

Stellungnahme des PKV-Verbandes zur aktuellen Klassifikation, Leitlinie und Richtlinie zur Erkrankung und Behandlung der Parodontitis

Stand: 8. Februar 2022

1. Einführung

In Übereinstimmung mit dem aktuellen Wissenstand zur Ätiologie und dem klinischen Krankheitsbild wurde 2018 ein neues Klassifikationsschema parodontaler und periimplantärer Erkrankungen verabschiedet¹. Diese Klassifikation wurde im Rahmen einer Konsensuskonferenz von der American Academy of Periodontology (AAP) und der European Federation of Periodontology (EFP) zusammengestellt. Ziel der neuen Klassifikation war es, die bestehende Klassifikation² zu aktualisieren und erstmals auch eine Klassifikation für periimplantäre Erkrankungen zu entwickeln. Neueste Erkenntnisse haben gezeigt, dass die fortgeschrittene chronische und aggressive Parodontitis ein ähnliches Krankheitsbild aufzeigen. Aus diesem Grund wurde die bisherige Einteilung in „chronische“ und „aggressive“ Parodontitis zugunsten einer einzigen Kategorie „Parodontitis“ abgelöst. Des Weiteren wurde ein Klassifikationsschema für periimplantäre Erkrankungen erstellt. Der neue Klassifikationsrahmen für Parodontitis basiert auf einem „Staging“ und „Grading“-System, das mehrere Variablen berücksichtigt und durch vier Stadien und drei Grade beschrieben wird. Es wurden Falldefinitionen entwickelt und diagnostische Kriterien festgelegt, die die praktische Anwendung am Patienten erleichtern sollen.

Unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) wurde auf Basis dieser Klassifikation die neue S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ mit Stand Dezember 2020 erstellt. Dabei handelt es sich um die deutsche Adaptation der S3-Leitlinie „Treatment of Stage I-III Periodontitis“ der European Federation of Periodontology (EFP). Die Originalempfehlungen der bereits im Juli 2020 veröffentlichten EFP-Leitlinie wurden unter dem Gesichtspunkt ihrer Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem überprüft und diesbezüglich zum Teil angepasst.

Die Behandlungsempfehlungen der Leitlinie waren Anlass für die seit dem 1. Juli 2021 geltende neue Behandlungsrichtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) in der GKV. Mit dieser Richtlinie wurden Inkonsistenzen der davor gültigen Richtlinie beseitigt. Für den privatärztlichen Bereich war diese Adaption nicht notwendig, da alle empfohlenen parodontalen Therapiemaßnahmen der S3-Leitlinie in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) seit der Novellierung im Jahr 2012 hinterlegt sind. Dies gilt auch für die Behandlung der Periimplantitis, die in der GKV keine Berücksichtigung findet.

¹ Caton J, Armitage G, Berglundh T et al. A new classification scheme for periodontal and periimplant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. J Clin Periodontol. 2018 45(suppl 20): S1-S8.
² Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. Ann Periodontol. 1999;4:1–6

2. Definition und wissenschaftliche Einordnung der Klassifikation, Leitlinie und Richtlinie zur Parodontitiserkrankung

Durch die neue Klassifikation wird es ermöglicht, eine Parodontitis nach Schweregrad, Komplexität, Ausdehnung, Progressionsrate sowie die Risiko- und Komplikationsfaktoren des Patienten³ individuell zu beurteilen. Das Klassifizierungsschema bietet dem Zahnarzt wichtige objektivierbare Kriterien, die dabei helfen, einen Parodontitisfall und dessen spezifische Art und Ausprägung zu identifizieren. Es enthält die Beschreibung des klinischen Erscheinungsbildes und anderer Elemente, die sich auf die klinische Behandlung und die Prognose auswirken.

Die S3-Leitlinie zur PAR-Therapie orientiert sich an der Klassifikation parodontaler Erkrankungen. Sie enthält ein umfassendes Behandlungskonzept für die gesamte Therapiestrecke der Parodontitis. Die Intention der Autoren der S3-Leitlinie besteht darin, den Zahnärztinnen und Zahnärzten eine diagnosebezogene und evidenzbasierte Entscheidungsfindung hinsichtlich der indizierten Therapie in allen Phasen der parodontalen Behandlung zu ermöglichen.

Die neue PAR-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist dagegen die wirtschaftliche Umsetzung wichtiger Elemente des Behandlungskonzepts in den gesetzlichen Leistungskatalog. Die Richtlinie regelt die Voraussetzungen zur Erbringung von Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Ziel ist die Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der zahnmedizinischen Erkenntnisse und des zahnmedizinischen Fortschrittes. Dabei muss betont werden, dass nicht die Richtlinie selbst den Stand der Wissenschaft darstellt, sondern die S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“, auf der die Richtlinie basiert.

3. Einordnung einer „BEMA-GOZ-Übersetzung“ von parodontalen Leistungen

Maßgeblich für die wissenschaftliche Beurteilung der Parodontal-Behandlung ist somit die S3-Leitlinie der DG Paro und der DGZMK. Die neue PAR-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hingegen stellt die Anpassung des gesetzlichen Leistungskatalogs an die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse dar.

Einige standespolitische Organisationen haben die PAR-Richtlinie und die neuen BEMA-Leistungen dennoch als Grundlage für eine „Übersetzung“ der neuen parodontalen GKV-Leistungen in den privat Zahnärztlichen Bereich verwendet⁴. Darüber hinaus werden im Positionspapier der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) eine Vielzahl von zusätzlich berechnungsfähigen Leistungen aus der GOZ aufgezählt, die über die gesetzlichen Leistungen hinaus dem Patienten in Rechnung gestellt werden könnten. Dieses Vorgehen widerspricht der Intention der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), dem GKV-Patienten eine dem aktuellen wissenschaftlichen Stand entsprechende Parodontalbehandlung zukommen zu lassen.

³ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beide Geschlechter.

⁴ Gebührenrechtliche Einordnung der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“, Position BZÄK, Stand: keine Angabe

Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, Neue PAR-Richtlinie BEMA im Vergleich zur GOZ, abrufbar unter <file:///C:/Users/pkv00386/Downloads/Neue-PAR-Richtlinie-BEMA-im-Vergleich-zur-GOZ.pdf>

G-BA-Richtlinien sind auf privat Versicherte grundsätzlich nicht anwendbar. Wissenschaftlich nachvollziehbar wäre demgegenüber die gebührenrechtliche Übertragung der Inhalte der wissenschaftlichen S3-Leitlinie in die GOZ.

Welchen Nutzen und Mehrwert hat also die Gegenüberstellung der Leistungen nach dem BEMA und der GOZ? Die beiden Systeme sind bekanntlich nicht oder allenfalls nur bedingt miteinander vergleichbar. Grundlage für die Abrechnung von zahnärztlichen Leistungen bei GKV-Patienten ist der BEMA, für privat Versicherte und Beihilfeberechtigte ist die GOZ maßgeblich. Beide Gebührenverzeichnisse weisen erhebliche grundsätzliche Systemunterschiede auf, die auf verschiedenen Ebenen zu einer Beeinflussung der zahnärztlichen Vergütung führen. Die Kassenzahnarztvergütung nach dem BEMA folgt – um nur zwei wesentliche Parameter zu nennen – insbesondere dem Wirtschaftlichkeitsprinzip und der Gesamtvergütungssystematik (Kassenzahnärztliche Vereinigung verteilt das Geld der Solidargemeinschaft an die Vertragszahnärzte) mit systemimmanenten Honorarbegrenzungsregelungen für Vertragszahnärzte, vgl. § 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V. Folglich unterliegen gesetzlich Versicherte beträchtlichen einschränkenden Regelungen im Bereich der zahnärztlichen Versorgung, die sich in Leistungsausschlüssen (z.B. in der Versorgung mit Implantaten) oder in Festzuschüssen für Zahnersatz ausdrücken. In der Privaten Krankenversicherung werden im vertraglichen Umfang sämtliche medizinisch notwendigen Heilbehandlungsmaßnahmen auf Grundlage der GOZ erstattet. Der Privatzahnmedizin sind Mengenbegrenzungsregelungen oder Leistungsausschlüsse fremd. Folglich ist ein solches Mapping ein unsicheres Vorgehen mit geringem Erkenntnisgewinn. Es werden, um es bildlich auszudrücken, Äpfel mit Birnen verglichen.

4. Abbildung aller leitliniengerechten PAR-Maßnahmen in der GOZ

Sämtliche der in der S3-Leitlinie beschriebenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sind in der geltenden GOZ originär abgebildet. Es bestehen diesbezüglich keine Regelungslücken. Für Analogabrechnungen, wie sie das Positionspapier der BZÄK postuliert, ist kein Raum.

Die folgende Tabelle 1 stellt alle leitliniengerechten Parodontalmaßnahmen den jeweiligen einschlägigen Gebühren aus der GOZ gegenüber:

PAR-Maßnahme gemäß S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“	GOZ-Gebühr
Diagnostische PAR-Maßnahmen	
Identifizieren eines Patienten mit Verdacht auf Parodontitis	GOZ-Nr. 0010
Bestätigung der Verdachtsdiagnose Parodontitis	röntgenologische Leistungen GOÄ-Nrn. 5000 und/oder 5004, GOZ-Nr. 4005
Staging des Parodontitisfalls	GOZ-Nr. 4000
Grading des Parodontitisfalls	GOZ-Nr. 4000
Therapeutische PAR-Maßnahmen	
1. Therapiestufe – Motivation des Patienten <i>Zur ersten Therapiestufe gehören neben den aufklärenden und präventiven Interventionen zur Reduktion gingivaler Entzündung durch den Patienten auch die professionelle mechanische Entfernung von supragingivaler Plaque (Biofilm) und Zahnstein sowie von lokalen retentiven Faktoren (Reizfaktoren).</i>	GOZ-Nrn. 1000, 1010, 1040, 4020, 4050, 4055, 4060
2. Therapiestufe – Kontrolle des subgingivalen Biofilms und Zahnstein	GOZ-Nrn. 4070, 4075, ggf. 4025

<p>Die zweite Therapiestufe (auch als ursachengerichtete Therapie bekannt) zielt auf die Beseitigung (Reduktion) von subgingivalem Biofilm sowie subgingivalem Zahnstein und kann mit der Entfernung von Anteilen der Wurzeloberfläche (Wurzelsement) verbunden sein. Zusätzlich kann die subgingivale Instrumentierung durch folgende adjuvante Maßnahmen ergänzt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einsatz von adjuvanten chemischen Mitteln (siehe Tabelle 2) • Einsatz von adjuvanten subgingival lokal applizierten antimikrobiellen Substanzen (siehe Tabelle 2) 	
<p>3. Therapiestufe – Behandlung der therapieresistenten Taschentiefen > 4 mm mit BOP oder tiefe parodontale Taschen ≥ 6 mm Die dritte Therapiestufe kann folgende Interventionen umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wiederholte subgingivale Instrumentierung mit oder ohne adjuvante Therapien • Parodontalchirurgie: Zugangslappen • Parodontalchirurgie: resektive Eingriffe • Parodontalchirurgie: regenerative Eingriffe 	GOZ-Nrn. 4070, 4075, 4080, 4090, 4100, 4110, 4136
<p>4. Therapiestufe – Unterstützende Parodontaltherapie (UPT)</p>	Alle Maßnahmen der 1. und 2. Therapiestufe

Tabelle 1

In der folgenden Tabelle 2 sind die empfohlenen adjuvanten Maßnahmen der 2. Therapiestufe (zusätzlich zur subgingivalen Instrumentierung) mit der einschlägigen GOZ-Gebühr aufgeführt:

Adjuvante Maßnahme gemäß S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“	Kann-Empfehlung	Keine Empfehlung	GOZ-Gebühr
Laser		x	
Adjuvante antimikrobielle photodynamische Therapie (660–670 nm oder 800–900 nm)		x	
lokale Applikation von Statin-Gelen (z.B. Atorvastatin, Simvastatin, Rosuvastatin)		x	
Probiotika (systemische bzw. orale Verwendung)		x	
Systemisch wirksames subantimikrobielles Doxycyclin (SDD)		x	
Lokale Bisphosphonat-Gele / systemische Einnahme von Bisphosphonaten		x	
Systemische / lokale nichtsteroidale antiinflammatorische Medikamente		x	
Omega-3-Fettsäuren (<i>Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids, sog. PUFAs</i>)		x	
Lokal verabreichtes Metformin-Gel		x	
Systemische Antibiotika	(x) für bestimmte Patientengruppen	x keine routinemäßige Empfehlung	
Adjuvante Antiseptika (speziell Chlorhexidin-Mundspülungen für einen begrenzten Zeitraum)	(x) nur in bestimmten Fällen		Häusliche Maßnahme /

			keine zahn- ärztliche Leis- tung
Lokal appliziertes Chlorhexidin mit Re- tard-Formulierung	x		GOZ-Nr. 4025
Bestimmte lokal applizierte Antibiotika mit anhaltender Freisetzung (z.B. Doxycyclin, Minocyclin)	x		GOZ-Nr. 4025

Tabelle 2

5. Fazit

Der PKV-Verband begrüßt die fortlaufende Entwicklung von Leitlinien der zahnärztlichen Fachgesellschaften. Gerade in der Zahnmedizin ist die Anzahl der in Deutschland entwickelten Leitlinien hohen Evidenzgrades noch sehr begrenzt. Hier sind die zahnärztlichen Fachgesellschaften gefordert, die wissenschaftliche Entwicklung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie voranzutreiben. Leitlinien unterstützen auch die Privaten Krankenversicherungen bei der Einordnung einer (zahn-)medizinischen Maßnahme als medizinisch notwendige Heilbehandlung im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/KK. Wichtig ist dabei, wissenschaftliche Leitlinien von den Richtlinien des G-BA klar zu unterscheiden, da letztere auch wirtschaftliche Aspekte berücksichtigen.

BEMA und GOZ bezwecken die Beschreibung von evidenzbasierten diagnostischen und therapeutischen zahnärztlichen Leistungen. Die GOZ sieht in § 6 Abs. 1 GOZ im Gegensatz zum BEMA die Möglichkeit von Analogabrechnungen vor. Voraussetzung ist, dass es sich um eine selbstständige zahnärztliche Leistung handelt, die nicht in der GOZ enthalten ist. Es entspricht der ständigen Rechtsprechung des BGH, dass die Selbständigkeit einer zahnärztlichen Leistung danach zu beurteilen ist, ob für sie eine eigenständige medizinische Indikation besteht. Diese Möglichkeit der Analogabrechnung eröffnet Versicherten und Zahnärzten Zugang zu Innovationen in der Zahnmedizin. Regelungslücken in der GOZ dürfen jedoch nicht bloß behauptet sein, sondern müssen tatsächlich vorliegen. Das Zielleistungsprinzip zur Vermeidung von Doppelabrechnungen ist als grundlegendes Prinzip der GOZ zu beachten: Der Zahnarzt darf für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Unter diesen Grundvoraussetzungen ist keine der in der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ erwähnten Maßnahmen als „neu“ entwickelte diagnostische oder therapeutische Maßnahmen anzusehen. Diese sind allesamt in der GOZ 2012 enthalten. Die Leitlinie konkretisiert indes – und das ist wissenschaftlich redlich – das PAR-Versorgungskonzept auf der Grundlage internationaler wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Im GKV-Bereich steht die Abbildung des evidenzbasierten zahnmedizinischen Fortschritts unter dem Vorbehalt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Translation in den BEMA. Was nicht im BEMA aufgeführt ist, darf der Zahnarzt auch nicht auf Kosten der GKV erbringen und abrechnen. Daher hat die aktuelle S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ den G-BA veranlasst, die PAR-Richtlinie zu erlassen. Der Bewertungsausschuss aus GKV-Spitzenverband und KZBV haben den BEMA fortgeschrieben, der bisher diesbezüglich unzureichend beschrieben und vergütet war. Die Parodontalerkrankung kann auf dieser Grundlage nun auch bei gesetzlich Versicherten mit umfassenden – am individuellen Bedarf der Patienten ausgerichteten – Maßnahmen bekämpft werden.

Das Positionspapier der BZÄK zur „gebührenrechtlichen Einordnung“ der G-BA-PAR-Richtlinie erweckt den falschen Eindruck, die GOZ 2012 würde die im BEMA beschriebenen PAR-Leistungen nicht enthalten. Daraus leitet die BZÄK die Berechtigung zur ausufernden Analogabrechnung von PAR-Maßnahmen bei Privatversicherten und Beihilfeberechtigten ab. Anders als die BZÄK meint und wie oben unter 3. dargelegt, ist die evidenzbasierte Versorgungsstrecke im Rahmen der systematischen Parodontitistherapie inkl. der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) gem. Behandlungsprotokoll der EFP-/DG-PARO-Leitlinie im Gebührenverzeichnis der GOZ umfassend beschrieben. Für Analogabrechnungen besteht daher mangels Regelungslücken kein Raum. Die von der BZÄK in dem Positionspapier vorgeschlagenen Analog-Abrechnungsempfehlungen sind daher zurückzuweisen, da sie dem materiellen Recht der GOZ und der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes zu Analogabrechnungen grundlegend widersprechen.

