

Neue G-BA-Richtlinie: Naht das Ende der PA-Behandlung in der GKV?

Ein Beitrag von Dr. Ulrika Montén

KOMMENTAR /// Der Diskurs in der Parodontologie wird aktuell von einem Thema dominiert: der im Dezember 2020 angekündigten neuen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur systematischen Behandlung von Parodontitis. Die Hamburger Zahnärztin Dr. Ulrika Montén gehört zum Vorstand des Berufsverbandes der Fachzahnärzte und Spezialisten für Parodontologie e.V. (BFSP) und äußert in ihrem exklusiven ZWP-Kommentar die Gefahr möglicher Fallstricke durch die neue Richtlinie.

Pressemeldung G-BA



Berufsverband der Fachzahnärzte und Spezialisten für Parodontologie e.V. (BFSP)

Die Hamburger Parodontologin Dr. Ulrika Montén gehört zum Vorstand des Berufsverbandes der Fachzahnärzte und Spezialisten für Parodontologie e.V. (BFSP). Die berufständische Vertretung ging 2004 aus dem Arbeitskreis der Fachzahnärzte für Parodontologie hervor. Als die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DG PARO) die Weiterbildung zum Spezialisten für Parodontologie auch bundesweit ermöglichte, sollte eine neue Organisation die spezifischen Interessen der parodontologischen Praxen in der Öffentlichkeit vertreten – diese Rolle vertritt der BFSP.

Im Dezember 2020 ließ der G-BA verlauten, dass „Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen des Zahnhalteapparates (Parodontalerkrankungen) zukünftig von einer systematischen Diagnostik und Behandlung profitieren können. Um auch bei schwierigen Erkrankungsverläufen optimale Therapieerfolge zu erreichen, [...] wird die Befundung nach Stadium und Grad und die sich daraus ergebenden Behandlungsempfehlungen in einer neuen Richtlinie geregelt. Hiermit wird das bestehende Leistungsangebot erweitert [...]“¹

Demnach soll die systematische Diagnostik und Behandlung der PA, nach vorheriger Genehmigung durch die GKV, von dieser übernommen werden, einschließlich des Patientenaufklärungsgesprächs, der nichtchirurgischen wie auch chirurgischen Behandlung und der anschließenden UPT (unterstützende Parodontitisbehandlung). Die Vergütung muss noch seitens des Bewertungsausschusses der KZBV und des GKV-Spitzenverbandes festgelegt werden. Die Abrechnung soll ab dem dritten Quartal 2021 möglich sein. Damit würde die PA-Vorbehandlung, die im Moment als PZR und einer MH-Kontrolle einige Wochen später privat abgerechnet wird, in das Kassenbudget eingehen. Das bisher nicht vergütete risikospezifische Aufklärungs- und Therapiegespräch wird genauso wie die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung so Teil der vergüteten Behandlung.

Bisheriges und zukünftiges Prozedere

Für die Genehmigung einer Parodontitisbehandlung muss ein kompletter parodontaler Befund, einschließlich Taschentiefen, Rezessionen, Lockerungen und Furkationsinvolvierungen, aufgenommen werden. Zudem dürfen die notwendigen Röntgenbilder nicht älter als ein Jahr sein. Nach der Genehmigung wird die nichtchirurgische, subgingivale Instrumentierung von der GKV übernommen. Nach der Reevaluation der Behandlung kann eine weiterführende chirurgische Behandlung notwendig sein, die dann jedoch nicht mehr genehmigt werden muss. Nach dieser Behandlung und einer erneuten Reevaluation soll der Patient in die UPT überführt werden, die dann – je nach Risiko – alle vier bis zwölf Monate erfolgen soll und auch von der GKV übernommen wird. Somit würden die chirurgische Parodontitisbehandlung und die UPT, welche heute hauptsächlich privat abgerechnet werden, von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.

PA ist Ländersache

So weit, so gut! Löblich ist natürlich, dass nun die komplette systematische Parodontitisbehandlung, die international schon längst anerkannt und in Deutschland in der Regel auch durchgeführt und von den privaten Krankenkassen schon seit Langem übernommen wird, Einzug in den Leistungskatalog der GKV gefunden hat. Doch was, wenn diese Leistungen – als parodontologische Behandlungen – nun ins Budget gehen sollen? Zahnärzte reagieren auf diese Neuerung je nach Bundesland verschieden, denn während die PA in einigen Bundesländern mit ins Budget einfließen würde, ist sie in anderen außerbudgetär.

Für Bundesländer, bei denen die PA mit ins Budget gehen soll, wird es schwer: Schon jetzt ist das Budget vieler Praxen komplett ausgelastet. Besteht hier nicht die Gefahr, dass die Parodontitisbehandlung gar nicht mehr oder nur noch verschwindend gering durchgeführt wird? So würde genau das, was erreicht werden soll – eine Zunahme der Parodontitisbehandlung –, schlichtweg verhindert.

Gefährdete Vergütung für qualifizierte DHs

Und was ist mit den Praxen, die die Vor- und Nachbehandlung von Dentalhygienikerinnen durchführen lassen? Das Gehalt einer gut ausgebildeten Dentalhygienikerin unterscheidet sich (zu Recht) von dem Verdienst einer „normalen“ Prophylaxehelferin oder einer ZFA. Der hier bestehende Qualitätsunterschied kann unter einer neuen Richtlinienhandhabung eventuell nicht mehr entsprechend honoriert und vergütet werden. Denn wie viel wird die Vergütung für eine UPT betragen? Sicherlich nicht so viel, dass man eine gute DH adäquat in einer deutschen Großstadt bezahlen könnte. Wie soll das also bezahlt werden? Ist eventuell eine „Mehrkostenvereinbarung“ in Abstimmung mit dem Patienten denkbar? Patienten, die einmal bei einer qualifizierten DH gewesen sind, wissen meist den Unterschied zu würdigen und wären sicherlich auch bereit, diesen monetär zu belohnen.

Brennpunkt: Spezialistenpraxen

Spezialistenpraxen, die hauptsächlich Parodontitispatienten behandeln, stellen in dieser Debatte einen besonderen Brennpunkt dar: Hier ist die Ausschöpfung des Budgets nach kürzester Zeit vorprogrammiert, denn diese Praxen arbeiten mit den Überweisungen zahnärztlicher Kollegen. Diese wiederum geben ihre komplexen Parodontitispatienten zu einem Spezialisten, um ihnen eine evidenzbasierte und hochwertige Behandlung ermöglichen zu können, die sie selbst durch ihre allgemeinzahnmedizinisch orientierte Ausrichtung nicht leisten können.

Gerade aufgrund der hohen Spezialisierung und dem Einsatz hoch spezialisierten Personals muss in den Spezialistenpraxen eine Finanzierbarkeit der Behandlung gewährleistet werden. Hierzu müsste man das Rad nicht neu erfinden, es reicht ein Blick in die Humanmedizin aus. Dort gibt es schon lange strukturierte Behandlungsprogramme (DMP = Disease Management Programm), bei denen Spezialistenpraxen unter Einhaltung strenger Qualitätskriterien Sonderbudgets bzw. eine Sondervergütung zur Verfügung stehen. Dies sichert einheitliche Qualitätsstandards und macht laufende Evaluationen möglich.

Wenn wir unseren Patienten dauerhaft hohe Qualitätsstandards und eine spezial-zahnärztliche Versorgung zukommen lassen wollen, dann müssen wir auch eine entsprechende Finanzierbarkeit und Vergütung sicherstellen. Dies sollte zeitgleich mit der Einführung der Behandlungsrichtlinie erfolgen, um den Weiterbestand der Spezialistenpraxen zu gewährleisten.

**EINFACH.
CLEVER.
BESTELLEN.**