cyrino RM, Lages EJP et al. Surgical and Non-Surgical Procedures Associated with Recurrence of Periodontitis in Periodontal Maintenance Therapy: 5-Year Prospective Study. PLoS ONE 2015; 10(10):e0140847.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Systematische Behandlung von Parodontopathien. Abschlussbericht. Auftrag: N15-01. Version: 1.0. Stand: 05.03.2018. IQWiG-Berichte – Nr. 602: 17. URL: https://www.iqwig.de/download/N15-01_Systematische-Behandlung-von-Parodontopathien_Abschlussbericht_V1-0.pdf. Zugriff: 22.06.2020.

Listgarten MA, Sullivan P, George C, Nitkin L, Rosenberg ES, Chilton NW, Kramer AA. Comparative longitudinal study of 2 methods of scheduling maintenance visits: 4-year data. J Clin Peri-odontol 1989; 16:105-115.

S3-Leitlinie (Kurzversion). Adjuvante systemische Antibiotikagabe bei subgingivaler Instrumentierung im Rahmen der systematischen Parodontitistherapie. AWMF-Registernummer: 083-029. Stand: November 2018. Gültig bis: November 2023:12-13. URL: <https://secure.owidi.de/documents/10165/1373255/S3-Leitlinie+%28Kurzversion%29+Adjuvante+systemische+Antibiotikagabe+bei+subgingivaler+Instrumentierung+im+Rahmen+der+systematischen+Parodontitistherapie/f71079c2-1cd4-4aca-bd64-f11b4e2b725d>. Zugriff: 22.06.2020.

Wölber J. Motivational Interviewing (MI) in der Zahnmedizin. IGZ/Zahnmedizin und Gesellschaft 2/2017.

Wölber J, Fuhrmann S, Fabry G, Jähne A, Schulz C et al. Patientenkommunikation online lernen. zm 109, Nr. 6, 16.3.2019:580.

ZHG: Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225), das zuletzt durch Artikel 13 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1018) geändert worden ist. URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/zhg/BJNR002210952.html>. Zugriff: 22.06.2020.

IV. Mündliche Stellungnahmen

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V, 1. Kapitel § 12 Absatz 1 der Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Diese ist im Rahmen einer Anhörung abzugeben und dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungsverfahren ergeben haben, einzubringen.

Alle Stellungnehmer (DG PARO, DGZMK und BZÄK) teilen mit, an der mündlichen Anhörung der Sitzung des UA ZÄ am 4. September 2020 teilzunehmen.