

# Die neue PAR-Richt- linie 2021

## Eine Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen

Ein Beitrag von Dr. Georg Bach,  
Freiburg im Breisgau

Die bisherige, bis zum 01.07.2021 geltende PAR-Richtlinie wurde schon seit geraumer Zeit nicht mehr dem gerecht, was in deutschen Zahnarztpraxen geleistet und durchgeführt wird. Mit der neuen PAR-Richtlinie wird nun Neuland beschritten – zahlreiche neue Elemente werden in der Behandlung GKV-Versicherter, bei denen eine Parodontalerkrankung vorliegt, integriert. Zudem wird erstmals in einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses die seit Langem geäußerte Forderung der deutschen Zahnärzteschaft nach Berücksichtigung der „sprechenden Zahnmedizin“ berücksichtigt.

Mit dem Antrag der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss, der darauf abzielte, eine neue PAR-Richtlinie zu entwickeln, wurde ein Verhandlungs- und Entscheidungsprozess eingeleitet, der nahezu ein Jahrzehnt andauerte. Direkt nach der Verabschiedung der Richtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss begann Anfang 2021 die Tätigkeit des Bewertungsausschusses, die dann im Mai 2021 abgeschlossen wurde. Ein gemeinsamer Antrag von Zahnärzten und Krankenkassen schloß diese Arbeiten ab. In weiteren Verhandlungen wurden die Inhalte der neuen Richtlinie für die besonders schützenswerte und vulnerable Gruppe der Patienten mit Behinderungen und Pflegebedürftigkeit (§22a des SGBV) modifiziert.

Die bisherige PAR-Richtlinie (**Abb.1**) war schon seit Längerem nicht mehr zeitgemäß. Es gab aber auch noch zahlreiche weitere Gründe, eine neue PAR-Richtlinie zu entwickeln. Zum einen ist es der deutschen Zahnärzteschaft auf dem Gebiet der Kariesprävention überaus erfolgreich gelungen, die Kariesprävalenz erheblich zu senken. Zum anderen besteht auf dem Gebiet der Parodontalerkrankungen ein hoher Handlungsbedarf, der momentan nicht vollumfänglich abgedeckt ist. Zahlreiche wissenschaftliche Erkenntnisse über den Zusammenhang von Parodontalerkrankungen und weiteren Erkrankungen beziehungsweise internistischen Befunden lieferten zusätzliche Gründe für die Entwicklung einer neuen PAR-Richtlinie (**Abb.2**).

Enthielt die bisherige allgemeine Behandlungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Systematischen Behandlung von Parodontopathien (PAR-Behandlung) noch acht Paragraphen, so ist die neue PAR-Richtlinie auf 14 Paragraphen angewachsen. Komplett neu in der Richtlinie, die ab 1. Juli 2021 Gültigkeit hat, sind eine Definition der Grundlagen der Parodontalerkrankung (§2) sowie der Behandlungsziele, der Behandlungsbedürftigkeit (§4) und ein Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch (§6), die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (§8), die Befundevaluation (§11)

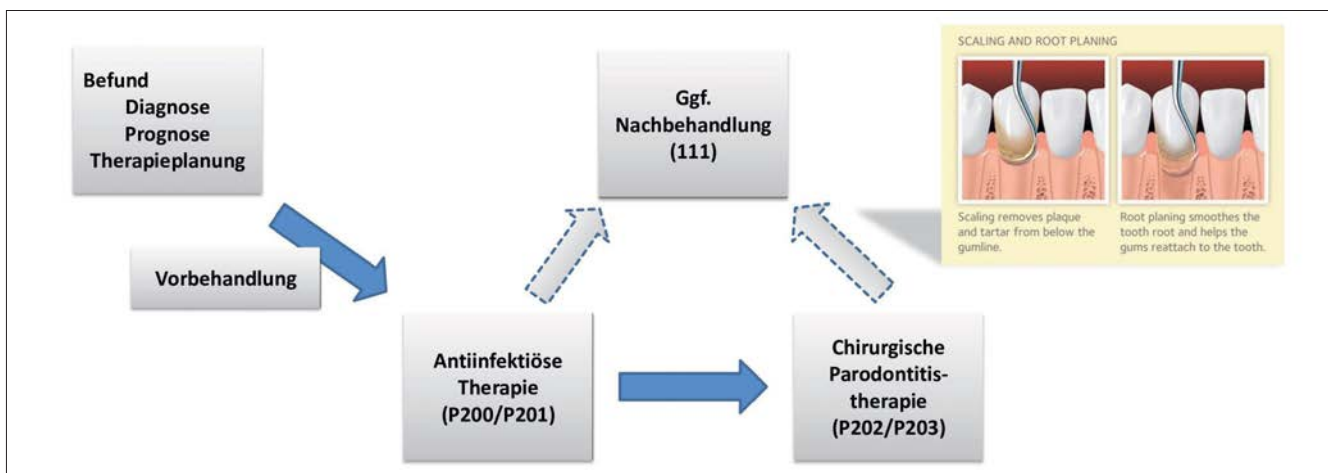


Abb.1 Behandlungstrecke der bisherigen PAR-Richtlinie (bis 01.07.2021)

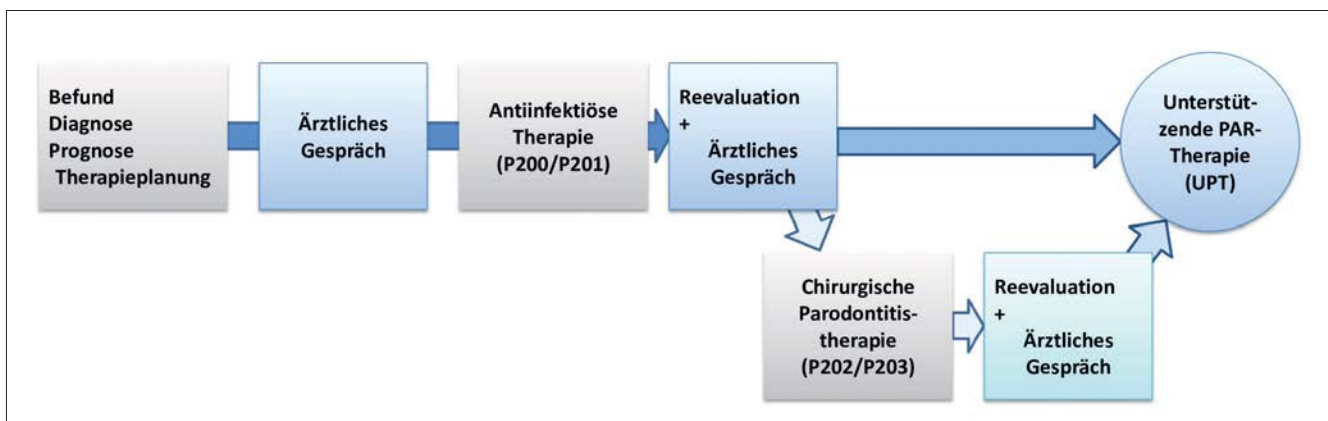


Abb.2 Behandlungstrecke der neuen PAR-Richtlinie ab dem 01.07.2021

und die unterstützende Parodontaltherapie (§13).

Im Gegensatz zur alten, knapp gehaltenen Richtlinie gehen die Schwerpunkte der neuen Richtlinie bereits aus deren Gliederung hervor:

- a) Berücksichtigung der „sprechenden Zahnmedizin“ (Aufklärungs- und Instruktionsgespräche)
- b) die Betonung der Eigenverantwortung des Patienten (patientenindividuelle Aufklärung und Unterweisung/Übungen)
- c) das Schaffen einer Richtlinie auf der Höhe der Zeit (AIT/CPT/Evaluationen/systemische Antibiose/ UPT)

### Antragstellung

Auch weiterhin wird eine Antragstellung erforderlich sein, denn in §5 der neuen PAR-Richtlinie ist definiert, dass für

die Durchführung einer systematischen Parodontistherapie (und für eine Verlängerung der UPT zu einem späteren Zeitpunkt der Behandlungstrecke) eine Genehmigung durch die Krankenkasse vorausgesetzt wird. Der Antrag wird der Krankenkasse mittels eines zwischen den Bundesmantelvertragspartnern vereinbarten Datensatzes übermittelt. Da dieses rein digitale Antragsverfahren zum Gültigkeitsbeginn der neuen PAR-Richtlinie noch nicht verfügbar ist, muss die Antragstellung vorübergehend noch wie bisher in Papierform erfolgen.

### Das vertragszahnärztliche Gutachtenwesen

Ebenfalls in §5 der neuen PAR-Richtlinie ist aufgeführt, dass die Krankenkasse vor der Kostenübernahmeentscheidung die diagnostischen Unterlagen und die Ver-

sicherten begutachten lassen kann, wenn sie dieses für erforderlich und geboten hält.

Wesentliche Faktoren, die bei bisherigen Gutachten zur Empfehlung einer Nichtgenehmigung führten, sind in der neuen PAR-Richtlinie weggefallen, beispielsweise die Erfordernis einer vorherigen Entfernung von Zahnstein und Belägen vor der Begutachtung oder die Erfordernis einer guten Mitarbeit beziehungsweise Mundhygiene des Patienten. Nach der neuen Richtlinie hat nun jeder Versicherte einen grundsätzlichen Anspruch auf eine PAR-Behandlung, sodass sich die vertragszahnärztliche Gutachter-tätigkeit grundlegend verändert.

Sollte die Krankenkasse ein Gutachtenverfahren zum Zeitpunkt des Eingangs eines Antrags einleiten, so kann der beauftragte Gutachter zunächst lediglich die Wirtschaftlichkeit der geplanten

Maßnahmen überprüfen und ferner, ob Staging und Grading korrekt durchgeführt worden sind. Eine weitere Option für die Krankenkasse, ein Gutachtenverfahren einzuleiten, ist in der neuen PAR-Richtlinie zu dem Zeitpunkt möglich, wenn eine Verlängerung der UPT, die über einen Zweijahreszeitraum vorgesehen ist, für ein weiteres halbes Jahr beantragt wird.

Zu welchen Entwicklungen beim vertragszahnärztlichen Gutachtenwesen und zu welcher Beauftragungsfrequenz die neue PAR-Richtlinie führen wird, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch unklar.

### Nomenklatur

In §3 der neuen PAR-Richtlinie ist festgelegt, dass Diagnosen von Parodontalerkrankungen gemäß der jeweils gültigen Klassifikation der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (der DG Paro) anzugeben sind. Der aktuellen Nomenklatur folgend werden damit die Begriffe Staging und Grading (**Tab. 1 und 2**) für die Diagnosestellung relevant.

### Staging

Das Staging beschreibt das Stadium der Parodontalerkrankung. Von Bedeutung sind dabei Schweregrad, Komplexität und Ausdehnung sowie Verteilung. Die Zuordnung der patientenindividuellen Gegebenheiten führt zu einer Einordnung in das entsprechende Stadium I bis IV.

### Grading

Das Grading beschreibt den Krankheitsgrad. Relevant sind dabei primäre Kriterien mit direkter und indirekter Evidenz und Modifikatoren beziehungsweise Risikofaktoren. Die Zuordnung der patientenindividuellen Gegebenheiten führt zu einer Einordnung in den entsprechenden Grad A, B oder C (langsame, moderate und rasche Progressionsrate).

### Auswirkungen der nunmehr relevanten PAR-Nomenklatur

Der aktuellen PAR-Nomenklatur der DG Paro kommt durchaus eine „Leitfunktion“ zu, da sie diagnostische und

therapeutische Relevanz besitzt. Es werden nicht nur das Stadium und der Schweregrad der jeweiligen Parodontalerkrankung beschrieben, aus den jeweiligen Zuordnungen geht unter anderem auch die erforderliche Frequenz der UPT-Sitzungen hervor. Diese ist bei einer langsamen Progressionsrate (Grad A) auf eine UPT-Sitzung pro Kalenderjahr festgelegt, bei einer moderaten Progressionsrate (Grad B) auf zwei pro Jahr und bei einer raschen Progressionsrate (Grad C) auf drei pro Jahr.

Da die Durchführung der UPT über einen Zweijahreszeitraum vorgesehen ist, ergibt sich somit eine Gesamtzahl bei Grad A von zwei UPT Sitzungen, bei Grad B von vier Sitzungen und bei Grad C von sechs Sitzungen.

### Beispiel HbA<sub>1c</sub>-Wert

Für ein korrektes Staging und Grading ist eine Beachtung zahlreicher Faktoren erforderlich. So soll neben dem Tabakkonsum der parodontalerkrankten Patienten erstmals bei Patienten mit einer Diabetes-Erkrankung auch nach dem HbA<sub>1c</sub>-Wert gefragt werden. Der HbA<sub>1c</sub>-Wert lässt auf den Blutzuckerlauf der letzten acht bis zwölf Wochen rückschließen. Bei gesunden Personen liegt der Wert bei rund 30 mmol/mol beziehungsweise rund fünf Prozent. Bei Patienten mit einer Diabeteserkrankung steigt der HbA<sub>1c</sub>-Wert an. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft empfiehlt einen Zielkorridor unter 7,5 Prozent.

Ein HbA<sub>1c</sub>-Wert über sieben Prozent beim diabetischen Patienten ist einer Parodontalerkrankung Grad C (rasche Progressionsrate) zuzuordnen.

### Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch

In §6 der neuen Richtlinie wird das parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch beschrieben: Im Anschluss an die Durchführung von Anamnese, Diagnose, Prognose und Therapieplanung wird der Patient im Rahmen eines vertragszahnärztlichen, risikospezifischen

parodontologischen Aufklärungs- und Therapiegesprächs über den vorliegenden Befund und die Diagnose informiert. Dabei soll dem Patient genau erläutert werden, welche Form einer Parodontalerkrankung bei ihm vorliegt, welcher Schweregrad festgestellt worden ist und welche Therapieoptionen bestehen.

Nach dem Prinzip der „sprechenden Zahnmedizin“ soll der Patient dabei nicht nur informiert, sondern aktiv in die Entscheidungsfindung eingebunden werden (§6, Absatz 1). Zusätzlich sollten im Rahmen des Aufklärungs- und Therapiegesprächs Informationen zur Bedeutung von gesundheitsbewußtem Verhalten (§6 Absatz 2), zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren (§6 Absatz 3) sowie zu Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen vermittelt werden.

### Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung

Unter die Rubrik „sprechende Zahnmedizin“ fällt auch die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung, die im zeitlichen Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie erfolgen und – ebenso wie die UPT – zur Sicherung eines langfristigen Behandlungserfolges dienen soll (§8 der neuen PAR-Richtlinie). Dabei soll in Erfahrung gebracht werden, über welches Wissen zu parodontalen Erkrankungen der Versicherte verfügt, wie seine Zahnpflegegewohnheiten aussehen und welche Ziele er bezogen auf seine Zahngesundheit verfolgt.

Danach folgt eine Bestimmung des Entzündungszustandes der Gingiva, das Anfärben der Plaque, eine individuelle Mundhygieneinstruktion und eine praktische Anleitung zur risikospezifischen Mundhygiene. Die individuell geeigneten Mundhygienehilfsmittel sollen bestimmt und deren Anwendung praktisch geübt werden. Die Unterweisung soll in einer „die jeweilige Versichertensituation berücksichtigenden Weise“ erfolgen. Der Versicherte soll die Informationen verstehen und die Unterweisungen umsetzen können. Im Rahmen der Durchführung der patientenindividuellen Mundhygiene-

Paradontitis 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	Koronales Drittel (<15%)	Koronales 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 Vorwiegend horizontaler Knochenabbau	Maximale Sondierungstiefe 4–5 mm Vorwiegend horizontaler Knochenabbau	Zusätzlich zur Komplexität des Stadium II: Sondierungstiefe ≥6 mm Vertikaler Knochenabbau ≥3 mm Furkationsbefall Grad II oder III Moderater Kammdefekt	Zusätzlich zur Komplexität des Stadium III: Notwendigkeit einer komplexen, interdisziplinären Rehabilitation aufgrund von: Mastikatorischer Dysfunktion Sekundärem okklusalen Trauma (Zahnbeweglichkeit ≥Grad 2) Ausgeprägtem Kammdefekt Verlust der Bisshöhe, Zahnwänderungen, 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			

Tab.1 PAR-Nomenklatur der DG Paro – Teil 1: Staging

Paradontitis 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 Biofilmlagerungen erwarten lassen; das klinische Bild lässt Episoden rapider Zerstörung und/oder einer früh beginnenden Erkrankung (z.B. Molaren-Inzisiv-Muster oder behandlungsresistente Erkrankung)
Modifikatoren	Risikofaktoren	Rauchen	Nichtraucher	Raucher, <10 Zig./Tag	Raucher, ≥10 Zig./Tag
		Diabetes	Kein Diabetiker, normoglykämisch	HbA <sub>1c</sub> <7,0% bei Patienten mit Diabetes	HbA <sub>1c</sub> ≥7,0% bei Patienten mit Diabetes

Tab.2 PAR-Nomenklatur der DG Paro – Teil 2: Grading

unterweisung können zahlreiche delegierbare Leistungen erfolgen.

### Antiinfektiöse Therapie (AIT)

In §9 der neuen PAR-Richtlinie wird die antiinfektiöse Therapie (AIT) beschrieben – dieser neue Begriff ersetzt das bisherige „geschlossene Verfahren“. Neben dem neuen Namen sind indes Ziel und Ablauf dieses ersten chirurgischen Abschnitts gleich geblieben: Die Antiinfektiöse Therapie (AIT) dient der Beseitigung entzündlicher Prozesse; Blutung beziehungsweise Supuration auf Sondierung sollen weitgehend eliminiert werden. Die antiinfektiöse Therapie erfolgt im Rahmen eines geschlossenen Vorgehens und sollte nach Möglichkeit innerhalb von vier Wochen abgeschlossen werden. Dabei werden bei Zahnfleischtaschen mit einer Sondierungstiefe von vier Millimetern und alle supragingivale und klinisch erreichbare subgingivale weiche und harte Beläge (Biofilm und Konkremete) entfernt.

### Chirurgische Parodontitistherapie (CPT)

Bei vielen Patienten mit leichteren und mittelschweren Verlaufsformen einer Parodontalerkrankung werden nach Abschluss der antiinfektiösen Therapie und nach Durchführung der Befundevaluation drei bis sechs Monate später derart günstige Befunde erhoben, dass direkt in die unterstützende Parodontitistherapie (UPT) übergegangen werden kann. Dieses Prozedere ist allerdings nicht bei allen Patienten möglich, vor allem nicht bei Patienten mit schweren Verlaufsformen der Parodontalerkrankung. Hier wird die Durchführung einer chirurgischen Parodontitistherapie (CPT) empfohlen.

Die chirurgische Parodontitistherapie (CPT) ist die neue Bezeichnung für das offene Vorgehen und wird dann durchgeführt, wenn nach Abschluss der AIT und der darauffolgenden Evaluation weiterer Handlungsbedarf besteht. Nach dem geschlossenen Vorgehen (AIT) ist also zu prüfen, ob die zahnmedizinische Notwen-

digkeit besteht, an einzelnen Parodontien ein offenes Vorgehen durchzuführen. Dies ist immer dann angezeigt, wenn im Rahmen der Evaluation bei Parodontien Sondierungstiefen von sechs Millimetern und mehr festgestellt werden.

Gemäß der neuen PAR-Richtlinie ist der Patient über den weiteren Handlungsbedarf in Kenntnis zu setzen. Darüber hinaus soll gemäß §12 der neuen Richtlinie der Vertragszahnarzt in „gemeinsamer Erörterung“ mit dem Versicherten die Entscheidung treffen, ob das offene Verfahren durchgeführt werden soll.

Wie in der bisherigen Richtlinie besteht weiterhin eine strenge Limitation für das offene Vorgehen im Oberkieferfrontzahnbereich. Anders als in der vorherigen Richtlinie ist es nach der neuen PAR-Richtlinie nicht mehr möglich, in Ausnahmefällen sofort mit dem offenen Verfahren zu beginnen. In jedem Fall muss vor Beginn einer offenen Parodontitistherapie der Abschluss der AIT (geschlossenes Vorgehen) erfolgen. Für Erleichterung im Praxisalltag dürfte die Regelung sorgen, dass die Entscheidung, dass ein offenes Vorgehen (CPT) durchgeführt werden muss, der Krankenkasse lediglich mitgeteilt, aber kein erneutes Antragsverfahren veranlasst werden muss.

### Adjuvante Antibiotikatherapie

Die adjuvante Antibiotikatherapie hat wird in §10 der neuen PAR-Richtlinie aufgegriffen: Bei besonders schweren Formen der Parodontitis, die mit einem raschen Attachmentverlust einhergehen, können systemisch wirkende Antibiotika im zeitlichen Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie (AIT) verordnet werden. Wie bisher können indes eine mikrobielle Keimdiagnostik und die lokale Antibiotikatherapie nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

### Befundevaluationen

Drei bis sechs Monate nach Beendigung der Antiinfektiösen Therapie (AIT) – und gegebenenfalls nach Beendigung der Chi-

urgischen Parodontitistherapie (CPT) – soll eine Befundevaluation durchgeführt werden. Im Rahmen dieser Befundevaluation wird erneut ein umfangreicher klinischer Befund (Sondierungstiefen/Sondierungsblutung/Zahnlockerung/Furkationsbefall) erhoben und auch dokumentiert. Die Erhebung und Dokumentation der parodontalen Befunddaten erfolgt hierbei analog zur Ersterhebung. Bei der Erhebung eines radiologischen Befundes sollten die Röntgenbilder, die bei der Antragstellung verwendet wurden, zugrunde gelegt werden – es sei denn, es sind aus anderen Gründen neuere Bilder erforderlich geworden und/oder verfügbar.

### Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)

Die unterstützende Parodontitistherapie (UPT) dient der Sicherung der Ergebnisse der antiinfektiösen (AIT) und gegebenenfalls einer erfolgten chirurgischen Therapie (CPT). Mit der UPT soll drei bis sechs Monate nach Abschluss des geschlossenen Verfahrens begonnen werden. Die UPT umfasst eine ganze Reihe von Maßnahmen:

- eine Mundhygienekontrolle und gegebenenfalls eine erneute Mundhygieneunterweisung,
- die vollständige supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen,
- falls erforderlich bei Sondierungstiefen von vier Millimetern und mehr und Vorhandensein von Sondierungsbluten sowie bei Sondierungstiefen von fünf Millimetern und mehr die subgingivale Instrumentierung an diesen Zähnen und
- ab dem zweiten Jahr einmal im Kalenderjahr die Untersuchung des Parodontalzustandes.

Die UPT-Maßnahmen sollen über einen Zeitraum von zwei Jahren regelmäßig durchgeführt werden (**Abb. 3 bis 6**). Die mögliche Frequenz der UPT-Sitzungen orientiert sich am Schweregrad der behandelten Erkrankung, bei Grad A einmal im Kalenderjahr (mit einem Mindestab-

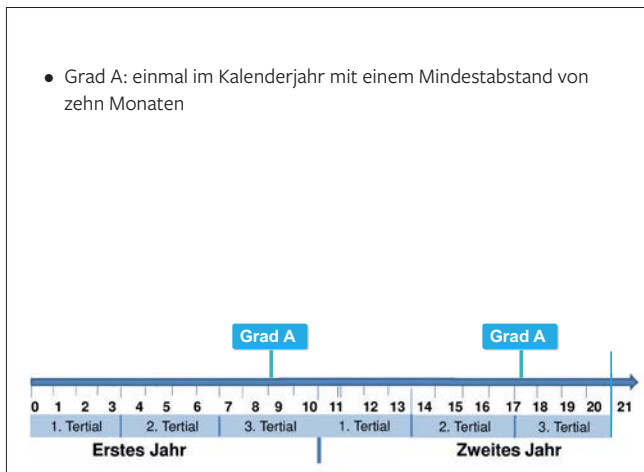


Abb.3 Die maximale Frequenz der UPT-Sitzung beträgt bei Patienten mit Grad-A-Paro-Erkrankung zwei Sitzungen im Zweijahreszeitraum.

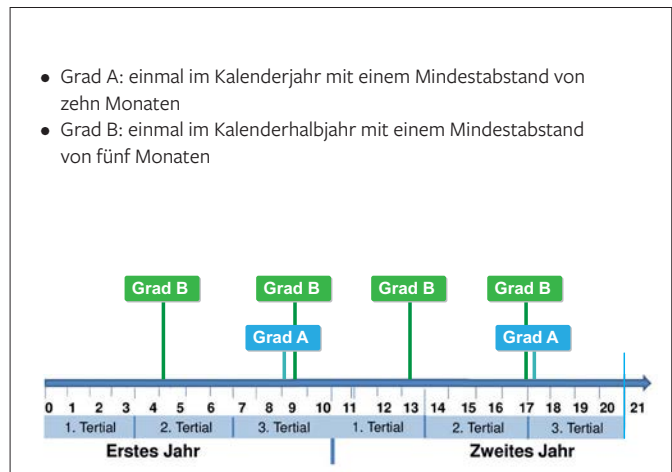


Abb.4 Die maximale Frequenz der UPT-Sitzung beträgt bei Patienten mit Grad-B-Paro-Erkrankung vier Sitzungen im Zweijahreszeitraum.

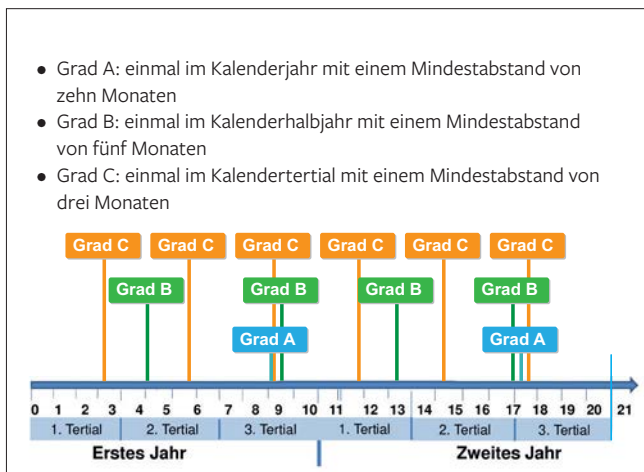


Abb.5 Die maximale Frequenz der UPT-Sitzung beträgt bei Patienten mit Grad-C-Paro-Erkrankung sechs Sitzungen im Zweijahreszeitraum.

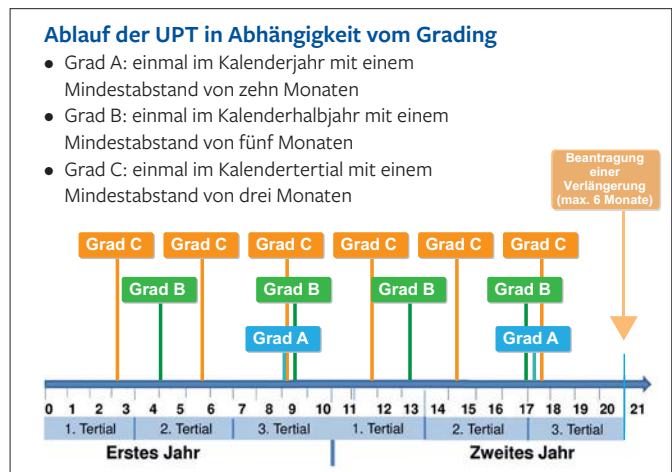


Abb.6 In begründeten Fällen kann eine Verlängerung des UPT-Intervalls für ein weiteres halbes Jahr bei der Krankenkasse beantragt werden.

stand von zehn Monaten), bei Grad B einmal im Kalenderhalbjahr (mit einem Mindestabstand von fünf Monaten) und bei Grad C einmal im Kalendertertil (mit einem Mindestabstand von drei Monaten). Bei einem Patienten mit einer progredienten Verlaufsform (Grad C) können somit in dem beschriebenen Zweijahreszeitraum maximal sechs UPT-Sitzungen abgerechnet werden.

In Fällen, in denen selbst nach Abschluss des zweijährigen UPT-Intervalls immer noch Befunde vorliegen, die weitere UPT-Maßnahmen sinnvoll erscheinen lassen, ist dann eine Verlängerung der UPT für weitere sechs Monate möglich, die allerdings bei der Krankenkasse beantragt werden muß. Letztere hätte bei

dieser Konstellation auch das Recht, ein Gutachtenverfahren einleiten zu lassen.

### PZR und UPT – ein Streitfall?

Führt man sich auf dem Papier die aufgeführten Inhalte der UPT mit denen einer PZR vor Augen, könnten man von der Beschreibung einiger Inhalte durchaus auf die Idee kommen, dass hier Ähnlichkeiten vorliegen. Die Befürchtung, dass die UPT die PZR „kannibalisieren“ könne, ist allerdings unbegründet. Denn nur die wenigsten professionellen Zahnreinigungen werden bei Patienten durchgeführt, die sich gerade in einer Prodontalbehandlungsphase befinden. Vielmehr wird der überwiegende Großteil von Professionel-

len Zahnreinigungen bei Patienten durchgeführt, die lediglich eine prophylaktische Maßnahme zum Erhalt ihrer Zahngesundheit wünschen und keine pardontale Erkrankung aufweisen. Die PZR soll das Auftreten einer Erkrankung des Parodonts verhindern. Gemäß ihrer Definitionen sind die beiden Verfahren PZR und UPT eindeutig voneinander abzugrenzen: Die Professionelle Zahnreinigung ist ein wissenschaftlich anerkanntes, hochwirksames Instrument zum Erhalt der Zahngesundheit – eine Prophylaxemaßnahme. Eine UPT hingegen ist ein Instrument zur Sicherung des Langzeiterfolges der bisher bei einem an einer Parodontitis Erkrankten durchgeführten Maßnahme – eine klassische Therapiemaßnahme.

## Honorar – Vergütung

Die neue PAR-Richtlinie wurde am 17.12.2020 verabschiedet. Der Bewertungsausschuss begann seine Tätigkeit allerdings erst zu Beginn des Jahres 2021. Die Inhalte der neuen Richtlinie wurden also vor Abschluß der Vergütungsverhandlungen festgelegt. Dieses Procedere ließ vereinzelt kritische Stimmen laut werden, die befürchteten, dass eine Richtlinie auf den Weg gebracht wurde, die mit einem nicht auskömmlichen Honorar vergesellschaftet ist. Als der Bewertungsausschuss im Mai 2021 die entsprechenden Ergebnisse (Abb. 7 bis 9) präsentierte, verstummten diese Stimmen nach einer Analyse der festgelegten Bewertungen rasch.

## Die Frage der Delegierbarkeit

Auch im Rahmen einer Parodontalbehandlung, die gemäß den Vorgaben der neuen PAR-Behandlung durchgeführt wird, wird es delegierbare Leistungen geben. Natürlich gilt: Diese Leistungen müssen in Übereinstimmung mit den Vorgaben des Delegationsrahmens der BZÄK zu bringen sein. Wichtig ist in diesem Zusammenhang eine individuelle Betrachtung der Praxis, in der eine Delegation erfolgen soll. Nur die Praxisinhaberin/der Praxisinhaber selbst kennt die individuellen Gegebenheiten in ihrer/seiner Praxis, kann die Mitarbeite-

rinnen und ihre Fähigkeiten einschätzen und weiß, welche Kammerkurse absolviert wurden. Letztendlich trägt sie/er auch die entsprechende Verantwortung.

Allgemein lässt sich zusammenfassen: Alles was bisher in einer Praxis delegiert werden konnte, kann auch weiterhin (im Rahmen der neuen Richtlinie) delegiert werden!

## Ist die neue PAR-Richtlinie „budgetschädlich“?

Der erweiterte Tätigkeitsinhalt der neuen PAR-Richtlinie wird zweifellos zu einem Anstieg der Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für den Bereich Parodontalerkrankungen führen. Diese Einschätzung wurde seit Beginn der Verhandlungen im Gemeinsamen Bundesausschuss von Zahnärzten, dem unabhängigen Vorsitzenden und auch den Krankenkassen geteilt. Ebenso war den Verhandlungspartnern klar, dass diese Leistungserweiterung nicht innerhalb der bestehenden Vergütungsobergrenzen erfolgen kann, sondern dass hierfür zusätzliche finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen sind. Ein einigendes Band zwischen den Vertragspartnern war hier die Erkenntnis, dass seit Jahren der tatsächliche Handlungsbedarf im Bereich Parodontalerkrankungen wesentlich über dem der tatsächlich durchgeführten Be-

handlungen auf diesem Gebiet liegt. Dies hat dazu geführt, dass zahlreiche Krankenkassen eine entsprechende Erhöhung der entsprechenden Ausgaben bereits in ihren Haushaltsplanungen für den Bereich PAR berücksichtigt hatten. Mit dem Aussetzen der Vergütungsobergrenzen durch den Gesundheitsminister Jens Spahn für die Jahre 2021 und 2022, der auf einen Ausgleich der pandemiebedingten Nachholeffekte abzielte, ist diese Diskussion für die kommenden zwei Jahre unerheblich geworden.

## Freiheitsgrade und Optionen

Eine Stärke der neuen PAR-Richtlinie liegt auch in den klaren Definitionen und Abgrenzungen, welche Leistungen unter die Bestandteile einer vertragszahnärztlichen PAR-Behandlung fallen und welche nicht. So sind lokale Antibiose und mikrobielle Diagnostik sowie Maßnahmen zur Verbreiterung der keratinisierten Gingiva und solche zur Verbesserung der Situation bei verkürzter angewachsener Schleimhaut und die Behandlung von Rezessionen eindeutig als Leistungen in der Richtlinie berücksichtigt, die nicht zur vertragszahnärztlichen Behandlung von Parodontalerkrankungen gehören.

Für diese wichtigen Behandlungen besteht die Option der Mehrleistungsvereinbarung mit dem Patienten. Vor-

Bewertung – Honorar	
PSI	12 Punkte
Aufklärungs-, Therapiegespräch	28 Punkte
Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung	45 Punkte
Antinfektiöse Therapie (geschlossen)	
– einwurzliger Zahn	14 Punkte
– mehrwurzliger Zahn	26 Punkte
Befundevaluation (nach AIT/CPT)	32 Punkte

Abb.7 Honorierung der Leistungen der neuen PAR-Richtlinie – Teil 1

UPT	
– MHG-Kontrolle	18 Punkte
– MHG-Unterweisung	24 Punkte
– Reinigung je Zahn	3 Punkte
– Messung/Sondierung	15 Punkte
– subg. Instrumentierung (> 5 mm)	
je einwurzliger Zahn	5 Punkte
je mehrwurzliger Zahn	12 Punkte
– Untersuchung und Dokumentation	32 Punkte

Abb.8 Honorierung der Leistungen der neuen PAR-Richtlinie – Teil 2

Chirurgische Therapie	
– einwurzliger Zahn	22 Punkte
– mehrwurzliger Zahn	34 Punkte
Einschleifmaßnahmen	6 Punkte
Nachbehandlung (je Sitzung)	10 Punkte
(im „ca.-Vergleich BEMA/GOZ“ entsprechen die BEMA-Leistungen etwa dem 2,4-fachen GOZ-Satz, mitunter darüber)	

Abb.9 Honorierung der Leistungen der neuen PAR-Richtlinie – Teil 3

aussetzung für eine solche ist, dass die Indikation für die geplante Maßnahme stimmt und zudem das Einverständnis und die Zustimmung des Patienten, der zudem über den Kostenrahmen vorgängig des Eingriffs aufgeklärt wurde, eingeholt wurde. Neben den zahlreichen in der neuen PAR-Richtlinie als Vertragsleistung ausgeschlossenen Leistungen gibt es zahlreiche weitere, die ebenfalls eine Mehrleistungsvereinbarung ermöglichen, so zum Beispiel der Bereich laserunterstützter Parodontalbehandlungsmaßnahmen.

### Was bleibt wie bisher?

Obwohl sie viele neue Komponenten enthält sind in der neuen PAR-Richtlinie viele bekannte Elemente erhalten geblieben. Wie auch zuvor gibt es weiterhin einen „Grenz-Sondierungswert“, ab dem eine Antragstellung erfolgen kann. Dieser liegt nun – durch den Wegfall der 0,5-Sondierungswerte – bei vier Millimetern Sondierungstiefe. Ebenfalls geblieben ist eine verpflichtende Antragstellung des Vertragszahnarztes und auch die Option der Krankenkasse auf Einleitung eines Gutachtenverfahrens. Die Antragstellung ist in der neuen PAR-Richtlinie in der Form der Übermittlung eines digitalen Datensatzes an die Krankenkasse vorgesehen.

Sämtliche Maßnahmen erfolgen weiterhin unter dem Gebot der Wirtschaftlichkeit, des Ausreichenden und des Zweckmäßigen. Dazu gehören unter anderem auch zahlreiche Maßnahmen wie die lokale Antibiose, das Durchführen mikrobieller Tests und viele chirurgische Maßnahmen wie die Rezessionsbehandlung. Weiterhin sind auch in der neuen PAR-Richtlinie zwei Sondierungspunkte (map/dap) als Minstdokumentation vorgesehen.

Nach wie vor gibt es in der Richtlinie eine Unterscheidung in geschlossenes und offenes Vorgehen, die nun aber mit neuen Bezeichnungen „geschlossenes Vorgehen = antiinfektiöse Therapie (AIT)“ und offenes Vorgehen = „chirurgische Parodontistherapie (CPT)“ versehen sind.

### Was ist neu?

Konservierend-chirurgische Maßnahmen, die laut alter Richtlinie unbedingt vor der Antragstellung abgeschlossen werden mussten, können nun auch im zeitlichen Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie durchgeführt werden. Im Rahmen der Forderung nach Berücksichtigung der „sprechenden Zahnmedizin“ fanden das zahnärztliche Gespräch und das patientenindividuelle Aufklärungs- und Unterweisungsgespräch (verbunden mit Instruktionen, Mundhygieneunterweisungen und -übungen) Einzug in die neue PAR-Richtlinie. Unmittelbar damit verbunden ist eine höhere Bedeutung und ein wesentlich höherer Umfang der Behandlungsdokumentation. Ein zentraler Punkt der neuen PAR-Richtlinie betrifft die Einbeziehung und Berücksichtigung der Eigenverantwortung des Patienten und die vollumfängliche Berücksichtigung seiner Krankengeschichte und Lebensstilfaktoren.

War es in der bisherigen PAR-Richtlinie im Ausnahmefall möglich, gleich mit dem offenen Vorgehen als erste chirurgische Maßnahme zu beginnen, ohne zuvor ein geschlossenes Vorgehen durchgeführt zu haben, so sieht die neue PAR-Richtlinie stets erst die Durchführung der AIT und dann – im Bedarfsfalle – die einer CPT vor. Eine Ausnahme hiervon ist nur bei Patienten mit Behinderung oder Pflegebedarf möglich.

Neu ist in der aktuellen PAR-Richtlinie auch der zeitliche Rahmen der Evaluation (nach AIT und gegebenenfalls nach CPT), die drei bis sechs Monate nach Abschluss des jeweiligen Verfahrens erfolgen soll. Die Frist, innerhalb derer die AIT abgeschlossen sein sollte, ist indes mit vier Wochen gleich geblieben.

Zur Feststellung des Schweregrades einer Parodontitis kommt im Rahmen der neuen PAR-Richtlinie den beiden Indizes SBI und PSI eine besondere Bedeutung zu, denn beide bieten eine gute Diagnostikoption, können aber auch sehr gut zur Motivation von Patienten benutzt werden. Der PSI ist nunmehr sogar Bestandteil der Behandlungsrichtlinie geworden.

### Fazit

Die neue PAR-Richtlinie stellt zweifelsfrei einen Meilenstein in der Versorgung von GKV-Versicherten mit Parodontalerkrankungen dar. Im Rahmen der aufwändigen, langwierigen und durchaus kontrovers geführten Verhandlungen fanden wesentliche Forderungen der Zahnärzteschaft Einzug in die neue Richtlinie. Die Eigenverantwortung und Mitarbeit des Patienten sind in den Fokus gerückt, ebenso die für das Ziel eines nachhaltigen Behandlungserfolgs nötigen Behandlungsschritte. Mit der UPT wurde ein Instrument geschaffen, das eine Steigerung der Patientenadhärenz anstrebt.

Dass es den zahnärztlichen Verhandlungsführern gelungen ist, ein auskömmliches Honorar im Rahmen der Verhandlungen des Bewertungsausschusses zu erzielen, gehört ebenfalls zu den Positiven der neuen PAR-Richtlinie. Wesentliche Freiheitsgrade und Optionen für Mehrleistungsvereinbarungen sind erhalten geblieben.

Korrespondenzadresse:  
Dr. Georg Bach  
Facharzt für Oralchirurgie  
Rathausgasse 36,  
79098 Freiburg im Breisgau  
doc.bach@t-online.de  
Literatur beim Verfasser



### HINWEIS

**Dr. Georg Bach referiert beim 62. Bayerischen Zahnärztetag. Das ausführliche Programm finden Sie auf Seite 70.**