



„Die PZR hat Zukunft“

Neue PAR-Richtlinie tritt am 1. Juli in Kraft

Am 1. Juli tritt die neue Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-RL) in Kraft. Wir sprachen mit Dr. Manfred Kinner darüber, was das für die Zahnärzte und ihre Patienten bedeutet.

BZB: Warum braucht es eine neue Richtlinie für die Behandlung von parodontalen Erkrankungen?

Kinner: Wir wissen alle, dass Parodontitis eine Volkskrankheit ist. Fast jeder zweite Erwachsene ist betroffen, 12 Millionen Deutsche haben eine schwere parodontale Erkrankung. Die Gründe dafür sind vielfältig. Eine Hauptursache ist sicher die demografische Entwicklung. Deutschland hat eine im internationalen Vergleich hohe Lebenserwartung, die erfreulicherweise kontinuierlich steigt. Gleichzeitig haben wir Zahnärzte enorme Erfolge bei der Verbesserung der Mundgesundheit und beim Zahnerhalt erzielt. Immer mehr Hochbetagte haben anders als früher noch viele eigene Zähne. In der Vergangenheit lag der zahnmedizinische Fokus vielleicht zu stark auf den Zähnen und zu wenig auf dem Zahnhalteapparat. Das kann aber auch daran liegen, dass die PAR-Behandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ausreichend vergütet wurde, der Leistungskatalog



Dr. Manfred Kinner: „Die neue PAR-Richtlinie hat weitreichende Auswirkungen auf unsere tägliche Arbeit.“

nicht den aktuellen Stand der Wissenschaft widerspiegelte und dadurch Teile der Bevölkerung zu geringen Zugang zu einer PAR-Therapie hatten.

BZB: Und das ändert sich nun?

Kinner: Ich hoffe, dass die neue Richtlinie die in sie gesetzten Erwartungen erfüllt. Die Inhalte wurden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften erarbeitet. Erfreulicherweise haben sich auch die Krankenkassen ein großes Stück auf die Zahnärzteschaft und ihre Patienten zube-

wegt. Die Bewertung der neuen Leistungen erscheint mir angemessen.

BZB: Wie wird die Behandlungsbedürftigkeit festgestellt?

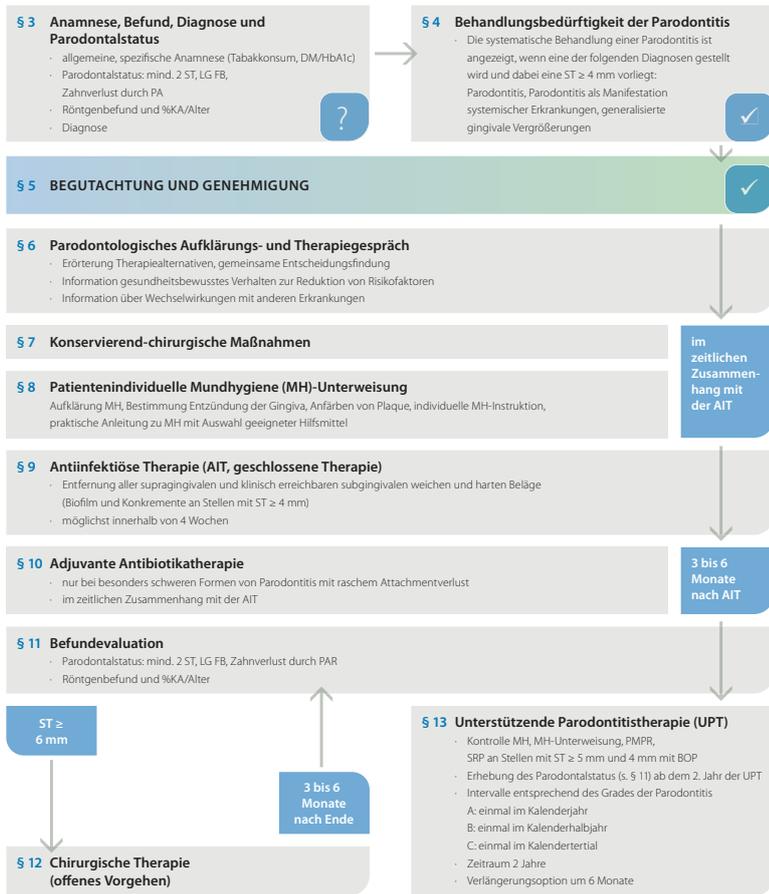
Kinner: Eine behandlungsbedürftige Parodontopathie liegt gemäß der neuen Richtlinie des G-BA dann vor, wenn eine der folgenden Diagnosen gestellt wird und dabei eine Sondiertiefe von 4 mm und mehr vorliegt:

- Parodontitis,
- Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen,
- andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerung.

Grundlage für die Therapie sind: allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese, der klinische Befund ergänzt durch Röntgenaufnahmen und Röntgenbefunde sowie die Diagnose und die entsprechende vertragszahnärztliche Dokumentation. Die parodontitisspezifische Anamnese umfasst: HBA1c-Wert (Diabetes) und Tabakkonsum. Die Dokumentation der klinischen Parameter umfasst: Furkationsbefall (Grad 0 – III), Zahnlockerung (Grad 0 – III), Zahnverlust aufgrund von Parodontitis und den Knochenabbauindex (röntgenologischer Knochenabbau in % pro Zahn im Verhältnis zum Alter).



RICHTLINIE ZUR SYSTEMATISCHEN BEHANDLUNG VON PARODONTITIS UND ANDERER PARODONTALERKRANKUNGEN (PAR-RICHTLINIE)



Grafik: Deutsche Gesellschaft für Parodontologie

ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern und einem weiteren Alveolarknochenverlust und damit Zahnverlust vorzubeugen. Auch aus den Ausführungen in der Richtlinie zur besonderen Bedeutung der aktiven Mitarbeit des Patienten und zur regelmäßigen Nachsorge für eine günstige Prognose erkennt man, dass es sich bei Parodontitis um eine chronische Erkrankung handelt, die der permanenten Betreuung bedarf und sich nicht durch eine einmalige oder kurzfristige Behandlung heilen lässt. Deshalb wurde aus der bisherigen „Compliance“ in der neuen Richtlinie auch die „Adhärenz“.

BZB: Und wie sieht der Behandlungsablauf ab dem 1. Juli aus?

Kinner: Die PAR-Behandlung beginnt in Zukunft direkt mit der Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit. Die bisherige Vorbehandlung wurde in die Behandlungsstrecke integriert und ist damit Bestandteil der Therapie. Die neuen Leistungen

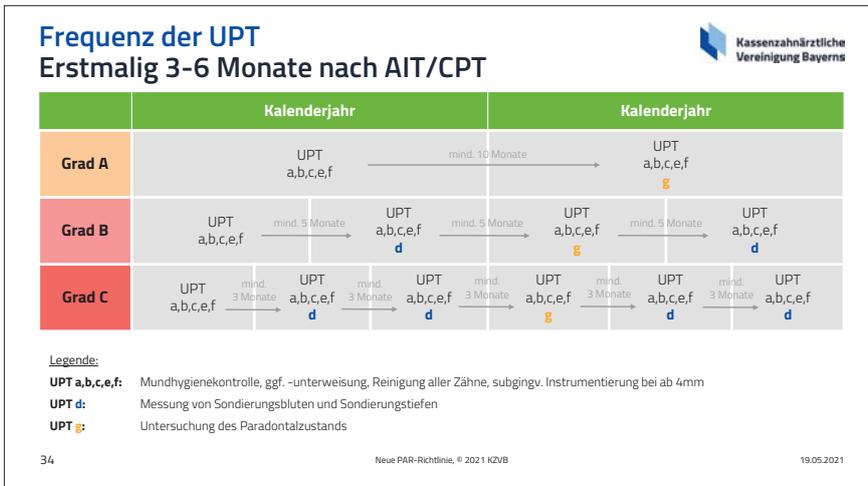
- parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG),
- die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (MHU),
- die Befundevaluation (BEV)
- sowie die Unterstützende Parodontistherapie (UPT)

wurden als neue zahnärztliche (und somit nicht delegierbare) Leistungen in den Katalog der GKV aufgenommen. Durch wiederholte Evaluation werden Richtungsentscheidungen (z.B. für eine offene chirurgische PAR-Therapie) im Ablauf der Behandlungsstrecke getroffen. Wesentliche Parameter werden durch „Staging“ und „Grading“ bestimmt.

Die PAR-Behandlung für gesetzlich Versicherte wurde mit Wirkung zum 1. Juli neu geregelt.

Zu der Tatsache, dass es sich bei Parodontitis um eine chronische Erkrankung beziehungsweise Manifestation einer Systemerkrankung handelt, wird in der G-BA-Richtlinie ausgeführt: 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,



Der Behandlungsablauf der Unterstützten Parodontitistherapie (UPT) ist klar geregelt und hängt vom Grad der Erkrankung ab.

- Die Stadieneinteilung basiert auf den Dimensionen von Schwere und Ausmaß der Parodontitis bei der Erstvorstellung, ergänzt durch die Komplexität des Behandlungsmanagements beziehungsweise der Therapie.
- Die Gradeinstufung gibt das zukünftige Risiko einer PAR-Progression an und liefert eine Abschätzung auf das wahrscheinliche Ansprechen auf die Standardtherapie.

Parodontale Erkrankungen können so künftig mit umfassenden, am individuellen Bedarf der Patienten ausgerichteten Maßnahmen bekämpft werden. Betroffene erhalten im Zusammenhang mit der eigentlichen antiinfektiösen Therapie künftig eine individuelle Mundhygieneunterweisung, die in einem eigenen Therapieschritt um ein parodontologisches Aufklärungs- und Therapiesgespräch ergänzt wird. Das soll ein Verständnis für die Auswirkungen der Erkrankung schaffen und zugleich die Mitwirkung der Versicherten stärken. Die „sprechende Zahnmedizin“ findet damit erstmals Eingang in die GKV-Versorgung. Die Maßnahmen dienen dazu, die Mundhygienefähigkeit und Gesundheitskompetenz zu erhöhen und Patienten aktiv in die Therapie einzubinden. Neben dem verbesserten therapeutischen Ansatz misst die Richtlinie aber auch der Früherkennung besondere Aufmerksamkeit zu. So wurde der Parodontale Screening Index (PSI) als

echtes Screeninginstrument ausgestaltet und an aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse angepasst. Die Zahnärzte bekommen somit ein wirksames Instrument der Früherkennung an die Hand. Die unterstützte Parodontitistherapie, kurz UPT, hat einen zentralen Stellenwert – nicht zuletzt im Hinblick auf die nachhaltige Sicherung des Behandlungserfolgs. Sie ist ein wesentlicher Therapieschritt, um die Ergebnisse der antiinfektiösen und gegebenenfalls chirurgischen Therapie zu sichern, die Patientent motivation und die Aufrechterhaltung der Mundhygiene zu fördern, zu erhalten und nicht befallenes Gewebe gesund zu halten. Neu- und Reinfektionen in behandelten Bereichen können erkannt und bestehende Erkrankungen eingedämmt werden.

BZB: Was gehört alles zur UPT?

Kinner: Die UPT umfasst Maßnahmen zur Mundhygienekontrolle, wenn erforderlich

- eine erneute Mundhygieneunterweisung,
- die vollständige Reinigung **aller** Zähne von Biofilmen und Belägen,
- je nach Grading erneute Messungen von
 - Sondierungstiefen der Zahnfleischtaschen
 - und Sondierungsbluten
- sowie gegebenenfalls erneute subgingivale Instrumentierung an den betroffenen Zähnen

- und – ab dem zweiten Jahr – eine jährliche Untersuchung des Parodontalzustandes.

Diese Maßnahmen sollen für einen Zeitraum von zwei Jahren regelmäßig erbracht werden. Die Häufigkeit richtet sich dabei nach dem festgestellten Grading im Rahmen der Ersterhebung zu Beginn der Therapie und liegt zwischen ein- und dreimal pro Jahr. Es besteht auch die Möglichkeit einer Verlängerung der UPT. Voraussetzung ist die Genehmigung der Kasse.

BZB: Ist die UPT eine „Konkurrenz“ für die Professionelle Zahnreinigung?

Kinner: Gesetzlich Versicherte haben mit der UPT künftig in einem Zeitraum von zwei Jahren nach Abschluss der aktiven Behandlungsphase einen verbindlichen Anspruch auf eine strukturierte, therapeutische Nachsorge, die bedarfsgerecht an das individuelle Patientenrisiko angepasst wird. Ihr geht dabei erstmals auch eine zielgerichtete Evaluation der Ergebnisse der aktiven Behandlungsphase voraus. Auf die Voraussetzungen, die für eine UPT vorliegen müssen, bin ich bereits eingegangen. Die Professionelle Zahnreinigung (PZR) hat demnach weiterhin einen hohen Stellenwert in der Prophylaxe. Sie trägt dazu bei, dass eine Parodontitis gar nicht erst entsteht oder zumindest nicht behandlungsbedürftig wird. Das Ende der PZR wird durch die neue PAR-Richtlinie nicht eingeläutet. Die prophylaktische PZR und die in die Behandlungstrecke integrierte UPT ergänzen sich. Der Zahnarzt muss beurteilen, wann welche Behandlung indiziert ist.

BZB: Stichwort Finanzierung: Die PAR-Richtlinie wird vermutlich zu erheblichen Mehrkosten in der GKV führen. Ist das durch die Budgets abgedeckt?

Kinner: Der Zeitpunkt für die Einführung der neuen PAR-RL ist günstig. Ihr ging ja eine jahrelange Informations- und Überzeugungsarbeit voraus. Die Budgetierung ist für 2021 und 2022 per Gesetz aufgehoben. Die KZBV konnte mit dem GKV-Spitzenverband aber auch vereinbaren, dass die durch die PAR-Richtlinie entstehenden Mehrkosten ab 2022 basiswirksam

sind. Das bedeutet, dass wir bei den Vergütungsverhandlungen für das Jahr 2023 auf den Werten des Jahres 2022 aufsetzen können. Die Budgets müssen dann entsprechend angepasst werden. Sonst wäre die PAR-RL eine echte Mogelpackung. Das kann weder im Sinne der Krankenkassen noch der Zahnärzte und vor allem nicht der GKV-versicherten Patienten sein.

BZB: Wie wurde der Verhandlungserfolg möglich?

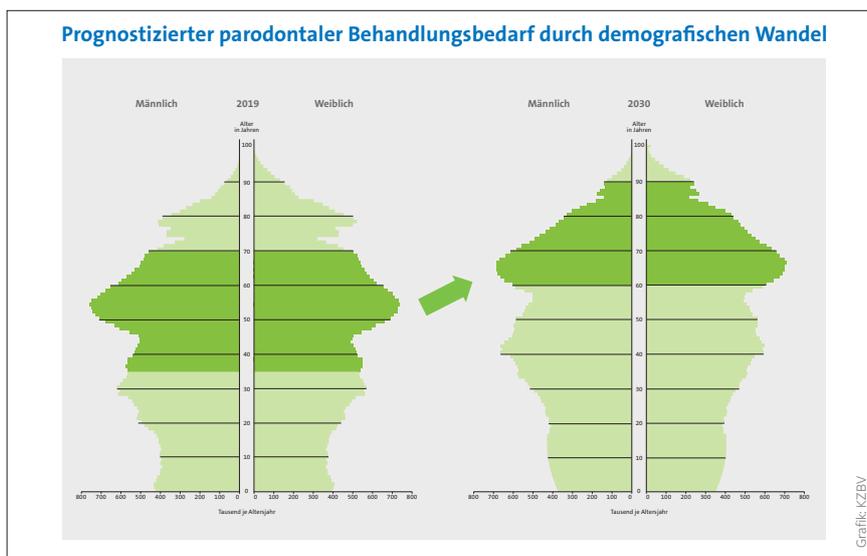
Kinner: Es ist uns allen gemeinsam gelungen, den Krankenkassen auch im Bereich der Parodontitis den Stellenwert einer präventionsorientierten Zahnmedizin klarzumachen. Es ist für die GKV insgesamt einfach wirtschaftlicher, in die PAR-Therapie zu investieren als in Zahnersatz, der häufig die Folge nicht behandelter Parodontopathien ist. Die eigenen Zähne auch im höheren Alter noch zu besitzen, das hat aber vor allem etwas mit der Würde und Lebensqualität unserer Patienten zu tun.

BZB: Wie weit reicht der Delegationsrahmen bei den neuen Leistungen?

Kinner: Die neuen PAR-Behandlungsleistungen in der GKV sind grundsätzlich nicht delegierbar. Sie sind als zahnärztliche Leistungen verhandelt, beschrieben und bewertet. Ausnahmen mag es bei einigen Teilschritten entsprechend dem Delegationsrahmen der Bundeszahnärztekammer und zum Beispiel bei der Dokumentation geben.

BZB: Es gibt auch Verbesserungen für Pflegebedürftige?

Kinner: Ja, auch besonders vulnerable Patientengruppen profitieren von einer verbesserten PAR-Behandlung. Dazu zählen Patienten, bei denen die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene nicht oder nur eingeschränkt gegeben ist, die einer Behandlung in Allgemeinnarkose bedürfen oder bei denen die Kooperationsfähigkeit nicht oder nur eingeschränkt gegeben ist. Der Zugang zu den neuen Leistungen ist dabei unbürokratisch niedrigschwellig im Rahmen der Anzeigepflicht bei den Kassen ausgestaltet. Dafür gibt es eine eigene Richtlinie des G-BA.



Die steigende Lebenserwartung führt zu einem erhöhten Behandlungsbedarf von Parodontopathien.

BZB: Wo finden Zahnärzte weitere Informationen zu den neuen Richtlinien?

Kinner: Ich kann den bayerischen Vertragszahnärzten nur dringend dazu raten, sich ausschließlich auf die Informationen und Abrechnungshinweise der KZVB zu verlassen. Es ist abzusehen, dass viele kommerzielle Anbieter auf den Fortbildungsmarkt drängen. Aber das ist allenfalls Wissen aus zweiter Hand und nicht immer so aktuell und rechtssicher, wie sich die Praxen das wünschen. Die neuen Richtlinien beinhalten viele Fallstricke. Wir informieren kontinuierlich in unseren Publikationen, im Rundschreiben und natürlich auf abrechnungsmappe.kzvb.de darüber, was bei einer korrekten Beantragung und Abrechnung der neuen Leistungen zu beachten ist.

BZB: Wie läuft die technische Umsetzung der PAR-RL?

Kinner: Der Start zum 1. Juli ist äußerst ambitioniert. Neue Bema-Leistungen und Abrechnungsregeln müssen im Praxisverwaltungssystem eingepflegt werden. Das kann bis in den Herbst dauern.. Auch in der KZVB brauchen wir neue Software-Module. Daran arbeiten wir mit Hochdruck. Aufgrund der Fristen für die Beantragung und Genehmigung der neuen Leistungen rechnen wir aber erst Mitte des dritten Quartals mit den ersten Fällen in der Abrechnung.

Da die vorgesehene elektronische Genehmigung der neuen PAR-Pläne technisch noch undurchführbar ist, werden sie bis auf Weiteres in Papierform von der Praxis an die Krankenkassen zu übermitteln sein. Die KZVB erhält die neuen Formulare erst Mitte Juli. Wir schicken dann automatisch eine Erstausrüstung an jede Praxis. Mit einer Digitalisierung des Verfahrens rechnen wir nicht vor Ende 2022.

BZB: Wie sieht es mit PAR-Behandlungen aus, die vor dem 1. Juli genehmigt wurden?

Kinner: Die alten PAR-Behandlungen sollten gemäß den aktuellen Abrechnungsbestimmungen dann zu Ende geführt werden, wenn damit vor dem 30. Juni begonnen wurde. Wichtig: Wenn die Behandlung vor dem 30. Juni genehmigt, aber noch nicht begonnen wurde, ist dieser Plan an die Krankenkasse zurückzusenden. Es muss ein ganz neuer Plan gemäß der neuen Richtlinie erstellt werden. Die Kasse wird dann den Plan nach der neuen PAR-Richtlinien genehmigen, und die Behandlung kann nach dem 1. Juli begonnen werden. Ein Honorar für die Erstellung des alten Planes entfällt in diesem Fall.

BZB: Vielen Dank für das Gespräch!

Die Fragen stellte Leo Hofmeier.