

Beschluss



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontaler- krankungen (PAR-Richtlinie): Erstfassung

Vom 17. Dezember 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 17. Dezember 2020 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

Diese 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. Die 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) Parodontitis ist eine chronisch entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparats (Parodont). Das Parodont besteht aus dem Zahnfleisch (Gingiva), dem Wurzelzement, der Wurzelhaut (Desmodont) und dem Alveolarknochen. Bakterielle Zahnbeläge (dentale Biofilm) können eine Entzündung der Gingiva hervorrufen. Folge der Entzündungsreaktion ist eine Gingivitis. Durch 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. Die entzündungsbedingten Veränderungen des Saumepithels 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. Schreitet 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 (Parodontalstatus)

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

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

1. Diabetes mellitus mit Angabe des HbA1c-Wertes,
2. Tabakkonsum (< 10 Zigaretten/Tag, ≥ 10 Zigaretten/Tag oder äquivalenter Konsum anderer Tabakerzeugnisse oder verwandter Erzeugnisse).

(3) Die Dokumentation des klinischen Befunds umfasst:

1. Sondierungstiefen und Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn, eine davon mesioapproximal und eine davon distoapproximal. Liegt die Sondierungstiefe zwischen zwei Millimetermarkierungen, wird der Wert auf den nächsten ganzen Millimeter aufgerundet,

2. 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. 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. Zahnverlust aufgrund Parodontitis.

(4) Der Röntgenbefund erfordert aktuelle (in der Regel nicht älter als zwölf Monate) auswertbare Röntgenaufnahmen. Der Röntgenbefund umfasst den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe Knochenabbau (%/Alter).

(5) Die Diagnosen sind gemäß der jeweils gültigen Klassifikation der Parodontalerkrankungen 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

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:

aa) 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,

bb) 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.

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 Begutachtung und Genehmigung

Die Durchführung der systematischen Parodontitistherapie und eine Verlängerung nach § 13 Absatz 4 bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Der Antrag wird der Krankenkasse mittels eines zwischen den Bundesmantelvertragspartnern vereinbarten Datensatzes übermittelt. Die Krankenkasse kann vor der Kostenübernahmeentscheidung die diagnostischen Unterlagen und die Versicherten begutachten lassen.

§ 6 Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch

Im Anschluss an die Durchführung von Anamnese, Diagnose, Prognose und Therapieplanung erfolgt neben der Information über Befund und Diagnose, die im Rahmen eines vertragszahnärztlichen risikospezifischen parodontologischen Aufklärungs- und Therapiegesprächs stattfindet:

1. die Erörterung von gegebenenfalls bestehenden Therapiealternativen und deren Bedeutung zur Ermöglichung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung über die nachfolgende Therapie einschließlich der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT),

2. die Information über die Bedeutung von gesundheitsbewusstem Verhalten zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren (zum Beispiel 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),
3. die Information über Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen.

§ 7 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.

§ 8 Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung

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

1. 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,
2. die Bestimmung des Entzündungszustandes der Gingiva,
3. das Anfärben von Plaque,
4. eine individuelle Mundhygieneinstruktion,
5. die praktische Anleitung zur risikospezifischen Mundhygiene; hierbei sollten die individuell geeigneten Mundhygienehilfsmittel bestimmt und deren Anwendung 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.

§ 9 Antiinfektiöse Therapie (geschlossenes Vorgehen)

Die antiinfektiöse Therapie dient der Beseitigung der entzündlichen Prozesse; Blutung bzw. Suppuration auf Sondierung sollen weitgehend eliminiert werden. Die antiinfektiöse Therapie erfolgt im Rahmen eines geschlossenen Vorgehens und sollte nach Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen abgeschlossen werden. Dabei 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

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

1. Sondierungstiefen und Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn eine davon mesioapproximal und eine davon distoapproximal. Liegt die Sondierungstiefe zwischen zwei Millimetermarkierungen, wird der Wert auf den nächsten ganzen Millimeter aufgerundet,
2. 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. 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.

Der Röntgenbefund umfasst den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe Knochenabbau (%/Alter).

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

§ 12 Chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)

(1) Nach dem geschlossenen Vorgehen ist zu prüfen, ob die zahnmedizinische Notwendigkeit besteht, an einzelnen Parodontien zusätzlich ein offenes Vorgehen durchzuführen. Dies kann für Parodontien angezeigt sein, bei denen im Rahmen der Befundevaluation gemäß § 11 eine Sondierungstiefe von ≥ 6 mm gemessen wurde. Die Entscheidung, ob ein offenes Vorgehen durchgeführt werden soll, trifft die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt nach gemeinsamer Erörterung mit der oder dem Versicherten. Im Frontzahnbereich besteht aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen. Sofern 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) Drei bis sechs Monate nach Beendigung der chirurgischen Therapie erfolgen eine erneute Befundevaluation und deren Erörterung. § 11 gilt entsprechend.

§ 13 Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)

(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 §§ 9 und 12 begonnen werden.

(2) Die UPT umfasst

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

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

(3) Die in Absatz 2 geregelten Maßnahmen der UPT sollen für einen Zeitraum von zwei Jahren regelmäßig erbracht werden. Die Frequenz der Erbringung der Maßnahmen der UPT richtet sich nach dem gemäß § 4 Nummer 1 Buchstabe 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 Kalendertriertel mit einem Mindestabstand von drei Monaten.

(4) Soweit über diesen Zeitraum hinaus eine Verlängerung der UPT-Maßnahmen zahnmedizinisch erforderlich ist, bedarf diese Verlängerung, die in der Regel nicht länger als sechs Monate sein darf, einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Die Krankenkasse prüft den Antrag unter Beachtung der Vorgaben des § 13 Absatz 3a SGB V.

§ 14 Evaluation

Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie eine unabhängige wissenschaftliche Institution mit der Evaluation. Dabei sind auch die Inanspruchnahme, die Wirkungen und die Notwendigkeit der Verlängerungsoption nach § 13 Absatz 4 zu überprüfen.“

II. Die Richtlinie tritt am 01.07.2021 in Kraft.

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

Berlin, den 17. Dezember 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken