

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
die Richtlinie zur systematischen Behandlung von
Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen
(PAR-Richtlinie):
Erstfassung

Vom 17. Dezember 2020

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Antrag auf Methodenbewertung und Umsetzung des Methodenbewertungsverfahrens nach § 135 Absatz 1 Satz 1 und Satz 2 SGB V.....	2
2.2	Implementierung der aktuellen Klassifikation von Parodontitis und anderen parodontalen Erkrankungen	3
2.3	Überführung der Vorgaben zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen in eine eigenständige Richtlinie	3
2.4	Zu den Regelungen im Einzelnen.....	3
3.	Würdigung der Stellungnahmen	14
4.	Bürokratiekostenermittlung	14
5.	Verfahrensablauf.....	14
6.	Literatur	18

1. Rechtsgrundlage

Nach § 28 Absatz 2 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Leistungen, die zur Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind, einschließlich der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss die zur Sicherung der zahnärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten und trägt dabei auch den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter sowie psychisch kranker Menschen Rechnung. Die Richtlinien haben sich an dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse und des zahnmedizinischen Fortschrittes zu richten.

Die genannten Rechtsnormen bilden die Grundlage für die vorliegende Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Mit vorliegendem Beschluss setzt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Ergebnisse des Verfahrens zur Bewertung der systematischen Behandlung von Parodontopathien (Par-Behandlung) gemäß § 135 Absatz 1 SGB V i. V. m. 2. Kapitel § 15 Absatz 1 VerFO um. In diesem Zusammenhang passt er die bestehenden Regelungen zur Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen an die 2018 veröffentlichte aktuelle Klassifikation parodontaler Erkrankungen an. Zur Umsetzung beider Komplexe überführt der G-BA die Regelungen zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen in eine eigene Richtlinie. Mit gesondertem Beschluss passt er die bisherigen Vorgaben in der Behandlungsrichtlinie an.

2.1 Antrag auf Methodenbewertung und Umsetzung des Methodenbewertungsverfahrens nach § 135 Absatz 1 Satz 1 und Satz 2 SGB V

Mit Schreiben vom 22. Juli 2013 hat die Patientenvertretung gemäß § 140f SGB V einen Antrag auf Bewertung der systematischen Behandlung von Parodontopathien (Par-Behandlung) gemäß § 135 Absatz 1 SGB V gestellt. Der Antrag wurde mit Beschluss des G-BA vom 17. Oktober 2013 angenommen.

Der G-BA hat in seiner Sitzung am 19. März 2015 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur systematischen Behandlung von Parodontopathien gemäß § 139b Absatz 1 Satz 1 i. V. m. § 139a Absatz 3 SGB V beauftragt.

Die Bewertung des medizinischen Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit als erster Schritt des Bewertungsverfahrens wurde im Zuständigkeitsbereich des Unterausschusses Methodenbewertung (UA MB) des G-BA auf Grundlage des IQWiG-Berichts (IQWiG 2018) sowie auf Grundlage einer ergänzenden Recherche des G-BA zur unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) (G-BA 2019) durchgeführt.

Am 12. Dezember 2019 hat der UA MB seine Beratungen über die Ergebnisse der sektorübergreifenden Bewertung des Nutzens und der zahnmedizinischen Notwendigkeit der

systematischen Behandlung von Parodontopathien abgeschlossen und diese Ergebnisse in Form eines Berichts dem Unterausschuss Zahnärztliche Behandlung (UA ZÄ) zur weiteren Beratung übermittelt. Die sektorspezifische Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext wurde auch mit Blick auf die erforderlichen Richtlinienberatungen durch den UA ZÄ vorgenommen.

Auf Grundlage der Ergebnisse der Nutzenbewertung hat der G-BA am 17. Dezember 2020 die Erstfassung der Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) beschlossen und die Behandlungsrichtlinie mittels Folgeregelungen angepasst.

2.2 Implementierung der aktuellen Klassifikation von Parodontitis und anderen parodontalen Erkrankungen

Die international von den meisten Fachgesellschaften genutzte Klassifikation zu Parodontitis und anderen parodontalen Erkrankungen war die der American Academy of Periodontology (AAP, Armitage 1999). Im Jahr 2002 wurde diese in modifizierter Form von der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie e. V. (DG PARO) übernommen und zur Anwendung empfohlen. Die Klassifikation ermöglichte erstmals eine Unterscheidung der verschiedenen Formen von Parodontalerkrankungen. Die Klassifikation wurde 2017 in enger Kooperation der AAP und der European Federation of Periodontology (EFP) im Rahmen eines internationalen Konsensusverfahrens an den aktuellen Wissensstand angepasst und 2018 in deutscher Übersetzung veröffentlicht (Dannewitz 2018, www.dgparo.de). Die aktuelle Klassifikation ersetzt die vorherige Klassifikation der AAP aus dem Jahr 1999 und erfasst sowohl die Schwere und das Ausmaß der Erkrankung als auch deren Progression mit Hilfe eines Staging- und Grading-Ansatzes. Der G-BA setzt sie mit der Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) für die vertragszahnärztliche Versorgung um.

2.3 Überführung der Vorgaben zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen in eine eigenständige Richtlinie

Bei den Regelungen zur Ausgestaltung der systematischen Behandlung von Parodontopathien handelt es sich um einen abgeschlossenen Regelungsbereich. Daher hat der G-BA entschieden, die Regelungen in eine eigenständige Richtlinie zu überführen. Die bisher in der Behandlungsrichtlinie enthaltenen Regelungen zum Parodontitis-Screening mittels Parodontalem Screening Index (PSI) sowie zur Definition des Umfangs der vertragszahnärztlichen Versorgung von parodontalen Erkrankungen, die nicht der systematischen Behandlung zuzuordnen sind (Akutformen der Parodontitis und endodontal-parodontale Läsionen), verbleiben in aktualisierter Form in der Behandlungsrichtlinie.

2.4 Zu den Regelungen im Einzelnen

§ 1 Regelungsgegenstand

§ 1 nennt die Rechtsgrundlagen, aus denen sich der Auftrag des G-BA ergibt, um Leistungsansprüche der Versicherten im Rahmen der systematischen PAR-Behandlung zu konkretisieren (§§ 28 Absatz 2 Satz 1, 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 SGB V).

Die Richtlinie dient unter Berücksichtigung der Ergebnisse des o. g. Methodenbewertungsverfahrens der Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der zahnmedizinischen Erkenntnisse und des zahnmedizinischen Fortschrittes.

Die systematische Parodontitistherapie gliedert sich in die folgenden Schritte:

- Anamnese, Befund, Diagnose und Dokumentation (Parodontalstatus) und Behandlungsbedürftigkeit der Parodontitis (§§ 3 und 4)
- Begutachtung und Genehmigung (§ 5)
- Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch (§ 6)
- Wenn notwendig, konservierend-chirurgische Maßnahmen (§ 7)
- Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (§ 8)
- AIT - Antiinfektiöse Therapie (§ 9)
- Wenn notwendig, adjuvante Antibiotikatherapie (§ 10)
- Befundevaluation (§ 11)
- Wenn notwendig, chirurgische Therapie (offenes Vorgehen) einschließlich erneuter Befundevaluation (§ 12)
- Unterstützende Parodontitistherapie (UPT) zur Sicherung des Behandlungserfolgs (§ 13)

§ 2 Grundlagen der Erkrankung und Ziele der Behandlung

Zu Absatz 1

Absatz 1 stellt die Grundlagen der Erkrankung dar und beschreibt die Entstehung der Parodontitis.

Zu Absatz 2

Absatz 2 formuliert die Ziele der systematischen Parodontitistherapie. Das übergeordnete Ziel einer parodontalen Therapie ist der langfristige Erhalt der Zähne in einem gesunden, funktionellen und schmerzfreien Zustand. Als konkrete Therapieziele werden angestrebt, entzündliche Veränderungen des Parodonts zum Abklingen zu bringen, um damit einem weiteren Attachment- und Zahnverlust und damit der Progredienz der Erkrankung vorzubeugen und den Behandlungserfolg langfristig zu sichern.

§ 3 Anamnese, Befund, Diagnose und Dokumentation (Parodontalstatus)

Zu Absatz 1

Um eine Therapieentscheidung unter Zugrundlegung der aktuellen Klassifikation treffen zu können, sind

- eine allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese,
- der klinische Befund ergänzt in Abhängigkeit von der rechtfertigenden Indikation durch Röntgenaufnahmen und Röntgenbefund,
- die Diagnose sowie die entsprechende vertragszahnärztliche Dokumentation

erforderlich.

Zu Absatz 2

Die parodontitisspezifische Anamnese umfasst die Erhebung von Risikofaktoren für die Parodontitis. Als spezifische Risikofaktoren gelten Diabetes mellitus sowie das Rauchverhalten. Sie können die immunologische und entzündliche Reaktion gegenüber Plaque verändern und haben tiefgreifende Auswirkungen auf das gingivale Gewebe (Papapanou 2018, Chapple 2018, Jepsen 2019). Es liegt Evidenz dafür vor, dass die Behandlung der Parodontitis bei Diabetikern die Blutzuckerwerte positiv beeinflusst (Simpson 2015). Das bei der Anamnese ermittelte Blutzuckerniveau (HbA1c-Wert) ist für das Ausmaß des Einflusses auf den Verlauf der Parodontitis bedeutsam (Jepsen 2018) und wird gemäß § 4 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe b für die Einstufung des Erkrankungsgrads herangezogen.

Zwischen dem Ausmaß des Tabakkonsums und der Schwere der Parodontalerkrankung besteht ein unmittelbarer Zusammenhang. Das Heilungspotential des Gewebes ist vermindert, was die Erfolgsaussichten der Therapie reduziert. Zur Dokumentation des Tabakkonsums verwendet § 3 Abs. 2 Nr. 2 die Einteilung nach der Klassifikation (<10 bzw. ≥10 Zigaretten/Tag) und ergänzt die Option, andere Formen des Tabakkonsums zu berücksichtigen.

Sowohl HbA1c-Wert als auch Tabakkonsum sind zur Einschätzung des Risikos für die zukünftige Progression der Parodontitis relevant und tragen als „Modifikatoren“ zur Einstufung des Erkrankungsgrads gemäß § 4 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe b bei.

Zu Absatz 3

Absatz 3 legt die zu erfassenden klinischen Parameter fest, die für die Dokumentation des klinischen Befunds notwendig sind.

Zu Ziffer 1.

Klinisch aussagekräftige Beschreibungen der Parodontitis sind die Anzahl der Zähne mit einer Sondierungstiefe über bestimmten Schwellenwerten (≥ 4 mm und ≥ 6 mm) sowie der Anteil von Stellen, die bei der Sondierung bluten (Bleeding on probing, BOP). Die Messung der Sondierungstiefen und die Erhebung der Sondierungsblutung erfolgt an mindestens zwei Stellen pro Zahn, eine davon mesioapproximal und eine davon distoapproximal. Sondierungstiefen und Sondierungsblutung lassen Schlussfolgerungen über den gegenwärtigen Behandlungsbedarf zu, und ihre Dokumentation dient der Verlaufskontrolle (Chapple 2018, Tonetti 2019).

Zu Ziffern 2., 3. und 4.

Neben der Sondierungstiefe und dem Sondierungsbluten werden die Zahnlockerung und die Furkationsbeteiligung zur diagnostischen Klassifizierung der Komplexität der Erkrankung erhoben. Darüber hinaus wird die Anzahl der aufgrund von Parodontitis fehlenden Zähne berücksichtigt (Eickholz 2018, Lindhe 1977, Tonetti 2019, Papapanou 2018).

Zu Absatz 4

Der Absatz regelt die Vorgaben zu den Röntgenaufnahmen für den Röntgenbefund. Erforderlich sind aktuelle, in der Regel nicht über 12 Monate alte, auswertbare Röntgenaufnahmen. Die 12-Monatsgrenze ist in Abänderung der bisherigen Grenze von 6 Monaten ausreichend für die Aktualität der Aufnahmen, weil Parodontitis eine langsam progrediente Erkrankung ist (Needleman 2018).

Im Hinblick auf die Feststellung des Erkrankungsstadiums (Staging) sowie die Ermittlung der Progressionsrate (Grading) wird der röntgenologische Knochenabbau erhoben (Papapanou 2018). Sofern keine Röntgenbilder vorliegen, wird der proximale Attachmentverlust

herangezogen. Der röntgenologische Knochenabbau wird in Prozent angegeben. Die Prozentwerte beziehen sich auf den approximalen Knochenabbau in Relation zur Wurzellänge. Der Prozentwert kann abgeschätzt werden.

Bei der Ermittlung des Erkrankungsgrads (Grading) wird der Verlust von parodontalem Stützgewebe in Relation zum Patientenalter als Quotient aus prozentualem Knochenabbau und Patientenalter angegeben.

Zu Absatz 5

Der Absatz spezifiziert die Notwendigkeit, dass die Diagnosen der Parodontalerkrankungen gemäß dem allgemein anerkannten Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse und des zahnmedizinischen Fortschritts in Anwendung der jeweils geltenden aktuellen international anerkannten Klassifikation anzugeben sind.

Zu Absatz 6

Seit dem 1. Juli 2018 ist die Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) in Kraft. Danach haben Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten, unter anderem Anspruch auf die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die Erstellung eines individuellen Mundgesundheitsplans sowie eine Mundgesundheitsaufklärung. Die Inhalte der Maßnahmen sind durch die Vertragszahnärztin oder den Vertragszahnarzt in einen Vordruck einzutragen (Anlage 2 der Anlage 12 zum BMV-Z). Bei Versicherten, die Leistungen nach § 22a SGB V erhalten, soll dieser Vordruck in die Planung der systematischen Parodontitistherapie einbezogen werden, um die Maßnahmen aufeinander abzustimmen. Einerseits sind dem Vordruck ggf. neue und zusätzliche Information zur individuellen Therapieplanung zu entnehmen, andererseits sollen bereits erfolgte Maßnahmen Berücksichtigung finden.

§ 4 Behandlungsbedürftigkeit der Parodontitis

§ 4 regelt, ab wann im Rahmen der klinischen Versorgung eine systematische Behandlung einer Parodontitis angezeigt ist. Die Behandlungsbedürftigkeit besteht, wenn eine Sondierungstiefe von 4 mm und mehr vorliegt und eine der folgenden Diagnosen gestellt wurde:

- Parodontitis,
- Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen,
- andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen.

Die Differentialdiagnostik zur Feststellung, welche Form der Parodontalerkrankung vorliegt, basiert auf der Anamnese, den unter § 3 festgestellten Befunden, spezifischen Anzeichen und Symptomen einer nekrotisierenden Parodontitis sowie der An- oder Abwesenheit einer systemischen Erkrankung (Tonetti 2019).

Des Weiteren wird die Behandlungsbedürftigkeit der Parodontitis spezifiziert: Der individuelle Fall einer Parodontitis wird durch die Beschreibung des Stadiums und Grades der Erkrankung weiter charakterisiert.

Zu Ziffer 1

Zu Buchstabe a)

Die Stadien-Einteilung (Staging) basiert auf den Dimensionen von Schwere und Ausmaß der Parodontitis bei der Erstvorstellung, ergänzt durch die Komplexität des Behandlungsmanagements bzw. der Therapie (Papapanou 2018, Tonetti 2019).

Das Ausmaß der Erkrankung wird durch die Ausdehnung und das Verteilungsmuster der Erkrankung bewertet, indem beurteilt wird, ob weniger als 30% der Zähne (lokalisiert) oder 30% und mehr betroffen sind (generalisiert) oder ob ein Molaren-Inzisiven-Muster vorliegt.

Parodontitis 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	Koronaes Drittel (< 15 %)	Koronaes 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	Maximale Sondierungstiefe 4-5 mm	Zusätzlich zur Komplexität des Stadium II: Sondierungstiefe ≥ 6mm Vertikaler Knochenabbau ≥ 3mm 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, Zahnwanderungen, Auffächerung der Front Weniger als 20 Restzähne mit 10 okkludierenden Paaren
		Vorwiegend horizontaler Knochenabbau	Vorwiegend horizontaler Knochenabbau		
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			

Abbildung 1: Klassifikation der Parodontitis auf Basis der Erkrankungsstadien (Papapanou 2018)

Zu Buchstabe b)

Die Grad-Einstufung (Grading) gibt das zukünftige Risiko einer Parodontitis-Progression an und liefert eine Abschätzung auf das wahrscheinliche Ansprechen auf die Therapie. Der G-BA setzt die Klassifikation der Parodontitis auf Basis der Erkrankungsgrade (Abb. 2) zielgerichtet und praxistauglich um. Damit ist eine patientenindividuelle Therapieentscheidung möglich.

Die Progressionsrate wird auf Basis von direkter und indirekter Evidenz ermittelt (primäre Kriterien). Für den Fall, dass über einen Zeitraum von 5 Jahren dokumentierte Röntgenbilder oder Aufzeichnungen des Attachmentlevels vorhanden sind, wird auf diese direkte Evidenz Bezug genommen. Indirekte Evidenz basiert auf der Messung des Knochenabbaus des am stärksten betroffenen Zahnes in Bezug auf das Alter. Als Modifikatoren werden die Risikofaktoren Rauchen und Diabetes mellitus herangezogen.

Die Einteilung in Erkrankungsgrade wird auf Basis der nach § 3 erhobenen anamnestischen und diagnostischen Parameter vorgenommen (s. Abb. 2).

Für die Zuordnung zu einem Erkrankungsgrad wird zunächst an dem Zahn mit dem stärksten Knochenabbau der Knochenabbau (% der Wurzellänge)/Alter herangezogen. Liegt das Ergebnis der Erhebung eines oder beider Modifikatoren Rauchen und Diabetes mellitus in einem höheren Grad vor, wird dieser Grad für die Einstufung herangezogen.

Parodontitis GRADING		Grad A: langsame Progressionsrate	Grad B: moderate Progressionsrate	Grad C: rasche Progressionsrate	
Primäre Kriterien	Direkte Evidenz	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 Biofilm-Ablagerungen erwarten lassen; das klinische Bild lässt Episoden rapider Zerstörung und/oder einer früh beginnenden Erkrankung (z.B. Molaren-Inzisivi Muster oder behandlungsresistente Erkrankung)
Modifikatoren	Risikofaktoren	Rauchen	Nichtraucher	Raucher, < 10 Zig./Tag	Raucher, ≥10 Zig./Tag
		Diabetes	Kein Diabetiker, normoglykämisch	HbA1c < 7,0 % bei Patienten mit Diabetes	HbA1c ≥ 7,0 % bei Patienten mit Diabetes

Abbildung 2: Klassifikation der Parodontitis nach Erkrankungsgraden (modifiziert nach Papapanou 2018)

Zu Ziffer 2

Ziffer 2 umfasst die systemischen Erkrankungen, die sich auf das Parodont auswirken. Seltene systemische Erkrankungen wie das Papillon-Lefèvre-Syndrom führen in der Regel frühzeitig zu einer Manifestation einer schweren Parodontitis. Sie haben durch Beeinflussung der parodontalen Entzündung einen großen Einfluss auf den Verlust von parodontalem Gewebe (Caton 2018, Jepsen 2018, Tonetti 2019). Bei der Diagnose und Behandlung sind unter Umständen Vertreter anderer medizinischer Fachgebiete zu beteiligen.

Zu Ziffer 3

Andere das Parodont betreffende Zustände, bei denen bei Vorliegen einer Sondiertiefe von 4 mm oder mehr eine systematische Behandlung angezeigt ist, sind generalisierte gingivale Vergrößerungen (Chapple 2018).

Die Behandlungssequenz bei generalisierten gingivalen Vergrößerungen ist dieselbe wie bei der systematischen Behandlung der Parodontitis: Es erfolgt zunächst ein geschlossenes Vorgehen, dann die Befundevaluation, und bei Persistieren von Taschen ≥ 6 mm kann eine chirurgische Therapie (externe/interne Gingivektomie) notwendig sein (Dannewitz 2010).

In der Regel von der systematischen Parodontitistherapie ausgeschlossen sind Zähne mit weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75% oder einem Furkationsbefall von Grad III bei gleichzeitigem Vorliegen eines Lockerungsgrades III. Unter diesen klinischen Bedingungen ist davon auszugehen, dass der Zahn nicht mehr erfolgreich behandelt werden kann bzw. nicht mehr erhaltungsfähig ist, wodurch in der Regel die Entfernung des Zahnes angezeigt ist.

§ 5 Genehmigung

§ 5 normiert einen Genehmigungsvorbehalt zur Durchführung einer systematischen Behandlung von Parodontitis, der bislang zwischen den Bundesmantelvertragspartnern

vereinbart worden war, auf Ebene der Richtlinie. Ebenso bedarf der Antrag zur Verlängerung der Maßnahmen der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) gemäß § 13 Absatz 4 der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.

Der Antrag auf Durchführung einer systematischen Behandlung von Parodontitis ist der Krankenkasse mittels eines zwischen den Bundesmantelvertragspartnern vereinbarten Datensatzes zu übermitteln.

§ 6 Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch

Das parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch erfolgt im Anschluss an die Erstellung des Parodontalstatus nach § 3. Es dient dazu, die Patientinnen und Patienten allgemein, aber auch risikospezifisch über Parodontitis aufzuklären und in ihrer Mundgesundheitskompetenz zu stärken, um sie von Beginn an aktiv in die Therapie einzubinden, ihnen die partizipative Entscheidungsfindung zu ermöglichen und mit ihnen die daraus folgende Therapie einschließlich der unterstützenden Parodontitistherapie nach § 13 zu erörtern.

Weil parodontale Erkrankungen – wie andere chronische Erkrankungen auch – multifaktoriell bedingt sind und dabei auch vom Verhalten der Patientinnen und Patienten beeinflusst werden (Thomson 2012), und weil aus gesundheitspsychologischer Sicht das Adressieren des Patientenverhaltens als ein wesentlicher Baustein einer erfolgreichen Parodontalbehandlung gilt (Tonetti 2015), werden die Versicherten über die Bedeutung von gesundheitsbewusstem Verhalten zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren informiert. Versicherte, bei denen die allgemeine Anamnese Hinweise auf nicht adäquat behandelte Allgemeinerkrankungen gibt, werden auf ärztliche Behandlung verwiesen. Ggf. wird den Versicherten der Rat zur Einstellung oder Einschränkung von Tabakkonsum gegeben.

Des Weiteren wird über Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen informiert. Diabetes mellitus erhöht das Risiko an Parodontitis zu erkranken. Umgekehrt beeinflusst die Behandlung der Parodontitis bei Diabetikern die Blutzuckerwerte positiv (Simpson 2015).

§ 7 Konservierend-chirurgische Maßnahmen

Notwendige konservierend-chirurgische Maßnahmen sind je nach Indikation vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie durchzuführen. Eingeschlossen ist das Glätten überstehender Füllungs- und Kronenränder, um die Anlagerung von Plaque und das Entstehen von Gingivitis zu verhindern und die Mundhygiene zu erleichtern.

§ 8 Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung

Zu Absatz 1

Mit der Aufnahme einer patientenindividuellen Mundhygieneunterweisung werden die Ergebnisse des Methodenbewertungsverfahrens umgesetzt.

Die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung des oder der Versicherten erfolgt im zeitlichen Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie nach § 9 zur Sicherung eines langfristigen Behandlungserfolgs. In Abhängigkeit der jeweiligen Behandlungssituation kann die Unterweisung vor oder während der antiinfektiösen Therapie oder im Anschluss an diese erfolgen.

Zu Nr. 1.

Die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung umfasst zunächst eine Mundhygieneaufklärung. Es werden das Wissen über parodontale Erkrankungen, die Zahnpflegegewohnheiten sowie die langfristigen Ziele der oder des Versicherten in Bezug auf ihre oder seine Mundgesundheit in Erfahrung gebracht.

Zu Nrn. 2. und 3.

Plaque kann zu einer Entzündung der Gingiva (Gingivitis) führen, und diese kann in eine Parodontitis übergehen.

Die Bestimmung des Entzündungszustands der Gingiva unterscheidet sich von der Feststellung einer Blutung auf Sondieren.

Sowohl die Bestimmung des Entzündungsstands der Gingiva als auch das Anfärben von Plaque dienen als Hinweis darauf, an welchen Stellen die Plaquekontrolle der oder des Versicherten verbesserungsbedürftig ist.

Zu Nr. 4.

Die Versicherten erhalten eine individuelle Mundhygieneinstruktion, um bei ihren individuellen Mundhygienemaßnahmen die identifizierten Problemstellen besser reinigen können (Deinzer 2018).

Zu Nr. 5.

Die Versicherten erhalten eine praktische Anleitung zur risikospezifischen Mundhygiene. Hierbei sollen die individuell geeigneten Mundhygienemittel bestimmt und deren Anwendung praktisch geübt werden. Dadurch sollen die Versicherten zu einer regelmäßigen und effizienten Anwendung dieser Produkte angeleitet werden (Deinzer 2018, Jönsson 2009).

Zur Sicherung einer effektiven Mundhygieneunterweisung soll diese in einer die individuelle Situation der oder des Versicherten berücksichtigenden Weise erfolgen. Bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen sollen die ggf. bereits nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) erbrachten Maßnahmen berücksichtigt werden.

§ 9 Antinfektiöse Therapie (geschlossenes Vorgehen)

§ 9 beschreibt die Ziele des Behandlungsschritts der Antinfektiösen Therapie (AIT). Die AIT hat die Beseitigung der entzündlichen Prozesse und Reizfaktoren, welche eine Entzündung unterhalten oder auslösen können, zum Ziel; Blutung bzw. Suppuration auf Sondierung sollen weitgehend eliminiert werden. Weiteres Ziel ist die Reduktion der sondierbaren Taschentiefen. Bei Zahnfleischtaschen mit einer Sondierungstiefe von 4 mm und mehr werden alle supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkremente) entfernt. Die AIT erfolgt im Rahmen eines geschlossenen Vorgehens und sollte nach Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen abgeschlossen werden.

§ 10 Adjuvante Antibiotikatherapie

Zu Absatz 1

Bei besonders schwerem Verlauf einer Parodontitis kann unter Umständen eine begleitende Behandlung mit systemisch wirkenden Antibiotika sinnvoll sein. Studien weisen darauf hin, dass eine adjuvante systemische Antibiotikagabe gegen eine schwere Parodontitis langfristig

zum Zahnerhalt beitragen kann, wenn sie ergänzend zur geschlossenen Behandlung erfolgt (AWMF 2018).

Zu Absatz 2

Im Rahmen des Methodenbewertungsverfahrens wurden keine Studien identifiziert, die den definierten Einschlusskriterien entsprachen, mit denen der Nutzen von mikrobiologischer Diagnostik sowie lokaler Antibiotikatherapie im Rahmen einer systematischen Parodontitistherapie belegt werden konnte. Durch die Suche in den Studienregistern ergaben sich ebenfalls keine potenziell relevanten bisher nicht veröffentlichten oder laufenden Studien.

Das IQWiG hat den Nutzen für die mikrobiologische Diagnostik untersucht. Aufgrund fehlender Studien mit hoher Ergebnissicherheit (RCTs) konnte keine Aussage zum Nutzen abgeleitet werden. Die Voraussetzungen für eine Nutzenbewertung aufgrund qualitativ angemessener Unterlagen niedrigerer Evidenzstufen nach 2. Kapitel § 13 Absatz 2 Satz 3 VerO liegen damit nicht vor. Insbesondere gibt die einschlägige S-3-Leitlinie auch unter Einbeziehung von Studien mit geringerem Evidenzniveau keine Empfehlung für den Einsatz der mikrobiologischen Diagnostik ab. Zum medizinischen Nutzen der mikrobiologischen Diagnostik vor einer systemischen Antibiotikatherapie ist derzeit keine Aussage möglich. Der medizinische Nutzen kann durch den G-BA auf dieser Grundlage nicht anerkannt werden.

Die bisher bestehende Regelung in B V. Nr. 6 Satz 4 Behandlungs-RL sah vor, dass eine mikrobiologische Diagnostik sowie die lokale Antibiotikatherapie grundsätzlich nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung seien. Die Ergebnisse des Methodenbewertungsverfahrens lassen einen Ausschluss mit Öffnungsmöglichkeit im Einzelfall („grundsätzlich“) nicht mehr zu. Der nun abschließend geregelte Ausschluss in § 10 Abs. 2 vollzieht die Ergebnisse des Methodenbewertungsverfahrens dahingehend, dass eine mikrobiologische Diagnostik sowie eine lokale Antibiotikatherapie kein Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung mehr sind.

§ 11 Befundevaluation

Die Befundevaluation nach § 11 dient der Verlaufskontrolle einschließlich der Ermittlung von weiterhin behandlungsbedürftigen Parodontien sowie der zielgenauen Planung der weiteren Therapieschritte.

Hierzu erfolgt drei bis sechs Monate nach Beendigung der antiinfektiösen Therapie (AIT) die erste Evaluation der parodontalen Befunde. Dazu werden analog zur Ersterhebung nach § 3 Absatz 3 die klinischen Parameter Sondierungstiefen, Sondierungsblutung, Zahnlockerung und Furkationsbefall erhoben und dokumentiert.

Röntgenbilder, die bereits bei der Erstellung des Parodontalstatus nach § 3 befundet wurden, werden nicht erneut befundet; vielmehr werden die festgestellten Werte zum röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe röntgenologischer Knochenabbau (%)/Alter übernommen. Eine Befundung erfolgt jedoch, wenn neuere Röntgenbilder verfügbar sind.

§ 12 Chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)

Zu den Absätzen 1 und 2

Absatz 1 regelt die klinische Erforderlichkeit einer chirurgischen Therapie. Entscheidend für die Therapieentscheidung ist hierfür die Befundevaluation gemäß § 11. Ein chirurgischer Eingriff kann für Parodontien angezeigt sein, wenn eine Sondierungstiefe von ≥ 6 mm

gemessen wurde. Die Entscheidung, ob ein offenes Vorgehen durchgeführt werden soll, obliegt der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt nach gemeinsamer Erörterung mit der oder dem Versicherten.

Weil die bisher in der Behandlungs-Richtlinie vorgesehene Möglichkeit, dass das offene Vorgehen auch vor dem geschlossenen Vorgehen durchgeführt werden kann, wissenschaftlich nicht ausreichend gestützt ist, entfällt die Regelung.

Unverändert besteht im Frontzahnbereich aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen. Im Fall der Durchführung des offenen Vorgehens gibt die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt diese Entscheidung der Krankenkasse zur Kenntnis.

Die erneute Befundevaluation gemäß § 12 Abs. 2 drei bis sechs Monate nach Beendigung der chirurgischen Therapie dient der Verlaufskontrolle.

§ 13 Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)

Der G-BA hat im Rahmen des Methodenbewertungsverfahrens festgestellt, dass die Unterstützende Parodontitistherapie (UPT) zu einer Verbesserung im Hinblick auf die Endpunkte Zahnverlust, mundgesundheitsbezogene Lebensqualität, Attachmentlevel, Sondierungstiefe und symptomatische Gingivitis führen kann. Durch die strukturierte Nachsorge nach aktiver Parodontitistherapie können demnach deren positive Effekte erhalten werden. Der G-BA hat daher den Nutzen der UPT mit den dargestellten Interventionen als hinreichend belegt angesehen und den medizinischen Nutzen der UPT anerkannt. In Umsetzung dieses Ergebnisses wird die UPT in § 13 als Bestandteil der Behandlungstrecke konkretisiert.

Zu Absatz 1

Die UPT ist ein wesentlicher Therapieschritt, um sowohl die Ergebnisse der antiinfektiösen und einer gegebenenfalls erfolgten chirurgischen Therapie als auch die Patientenmotivation und die Aufrechterhaltung der Mundhygiene zu sichern, damit der langfristige Erhalt der Zähne in einem funktionell gesunden und schmerzfreien Zustand gewährleistet wird (AAP 2016). Die UPT hat zudem das Ziel, nicht befallenes gingivales und parodontales Gewebe gesund zu erhalten, Neu- und Reinfektionen in behandelten Bereichen zu erkennen und bestehende Erkrankungen einzudämmen.

Mit der UPT sollte drei bis sechs Monate nach Abschluss des geschlossenen bzw. offenen Vorgehens gemäß §§ 9 und 12 sowie erst nach Durchführung der Befundevaluation nach § 11 begonnen werden, weil diese die zielgenaue Planung des weiteren Vorgehens erlaubt.

Zu Absatz 2

Zu Nummer 1.

Nach Nr. 1. erfolgt eine Mundhygienekontrolle mit dem Ziel, Verbesserungsbedarf zu identifizieren; sie umfasst das Anfärben von Plaque und die Bestimmung des Entzündungszustands der Gingiva.

Zu Nummer 2.

Nach Nr. 2. erfolgt soweit erforderlich eine erneute Mundhygieneunterweisung. Voraussetzung ist die vorherige Durchführung der Mundhygienekontrolle nach Nummer 1. Wird dabei ein Verbesserungsbedarf der Mundhygiene identifiziert, erfolgt die erneute Mundhygieneunterweisung nach § 8.

Zu Nummer 3

Nach Nummer 3. wird im Rahmen der UPT eine vollständige supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen vorgenommen.

Zu Nummer 4.

An Zähnen mit Sondierungstiefen von ≥ 4 mm und Sondierungsbluten sowie an Zähnen mit einer Sondierungstiefe von ≥ 5 mm wird eine subgingivale Instrumentierung durchgeführt.

Bei Erkrankungsgrad A basiert die Entscheidung, an welchen Parodontien eine subgingivale Instrumentierung erfolgt, im ersten Jahr der UPT auf der Messung der Parameter Sondierungstiefen und Sondierungsbluten, die im Rahmen der Befundevaluation nach § 11 durchgeführt wurde. Im zweiten Jahr basiert sie auf der Untersuchung des Parodontalzustands nach § 13 Absatz 2 Nummer 5a.

Bei den Erkrankungsgraden B und C basiert die Entscheidung, an welchen Parodontien eine subgingivale Instrumentierung erfolgt, im ersten Jahr der UPT bei der ersten UPT-Sitzung auf der Messung der Parameter Sondierungstiefen und Sondierungsbluten, die im Rahmen der Befundevaluation nach § 11 durchgeführt wurde. Bei den weiteren UPT-Sitzungen werden die Parameter erneut erhoben. Im zweiten Jahr basiert die Entscheidung bei der ersten UPT-Sitzung auf der Untersuchung des Parodontalzustands nach § 13 Absatz 2 Nummer 5a, bei den weiteren UPT-Sitzungen werden die Parameter erneut erhoben.

Zu Nummer 5.

Die Untersuchung des Parodontalzustands erfolgt ab dem zweiten Jahr der UPT einmal im Kalenderjahr.

Die Untersuchung des Parodontalzustands dient der Verlaufskontrolle einschließlich der Ermittlung von Parodontien, die im Rahmen der ersten UPT-Sitzung im zweiten Jahr der subgingivalen Instrumentierung nach Nr. 4 bedürfen. Bei der Untersuchung des Parodontalzustands werden Sondierungstiefen und Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn, eine davon mesioapproximal und eine davon distoapproximal, sowie Zahnlockerung und Furkationsbefall erhoben. Zähne mit Sondierungstiefen von ≥ 4 mm und Sondierungsbluten sowie Zähne mit einer Sondierungstiefe von ≥ 5 mm gelten dabei als behandlungsbedürftig und werden der subgingivalen Instrumentierung nach Nummer 4. zugeführt.

Röntgenbilder, die bereits bei der Erstellung des Parodontalstatus nach § 3 oder der Befundevaluation nach § 11 befundet wurden, werden nicht erneut befundet; vielmehr werden die festgestellten Werte zum röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe röntgenologischer Knochenabbau (%)/Alter übernommen. Eine Befundung erfolgt jedoch, wenn neuere Röntgenbilder verfügbar sind.

Zu Absatz 3

Absatz 3 Satz 1 regelt die Dauer der Maßnahmen der UPT: Die Maßnahmen der UPT nach Absatz 2 sollen für einen Zeitraum von zwei Jahren erbracht werden. Des Weiteren ist die Anforderung formuliert, dass die Maßnahmen regelmäßig erfolgen sollen.

Nach Absatz 3 Satz 2 richtet sich die Frequenz der UPT-Sitzungen nach dem gemäß § 4 Nummer 1 Buchstabe b festgestellten Grad der Parodontalerkrankung:

Grad A: einmal im Kalenderjahr mit einem Mindestabstand von zehn Monaten,

Grad B: einmal im Kalenderhalbjahr mit einem Mindestabstand von fünf Monaten,

Grad C: einmal im Kalendertertil mit einem Mindestabstand von drei Monaten.

Die Ausgestaltung der Frequenz der UPT-Maßnahmen gewährleistet, dass Versicherte eine ihrem jeweiligen Krankheitsbild entsprechende Nachsorge erhalten.

Zu Absatz 4

Mit der Regelung nach Absatz 4 besteht die Möglichkeit einer Verlängerung der UPT-Maßnahmen über den Zeitraum von zwei Jahren hinaus. Die Verlängerung darf in der Regel nicht länger als sechs Monate sein.

Soweit eine Verlängerung der UPT-Maßnahmen zahnmedizinisch notwendig ist, bedarf diese Verlängerung einer Genehmigung der Krankenkasse. Die Krankenkasse prüft den Antrag unter Beachtung der Vorgaben des § 13 Abs. 3a SGB V

§ 14 Evaluation

§ 14 spezifiziert Ziele der Evaluation, mit der spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie eine unabhängige wissenschaftliche Institution beauftragt werden soll. Dabei sind auch die Inanspruchnahme, die Wirkungen und die Notwendigkeit der Verlängerungsmöglichkeit der UPT-Maßnahmen gemäß § 13 Abs. 4 zu überprüfen.

Zu Ziffer II.

Die Richtlinie tritt am 01.07.2021 in Kraft. Damit wird dem Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen die Möglichkeit gegeben, Art, Inhalt und Bewertung der Leistungen zu definieren und ein Inkrafttreten zum selben Datum vorzusehen.

3. Würdigung der Stellungnahmen

Vor der abschließenden Entscheidung des G-BA über die Erstfassung einer Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) hat der zuständige Unterausschuss Zahnärztliche Behandlung (UA ZÄ) am 15. Mai 2020 die Einleitung des gesetzlichen Stellungnahmeverfahrens gemäß und § 91 Absatz 5 beschlossen. Die Frist für die Einreichung von schriftlichen Stellungnahmen endete am 24. Juni 2020.

Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in den Anlagen I bis IV. Die eingereichten schriftlichen Stellungnahmen zur Erstfassung der PAR-Richtlinie sind den Anlagen V bis VII zu entnehmen. Darüber hinaus wurde am 4. September 2020 in der Sitzung des UA ZÄ eine Anhörung durchgeführt (Anlage XIII). Der G-BA hat die Stellungnahmen ausgewertet (Anlage IX) und in die Entscheidungen einbezogen. Änderungen an den Beschlussunterlagen sind der Tabelle in Anlage IX zu entnehmen. Die Dokumentation des Verfahrens ist auf der Internetseite des G-BA abrufbar.

4. Bürokratiekostenermittlung

[wird ergänzt]

5. Verfahrensablauf

In seiner Sitzung am 12. Dezember 2019 hat der Unterausschuss Methodenbewertung (UA MB) zur sektorenübergreifenden Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit der systematischen

Behandlung von Parodontopathien abschließend beraten und mit Schreiben vom 13. Dezember 2019 dem UA ZÄ einen Nutzenbericht vorgelegt. Anlass des Verfahrens ist der diesbezügliche Methodenbewertungsantrag gemäß § 135 Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB V der Patientenvertretung vom 22. Juli 2013 mit dem Ziel einer Änderung der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie). Die Bewertung von insgesamt 20 Interventionen wurde auf Grundlage des entsprechenden IQWiG-Berichts (Eingang 5. März 2018) sowie auf Grundlage einer Stellungnahme der Abteilung Fachberatung Medizin wie vorgesehen unabhängig von einer möglichen Verortung der entsprechenden Leistungen in der Behandlungsrichtlinie durchgeführt. Zuständigkeitshalber wird dem Unterausschuss Zahnärztliche Behandlung (UA ZÄ) der Nutzenbericht in Form der Zusammenfassenden Dokumentation (Stand 12. Dezember 2019) zwecks Durchführung der sektorspezifischen Bewertung der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit im Versorgungskontext sowie zwecks Beratung über eine Änderung der Behandlungsrichtlinie übermittelt.

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
22.07.2013		Antrag der Patientenvertretung zur Bewertung der „Systematischen Behandlung von Parodontopathien (Par-Behandlung)“ gemäß § 135 Absatz 1 SGB V
17.10.2013	G-BA	Annahme des Antrags und Einleitung des Beratungsverfahrens gemäß 1. Kapitel § 5 Verfo sowie Beauftragung des Unterausschusses Methodenbewertung mit der Durchführung der Nutzenbewertung
25.09.2014	UA MB	Ankündigung des Bewertungsverfahrens gemäß 2. Kapitel § 6 Absatz 1 Verfo
30.09.2019		Ankündigung des Bewertungsverfahrens im Bundesanzeiger
19.03.2015	G-BA	Beauftragung des IQWiG mit der Bewertung der „Systematischen Behandlung von Parodontopathien“
05.03.2018	IQWiG	Übermittlung des Abschlussbericht des IQWiG zur Bewertung der „Systematischen Behandlung von Parodontopathien“ (N15-01) an die Geschäftsstelle des G-BA
29.11.2018	UA MB	Beauftragung der Fachberatung Medizin des G-BA mit der Untersuchung der Effekte einer regelmäßigen strukturierten Nachsorge (Unterstützende Parodontitistherapie, UPT) bei Patientinnen und Patienten nach vorausgegangener aktiver Parodontitistherapie (APT)
14.08.2019		Stellungnahme der Fachberatung Medizin des G-BA zum Auftrag des UA MB vom 29. November 2018
12.12.2019	UA MB	Abschließende Beratungen zur sektorenübergreifenden Bewertung von Nutzen und medizinischer Notwendigkeit der systematischen Behandlung von Parodontopathien und Weitergabe des Ergebnisses an den UA ZÄ

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
06.12.2019	UA ZÄ	Beauftragung der AG Behandlungs-Richtlinie mit der Beratung und Umsetzung der Ergebnisse der Nutzenbewertung der systematischen Behandlung von Parodontopathien gemäß § 135 Absatz 1 SGB V
15.05.2020	UA ZÄ	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens
04.09.2020	UA ZÄ	Anhörung, Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen und abschließende Beratung zur Vorbereitung der Beschlussfassung durch das Plenum
17.12.2020	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Erstfassung der PAR-Richtlinie
TT.MM.JJJJ		Prüfung durch das BMG
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den 17. Dezember 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

6. Literatur

American Academy of Periodontology (2000): Parameter on Periodontal Maintenance. J Periodontol 71:849-850. Scottish Dental Clinical Effectiveness Programme: Prevention and Treatment of Periodontal Diseases in Primary Care. Dental Clinical Guidance. Dundee 2014; British Society of Periodontology: The Good Practitioner's Guide to Periodontology. 2016.

Armitage, G. C.: Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. In: Annals of periodontology 4 (1), S. 1–6. DOI: 10.1902/annals.1999;4.1.1.

AWMF (2018): Adjuvante systemische Antibiotikagabe bei subgingivaler Instrumentierung im Rahmen der systematischen Parodontitistherapie (S3- Leitlinie). Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO), Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK); AWMF-Registernr.: 083-029,11.2018.

Caton J, Armitage G, Berglundh T, et al.: Ein neues Klassifikationsschema für parodontale und periimplantäre Erkrankungen und Zustände – Einführung und wesentliche Änderungen zur Klassifikation von 1999; J Clin Periodontol. 2018;45(Suppl 20): S1–S8.

Chapple ILC, Mealey BL, et al.: Parodontale und gingivale Gesundheit und Zustände im intakten und reduzierten Parodont: Konsensusbericht der Arbeitsgruppe 1 des Weltworkshops 2017 zur Klassifikation parodontaler und periimplantärer Erkrankungen und Zustände; J Clin Periodontol. 2018; 45 (Suppl a20): S68–S77.

Dannewitz, B., Krieger, J. K., Krigar, D. M., Simon, I., Dreyhaupt, J., Staehle, H. J., Eickholz, P.: Full-mouth-disinfection as a non-surgical treatment approach for drug-induced gingival overgrowth. 2010; Int J Periodontics Restorative Dent 30, 63-71.

Dannewitz B, Pretzl B, Sälzer S (2018): Klassifikation von parodontalen und periimplantären Erkrankungen und Zuständen. Deutsche Übersetzung der Einleitung und Konsensusberichte des gemeinsamen Weltworkshops der American Academy of Periodontology und der European Federation of Periodontology. www.dgparo.de, Zugriff: 17.12.2020

Deinzer, R., Dörfer C. E. und Sälzer, S: Sicherung des parodontalen Behandlungserfolgs – Stand der Forschung und Forschungsbedarf. Literatur-Triologie, Teil 1: Die individuelle Mundhygiene. 2018; IDZ.

Deinzer, R.; Eickholz, P.: Sicherung des parodontalen Behandlungserfolgs - Stand der Forschung und Forschungsbedarf. Literatur-Triologie, Teil 2: Die unterstützende Parodontitistherapie. Zahnmed Forsch Vers. 2018; 1 (2), IDZ.

Eickholz P, Walter C. Clinical and Radiographic Diagnosis and Epidemiology of Furcation Involvement. In: Diagnosis and treatment of furcation involved teeth. Editor: Luigi Nibali. John Wiley & Sons Ltd, 2018.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie),18.06.2006.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V),19.10.2017.

G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss, Abteilung Fachberatung Medizin: Untersuchung der Effekte einer regelmäßigen strukturierten Nachsorge (Unterstützende Parodontitistherapie, UPT) bei Patientinnen und Patienten nach vorausgegangener aktiver Parodontitistherapie (APT). Berlin, 5. September 2019

IQWiG, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Abschlussbericht zur Nutzenbewertung der Systematischen Behandlung von Parodontopathien. Auftrag N15-01, Version 1.0, Stand: 5. März 2018

Jepsen S, Caton JG, et al.: Parodontale Manifestation von systematischen Erkrankungen sowie entwicklungsbedingten und erworbenen Zuständen: Konsensusbericht der Arbeitsgruppe 3 des Weltworkshops 2017 zur Klassifikation parodontaler und periimplantärer Erkrankungen und Zustände; J Clin Periodontol. 2018; 45(Suppl 20): S219–S229.

Jönsson, B., Ohrn, K., Oscarson, N. und Lindberg, P.: The effectiveness of an individually tailored oral health educational programme on oral hygiene behaviour in patients with periodontal disease: a blinded randomized-controlled clinical trial (one-year follow-up). J Clin Periodontol, 2009, 36, 1025–1034.

Lindhe J, Nyman S. The role of occlusion in periodontal disease and the biological rationale for splinting in treatment of periodontitis. Oral Sci Rev. 1977; 10:11-43.

Needleman I, Garcia R et al.: Mean annual attachment, bone level, and tooth loss: A systematic review; J Clin Periodontol. 2018; 89(Suppl 1): S120–S139.

Needleman I, Garcia R et al.: Mean annual attachment, bone level, and tooth loss: A systematic review, J Clin Periodontol. 2018;45(Suppl 20): S112–S129.

Papapanou PN, Sanz M, et al.: Konsensusbericht der Arbeitsgruppe 2 des Weltworkshops 2017 zur Klassifikation parodontaler und periimplantärer Erkrankungen und Zustände; J Clin Periodontol. 2018; 45(Suppl 20): S162–S170.

Simpson TC, Weldon JC, Worthington HV, Needleman I, Wild SH, Moles DR, Stevenson B, Furness S, Iheozor-Ejiofor Z (2015): Treatment of periodontal disease for glycaemic control in people with diabetes mellitus. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 11. Art. No.: CD004714.

Thomson, W. M., Sheiham, A. und Spencer, A. J.: Sociobehavioral aspects of periodontal disease. *Periodontol* 2000, 2012, 60, 54–63.

Tonetti, M. S., Eickholz, P. et al.: Principles in Prevention of Periodontal Diseases. *J Clin Periodontol*, 2015, 42 (Suppl. 16), S5–S11.

Tonetti, MS & Sanz M. Implementation of the New Classification of Periodontal Diseases: Decision-making Algorithms for Clinical Practice and Education. *Journal of Clinical Periodontology*, 2019; 46: 398–405.

Anlage

Zusammenfassende Dokumentation