

Wolfgang Eßer

# Wer entscheidet, was vertragszahnärztliche Leistung wird?

## Behandlungsrichtlinien in der Parodontologie



**Wolfgang Eßer**  
Dr. med. dent.  
Kassenzahnärztliche  
Bundesvereinigung (KZBV)  
Universitätsstraße 73  
50931 Köln  
E-Mail: post@kzbv.de

**INDIZES** *systematische Behandlung von Parodontopathien, unterstützende Parodontitistherapie (UPT), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)*

Das ärztliche Gespräch, Reevaluationsbefunde sowie die unterstützende Parodontitistherapie sind kein Bestandteil der aktuellen Behandlungsrichtlinien zur systematischen Therapie von Parodontopathien. Ob und wie zusätzliche Elemente zu den vertragsärztlichen Leistungen aufgenommen werden, entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Er fungiert als untergesetzlicher Normgeber. Die Patientenvertretung im G-BA hat einen Antrag auf Bewertung der systematischen Behandlung von Parodontopathien gestellt. Die KZBV hat dazu ein neues Versorgungskonzept entwickelt. Dabei ist die UPT wesentlicher Baustein einer modernen PAR-Versorgungsstrecke. Kann UPT so gestaltet werden, dass es zu keinem Complianceabbruch kommt? Der G-BA hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt, existierende und zusätzliche Elemente (z. B. UPT) der systematischen Therapie von Parodontopathien einer Nutzenbewertung zu unterziehen. Kommt das IQWiG zum Ergebnis, dass zu Leistungen der Parodontitistherapie, die noch nicht Bestandteil des bestehenden Leistungskataloges sind, entsprechende wissenschaftliche Erkenntnisse über ihren Nutzen vorliegen, und ist eine positive Bewertung nicht aus anderen Gründen (z. B. fehlende Wirtschaftlichkeit) ausgeschlossen, so hat der G-BA diese Leistungen in die Versorgung zu überführen. Aufgrund der klar geregelten Ansprüche der Versicherten hieße dies, dass alle Leistungen der PAR-Behandlung in Form einer Sachleistung dem Versicherten direkt zur Verfügung gestellt werden müssten. Ausblick: Wir stehen im Bereich der Neuausrichtung der Parodontitistherapie erst am Anfang eines Prozesses, der sich über Jahre hinziehen wird und einen zentralen Arbeitsschwerpunkt der KZBV bildet.

### ■ Ein neues Versorgungskonzept

Es ist nun 11 Jahre her, dass im Zuge der Umrelationierung des BEMA-Z der Teil 4 neu bewertet worden ist. Unter den damaligen politischen Kautelen einer kostenneutralen Umstrukturierung wurden die parodontologischen Kernleistungen abgewertet und nach ein- und mehrwurzeligen Parodontien differenziert.

Strukturelle Veränderungen an den im GKV-Leistungskatalog abgebildeten Versorgungsleistungen zur Parodontitistherapie wurden nicht vorgenommen.

Die Ansprüche der Versicherten auf Leistungen gegenüber ihrer Krankenversicherung sind in einer Kaskade von Vorschriften geregelt. Für die zahnärztliche Behandlung spielen die §§ 27 und 28 des fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) eine zentrale Rolle. Nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf Krankenbehandlung. Diese umfasst neben der ärztlichen auch die zahnärztliche Behandlung. Was Inhalt dieser zahnärztlichen Behandlung ist, definiert dabei § 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V. Die zahnärztliche Behandlung umfasst demnach die Tä-

**Manuskript**  
Eingang: 25.10.2016  
Annahme: 28.10.2016

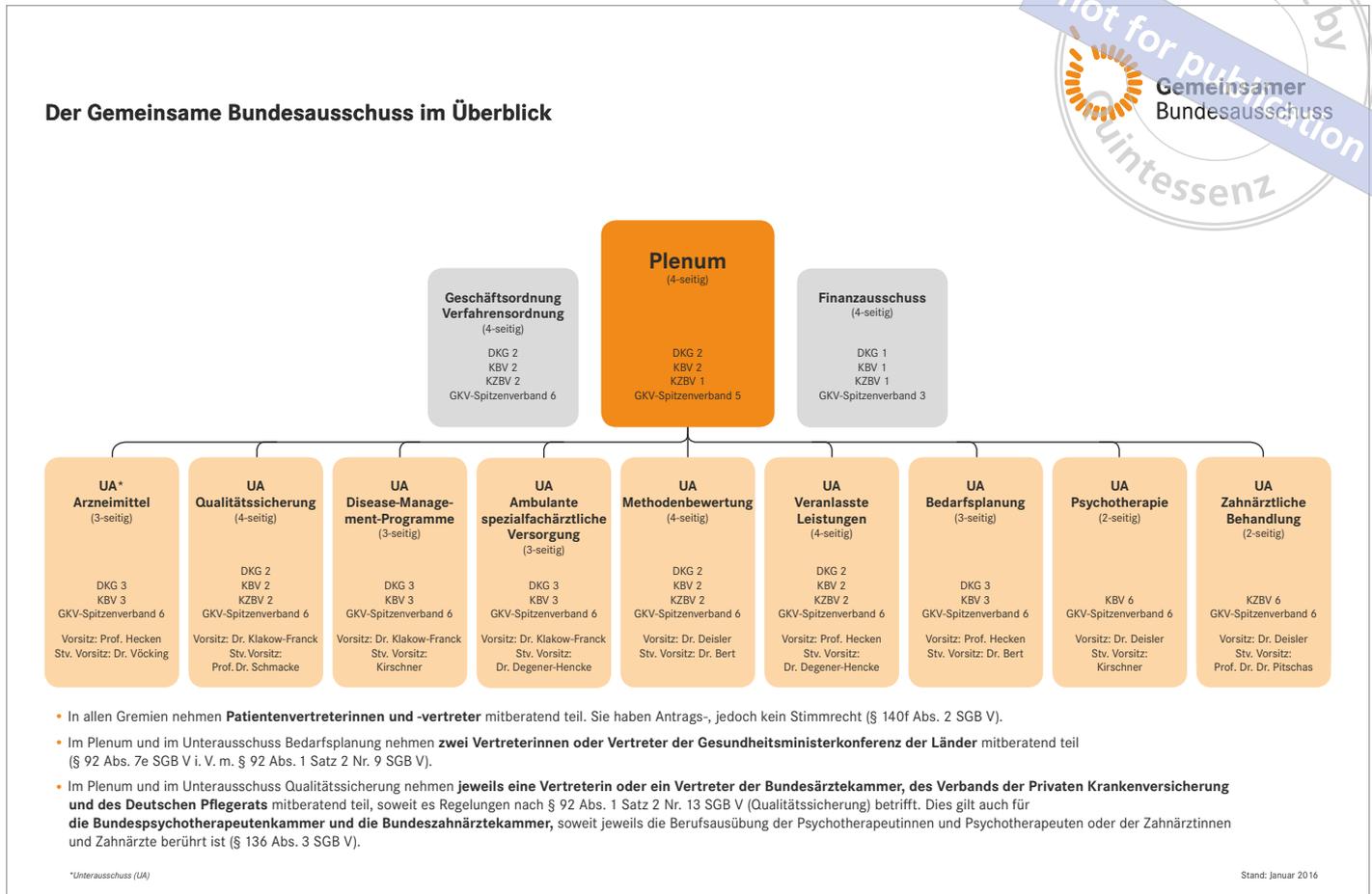


Abb. 1 Gremienstruktur des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss).

tigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist.

Aus dieser Vorgabe werden zwei wesentliche Prinzipien des gesamten Leistungsrechts der GKV deutlich:

Es besteht ein Spannungsfeld zwischen dem Gebot, dass ärztliche Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V), zugleich aber auch dem sogenannten Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechen müssen (§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

Der Gesetzgeber regelt nur allgemein, welche ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen die Krankenkassen zu bezahlen haben. Detaillierte Vorgaben zu den Behandlungsinhalten macht er grundsätzlich nicht. Diese Aufgabe hat er vielmehr dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zugewiesen. Dieser hat den gesamten Leistungskatalog, sowohl für

Ärzte als auch für Zahnärzte, in Richtlinien verbindlich für alle Beteiligten (also Zahnärzte, Versicherte und Krankenkassen) festzulegen.

Damit kommt dem G-BA im deutschen Gesundheitswesen eine wesentliche Rolle zu. Er allein entscheidet über die Aufnahme, die Ausgestaltung oder den Ausschluss von medizinischen Leistungen, die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Im G-BA sind mit dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung die relevanten Spitzenorganisationen von Krankenkassen und Leistungserbringern vertreten (Abb. 1). Drei unparteiische Mitglieder sichern die Neutralität der Beratungen ab. Ebenso sind Patientenorganisationen rede- und antragsberechtigt vertreten. Der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung obliegt es in diesem Kreis, die Interessen der Vertragszahnärzteschaft im G-BA zu wahren.

Für die Ausgestaltung der vertragszahnärztlichen Behandlung hat der G-BA die „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie)“; im Folgenden mit „Behandlungsrichtlinie“ abgekürzt, beschlossen. In dieser Richtlinie ist festgelegt, auf welche konkreten zahnärztlichen Leistungen Versicherte einen Anspruch haben. Abschnitt B. V. konkretisiert die systematische Behandlung von Parodontopathien (PAR-Behandlung). Bereits in der Erstfassung der Richtlinie aus dem Jahr 2003 war die PAR-Behandlung Bestandteil der Behandlungsrichtlinie; sie ist seitdem unverändert geblieben.

Sind diese Vorgaben nun wissenschaftlich noch auf dem neuesten Stand oder bereits überholt?

Ja und nein. Es ist wissenschaftlich konsentiert, dass die Eckpunkte der Versorgungsstrecke in der GKV nach wie vor aktuell sind. Handinstrumentierung versus maschinelle Verfahren, offenes versus geschlossenes Vorgehen haben sich in den letzten 10 Jahren nicht grundlegend verändert. Selbstverständlich wird der wissenschaftliche Diskurs dazu geführt und muss auch weiter geführt werden, aber die Instrumentierungsphase, die aktive Therapiephase gemäß den Behandlungsrichtlinien, ist nach wie vor State of the Art.

Wir als KZBV stehen aber vor der Frage – die uns auch der Gesetzgeber ins Lastenheft geschrieben hat –, ob die PAR-Leistungen auch insgesamt noch dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen.

Nur zur Präzisierung – GKV-Versorgung ist kein Wunschkonzert. Sie kann und darf nicht alles abbilden, was heute möglich ist. Sie definiert ein „ausreichendes, zweckmäßiges und wirtschaftliches“ Therapieangebot für alle, also für jeden, bei dem ein Krankheitsbefund vorliegt.

Vor diesem Hintergrund steht die Frage im Raum, ob weitere Elemente und neue Bausteine in der modernen Parodontitistherapie obligat ergänzt werden müssen.

Und wenn dem so ist, wie werden sie in das System transferiert?

Die Parodontitistherapie steht in einem Spannungsfeld. Sie ist auf die Mitarbeit des Patienten angewiesen. Anders als bei einer Füllungstherapie ist sein aktives Mitwirken vor, während und nach der Instrumentierungsphase notwendig. Dazu bedarf es

eines Krankheitsbewusstseins des Patienten. Hier stehen wir mit der Parodontitis als „silent disease“ vor den gleichen Herausforderungen wie die ärztlichen Kollegen bei der Betreuung anderer Volkskrankheiten, wie der Hypertonie. Krankheitssymptome zeigen sich erst im fortgeschrittenen Stadium. Der Patient fühlt sich gesund.

Und wir wissen heute, dass wir in keinem Bereich der Zahnheilkunde so sehr (Zahn-)Mediziner sein müssen wie in der Parodontologie. Die Wechselwirkungen der parodontalen Gesundheit mit dem Allgemeinzustand und anderen Erkrankungen haben den Bereich der Hypothesen verlassen. Die bidirektionale Korrelation zwischen Diabetes und Parodontitis ist evident. Die Auswirkungen der Parodontitis auf andere Allgemeinerkrankungen und sogar Frühgeburten sind Gegenstand der Forschung.

Wir als Berufsstand wissen das! Aber der Patient? Der muss es von uns erfahren und zwar auf seine individuelle Situation bezogen. Wir müssen noch mehr mit ihm reden und aufklären. „Sprechende Medizin“ ist nicht nur in der Humanmedizin aktuell, auch wir als Zahnmediziner müssen uns dieser Herausforderung stellen.

Und wenn der Patient informiert ist, seine Erkrankung ernst nimmt und mit uns als Therapeuten einen „informed consent“ nach dem Prinzip des „shared decision making“ gefunden hat? Dann soll und muss er die notwendige Therapie bekommen.

## ■ UPT als Baustein einer modernen PAR-Versorgungsstrecke

Zur langfristigen Sicherung des Behandlungserfolges und stabiler parodontaler Verhältnisse ist nach wissenschaftlichen Erkenntnissen heute eine konsequente strukturierte Nachsorge (UPT) erforderlich. An diesem Baustein fehlt es in der aktuellen Versorgung.

Die UPT hat zwei elementare Funktionen. Sie sichert den Behandlungserfolg im Sinne der Sekundärprävention und stellt damit eine entscheidende Säule des State of the Art der PAR-Therapie dar. Sie hat aber noch eine weitere Aufgabe: Sie nimmt den Patienten in die Verantwortung. Der Patient muss motiviert und remotiviert werden, um seine dauer-

hafte Mitwirkung zu erreichen. Ein Complianceabbriss stellt uns vor große Herausforderungen.

## ■ **Der Gemeinsame Bundesausschuss als untergesetzlicher Normgeber**

Die Erkenntnis, dass eine nachsorgende unterstützende Parodontitistherapie unverzichtbarer Bestandteil einer modernen, den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechenden zahnärztlichen Behandlung ist, steht auf dem einen Blatt. Auf dem anderen steht die wesentliche Frage, wie dieser Therapieansatz seinen Weg in das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung findet. Hier nimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine zentrale Rolle ein. Im Leistungsrecht der GKV gilt für Verfahren der ambulanten (zahn-)ärztlichen Behandlung der Grundsatz des Verbots mit Erlaubnisvorbehalt. Nur Behandlungsmethoden, zu denen der G-BA eine positive Empfehlung hinsichtlich ihres Nutzens sowie ihrer medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit abgegeben hat, dürfen zu Lasten der GKV erbracht werden. Der G-BA konkretisiert damit das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot, welchem alle Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen müssen.

Mit seinen Entscheidungen füllt der G-BA zugleich den nur allgemein gesetzlich normierten Anspruch des Versicherten auf (zahn-)ärztliche Behandlung mit Leben. Die UPT wird sich daher an den o. g. Kriterien einer wirtschaftlichen Behandlungsmethode messen lassen müssen.

## ■ **Evidenzbasierte Bewertung im G-BA**

Die Entscheidungen über Anerkennung einer neuen Behandlungsmethode trifft der G-BA nach einem streng strukturierten Verfahren, welches sich an den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin ausrichtet. Er entscheidet dabei nach der jeweils bestverfügbaren Evidenz. Im Jahr 2013 hat die Patientenvertretung im G-BA einen Antrag auf Bewertung der systematischen Behandlung von Parodontopathien

gestellt. Der Antrag zielt zum einen auf die Überprüfung der Methodik der bereits geregelten systematischen Behandlung von Parodontopathien. Zum anderen soll die strukturierte Nachsorge in Form der UPT einer wissenschaftlichen Begutachtung unterzogen werden.

Auf Basis des Antrages hat der G-BA im März 2015 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt, diese Überprüfung durch Auswertung der verfügbaren wissenschaftlichen Fachliteratur vorzunehmen. Im Fokus dieser Auswertung stehen vier Fragestellungen:

- Nutzenbewertung von Interventionen der geschlossenen Behandlung mit mechanischen Instrumenten als Ergänzung und im Vergleich zu keiner bzw. anderer Behandlungen,
- Nutzenbewertung von Antibiotikagabe (lokal, systemisch) im Zusammenhang mit/ohne mechanischer Therapie,
- Nutzenbewertung systemischer Antibiotikagabe mit/ohne mikrobiologischer Diagnostik sowie
- Nutzenbewertung einer strukturierten Nachsorge (UPT).

Das IQWiG hat entschieden, bei seiner Auswertung allein randomisiert kontrollierte Studien (RCTs) zu berücksichtigen. Der Vorbericht des IQWiG wurde für das 4. Quartal 2016 angekündigt. Aufgabe des G-BA wird es sein, die Ergebnisse des IQWiG auszuwerten und die bislang in der Behandlungsrichtlinie geregelte Parodontitistherapie an den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Vom Bericht des IQWiG wird abhängen, ob die UPT auf ein tragfähiges Erkenntnisniveau gestellt werden kann, welches den Anforderungen des Methodenvorbehalts genügt. Kommt das IQWiG zum Ergebnis, dass zu Leistungen der Parodontitistherapie, die noch nicht Bestandteil des bestehenden Leistungskataloges sind, entsprechende wissenschaftliche Erkenntnisse über ihren Nutzen vorliegen, und ist eine positive Bewertung nicht aus anderen Gründen (z. B. fehlende Wirtschaftlichkeit) ausgeschlossen, so hat der G-BA diese Leistungen in die Versorgung zu überführen. Aufgrund der klar geregelten Ansprüche der Versicherten hieße dies, dass alle Leistungen der PAR-Behandlung in Form einer Sachleistung dem Versicherten direkt zur Verfügung gestellt werden müssten.

## ■ **Ausblick**

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen bildet notwendige Therapiemaßnahmen im Bereich Parodontologie noch nicht ausreichend ab. Deshalb benötigen wir eine neue, an den Stand der Wissenschaft angepasste Behandlungsstrategie für den Kampf gegen die Parodontitis. Unser Ziel muss es sein, die Compliance der Patienten zu erhöhen und das Therapieergebnis abzusichern. Die KZBV hat zusammen mit der Wissenschaft auf europäischer und nationaler Ebene eine aktuelle PAR-Versorgungsstrecke für alle GKV-Patienten beschrieben.

Ein wesentlicher Baustein ist hierbei die unterstützende Parodontitistherapie. Nur mit dieser lassen sich Behandlungserfolge langfristig sichern. Es ist versorgungspolitisch daher richtig und wichtig, wirksame Anreize zur regelmäßigen Teilnahme an der Nachsorge zu setzen. Dies wollen wir mit einem entsprechend ausgestalteten Bonussystem bewirken, um eine dem Stand der Wissenschaft entsprechende Versorgung zu gewährleisten. Darüber hinaus muss das parodontitisspezifische Krankheitsbewusstsein in der Gesellschaft durch flächendeckende Aufklärung geschärft werden. Wissenschaftlich erwiesene Zusammenhänge zwischen Parodontitis und schwerwiegenden Allgemeinerkrankungen, wie Diabetes oder Herz-Kreislauf-Problemen, sind in der Bevölkerung noch zu wenig bekannt.

Wir stehen im Bereich der Neuausrichtung der Parodontitistherapie erst am Anfang eines Prozesses, der sich über Jahre hinziehen wird und einen zentralen Arbeitsschwerpunkt der KZBV bildet. Als Selbstverwaltungskörperschaft sind wir auch auf die Unterstützung der Politik bei der Ausgestaltung der Versorgung und deren Finanzierung angewiesen. Und wir werden mit den Krankenkassen über eine adäquate Honorierung verhandeln müssen.

Das System der gemeinsamen Selbstverwaltung und das Prinzip der Evidenzbasierung führen zu einer systemimmanenten Latenz, die sich nicht umgehen

lässt. Hier ist der ganze Berufsstand gefordert, diese Zeit zu nutzen, um sich darauf vorzubereiten, die neuen Richtlinien mit Leben zu erfüllen. Bereits während des Studiums muss die Parodontologie ein stärkeres Gewicht erhalten als bisher. Die universitäre Ausbildung sollte die nächste Generation von Zahnärztinnen und Zahnärzten auf diese Aufgabe noch besser vorbereiten. Dazu ist es notwendig, die Anzahl der Lehrstühle für das Fach „Parodontologie“ zu erhöhen.

Aber auch postgradual ist die permanente Fort- und Weiterbildung der Kollegenschaft zu fordern und zu fördern. Die Praxen müssen sich dafür rüsten, die zusätzlichen Aufgaben und die Präventionsorientierung im Bereich Parodontologie umzusetzen. Dies ist eine Teamaufgabe und schließt die Aus- und Weiterbildung von qualifiziertem Personal natürlich mit ein.

Und nicht zuletzt ist auch bei den Kolleginnen und Kollegen aus der Humanmedizin das Wissen um die Bedeutung der Parodontitistherapie für die Allgemeingesundheit zu intensivieren. Dies ist eine klassische Win-win-Situation. Durch die bidirektionalen Wechselwirkungen, bspw. zwischen Diabetes und Parodontitis, profitieren beide Professionen von stabileren Therapieergebnissen.

Wenn alle an einem Strang ziehen, wird die Senkung der Parodontitisprävalenz und der Wandel zur Präventionsorientierung in der Parodontologie gelingen.

## ■ **Literatur**

1. § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_2.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_2.html))
2. § 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_12.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_12.html))
3. § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_27.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_27.html))
4. § 28 Abs. 2 Satz 1 SGB V ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_28.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_28.html))
5. § 135 Abs. 1 SGB V ([http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/\\_135.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_135.html))
6. Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/42/>)

## Who determines coverage of statutory health insurance? Treatment directives in periodontology

**KEYWORDS** *systematic treatment of periodontal diseases, supportive periodontal treatment*

Medical consultation, periodontal re-examination, and supportive periodontal treatment (SPT) are not yet part of treatment guidelines for the systematic treatment of periodontal diseases. However, the Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) has developed a new concept of care that describes SPT as a significant part of modern periodontal treatment protocols. Patients' representatives have therefore submitted a request that the Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), an organization that provides national health recommendations, review the systematic treatment of periodontal diseases. The G-BA must decide whether and how these additional treatments will be covered by compulsory health insurance. The G-BA has in turn commissioned the Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) to review the benefits of existing and additional elements of systematic treatment of periodontal diseases. If the IQWiG finds there to be scientific evidence of benefits to periodontal treatments that are not yet covered by compulsory insurance and there are no other reasons against this coverage (eg, financial constraint), the G-BA will have to include those treatments in the coverage of statutory health insurance. If this occurs, all approved periodontal treatments would be available as no-cash benefits to all insured patients. This is the start of a new orientation of periodontal therapy, but the process will take several years and will be a central focus of the KZBV.