

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

-

Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie): Folgeanpassungen im Zusammenhang mit der Erstfassung der PAR-Richtlinie

Erläuterungen zu den Inhalten der PAR-Richtlinie und der Behandlungsrichtlinie ab dem 1. Juli 2021

I. Wesentliche normative Änderungen – Erstfassung der PAR-Richtlinie und Folgeanpassungen in der Behandlungsrichtlinie

ENTSCHEIDUNG ZUR ÜBERFÜHRUNG DER REGELUNGEN IN EINE EIGENSTÄNDIGE RICHTLINIE

Die systematische Behandlung von Parodontopathien (Par-Behandlung) wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf Antrag der Patientenvertretung vom 22. Juli 2013 einer Bewertung unterzogen, ob sie den aktuellen zahnmedizinischen Erkenntnissen entspricht (**Methodenbewertung gemäß § 135 Absatz 1 SGB V i.V.m. 2. Kapitel § 15 Abs. 1 Verfo**).

Mit den am 17. Dezember 2020 gefassten Beschlüssen hat der G-BA die Ergebnisse dieses Verfahrens zur Bewertung der Par-Behandlung umgesetzt. Die KZBV hat dabei nach langwierigen Verhandlungen erreichen können, dass die nun beschlossene PAR-Behandlungsstrecke dem aktuellen zahnmedizinischen Erkenntnisstand entspricht und auch die 2018 veröffentlichte **aktuelle Klassifikation parodontaler Erkrankungen** berücksichtigt.

(<https://onlinelibrary.wiley.com/toc/1600051x/2018/45/S20>)

Die Implementierung der aktuellen Klassifikation zu Parodontitis und anderen parodontalen Erkrankungen und auch die Umsetzung der Ergebnisse des Methodenbewertungsverfahrens haben umfassende Anpassungen des Abschnitts B V. „Systematische Behandlung von Parodontopathien“ in der Behandlungsrichtlinie erforderlich gemacht.

Der G-BA hat daher **basierend auf dem Vorschlag der KZBV** entschieden, die Regelungen zur Ausgestaltung der systematischen Behandlung von Parodontopathien in eine **eigenständige Richtlinie** (PAR-Richtlinie) zu überführen. Diese Verfahrensweise ist kongruent zu anderen fachlich abgeschlossenen Leistungsbereichen der vertragszahnärztlichen Versorgung (z.B. Zahnersatz, KFO, ECC, § 22a SGB V, Individualprophylaxe). Mit Beschluss über die eigenständige PAR-Richtlinie hat

der G-BA daher die Regelungen zur systematischen PAR-Behandlung in der Behandlungsrichtlinie aufgehoben.

In der Konsequenz verbleiben in Bezug auf die Behandlung von parodontalen Erkrankungen in der Behandlungsrichtlinie die allgemeinen Regelungen zum Parodontitis-Screening mittels Parodontalem Screening Index (PSI) in aktualisierter Form und die Definition des Umfangs der vertragszahnärztlichen Versorgung von parodontalen Erkrankungen, die nicht der systematischen Behandlung zuzuordnen sind und daher gesondert zu regeln sind (Akutformen).

II. Wesentliche Neuerungen bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen

Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) des G-BA: Versorgungsstrecke ab 1. Juli 2021*

*vorbehaltlich der rechtsaufsichtlichen Prüfung durch das BMG

PSI alle zwei Jahre + schriftl. Information der Versicherten über Ergebnis

B. I. Nr. 2 Beh-RL
PSI als präventives Screening
Keine Eingangsvoraussetzung für syst. PAR!

Bei Anzeichen einer parodontalen Erkrankung: gezielte Diagnostik

§ 3
Anamnese, Befund, Diagnose (gemäß aktueller Klassifikation)
Dokumentation
→
§ 4
Behandlungsbedürftigkeit

§ 5
Begutachtung und Genehmigung der syst. PAR-Therapie durch Krankenkasse

im zeitlichen Zusammenhang mit der AIT

§ 8
Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung

3-6 Monate nach Beendigung der AIT bzw. CPT

§ 11
Befundevaluation

§ 13
UPT
Grad A: 1x im Kalenderjahr
Grad B: 1x im Kalenderhalbjahr
Grad C: 1x im Kalendertertial

2 Jahre + Möglichkeit der Verlängerung um in der Regel 6 Monate

§ 13 Abs. 4
Genehmigung der UPT-Verlängerung durch Krankenkasse

§ 6
Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch

im Anschluss an Anamnese, Befund, Diagnose

§ 9
Antiinfektiöse Therapie (AIT)

§ 10
adjuvante Antibiotikatherapie, wenn notwendig

AIT nach Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen abzuschließen

§ 12
wenn notwendig, weiterführende chirurgische Parodontaltherapie (CPT)

- = neue Leistungen
- = modifizierte Leistungen
- = bestehende Leistungen
- = Genehmigung
- = Behandlungsrichtlinie

REGELUNGEN IN DER NEUEN PAR-VERSORGUNGSTRECKE UNTER ZUGRUNDELE- GUNG DER AKTUELLEN KLASSIFIKATION

REGELUNGSGEGENSTAND, GRUNDLAGEN DER ERKRANKUNG UND ZIELE DER BEHAND- LUNG

(§ 1 und § 2)

In § 1 sind die Rechtsgrundlagen, aus denen sich der Auftrag des G-BA zur Regelung der systematischen PAR-Behandlung ergibt, festgehalten. § 2 stellt die Grundlagen der Erkrankung dar und beschreibt die Entstehung der Parodontitis und die Ziele der systematischen Parodontitistherapie. Konkretes Therapieziel ist es, 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**.

ANAMNESE, BEFUND, DIAGNOSE, UND DOKUMENTATION (PARODONTALSTATUS)

(§ 3)

GRUNDLAGEN FÜR DIE THERAPIE

ZU ABSATZ 1

Unter Zugrundelegung der aktuellen Klassifikation erfolgt eine Therapieentscheidung anhand:

- einer allgemeinen und parodontitisspezifischen Anamnese,
- des klinischen Befunds ergänzt in Abhängigkeit von der rechtfertigenden Indikation durch Röntgenaufnahmen und Röntgenbefund,
- und der Diagnose sowie die entsprechende vertragszahnärztliche Dokumentation.

PARODONTITISSPEZIFISCHE DOKUMENTATION

ZU ABSATZ 2

Vom Zahnarzt erweitert zu erheben sind nun **detaillierte Informationen zum Diabetes (Level der Hyperglykämie – HbA1c-Wert) und zum Rauchverhalten (Anzahl der Zigaretten oder äquivalenter Tabakkonsum)**.

Diese Informationen sind unter Zugrundelegung der aktuellen Klassifikation zur Analyse und zur Einschätzung des Risikos für zukünftige Progressionen relevant. Eine Modifikation zur Einordnung des Gradings gemäß § 4 Nr. 1 lit. b (Grad der Erkrankung) kann 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.

KLINISCHE PARAMETER ZU ABSATZ 3

In Abs. 3 sind die vom Zahnarzt zu erfassenden **klinischen Parameter** festgehalten, die für die Dokumentation des klinischen Befunds relevant sind: Hierzu gehören, analog zur heutigen Erhebung, die **Sondierungstiefe, Sondierungsblutung, Zahnlockerung und die Furkationsbeteiligung**. Darüber hinaus wird die Anzahl der aufgrund von Parodontitis fehlenden Zähne berücksichtigt.

Bei der Erhebung der Sondierungsblutung (bleeding on probing / BOP) erfolgt eine erweiterte Dokumentation.

Es wurde zudem eine Vorgabe zur **Messung der Sondierungstiefen und der Erhebung der Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn, eine davon mesioapproximal und eine davon distoapproximal, festgelegt**. Damit ist gewährleistet, dass die für die Befundung ausreichenden Informationen gewonnen werden.

Die Sondierungsblutung ist bereits bei der Erstbefundung zu erheben, da der Parameter zwingend der Verlaufskontrolle dient.

RÖNTGENOLOGISCHER KNOCHENABBAU ZU ABSATZ 4

Die **Schwere der Erkrankung bemisst sich anhand des röntgenologischen Knochenabbaus** oder über den approximalen Attachmentverlust.

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).

Der Verlust von parodontalem Stützgewebe wird in Relation zum Patientenalter als Quotient aus prozentualem Knochenabbau und dem Patientenalter (% / Alter) angegeben.

Für die Befundung sind aktuelle (in der Regel nicht älter als 12 Monate) auswertbare Röntgenaufnahmen erforderlich. Die bislang bestehende 6-Monats-Vorgabe wurde in eine **12-Monatsgrenze zur regelhaften Erneuerung von Röntgenbildern** abgeändert. Da es sich bei Parodontitis um eine langsam progrediente Erkrankung handelt, ist die Qualität des röntgenologischen Befunds damit gleichwohl gewährleistet und das Gebot der Minimierung von Strahlenexpositionen wird besser berücksichtigt. Es obliegt dem Zahnarzt, über die Aktualität der Röntgenaufnahmen zu entscheiden.

BEHANDLUNGSBEDÜRFTIGKEIT DER PARODONTITIS (§ 4)

INDIKATION ZUR SYSTEMATISCHEN BEHANDLUNG EINER PARODONTITIS

Unter Zugrundlegung der aktuellen Klassifikation regelt der § 4, 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: **Generalisierte gingivale Vergrößerungen.**

Die Behandlungsbedürftigkeit der Parodontitis ist in Anwendung der aktuellen Klassifikation durch eine Beschreibung des Stadiums und Grades der Erkrankung, weiter zu spezifizieren.

STAGING

ZU ZIFFER 1: PARODONTITIS

lit. a)

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	Koronaales Drittel (< 15 %)	Koronaales 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)

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. 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) oder Molaren-Inzisiven-Muster.

GRADING

lit. b)

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)

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 (Diabetes und Rauchverhalten), nach oben modifiziert werden.

Der Ausgangswert der Zuordnung des Patienten ist 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 ALS MANIFESTATION SYSTEMISCHER ERKRANKUNGEN ZU ZIFFER 2:

Mit der Ziffer 2 werden die systemischen Erkrankungen umfasst, die sich auf das Parodont auswirken. Hierzu gehört z.B. das Papillon-Lefèvre-Syndrom, das in der Regel frühzeitig zu einer Manifestation einer schweren Parodontitis führt.

ANDERE DAS PARODONT BETREFFENDE ZUSTÄNDE: GENERALISIERTE GINGIVALE VERGRÖßERUNGEN ZU ZIFFER 3:

Andere das Parodont betreffende Zustände, bei denen bei Vorliegen einer Sondierungstiefe von 4 mm oder mehr eine systematische Behandlung angezeigt ist, sind generalisierte gingivale Vergrößerungen. 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. Bei Persistieren von Taschen ≥ 6 mm kann eine chirurgische Therapie notwendig sein (externe/interne Gingivektomie) (Dannewitz et al., 2010).

AUSSCHLUSSKRITERIEN

Es wurde **keine abweichende Regelung zum Ausschluss von Zähnen** aus der vertragszahnärztlichen Versorgung gefasst. Es gilt weiterhin, dass Zähne mit weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75 % oder einem Furkationsbefall von Grad III bei gleichzeitigem Vorliegen eines Lockerungsgrades III möglicherweise nicht mehr erfolgreich behandelt werden können bzw. nicht mehr erhaltungsfähig sind. Als Therapieoption ist in der Regel die Entfernung des Zahnes angezeigt.

BEGUTACHTUNG UND GENEHMIGUNG (§ 5)

Neu aufgenommen ist der Genehmigungsvorbehalt zur Durchführung einer systematischen Behandlung von Parodontitis auf Ebene der Richtlinie. Diese war bislang zwischen den Bundesmantelvertragspartnern vereinbart worden.

Hierunter fällt auch der Antrag zur Verlängerung der Maßnahmen der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) gem. § 13 Absatz 4.

Der Zahnarzt hat den Antrag der Krankenkasse nach festgestellter Diagnose mittels eines zwischen den Bundesmantelvertragspartnern vereinbarten Datensatzes zu übermitteln.

Mit der Behandlung soll der Zahnarzt grundsätzlich erst beginnen, wenn die Leistungszusage der Krankenkasse vorliegt.

Das Nähere zur Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren wird in dem Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z) geregelt.

Grundsätzlich gilt, dass der Zugang der Versicherten zur PAR-Therapie nicht mehr von patientenindividuellem Verhalten abhängig ist. Die Vorbehandlung ist als Teil der Therapiestrecke ausgestaltet. Die Mundhygieneinstruktion ist nicht mehr vor Antragsstellung verankert.

PARODONTOLOGISCHES AUFKLÄRUNGS- UND THERAPIEGESPRÄCH (NEUE LEISTUNG) (§ 6)

Es ist erstmals **leistungsrechtlich** ein parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch in der vertragszahnärztlichen Versorgung verankert. Damit findet die „**sprechende Zahnmedizin**“ endlich **Eingang in die Versorgung**.

In diesem Gespräch hat der Zahnarzt die Patienten allgemein, aber auch risikospezifisch über Parodontitis aufzuklären.

Im Rahmen des Gespräches erfolgt unter Hinzunahme des Befunds und der Diagnose eine Erörterung von ggf. bestehenden Therapiealternativen und deren Bedeutung zur Ermöglichung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung. Dies umfasst auch eine Aufklärung über die unterstützende Parodontitistherapie (UPT).

Des Weiteren sind über die Bedeutung von gesundheitsbewusstem Verhalten zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren und über Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen zu informieren.

Das Gespräch soll den Patienten konkret auf die nächsten Therapieschritte vorbereiten.

KONSERVIEREND-CHIRURGISCHE MASSNAHMEN

(§ 7)

Es gilt weiterhin, dass notwendige konservierend-chirurgische Maßnahmen, einschließlich des Glättens überstehender Füllungs- und Kronenränder, **je nach Indikation vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie durchzuführen** sind, um mögliche Reizfaktoren zu beseitigen.

Die bisher bestehende Regelung zur Beseitigung von natürlichen Reizfaktoren als Voraussetzung der Behandlung ist entfallen, da diese als Teil der Therapiestrecke ausgestaltet ist.

PATIENTENINDIVIDUELLE MUNDHYGIENEUNTERWEISUNG (NEUE LEISTUNG)

(§ 8)

Als eigener Therapieschritt ist auch die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung leistungsgerecht implementiert worden. Diese sollte möglichst im zeitlichen Zusammenhang mit der Antiinfektiösen Therapie nach § 9 erfolgen. Dabei obliegt es dem Zahnarzt in Abhängigkeit des jeweiligen Falls, den Zeitpunkt der Mundhygieneunterweisung (vor oder nach der AIT) im Rahmen der Behandlung konkret festzulegen.

Die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung umfasst zunächst eine **Mundhygieneaufklärung**. Der Zahnarzt hat hierzu das Wissen als auch die Zahnpflegegewohnheiten der Patienten zu parodontalen Erkrankungen zu ermitteln. Gemeinsam mit dem oder der Versicherten sollen Ziele bezogen auf die Mundgesundheit festgelegt werden.

Zur Sicherung des parodontalen Behandlungserfolgs erfolgt die **Feststellung des Entzündungszustandes der Gingiva** (als Folge ineffektiver Plaquekontrolle) und das Anfärben von Plaque zur **Plaquekontrolle**, da bakterielle Zahnbeläge der Hauptauslöser für Parodontitis sind.

Durch das Anfärben der Plaque kann dem Patienten die Effektivität der individuellen Mundhygiene veranschaulicht und Defizite aufgezeigt werden. Die Patienten sollen so motiviert und geschult werden, die identifizierten Problemstellen bei der individuellen Mundhygiene besser zu reinigen (**individuelle Mundhygieneinstruktion**).

Neben der individuellen **Empfehlung geeigneter Hilfsmittel** soll der Patient zu einer regelmäßigen und effizienten Anwendung dieser Produkte motiviert und instruiert werden.

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.

ANTIINFEKTÖSE THERAPIE (GESCHLOSSENES VORGEHEN) (§ 9)

Unter der Antiinfektiösen Therapie (AIT) neu geregelt wurde, dass bei Zahnfleischtaschen mit einer Sondierungstiefe von 4 mm und mehr **alle supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkremente) vom Zahnarzt entfernt werden sollen.**

ADJUVANTE ANTIBIOTIKATHERAPIE (§ 10)

ZU ABSATZ 1

Weiterhin gilt, dass bei besonders schwerem Verlauf eine begleitende Behandlung mit systemisch wirkenden Antibiotika sinnvoll sein kann (entsprechend S3-Leitlinie Adjuvante systemische Antibiotikagabe bei subgingivaler Instrumentierung im Rahmen der systematischen Parodontitis-therapie).

ZU ABSATZ 2

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. **Eine mikrobiologische Diagnostik sowie eine lokale Antibiotikatherapie sind nun abschließend nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.**

BEFUNDEVALUATION (NEU) (§ 11)

Drei bis sechs Monate nach Beendigung der antiinfektiösen Therapie (AIT) soll vom Zahnarzt die erste Evaluation der parodontalen Befunde erfolgen.

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

Die Erhebung und Dokumentation der parodontalen Befunddaten erfolgt dabei **analog zu der Ersterhebung**. Es sollen aber die Röntgenbilder, die bei Antragstellung verwendet wurden, zugrunde gelegt werden, es sei denn, es sind aus anderen Gründen neuere Bilder verfügbar.

CHIRURGISCHE THERAPIE (OFFENES VORGEHEN) (§ 12)

Eine Entscheidung zur klinischen Erforderlichkeit einer chirurgischen Therapie wird auf Grundlage der Befundevaluation gemäß § 11 getroffen. Ein chirurgischer Eingriff kann für Parodontien angezeigt sein, wenn eine **Sondierungstiefe von ≥ 6 mm** gemessen wurde.

UNTERSTÜTZENDE PARODONTITISTHERAPIE (UPT) (§ 13)

ZEITPUNKT
ZU ABSATZ 1

Der Zahnarzt sollte mit der UPT **drei bis sechs Monate nach Abschluss des geschlossenen bzw. offenen Vorgehens** gemäß §§ 9 und 12 beginnen.

MASSNAHMEN
ZU ABSATZ 2

Die UPT umfasst Maßnahmen zur **Mundhygienekontrolle**. Damit 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“).

Bestandteil der UPT ist auch eine **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 (bei erstmaliger Durchführung basierend auf der Befundevaluation gem. § 11, ansonsten auf Grundlage der Befunderhebung im Rahmen der UPT) ist die erneute **subgingivale Instrumentierung an den betroffenen Zähnen** angezeigt.

Zudem erfolgt durch den Zahnarzt eine **Untersuchung des Parodontalzustands ab dem zweiten Jahr der UPT einmal im Kalenderjahr**.

RISIKOAJUSTIERTE FREQUENZ ABSATZ 3

Entscheidend für die Frequenz der UPT ist der jeweils festgestellte Grad der Parodontalerkrankung gem. § 4 Nr. 1 lit. b).

Der **Nachuntersuchungszeitraum der UPT ist auf zwei Jahre** festgelegt.

Der Zahnarzt hat anhand des Erkrankungsgrads/Gradings eine am individuellen Risiko orientierte und damit an den Bedarf angepasste und angemessene Nachsorge für den Patienten zu ermitteln.

Bei der Erbringung der Leistung sind vom Zahnarzt die Mindestabstände zu beachten.

Zuordnung des Patienten gem. § 4 Nr. 1 lit. b	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
Nachsorgezeitraum 2 Jahre	insgesamt max. 2 UPT	insgesamt max. 4 UPT	insgesamt max. 6 UPT

VERLÄNGERUNGSMÖGLICHKEIT ABSATZ 4

Stellt der Zahnarzt fest, dass eine Verlängerung der UPT-Maßnahmen vertragszahnärztlich notwendig ist, besteht die Möglichkeit einer einmaligen Verlängerung, die in der Regel nicht länger als 6 Monate sein darf. Diese Verlängerung bedarf einer Genehmigung der Krankenkasse.

Die Einzelheiten zur Vereinbarung des Verlängerungsantrags werden zwischen den Bundesmantelvertragspartnern geregelt.

III. Änderungen in der Behandlungsrichtlinie

PARODONTALER SCREENING INDEX

Anpassung der Behandlungsrichtlinie in Abschnitt B. I

In der Behandlungs-Richtlinie verbleiben die allgemeinen Regelungen zum Parodontitis-Screening mittels Parodontalem Screening Index (PSI).

Die Regelungen zur Erhebung des PSI sind aus der bisherigen Verortung als Anlage zur Behandlungs-Richtlinie herausgelöst und als eigenständiges Screeninginstrument im Rahmen der vertragszahnärztlichen Behandlung in Abschnitt B. I. neu ausgestaltet worden.

Dazu wurde der **Parodontale Screening-Index (PSI) an aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse angepasst** (s. Veröffentlichung DG PARO: <https://www.dgparo.de/media/download-53fd7d2c7953d>)

Nach wie vor haben Versicherte **einmal innerhalb von zwei Jahren Anspruch auf Erhebung** des Parodontalen Screening-Index (PSI).

Durch die gesonderte Regelung des PSI in der Behandlungs-Richtlinie wird seine Rolle als Screeninginstrument stärker verdeutlicht. 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, erfolgt nun ein **gezielter Verweis zur Diagnostik nach § 3 der neuen Richtlinie** zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie).

Der PSI ist jedoch keine Eingangsvoraussetzung für eine systematische PAR-Behandlung.

Zusätzlich erhalten Versicherte eine **Information über das Untersuchungsergebnis**, den möglichen Behandlungsbedarf sowie die Notwendigkeit einen klinischen und einen röntgenologischen Befund zu erstellen sowie die Diagnose zu stellen.

Diese Information erfolgt auf einem von der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt auszufüllendem Vordruck.

Dieser **Ausdruck ist als Kopie an die Versicherten auszuhändigen.**

Die Einzelheiten zum Format des Vordrucks werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vereinbart.

.....

AKUTE ERKRANKUNGEN UND ZUSTÄNDE

Anpassung der Behandlungsrichtlinie in Abschnitt B V.

Die Akutbehandlung von Parodontalerkrankungen ist leistungsrechtlich weiterhin in der Behandlungsrichtlinie verankert.

Angelehnt an die aktuelle PAR-Klassifikation sind folgende **Indikationen der Akutformen** in Abschnitt B V. in der Behandlungsrichtlinie aufgenommen worden:

"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. nekrotisierenden Parodontalerkrankungen,*
- 3. endodontal-parodontalen Läsionen. Dieser Behandlung geht in der Regel eine endodontische Behandlung voraus."*

Mit dieser Regelung wird der bisher bestehende Widerspruch in der Behandlungs-Richtlinie, die fachlich unscharf auch Akutformen der Parodontitis unter den Begriff der „systematischen Behandlung“ subsumiert hatte, aufgehoben.

Dazu bleibt die jetzt in Abschnitt B V. Nr. 1 Satz 14 neu verortete Regelung, dass die Behandlung der Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten angewachsenen Schleimhaut nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten gehört, sachgerecht neben den Akutbehandlungen von Parodontalerkrankungen bestehen.

STRAHLENSCHUTZGESETZ UND STRAHLENSCHUTZVERORDNUNG

Redaktionelle Anpassung der Behandlungsrichtlinie 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**.

Daher wurde der Verweis in Abschnitt B II. Nr. 5 Satz 1 entsprechend redaktionell angepasst.