

LEITLINIEN VERSTÄNDLICH ERKLÄRT

Neue Behandlungsrichtlinie für die PA-Therapie gesetzlich Versicherter

Dr. Frederic Kauffmann

→ Warum Sie diesen Beitrag lesen sollten?

Dieser Beitrag stellt die Übertragung der S3-Leitlinie „Treatment of Stage I–III Periodontitis“ der European Federation of Periodontology (EFP) auf deutsche Gegebenheiten vor. Diese neue Behandlungsrichtlinie vom 1. Juli 2021 definiert den Ablauf der gesamten Parodontal-Behandlung – mit Fokus auf die aktuelle wissenschaftliche Evidenz. Der Ablauf kann leicht angepasst werden. Dies soll dem Behandler helfen auf individuelle Situationen einzugehen. Das Ziel ist immer das gleiche: der Beginn der UPT in einer stabilen parodontalen Situation.

Zusammenfassung: Nach der Einführung der neuen Klassifikation der parodontalen und periimplantären Erkrankungen und Zustände 2017 und diverser Leitlinien auf nationaler und internationaler Ebene stellt die neue Behandlungsrichtlinie für gesetzlich Versicherte einen weiteren Schritt in die richtige Richtung dar.

Neben einem klar strukturierten und auf wissenschaftlichen Fakten beruhenden Behandlungsablauf wurde das Thema unterstützende Parodontaltherapie und Aufklärung über das Erkrankungsbild in den Fokus der Behandlung gerückt. Auch wenn dies in vielen Praxen bereits selbstverständlich und im Behandlungsablauf integriert war, ergibt sich für den Behandler der Vorteil, dass Themen wie Delegierbarkeit und Abrechnung besser geregelt sind.

Schlüsselwörter: Behandlungsrichtlinie, PA-Therapie, UPT, AIT, Punktwerte

Zitierweise: Kauffmann F: Leitlinien verständlich erklärt. Neue Behandlungsrichtlinie für die PA-Therapie gesetzlich Versicherter. Z Zahnärztl Implantol 2021; 37: 214–218

DOI.org/10.3238/ZZI.2021.0214–0218

Einleitung: Nachdem Ende 2017 die neue Klassifikation parodontaler und periimplantärer Erkrankungen auf den Weg

gebracht wurde, blieb gefühlt erstmal alles beim Alten. Doch auch wenn sich sowohl die Kostenträger als auch die Praxissoftware noch im „alten“ System befanden, war alles im Umbruch. Richtig klar wurde dies am 1. Juli 2021 als die neue Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) eingeführt wurde.

Diese umfangreiche Anpassung an den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Evidenz kommt allen Parodontitispatienten zugute, die ab dem 1. Juli einen PA-Behandlungsplan beantragen. Aber auch für die Behandler ändern sich relevante Punkte, die je nach vorherigem Behandlungsablauf sehr deutlich ausfallen können.

RELEVANTE ÄNDERUNGEN

Folgende wichtige Punkte ändern sich:

1. das parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch,
2. die individuelle Mundhygieneunterweisung,
3. die unterstützende Parodontitistherapie (UPT).

Auch wenn jeder einzelne der erwähnten Punkte vor der Anpassung mit großer Sicherheit angewendet wurde, so sind sie jetzt nicht nur Pflicht, sondern auch abrechnungsfähig. Gerade mit Bezug auf die

Schematischer Ablauf der PA-Therapie

Verpflichtend vor Beginn der Therapie Voraussetzung für Genehmigung	1. Termin	Parodontalstatus
Genehmigung durch Kostenträger		
Verpflichtend ggf. zwei Termine MHU in zeitlichem Zusammenhang mit AIT	2. Termin	ATG und MHU alternativ zwei Termine
Verpflichtend möglichst innerhalb von 4 Wochen abgeschlossen	3. Termin	AIT
Verpflichtend	4. Termin	BEV a 3–6 Monate nach AIT
CPT bedarf keiner weiteren Genehmigung		
je nach Befund	5. Termin	bei Bedarf CPT
je nach Befund	6. Termin	BEV b 3–6 Monate nach AIT
Beginn des 24-monatigen Zeitraums ab der 1. UPT Verlängerung um 6 Monate möglich		
Verpflichtend	7. Termin	UPT Häufigkeit je nach Schweregrad

Quelle: modifiziert aus [5]

Tab. 1: Schematischer Ablauf der PA-Therapie: Die ATG & MHU stellen eine Art Vorbehandlung dar, bei der der Patient über die Erkrankung, Behandlung und die Alternativen informiert wird.

unterstützende Parodontitistherapie ist dies ein Novum.

NEUER ABLAUF DER BEHANDLUNG

Der aktualisierte, neue Ablauf der Behandlung gliedert sich wie folgt (s. auch Tab. 1):

1. Nach der Dokumentation von Anamnese, Befund und Stellen der Diagnose nach der neuen Klassifikation erfolgt die Beantragung der Behandlung beim jeweiligen Kostenträger.
2. Liegt die Genehmigung vor, erfolgt das parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG), das zeitgleich mit der
3. Patientenindividuellen Mundhygieneunterweisung (MHU) stattfinden kann, aber nicht muss. Pflicht ist nur, dass die MHU im zeitlichen Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie (AIT) steht.
4. Die AIT umfasst die supra- und subgingivale Reinigung aller betroffenen Zähne. Hervorzuheben ist: Die adjuvante Antibiotikagabe ist weiterhin möglich, sollte jedoch nur noch in besonders schweren Fällen mit schneller Progression verabreicht werden (Abb. 1). Hierbei stehen weniger die Kosten als der Nutzen im Vordergrund.
5. Der Befundevaluation (BEV a) nach ca. 3–6 Monaten schließt sich,

6. je nach Erfolg der AIT eine chirurgische Parodontaltherapie (CPT) an.
7. Die der CPT folgenden Befundevaluation (BEV b) sollte nach 3–6 Monaten stattfinden.
8. Zeigt sich diese erfolgreich, folgt die unterstützende Parodontaltherapie (UPT) je nach Grad 2-, 4- oder 6-mal innerhalb des genehmigten Zeitraums.

Ein Patient hat ohne chirurgische Parodontaltherapie mind. 4 Termine (1. PAR Status, 2. ATG+MHU, 3. AIT, 4. BEV a) und mit chirurgischer Parodontaltherapie mind. 6 Termine (1. PAR Status, 2. ATG+MHU, 3. AIT, 4. BEV a, 5. CPT, 6. BEV b) bis zum Start der UPT, wobei diese mit der Befundevaluation gemeinsam terminiert werden können: BEV a, wenn keine chirurgischen Maßnahmen notwendig sind. BEV b, wenn chirurgische Maßnahmen notwendig waren.

Die Anzahl der einzelnen Therapieschritte zeigt deutlich, dass der Fokus nicht mehr „nur“ auf der antiinfektiösen Therapie lastet, sondern vielmehr auch die Behandlungsschritte mit einbezieht, die für einen Großteil der Behandler selbstverständlich waren, aber nicht abgerechnet werden konnten.

So ist es nach der neuen Behandlungsrichtlinie möglich, individuelle Mundhygieneinstruktionen oder die Aufklärung über Parodontitis abzurechnen. Im Um-



Fotos (1–3): Kauffmann F.

Abb. 1: Die Verwendung von Antibiotika ist weiterhin möglich. Ihre Empfehlung wurde jedoch stark eingeschränkt: Nur schwere Verläufe junger Patienten sollten mit systemisch wirksamen Antibiotika behandelt werden.

kehrschluss sind diese Termine Pflicht, können teilweise nicht verbunden werden und müssen im zeitlichen Zusammenhang mit der AIT stehen.

KLASSISCHER BEHANDLUNGSABLAUF

Der klassische Behandlungsablauf würde sich in etwa so gestalten: Während eines Behandlungstermins wird ein PSI erhoben. Wird dieser abgerechnet, muss das Ergebnis ausgedruckt oder in ein Formblatt eingetragen und dem Patienten verpflichtend ausgehändigt werden.

Dabei zeigen sich bereits erste Hinweise für eine eventuell vorliegende Parodontitis, sodass ein vollständiger Parodontal-



Abb. 2: Ob Antibiotika bei jungen Patienten mit schweren Verläufen indiziert ist, sollte nicht nur vom Röntgenbefund abhängig gemacht werden. Hier zu sehen ist ein 18-jähriger (links) und ein 30-jähriger Patient mit schwerem Verlauf (rechts).

befund erhoben wird. Dieser wird anschließend zur Begutachtung und Genehmigung an den jeweiligen Kostenträger übermittelt. Nach erfolgter Genehmigung erfolgt das parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch. Im weiteren Verlauf muss die Patientenindividuelle

Mundhygieneunterweisung stattfinden, die im zeitlichen Zusammenhang mit der AIT stehen muss, aber nicht am gleichen Tag stattfinden darf.

Im nächsten Schritt werden alle supra- und subgingivalen Flächen der Zähne im Rahmen der AIT gereinigt. Liegt ein

schwerer Verlauf eines jüngeren Patienten vor, so ist die adjuvante Antibiotikagabe eine mögliche Option (Abb. 2). Nach Abschluss der aktiven Phase erfolgt nach ca. 3–6 Monaten eine Befundevaluation und je nach Ergebnis der Therapie anschließend die chirurgische Parodontaltherapie. Diese ist nicht mehr gesondert genehmigungspflichtig und kann an Stellen mit Sondierungstiefen 6 mm angewandt werden. Auch nach diesem Behandlungsschritt wird eine Befundevaluation (BEV b) nötig. Konnten alle behandlungsbedürftigen Stellen therapiert werden (Ziel 5 mm), folgt je nach Grading die unterstützende Parodontaltherapie. Die Gültigkeit von 24 Monaten läuft ab dem Zeitpunkt der ersten UPT. Die Intervalle sind klar geregelt: für Grad A 1x/Jahr im Abstand von 10 Monaten; für Grad B 2x/Jahr im Abstand von 5 Monaten; für Grad C 3x/Jahr im Abstand von 3 Monaten denkbar.

AUSZÜGE AUS DER EFP-LEITLINIE

- Für die Reinigung der supra- und subgingivalen Anteile eignen sich nach aktuellem Stand der Wissenschaft maschinelle sowie Handinstrumente gleichermaßen (Abb. 3) [10].
- Quadrantenweises Reinigen im Vergleich zu Full mouth innerhalb von 24 Stunden zeigt keinen Unterschied [10].
- Der Benefit von Lasern ist nach aktueller Literatur unklar. Die Empfehlung ist auf eine zusätzliche Laseranwendung zu verzichten. Es wird jedoch keine Aussage zur alleinigen Anwendung von Lasern gemacht [6].
- Der Nutzen einer photodynamischen Therapie ist unklar. Die Empfehlung ist, dass diese aktuell nicht angewendet werden sollte.
- Systemische Antibiotika sollten nur ergänzend und nach Risikoabwägung eingesetzt werden. Gerade bei jungen Patienten mit rascher Progression können systemische Antibiotika erwogen werden [11].

- Für die chirurgische Therapie zeigt der Vergleich verschiedener Lappendesigns nicht ausreichend Evidenz, um sich auf ein Vorgehen festzulegen [8].
- Zahnerhalt auch von furkationsbefallenen Zähnen durch chirurgische Intervention ist möglich. Ein Zahn mit Furkationsgrad III in Kombination mit einem Lockerungsgrad III ist nicht erhaltenswert [1].
- Schmelz-Matrix-Proteine sollten bei regenerativen Eingriffen zur Anwendung kommen [2, 4].
- Zahnseide sollte nicht die erste Wahl sein. Interdentalraumbürstchen zeigen sich effektiver und weniger traumatisch [9].
- Patienten sollten bezüglich einer Risikoreduktion beraten und begleitet werden. Raucherentwöhnung und Diabetesberatung haben einen Einfluss auf die Parodontitistherapie. Unklar ist der Einfluss von Ernährung und Bewegung [5].

ÜBERSICHT ABRECHNUNG

PSI: (12 Punkte)

Der PSI darf, muss aber nicht vor Beantragung einer PAR-Therapie erfolgen. Er darf nur alle 2 Jahre aber nicht während einer PAR-Behandlung abgerechnet werden.

PAR-Status: (44 Punkte)

Für einen vollständigen PAR-Status muss – neben den Sondierungstiefen, der Zahnlockerung (0-III), dem Furkationsbefall (0-III) und dem Zahnverlust aufgrund von Parodontitis – auch abgeklärt werden, ob und wie viel der Patient raucht (< oder > 10 Zigaretten), und im Falle eines Diabetes mellitus, wie gut dieser eingestellt ist (HbA_{1c}). Für Röntgenbilder gilt: Diese soll-

ten nicht älter als 12 Monate sein und den Knochenabbau erkennen lassen.

ATG: (28 Punkte)

Im Rahmen des ATG soll der Patient vollumfänglich über die Diagnose sowie die Therapie und Therapiealternativen aufgeklärt werden. Auch soll versucht werden, Risikofaktoren (Rauchen, Ernährung, Stress) zu reduzieren. Das ATG kann zusammen mit der MHU stattfinden.

MHU: (45 Punkte)

Die MHU muss im zeitlichen Zusammenhang mit der AIT stehen. Im Fokus der MHU steht herauszufinden, wie gut der Patient der häuslichen Mundhygiene nachgeht und warum (Wissen, Compliance). Weiter müssen die Beläge angefärbt werden, die Mundhygienemaßnahmen demonstriert und geübt werden. Die MHU kann mit der ATG kombiniert werden.

AIT a: (14 Punkte)

Die AIT a umfasst die Abrechnungsposition je behandeltem einwurzeligen Zahn.

AIT b: (26 Punkte)

Die AIT b umfasst die Abrechnungsposition je behandeltem mehrwurzeligen Zahn.

Es kann indiziert sein, in schweren, schnell voranschreitenden Fällen systemisch wirksame adjuvante Antibiotika zu verwenden. Diese sollten aufgrund der Wirkung auf den Gesamtorganismus sowie dem Risiko der Resistenzbildung nur mit äußerster Vorsicht eingesetzt werden.

Lokale Antibiotika oder auch die mikrobiologische Diagnostik können nicht über die AIT abgerechnet werden.

BEV a: (32 Punkte)

Befundevaluation nach erfolgter AIT (1. Befundevaluation) nach 3–6 Monaten

BEV b: (32 Punkte)

Befundevaluation nach erfolgter chirurgischer Parodontaltherapie CPT (2. Befundevaluation) nach 3–6 Monaten

Während der Befundevaluation sollten die Sondierungstiefen, Zahnlockerungen und der Furkationsbefall sowie der Knochenverlust mit dem Vorbefund verglichen werden und die Wichtigkeit der UPT erneut erläutert werden.

CPT a: (22 Punkte)

Die CPT a umfasst die Abrechnungsposition je behandeltem einwurzeligen Zahn.

CPT b: (34 Punkte)

Die CPT b umfasst die Abrechnungsposition je behandeltem mehrwurzeligen Zahn.

Die CPT muss nicht gesondert beantragt werden und greift ab Sondierungstiefen von 6 mm oder tiefer. Die chirurgische Therapie umfasst die Lappenoperation sowie das Reinigen der Zahnoberfläche.

UPT a: (18 Punkte)

Umfasst die Mundhygienekontrolle im Rahmen der UPT

UPT b: (24 Punkte)

Sollte die erneute Instruktion in die häusliche Mundhygiene notwendig sein, kann die UPT b abgerechnet werden.

UPT c: (3 Punkte)

Supragingivale Reinigung aller Zähne: auch derer, die nicht im Rahmen der AIT genehmigt und gereinigt wurden.

UPT d: (15 Punkte)

Messung von BOP und TST abrechenbar je nach Grad: Bei Grad B mit der 2. und 4. UPT; bei Grad C mit der 2., 3., 5. und 6. UPT

UPT e: (5 Punkte)

Subgingivale Reinigung bei > 4 mm oder mehr mit BOP je einwurzeliger Zahn

UPT f: (12 Punkte)

Subgingivale Reinigung bei > 4 mm oder mehr mit BOP je mehrwurzeliger Zahn

UPT g: (32 Punkte)

Umfasst Sondierungstiefen, BOP, Lockerungen und Furkationsbefall

Die UPT darf am selben Tag wie die BEV a/b beginnen. Verlängerung um ca. 6 Monate ist möglich.

Die wissenschaftliche Basis der neuen Behandlungsrichtlinie ist die deutsche Implementierung der S3-Leitlinie „Treatment of Stage I–III Periodontitis“ der European Federation of Periodontology (EFP) [3, 7]. Die Basis sind systematische Reviews mit optimaler Evidenzgrundlage. Hierdurch



→ **DR. FREDERIC KAUFFMANN**
Kieferchirurgische Gemeinschaftspraxis
Dr. Dr. Stroink und Kollegen, Düsseldorf
kauffmann@kieferchirurgie.org



Abb. 3: Gut für Behandler: Die Untersuchungen zeigen keine Unterschiede bezüglich der Verwendung von manuellen oder maschinellen Instrumente.

wird eine diagnosebezogene Behandlungsempfehlung für Patienten mit Parodontitis in den verschiedenen Stadien ermöglicht. Der massive Aufwand hinter diesem Projekt dient der Grundsteinlegung eines Systems, das einfacher erweitert oder angepasst werden kann.

In Zukunft können Änderungen nicht nur schneller, sondern auch mit deutlich geringerem Aufwand für alle Beteiligten in das bestehende etablierte System integriert werden. Aber nicht nur für Patienten, Behandler und Kostenträger hat das neue System Vorteile. Gerade für die Wissenschaft ist es wichtig vergleichbare Daten zu erzeugen. Mit dem Staging- und Grading-System ist es deutlich einfacher Patienten mit ähnlichen Krankheitsverläufen zu gruppieren und individuelle Risikofaktoren abzubilden.

Foto: privat

SCHLUSSFOLGERUNG

Die neue Behandlungsrichtlinie für die PA-Therapie gesetzlich Versicherter setzt den aktuellen Wissensstand konsequent um. Vieles ist nicht neu, was die Behandlung – das Herzstück der PA-Therapie – nicht verkompliziert. Der Ablauf ist neu, die Klassifikation noch jung. Wir müssen neue Vokabeln lernen und

uns in der Frühphase vermehrt mit dem Thema PAR-Abrechnung auseinandersetzen. Das Besondere aber geht in der anfänglichen Unklarheit unter: Der GKV-Patient ist mit dieser Behandlungsrichtlinie so perfekt und vollumfänglich vom Kostenträger abgesichert, wie wir es uns oft gewünscht haben. Die Honorierung ist fair. Sobald das System umgesetzt

ist, wird es mit weniger Aufwand verbunden sein, da die zusätzliche Beantragung von chirurgischen Maßnahmen entfällt.

Interessenkonflikte: Der Autor Dr. Frederic Kauffmann gibt an, dass im Zusammenhang mit der eingereichten Arbeit keine Interessenkonflikte bestehen. ■

Literatur

- 1 _ Dommisch H, Walter C, Dannewitz B et al.: Resective surgery for the treatment of furcation involvement: A systematic review. *J Clin Periodontol* 2020. 47 Suppl 22: 375–391
- 2 _ Jepsen S, Gennai S, Hirschfeld J et al.: Regenerative surgical treatment of furcation defects: A systematic review and Bayesian network meta-analysis of randomized clinical trials. *J Clin Periodontol* 2019. 47 Suppl 22: 352–374
- 3 _ Kebschull M, Jepsen S, Kocher T: Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III. Die deutsche Implementierung der S3-Leitlinie „Treatment of Stage I–III Periodontitis“ der European Federation of Periodontology (EFP). *S3-Leitlinie* 2020
- 4 _ Nibali L, Koidou VP, Nieri M et al.: Regenerative surgery versus access flap for the treatment of intrabony periodontal defects: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2020. 47 Suppl 22: 320–351
- 5 _ Ramseier CA, Woelber JP, Kitzmann J et al.: Impact of risk factor control interventions for smoking cessation and promotion of healthy lifestyles in patients with periodontitis: A systematic review. *J Clin Periodontol* 2020. 47 Suppl 22: 90–106
- 6 _ Salvi GE, Stahl A, Schmidt JC et al.: Adjunctive laser or antimicrobial photodynamic therapy to non-surgical mechanical instrumentation in patients with untreated periodontitis: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2020. 47 Suppl 22: 176–198
- 7 _ Sanz M, Herrera D, Kebschull M et al.: Treatment of stage I–III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol* 2020. 47 Suppl 22: 4–60
- 8 _ Sanz-Sanchez I, Montero E, Citteri F et al.: Efficacy of access flap procedures compared to subgingival debridement in the treatment of periodontitis. A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2020. 47 Suppl 22: 282–302
- 9 _ Slot DE, Valkenburg C, Van der Weijden GAF: Mechanical plaque removal of periodontal maintenance patients: A systematic review and network meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2020. 47 Suppl 22: 107–124
- 10 _ Suvan J, Leira Y, Moreno Sancho FM et al.: Subgingival instrumentation for treatment of periodontitis. A systematic review. *J Clin Periodontol* 2020. 47 Suppl 22: 155–175
- 11 _ Teughels W, Feres M, Oud V et al.: Adjunctive effect of systemic antimicrobials in periodontitis therapy: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2020. 47 Suppl 22: 257–281