

Antrag der Patientenvertretung nach § 140f SGB V

Systematische Behandlung von Parodontopathien (Par-Behandlung) nach § 135 SGB V

Inhalt

1	Rechtsgrundlage	2
2	Krankheitsbild und Ursachen einer Parodontitis	2
3	Prävalenz einer Parodontitis	2
4	Therapeutisches Vorgehen bei diagnostizierter Parodontitis	3
4.1	PSI und Attachmentverlust zur Diagnostik und Definition einer Parodontitis.....	3
4.2	Mechanische Therapie.....	4
4.3	Antibiotika-Einsatz	4
4.4	Faktoren des Behandlungserfolges und unterstützende Parodontitistherapie (UPT)	5
5	Wirtschaftlichkeit	7
6	Literaturverzeichnis	8

nlage 2 zu TOP 8.3.1

1 Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) überprüft gemäß gesetzlichem Auftrag nach § 135 Abs. 1 SGB V für die ambulante vertragszahnärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue sowie bereits zu Lasten der Krankenkasse erbrachte vertragszahnärztliche Methoden daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können.

Der vorliegende Antrag gemäß § 140f Abs. 2 Satz 5 SGB V i.V.m. 2. Kap. § 4 Abs. 2d VerfO zielt auf die Überprüfung der Methodik der systematischen Behandlung von Parodontopathien (Par-Behandlung) durch Vertragszahnärzte sowie in der Folge eine sich daraus ergebende Anpassung des Abschnitt B V der Behandlungsrichtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung des G-BA.

2 Krankheitsbild und Ursachen einer Parodontitis

Parodontitis ist eine infektiöse, entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparats. Dabei kommt es zur Bildung von Zahnfleischtaschen und einem häufig irreversiblen Abbau des Zahnhalteapparats. Zu Spätsymptomen der Erkrankung gehören Zahnlockerungen, Zahnschmerzen und Eiteraustritt aus den Zahnfleischtaschen. Bleibt eine Parodontitis unbehandelt, kommt es zum Zahnverlust.

Bei Parodontitis handelt es sich um eine komplexe und multifaktoriell bedingte Erkrankung, hervorgerufen durch Veränderungen der physiologischen Mundflora (bakterieller Biofilm). Die Entstehung und der Krankheitsverlauf sind durch die Interaktion von genetischen und umweltbezogenen Faktoren gekennzeichnet. Laut der American Academy of Periodontology (AAP 2011) werden Alter, Diabetes mellitus, Tabakkonsum und kardiovaskuläre Erkrankungen als einflussreiche Risikofaktoren genannt. Jeder Parodontitis geht eine Gingivitis (Zahnfleischentzündung) voraus, die ohne entsprechende Behandlungsmaßnahmen in eine Parodontitis übergehen kann. Ob sich eine Parodontitis entwickelt, hängt neben einer ausreichenden Mundhygiene davon ab, wie die Mundflora unter Einfluss von genetischen und umweltbezogenen Faktoren reagiert. Die Behandlung und Prävention einer Parodontitis zielen entsprechend auf die Kontrolle des bakteriellen Biofilms und der Risikofaktoren ab. Die Therapie erfordert eine komplexe Vorgehensweise. Bezüglich des Krankheitsverlaufs wird zwischen der aggressiven und chronischen Form unterschieden, wobei die aggressive Parodontitis zu einem rascheren Attachmentverlust und Verlust des Alveolarknochens führt (AAP 2005, AAP 2011, Robert Koch-Institut RKI 2009).

3 Prävalenz einer Parodontitis

Nach der vierten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS IV) litten im Jahr 2005 73,2% der Erwachsenen im Alter von 35 bis 44 Jahren an einer behandlungsbedürftigen Parodontitis¹. Bei Senioren (65 bis 74 Jahre) waren 87,8% betroffen. Gegenüber der DMS-III aus dem Jahr 1997 zeigt sich eine deutliche Zunahme in der Parodontitishäufigkeit. Bei den Erwachsenen

¹ Den Angaben liegt die Definition des Parodontalen Screening-Index (PSI) zugrunde (siehe Kapitel 5: Diagnostik und Definition der Behandlungsbedürftigkeit einer Parodontitis).

ist die Prävalenz von 1997 zu 2005 um +26,9 Prozentpunkte gestiegen. Bei den Senioren liegt im gleichen Zeitraum eine Zunahme von +23,7 Prozentpunkte vor. Weiter konnte durch die DMS-IV-Studie gezeigt werden, dass sozioökonomische Faktoren die Parodontitishäufigkeit beeinflussen. So waren Erwachsene mit niedrigem Bildungsstatus fast 2,5-mal so häufig erkrankt gegenüber solchen mit hohem Bildungsstatus.

„Das hohe Niveau der Parodontitisprävalenz verdeutlicht, dass die Präventionsmaßnahmen und die Früherkennung bzw. -behandlung von Erkrankungen des Zahnhalteapparates nach wie vor von großer Bedeutung sind“ (RKI 2009, S. 20).

4 Therapeutisches Vorgehen bei diagnostizierter Parodontitis

4.1 PSI und Attachmentverlust zur Diagnostik und Definition einer Parodontitis

Die Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit einer Parodontopathie gemäß Behandlungsrichtlinie Abschnitt B. V. 1 beruht ausschließlich auf der Messung der Sondierungstiefe. Die PSI-Schweregradeinteilung erfolgt angelehnt an die Definition der World Health Organization (WHO) nach folgender Klassifikation: Grad 0 = keine Blutung, Grad 1: gingivale Blutung, Grad 2: Zahnstein und Blutung, Grad 3: Sondierungstiefe 4 - 5 mm, Grad 4: Sondierungstiefe ≥ 6 mm.

Die aktuelle Definition zur Diagnostik einer Parodontitis des Center for Disease Control and Prevention (CDC) und der American Academy of Periodontology (AAP) beruht auf einer kombinierten Betrachtung des Attachmentverlusts (AV) und der Sondierungstiefe (ST). Danach liegt eine moderate Parodontitis bei einem Attachmentverlust an mindestens zwei Zähnen von ≥ 4 mm oder bei einer Sondierungstiefe an mindestens zwei Zähnen von ≥ 5 mm vor. Eine starke Parodontitis kennzeichnet einen Attachmentverlust an mindestens zwei Zähnen von ≥ 6 mm und eine Sondierungstiefe von ≥ 5 mm an mindestens einem Zahn.

Eke et al. (2012) erweiterten kürzlich die Schweregradeinteilung einer Parodontitis um die milde Ausprägungsform. Als milde Form gilt ein Attachmentverlust an mindestens zwei Zähnen von ≥ 3 mm und eine Sondierungstiefe an mindestens zwei Zähnen von ≥ 4 mm oder eine Seite mit einer Sondierungstiefe von ≥ 5 mm. Eine Übersicht ist nachfolgender Tabelle zu entnehmen.

Table 1. Case Definitions Proposed for Population-Based Surveillance of Periodontitis†.

Case	Definition*
No Periodontitis	No evidence of mild, moderate or severe periodontitis
Mild Periodontitis	≥ 2 interproximal sites with ≥ 3 mm CA loss and ≥ 2 interproximal sites with ≥ 4 mm pocket depth (not on same tooth) or 1 site with ≥ 5 mm PD
Moderate Periodontitis	≥ 2 interproximal sites with CA loss ≥ 4 mm (not on same tooth); OR ≥ 2 interproximal sites with PD ≥ 5 mm (not on same tooth)
Severe Periodontitis	≥ 2 interproximal sites with CA loss ≥ 6 mm (not on same tooth) and ≥ 1 interproximal site with PD ≥ 5 mm

*Third molars excluded; Total periodontitis is defined as the sum of mild, moderate and severe disease.

†These definitions are now commonly referred to as the CDC-AAP cases definitions for surveillance of periodontitis.

Quelle: Eke et al. 2012

Der Attachmentverlust (AV) und die Sondierungstiefe (ST) liefern unterschiedliche Informationen. AV beschreibt das Ausmaß über den lebenslang aufsummierten Abbau des Zahnhalteapparats. ST beschreibt das Ausmaß möglicher Entzündungspotenziale. Für die Beschreibung des Behandlungsbedarfs sind sowohl AV als auch ST - insbesondere bei älteren Patienten - notwendig. Bei Patienten ab dem 40. Lebensjahr erreicht die mittlere Sondierungstiefe ein Plateau, so dass die Erhebung des ST-Parameters aufgrund der gingivalen Rezession bei Patienten ab diesem Alter keine Aussagekraft zum Behandlungsbedarf mehr liefert. Das Messen der Sondierungstiefe allein führt an dieser Stelle zu einer Unterschätzung der Prävalenz bei älteren Patienten. Der Attachmentverlust dagegen steigt mit zunehmendem Alter linear an und ist zur Beschreibung des Behandlungsbedarfs erforderlich.

Die Erfassung des Attachmentverlust ist nach der Behandlungsrichtlinie gemäß Abschnitt B. V. 2. lediglich fakultativ und alternativ zur Dokumentation des Parodontalstatus vorgesehen und nicht Teil der Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit. Nach den Empfehlungen der AAP (2011) ist die Erhebung der Risikofaktoren und Komorbiditäten jährlich zu wiederholen.

4.2 Mechanische Therapie

Das komplexe Krankheitsbild einer Parodontitis erfordert eine systematische Behandlung. Nach einer aktiven Behandlungsphase ist eine regelmäßige Nachsorge unerlässlich, um langfristig den Therapieerfolg zu sichern (AAP 2011). Zentraler Bestandteil in der aktiven Behandlungsphase stellt dabei die mechanische Therapie dar, die darauf abzielt, den weiteren Abbau des Zahnhalteapparats vorzubeugen bzw. zu verhindern. Das sog. Scaling and Root Planing (SRP) gilt als Goldstandard für Patienten und Patientinnen mit Parodontitis. Dabei werden der subgingivale Biofilm/bakterielle Belege sowie Zahnstein entfernt und die Wurzeloberflächen geglättet (Sanz et al. 2012).

Bei Patientinnen und Patienten mit einer diagnostizierten Parodontitis ist daher die Zahnsteinentfernung, im Sinne einer Vorbehandlung, neben der Reinigung der Wurzeloberflächen und parodontaler Taschen sowie dem Entfernen bakterieller Belege bzw. des Biofilms Bestandteil der systematischen Parodontistherapie.. Es ist das Erfordernis einer Vorbehandlung – wie es bislang in der Behandlungsrichtlinie geregelt – zu konkretisieren.

Laut Sanz et al. 2012 sind neue therapeutischen Verfahren (u.a. Laserverfahren, Ultraschallverfahren, chirurgische Verfahren, Air Abrasion) für bestimmte Patientinnen bzw. Patienten dem bisherigen Goldstandard, im Sinne eines patientenrelevanten Nutzens, überlegen.

4.3 Antibiotika-Einsatz

Für die alleinige Gabe von Antibiotika als Monotherapie existiert kein Nutzen bzw. Wirksamkeitsnachweis (Herrera et al. 2012). Diverse Studien geben Hinweise auf günstige Therapie-

effekte bezüglich des Einsatzes eines systemischen Antibiotikums als ergänzende Therapie zur mechanischen Behandlung (Debridement). Eine standardisierte Therapieempfehlung über das exakte Therapieregime mit Angaben zum Präparat, Dosierung, Dauer und Zeitpunkt der Einnahme gibt es allerdings nicht (Herrera et al. 2012).

Es liegt ein indirekter Evidenznachweis vor, dass mit der Einnahme des Antibiotikums nach Abschluss des Debridements begonnen werden und die Einnahme nicht länger als eine Woche erfolgen sollte. Neben der systemischen liegen auch für die lokale Antibiotikatherapie Hinweise auf günstige Therapieeffekte in Ergänzung zur mechanischen Therapie vor (Herrera et al. 2012). Diese liegen insbesondere in weniger Resistenzen.

Herrera et al. betonen bezüglich des Einsatzes eines systemischen Antibiotikums, dass die Anwendung aufgrund möglicher unerwünschter Nebenwirkungen und Resistenzbildung nur nach sorgfältiger Prüfung und nur bei bestimmten Patientinnen und Patienten erfolgen sollte. Nach der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde soll sich der Einsatz von Antibiotika auf folgende Indikationen beschränken (Beikler et al. 2003):

- aggressive Parodontitis
- schwere chronische Parodontitis
- Parodontitiden, die trotz vorangegangener Therapie progrediente Attachmentverluste aufweisen
- Parodontalabszess mit Tendenz zur Ausbreitung in die benachbarten Logen, Fieber und/oder ausgeprägter Lymphadenopathie
- nekrotisierende ulzerierende Gingivitis oder Parodontitis mit ausgeprägter Allgemeinsymptomatik (Fieber und/oder ausgeprägter Lymphadenopathie)
- mittelschwere bis schwere Parodontitis bei systemischen Erkrankungen oder Zuständen, die die Funktion des Immunsystems beeinträchtigen. Hierbei ist besonders auf eine potentielle antibiotika-induzierte Superinfektion durch andere Erreger, wie z.B. Candida zu achten.

Nach dem wissenschaftlichen IHCF-Konsensuspapier dient zudem eine mikrobiologische Diagnostik zur Bestimmung parodontopathogener Keime zur Identifizierung von Risikopatienten sowie zur Planung und Kontrolle der Therapie. Die Experten empfehlen eine mikrobielle Diagnostik, um die Notwendigkeit einer unterstützenden Antibiotika-Therapie zu erkennen. Die mikrobiologische Diagnostik dient auch dazu, den möglicherweise unnötigen Einsatz eines Antibiotikums zu vermeiden.

4.4 Faktoren des Behandlungserfolges und unterstützende Parodontitistherapie (UPT)

Bestandteil des diagnostischen Prozesses ist die Aufklärung der Patientinnen und Patienten über das Krankheitsbild, die Risikofaktoren und mögliche Therapieverfahren sowie die Notwendigkeit einer regelmäßigen Nachsorge nach der aktiven Behandlungsphase. Für eine adäquate Behandlung ist eine gute Mundhygiene durch die Mitarbeit der Patientin bzw. des Patienten unerlässlich (Sanz et al. 2012). Entsprechend ist die Anleitung der Patientin bzw. des Patienten unerlässlich (Sanz et al. 2012). Entsprechend ist die Anleitung der Patientin bzw. des Patienten unerlässlich (Sanz et al. 2012).

des Patienten zur richtigen Mundhygiene notwendiger Bestandteil des therapeutischen Vorgehens.

Eine organisierte Nachsorge ist integraler Bestandteil einer erfolgreichen Parodontitistherapie und stellt die Grundlage zur Sicherung des Behandlungserfolgs dar, da gerade Patientinnen und Patienten, die bereits einmal parodontal erkrankt waren, ein lebenslang erhöhtes Risiko für das Wiederauftreten einer Parodontitis haben (AAP 2011, RKI 2009).

Bestandteile einer organisierten Nachsorge in Form der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) umfassen die regelmäßige Bestimmung des Parodontalzustands, Instruktionen zur individuellen Mundhygiene und Kontrolle der Zahnputztechnik sowie Maßnahmen der professionellen Zahnreinigung (PZR). Bei persistierenden Taschen bzw. dem Auftreten von Rezidiven kann ein wiederholtes subgingivales Scaling zu Zahnhartsubstanzverlust führen. In diesen Fällen sind alternative Verfahren (Ultraschall) zu erwägen, um Zahnhartsubstanzverlust zu vermeiden. Auch ist der Einsatz von Antibiotika bzw. von chirurgischen Verfahren möglich. Weitere Bestandteile im Rahmen der UPT sind der Einsatz von Polituren und Fluoridierung (Matuliene 2012).

Wie hoch das Risiko für die Entstehung eines Rezidivs ist, hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab und unterliegt einem multifaktoriellen Wirkungsgefüge (Matuliene 2012). Seitens Lang/Tonetti (2003) liegt ein Instrument zur Risikobestimmung vor, welches unmittelbar nach der aktiven Behandlungsphase zum Einsatz kommen sollte und zur Risikoüberprüfung im Laufe der UPT dient. Das individuelle Risiko für einen Parodontitisrückfall wird anhand folgender Faktoren identifiziert:

- Bluten nach Sondieren
- Anzahl der Taschentiefe ≥ 5 mm
- Anzahl verlorener Zähne
- parodontaler Knochenabbau in Abhängigkeit vom Alter des Patienten
- systemische und genetische Faktoren
- Nikotinkonsum

Anhand der aufgeführten Faktoren lässt sich das individuelle Risiko der Patientinnen und Patienten nach drei Risikogruppen klassifizieren (niedriges, mittleres und hohes Risiko), anhand dessen sich der Umfang bzw. das Intervall einer bedarfsgerechten UPT ableiten lässt (vgl. Matuliene 2012). Patientinnen und Patienten mit einem hohem Rezidivrisiko haben einen intensiveren Nachsorgebedarf gegenüber solchen mit geringem Risiko. Nach Matuliene (2012) sind für weniger gefährdete Patientinnen und Patienten 1-2 Sitzungen pro Jahr ausreichend, während solche mit hohem Risiko bis zu 4 Sitzungen jährlich benötigen.

Die Mitwirkung des Patienten ist ein maßgeblicher Bestandteil bezüglich des Behandlungserfolgs, aber ein Ausbleiben des Therapieerfolgs kann nicht allein auf die fehlende Mitwirkung der Patientin bzw. des Patienten zurückgeführt werden. Bleibt der Behandlungserfolg aus, ist zu überprüfen, ob Komorbiditäten bzw. genetische Einflussgründe vorliegen, die den Therapieerfolg erschweren.

5 Wirtschaftlichkeit

Belastbare Daten zu einer wirtschaftlicheren Versorgung, durch Ergänzungen der Richtlinie, liegen nicht vor. und eine genaue Kostenabschätzung ist nicht möglich. Durch eine optimierte Betreuung und Behandlung kann die Anzahl dieser schweren und epidemiologisch bedeutsamen Erkrankung vermindert werden.

Beim Vorliegen einer Parodontitis kommt es zu einem häufig irreversiblen Abbau des Zahnhalteapparates, der ohne entsprechende Behandlungsmaßnahmen mit Zahnlockerungen, Zahnschmerzen und Eiteraustritt aus den Zahnfleischtaschen einhergeht. In letzter Konsequenz kommt es zum Zahnverlust. Entsprechend ist die Behandlung einer Parodontitis in jedem Fall indiziert, um einen weiteren Abbau des Zahnhalteapparats sowie Zahnverlust zu vermeiden.

Die Behandlung einer Parodontitis ist bereits gemäß der Behandlungsrichtlinie der vertragszahnärztlichen Versorgung: Abschnitt B. V. Systematische Behandlung von Parodontopathien (Par-Behandlung) Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV.

6 Literaturverzeichnis

Zu 2+3

American Academy of Periodontology (AAP). Comprehensive periodontal therapy: a statement by the American Academy of Periodontology. J Periodontol 2011; 82 (7): 943-949.

American Academy of Periodontology (AAP). Informational paper. Implications of Genetic Technology for the Management of Periodontal Diseases. J Periodontol 2005; 76 (5): 850-857.

Robert Koch-Institut (RKI). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 47 Mundgesundheit. 2009.

Zu 4.1

Eke P I, Page R C, Wei L, Thornton-Evans G, Genco R J. Update of the Case Definitions for Population-Based Surveillance of Periodontitis. J Periodontol 2012; 83 (12): 1449-1454.

Zu 4.2

Sanz I, Alonso B, Carasol M, Herrera D, Sanz M. Nonsurgical treatment of periodontitis. J Evid Based Dent Pract 2012; 12 (3 Suppl): 76-86.

Zu 4.3

Herrera D, Matesanz P, Bascones-Martinez A, Sanz M. Local and systemic antimicrobial therapy in periodontics. J Evid Based Dent Pract 2012; 12 (3 Suppl): 50-60.

Beikler T, Karch H, Flemmig T F. Adjuvante Antibiotika in der Parodontitistherapie. Wissenschaftliche Stellungnahme. Deutsche Gesellschaft für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde. 2003.

Zu 4.4

Matuliene G. Risikobeurteilung, Organisation und Durchführung der unterstützenden PAR-Therapie. ZWR – Das Deutsche Zahnärzteblatt 2012; 121 (3): 106-110.

Lang P L, Tonetti M S. Periodontal Risk Assessment (PRA) for Patients in Supportive Periodontal Therapie (SPT). Oral Health & Preventive Dentistry 2003; 1: 7-16.