

GKV-Finanzstabilisierungsgesetz

Auswirkungen auf die Parodontitisversorgung

 EVALUATIONSBERICHT

INHALT

Zusammenfassung und politischer Handlungsbedarf	5
1 Einleitung	10
2 Volkskrankheit Parodontitis – Krankheitslast und Versorgung	14
3 Die neue Parodontitisversorgung in der GKV	16
3.1 PAR-Behandlungsstrecke nach der neuen PAR-Richtlinie	17
3.2 PAR-Behandlungsstrecke für vulnerable Versichertengruppen	20
4 PAR-Behandlung – Entwicklung des Abrechnungsgeschehens	23
4.1 Die neue PAR-Behandlungsstrecke in der Versorgung – Situation vor GKV-FinStG	24
4.1.1 Entwicklung der Inanspruchnahmequote	25
4.1.2 Entwicklung der Neubehandlungen	26
4.1.3 Entwicklung der Punktmenge	27
4.2 Die neue PAR-Behandlungsstrecke in der Versorgung – Situation nach GKV-FinStG	29
4.2.1 Entwicklung der Neubehandlungen	29
4.2.2 Entwicklung der Punktmenge	31
4.3 Einflüsse auf die Mengenentwicklung	35
4.3.1 Grading-Verteilung A/B/C nach Altersgruppen und Kassenarten	35
4.3.2 Compliance-Verhalten der Versicherten	38
5 Vertragslage und Honorarverteilungsmaßstäbe	40
5.1 Vertragslage in den KZVen	41
5.2 HVM-Regelungen in den KZVen	43
5.2.1 Finanzielle Auswirkungen der HVM-Regelungen	43
5.2.2 Auswirkungen der HVM-Regelungen auf die Patientenversorgung	44
6 Vermeidung von Folgekosten durch PAR-Behandlungen	47
6.1 Vermeidbare Folgekosten im zahnärztlichen Sektor	48
6.1.1 Vermeidbare Folgekosten im Bereich KCH	48
6.1.2 Vermeidbare Folgekosten im Bereich Zahnersatz	50
6.2 Weitere vermeidbare Folgekosten durch PAR-Behandlungen	53
6.2.1 Allgemeinmedizinische Auswirkungen der PAR-Behandlungen	53
6.2.2 Sozioökonomischer Effekt der Parodontitis	54
6.2.3 Indirekte Krankheitskosten der Parodontitis	54
Literaturangaben	56

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) KdöR

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) hat als Körperschaft des öffentlichen Rechts den gesetzlichen Auftrag, für die rund 74 Mio. Menschen, die in Deutschland gesetzlich krankenversichert sind, eine wohnortnahe, flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Mit diesem sogenannten Sicherstellungsauftrag kommt der KZBV eine Schlüsselrolle im System der gesetzlichen Krankenversicherung zu.

Als Dachorganisation der 17 regional tätigen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) ist die KZBV zugleich eine zentrale Einrichtung der zahnärztlichen Selbstverwaltung. Mitglieder der KZVen sind die rund 63.000 Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland, die an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen.

Mit dem Ziel, die Mundgesundheit in Deutschland weiter zu verbessern und die wohnortnahe, flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung zukunftsfest zu gestalten, bringt sich die KZBV bei Gesetzgebungsverfahren und politischen Entscheidungen auf Bundesebene aktiv ein.

Darüber hinaus ist sie gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) eine der stimmberechtigten Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), also des obersten Beschlussgremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen. Hier gestaltet die KZBV den Leistungsumfang und die Rahmenbedingungen für die vertragszahnärztliche Versorgung maßgeblich mit. Zudem verhandelt die KZBV als Vertragspartner auf Bundesebene mit dem GKV-Spitzenverband die weitere überregionale Ausgestaltung der Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung aus.

Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) e. V.

Die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) ist eine der ältesten und größten zahnmedizinischen Fachgesellschaften in Deutschland. Für ihre über 5.800 Mitglieder und zahnärztlichen Organisationen ist sie seit nunmehr 100 Jahren beratend und unterstützend in parodontologischen Fragen tätig. Zu den Aufgaben der DG PARO gehören unter anderem die Förderung der klinischen und grundlagenwissenschaftlichen parodontologischen Forschung sowie die Auswertung und Verbreitung wissenschaftlicher Erkenntnisse auf dem Gebiet der Parodontologie.

Wesentlicher Tätigkeitsschwerpunkt ist darüber hinaus die Fort- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Parodontologie. Die DG PARO bietet sowohl eine Weiterbildung zum DG PARO-Master als auch zur DG PARO-Spezialistin/zum DG PARO-Spezialisten für Parodontologie® an. Seit 2020 ernennet sie außerdem besonders qualifizierte Dentalhygienikerinnen und Dentalhygieniker zu zertifizierten Dentalhygienikerinnen und Dentalhygienikern der DG PARO®.

Neben der Durchführung wissenschaftlicher Tagungen und Veranstaltungen – jährliche Frühjahrstagung und Jahrestagung, jährliche Sonderveranstaltungen (DG PARO Select, DG PARO Basic) und monatliche Webinare – vergibt die Gesellschaft Praxis- und Wissenschaftspreise in unterschiedlichen Kategorien, den Dissertationspreis und den DG PARO-Forschungspreis. Zusätzlich lobt die DG PARO Forschungsförderungen für klinische und grundlagenwissenschaftliche Förderungen aus.

Die DG PARO arbeitet – auch interdisziplinär – intensiv mit wissenschaftlichen Gesellschaften, Arbeitsgemeinschaften und Institutionen des In- und Auslandes zusammen. Die DG PARO ist Mitglied der European Federation of Periodontology (EFP). Sie verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke.

ZUSAMMENFASSUNG

UND POLITISCHER HANDLUNGSBEDARF

ZUSAMMENFASSUNG UND POLITISCHER HANDLUNGSBEDARF

Das im November 2022 in Kraft getretene GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) sieht für den zahnärztlichen Bereich Regelungen vor, die für 2023 und 2024 faktisch ein Rückfall in die Zeit der strikten Budgetierung sind – obwohl vom vertragszahnärztlichen Bereich kein Risiko für die Ausgaben der GKV ausgeht. Denn auch nach Abschaffung der Budgetierung im Jahr 2012 ist der Anteil der Ausgaben für zahnärztliche Versorgung an den gesamten Leistungsausgaben der GKV weiter kontinuierlich auf 6,11 Prozent (2022) gesunken. Im Jahr 2000 betrug dieser Anteil noch knapp 9 Prozent. Diese Entwicklung ist Erfolg und Konsequenz eines von der Vertragszahnärzteschaft seit über 25 Jahren vorangetriebenen Paradigmenwechsels von der kurativen zur präventiven Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

Mit der Wiedereinführung der Budgetierung durch das GKV-FinStG sind schwerwiegende Auswirkungen auf die moderne, präventionsorientierte Parodontistherapie verbunden, die mit Wirkung zum 1. Juli 2021 über eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen und von allen Beteiligten im G-BA, den Krankenkassen sowie auch dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) als „Quantensprung“ für die Mundgesundheit begrüßt wurde.

Parodontitis ist eine komplexe Entzündungserkrankung des Menschen. Unbehandelt ist Parodontitis die häufigste Ursache für vermeidbaren Zahnverlust. Jeder zweite Erwachsene leidet an einer behandlungsbedürftigen Parodontitis. Diese Volkskrankheit steht in direkter Wechselwirkung mit Diabetes mellitus und nimmt zudem Einfluss auf weitere schwere Allgemeinerkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen und rheumatische Erkrankungen und kann ein erhöhtes Risiko für Schwangere sowie bei demenziellen Erkrankungen sowie schweren Verläufen bei Infektionen mit dem Coronavirus darstellen (siehe Kapitel 2 und Kapitel 6.2). Insofern handelt es sich bei der neuen Parodontitisversorgung um eine zentrale Präventionsleistung für die Mund- und Allgemeingesundheit.

Es ist allgemein anerkannt, dass die Behandlung der Parodontitis (PAR-Behandlung) in der GKV über Jahrzehnte nicht mehr dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprach und es in den alten Richtlinien Zugangsvoraussetzungen zur PAR-Behandlung für die Patientinnen und Patienten gab. Regelmäßige Voraussetzung für die durchzuführende Parodontistherapie war das Fehlen von Zahnstein und sonstiger Reizfaktoren, die Anleitung des Patienten zur richtigen Mundhygiene und die Überprüfung der Mitarbeit des Patienten vor und während der Behandlung. Die Anzahl der Behandlungen stand deshalb in einem deutlichen Missverhältnis zur Zahl der Krankheitsfälle. Aus diesem Grund hat der G-BA einstimmig die neue PAR-Richtlinie beschlossen, die am 1. Juli 2021 in Kraft getreten ist. Die neue PAR-Richtlinie gewährleistet die systematische Behandlung der Parodontitis auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse (siehe Kapitel 3). Allen Beteiligten im Beratungsverfahren war klar, dass die neue Richtlinie und die damit einhergehende Einführung der bis zu 3 Jahre andauernden Behandlungsstrecke ein wichtiges Instrument zur Verringerung der hohen Prävalenz der Parodontitis darstellen, aber gleichzeitig auch zusätzliche Kosten hiermit verbunden sein werden.

Die neue Parodontistherapie befand sich mit Inkrafttreten der mengenbegrenzenden GKV-FinStG-Regelungen gerade erst in der Einführungsphase, die sich ursprünglich bis 2025 strecken sollte. Die Behandlung wird in jedem Einzelfall von den Krankenkassen genehmigt und erstreckt sich über einen Zeitraum von bis zu 3 Jahren (3-jährige Behandlungsstrecke). Dabei entfallen rund 36 Prozent der PAR-Leistungen auf das erste Behandlungsjahr, die übrigen 64 Prozent der Leistungen entfallen während der Nachsorgephase in den Folgejahren auf die Leistungen der unterstützenden Parodontistherapie (UPT).

Vor dem Hintergrund der gesetzlich festgelegten Evaluation der Auswirkungen des GKV-FinStG auf den Umfang der Versorgung der Versicherten mit Leistungen zur Behandlung von Parodontitis zum 30. September 2023 durch das BMG möchten die KZBV und die DG PARO mit dem vorliegenden Bericht einen Diskurs über die Auswirkungen des GKV-FinStG auf die Parodontitisversorgung anstoßen und den dringenden politischen Handlungsbedarf aufzeigen. Unter Berücksichtigung der im Gesetz genannten Zeitvorgaben für die Evaluation dürfte sich auf Grundlage der vorliegenden Abrechnungsdaten und Informationen über den Stand der Gesamtverträge auf Ebene der KZVen und der Krankenkassen zwar noch kein abschließendes, jedoch ein ausreichend aussagekräftiges Bild des Abrechnungsgeschehens im Bereich der Parodontitisversorgung ergeben.

Die vorliegende Ausarbeitung kommt zu folgenden Kernergebnissen:

- **GKV-FinStG verursacht einen Einbruch bei den PAR-Neubehandlungen (siehe Kapitel 4.2)**

Im 1. Halbjahr 2023 gingen die Neubehandlungsfälle für die 3-jährige präventionsorientierte PAR-Behandlungsstrecke bundesweit signifikant und in hohem Maße zurück, bei einer weiterhin unverändert hohen Krankheitslast.

Für das 2. Quartal 2023 deuten die vorliegenden Daten bei den PAR-Neubehandlungen auf eine stark rückläufige Tendenz hin. Im Monat 07/2023 liegt die Zahl der PAR-Neubehandlungen nur noch bei rund 92.400 Neubehandlungsfällen, was bereits einen Rückfall auf das niedrige Niveau vor Einführung der neuen PAR-Behandlungsstrecke (z. B. Vergleichsjahr 2019 mit einem Monatsdurchschnitt von rund 92.000 Neubehandlungen) bedeutet. Der Trendverlauf selbst deutet auf noch weiter zurückgehende Neubehandlungsfälle hin. Es ist zu befürchten, dass der durch die Gesetzgebung ausgelöste langfristige strukturelle Schaden für die PAR-Versorgung bei einer unveränderten Gesetzeslage auch zukünftig noch deutlicher spürbar sein wird. Dies käme einem Scheitern der neuen, präventionsorientierten Parodontitisversorgung gleich und hätte eine gravierende Verschlechterung der Patientenversorgung noch unterhalb des Niveaus vor Einführung der neuen PAR-Behandlungsstrecke zur Folge. Unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen und einer Fortsetzung der rückläufigen Entwicklung

bei den Neuversorgungsfällen würden die durch das GKV-FinStG stark beschnittenen Budgets im Laufe des 1. Quartals 2024 keine neuen PAR-Versorgungsfälle mehr zulassen, da die Mittel für die Nachsorgephase der Altfälle aus den vorangegangenen Jahren benötigt würden. Dies käme einer drastischen Leistungskürzung gleich – mit entsprechend negativen Folgen für die Mund- und Allgemeingesundheit der Bevölkerung. Bereits die derzeit verfügbare Datenlage gibt sehr eindrücklich wieder, dass es aufgrund des GKV-FinStG schon im laufenden Jahr zu Leistungskürzungen kommt bzw. kommen wird. Dies wird sich in 2024 nochmals weiter verstärken.

- **GKV-FinStG verkennt zunehmende Überlagerung der PAR-Gesamtleistungsmenge durch Altfälle (siehe Kapitel 4.1 und 4.2)**

Nach einem kurzfristigen Rückgang im Zuge der Einführung der PAR-Behandlungsstrecke Mitte des Jahres 2021 stieg die Leistungsmenge entsprechend der Zielvorgaben der G-BA-Richtlinie mit dem dort deutlich ausgeweiteten Leistungsspektrum kontinuierlich an. Trotz rückläufiger neuer Behandlungsfälle kommt es im Jahr 2023 durch die Überlagerung der Folgeleistungen der Altfälle aus den Jahren 2021 und 2022 und der bereits begonnenen neuen Behandlungsfälle zu steigenden Gesamtleistungsmengen. Die Regelungen des GKV-FinStG führen dazu, dass die Mittel nicht ausreichen und prioritär für die Weiterbehandlung der in den Vorjahren begonnenen Fälle aufgewendet werden müssen. Die durch das neue Leistungsspektrum der neuen Parodontistherapie zwangsläufig gestiegene Leistungsmenge in 2022 und 2023 ist insofern kein Ausweis für eine verbesserte PAR-Versorgung, sondern verdeckt im Gegenteil sogar die durch das GKV-FinStG tatsächlich bewirkte Verschlechterung unterhalb des Niveaus vor Einführung der neuen PAR-Behandlungsstrecke.

- **Heterogene Vertragskonstellationen in den KZVen begründen regional unterschiedlich starke Auswirkungen des GKV-FinStG (siehe Kapitel 5)**

Das GKV-FinStG legt mit der strikten Budgettierung ein bundesweit pauschal wirkendes Mengenbegrenzungsinstrument über eine historisch gewachsene und damit regional und kassenabhängig sehr differenzierte Vertragslage in den 17 KZVen. Dies hat Einfluss darauf, ob und wie in den KZVen bisher Honorarverteilungsmaßstäbe (HVM) zur Anwendung kamen bzw. auf die Versorgung wirkten. So gibt es KZV-Bereiche, die aufgrund ihrer spezifischen Ausgangslage für das Jahr 2023 teils massive Honorarkürzungen vornehmen müssen bzw. bereits vornehmen mussten. Weitere KZV-Bereiche werden folgen. Hieraus droht eine Versorgungslage der Versicherten, die davon abhängt, in welchem Bundesland der oder die Versicherte behandelt wird und bei welcher Krankenkasse sie oder er versichert ist. Das GKV-FinStG nimmt den Gesamtvertragspartnern auf KZV-Ebene nahezu jeden Handlungsspielraum, um die PAR-Versorgung adäquat abbilden zu können, und hebt ein bis dato gut funktionierendes und effizientes Vertragsverhältnis auf Ebene der Gesamtvertragspartner aus.

- **Budgettierung der PAR-Leistungen verursacht hohe Folgekosten für GKV-System (siehe Kapitel 6)**

Die Auswertung des Abrechnungsgeschehens und der Vertragslage in den KZVen belegt, dass das GKV-FinStG erhebliche negative Konsequenzen auf den Umfang der Parodontitisversorgung hat und weiterhin haben wird, die zudem einzelne Regionen besonders stark treffen. Es ist zu erwarten, dass sich die Situation in den Folgejahren sogar noch verschlimmern dürfte. Dies wäre langfristig für das GKV-System mit erheblich höheren Kosten verbunden, sowohl im zahnärztlichen als auch im allgemein-medizinischen Bereich: Allein im zahnärztlichen Bereich summieren sich diese Folgekosten auf rund 200 Mio. Euro jährlich – rund 151 Mio. Euro im konservierend-chirurgischen Bereich und weitere rund 52 Mio. Euro im Bereich Zahnersatz. Die Gesamtheit der indirekten Krankheitskosten (z. B. Produktivitätsverlust durch Abwesenheit vom Arbeitsplatz; Zahnlosigkeit; unbehandelte Karies bei Patienten mit Parodontitis, hauptsächlich Wurzelkaries) wird in einer Studie für Deutschland mit rund 34,79 Mrd. Euro angegeben (Botelho et al., 2022). Die konsequente Therapie von Parodontitis würde diese Kosten zumindest reduzieren und neben den individuellen und strukturellen gesundheitlichen Vorteilen zu einer gesamtwirtschaftlichen Entlastung führen. Das Zurückfahren der Behandlungszahlen als Folge des GKV-FinStG zementiert diese Parodontitiserkrankungskosten. Die Kosten für die Aussetzung der strikten Budgettierung machen dagegen nur einen Bruchteil dieser Krankheitskosten aus.



FAZIT

- Durch die mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) wiederingeführte strikte Budgettierung der Gesamtvergütungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung fehlen die finanziellen Mittel, um die neue, präventionsorientierte Parodontistherapie flächendeckend auf ein der hohen Krankheitslast angemessenes Niveau zu heben. Die Auswirkungen auf die Versorgung sind fatal, wie insbesondere der Rückgang der Neubehandlungsfälle im Jahr 2023 auf das niedrige Niveau vor Einführung der neuen PAR-Behandlungsstrecke belegt.
- Wie für andere Präventionsleistungen bereits mit dem GKV-FinStG vorgesehen, ist es daher zwingend erforderlich, auch die **Leistungen der Parodontistherapie von der Budgettierung des GKV-FinStG zeitnah – noch in diesem Jahr – auszunehmen.**

KAPITEL 1

EINLEITUNG

1 EINLEITUNG

Im November 2022 ist das Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz; kurz: GKV-FinStG) in Kraft getreten. Ziel des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) war es, mit diesem Gesetz auf der einen Seite die damals auf rund 17 Mrd. Euro prognostizierte Finanzierungslücke in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in 2023 zu schließen und auf der anderen Seite Leistungskürzungen sowie stark steigende Zusatzbeiträge zu verhindern.¹

Neben einer strikten Begrenzung der Punktwertsteigerungen durch § 85 Abs. 2d SGB V und somit der

„Preise“ für die vertragszahnärztlichen Leistungen führt § 85 Abs. 3a SGB V zu einer Reaktivierung der vor über 10 Jahren mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) abgeschafften strikten Budgetierung der zahnärztlichen Gesamtvergütungen.²

¹ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-lp/gkv-finanzstabilisierungsgesetz.html>

² Mit diesen beiden Regelungen sollten ausweislich der Gesetzesbegründung zum GKV-FinStG Einsparvolumina von 120 Mio. Euro in 2023 und von 340 Mio. Euro in 2024 erzielt werden.

Für den zahnärztlichen Bereich enthält das GKV-FinStG folgende Regelungen:

- **Begrenzung des Wachstums der Punktwerte UND des Ausgabenvolumens** (zum Stand 31. Dezember 2022) für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz auf höchstens die um 0,75 Prozentpunkte verminderte Grundlohnrate in 2023 sowie auf höchstens die um 1,5 Prozentpunkte verminderte Grundlohnrate für 2024 (§ 85 Abs. 2d und 3a SGB V).
- **Ausnahmen:** Leistungen nach § 22 SGB V (Individualprophylaxe), § 22a SGB V (Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen), § 26 Abs. 1 Satz 5 SGB V (Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche) sowie Leistungen zur Behandlung von Parodontitis für Versicherte mit Pflegegrad nach § 15 SGB XI oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX.
- **Evaluationsklausel Parodontitisversorgung:** Das BMG ist verpflichtet, bis zum 30. September 2023 die Auswirkungen der GKV-FinStG-Regelungen auf den Umfang der Versorgung der Versicherten mit Leistungen zur Behandlung von Parodontitis zu evaluieren.

Für die ärztlichen Gesamtvergütungen war bereits mit Wirkung zum 1. Januar 2007 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz die Grundentscheidung getroffen und umgesetzt worden, dass für deren Vereinbarung nicht primär die finanzielle Situation der Krankenkassen maßgeblich ist, sondern die Veränderung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs. Diese Verlagerung des Morbiditätsrisikos und des daraus resultierenden Behandlungsbedarfs weg von den Leistungserbringern hin zu den Krankenkassen wurde mit dem zu Beginn des Jahres 2012 in Kraft getretenen GKV-VStG dann auch für den vertragszahnärztlichen Bereich umgesetzt, um den Vertragsparteien für die Gesamtvergütungen größere Verhandlungsspielräume zu eröffnen und Veränderungen der Gesamtvergütungen zu ermöglichen, die den morbiditätsbedingten Leistungsbedarf der Versicherten und auch die Aufnahme neuer Leistungen in den GKV-Leistungskatalog widerspiegeln und nicht allein und vorrangig von der Einnahme- bzw. Finanzsituation der Krankenkassen bestimmt werden.

Hierzu wurden den Gesamtvertragspartnern für die Gesamtvergütungsvereinbarungen über § 85 Abs. 3 Satz 1 SGB V neue Kriterien – wie etwa die Zahl und Struktur der Versicherten, die Kosten- und Versorgungsstruktur, die Morbiditätsentwicklung und die Art und der Umfang der zahnärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des normativen Leistungsumfangs beruhen – an die Hand gegeben, die gleichgewichtig neben dem insoweit gemäß § 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V zwingend zu berücksichtigenden Grundsatz der Beitragssatzstabilität stehen.

Auch nach Abschaffung der Budgetierung ist der Anteil der Ausgaben für zahnärztliche Versorgung an den

gesamten Leistungsausgaben der GKV weiter kontinuierlich auf 6,11 Prozent (2022) gesunken. Im Jahr 2000 betrug dieser Anteil noch knapp 9 Prozent. Diese Entwicklung ist Erfolg und Konsequenz eines von der Vertragszahnärzteschaft seit über 25 Jahren vorangetriebenen Paradigmenwechsels von der kurativen zur präventiven Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

In besonderer Weise markiert diesen Wandel das zum 1. Juli 2021 mit der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) neu eingeführte Versorgungskonzept zur Behandlung der Volkskrankheit Parodontitis. Sie wurde von Fachleuten und am Zustandekommen und an der Umsetzung des Konzeptes Beteiligten aus Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV), Wissenschaft, Politik, Krankenkassen und G-BA zu Recht als „Meilenstein“ für eine zeitgemäße zahnmedizinische Versorgung begrüßt.

Allerdings unterliegt auch die neue Parodontistherapie der strikten Budgetierung des GKV-FinStG. Anders als andere zahnärztliche Präventionsleistungen ist sie von der oben genannten Ausnahmeregelung im GKV-FinStG nicht erfasst.³

Der nachfolgende Evaluationsbericht von KZBV und der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) untersucht vor diesem Hintergrund die Auswirkungen des GKV-FinStG auf die Versorgung der GKV-Versicherten. Er basiert im Wesentlichen zum einen auf den turnusmäßig von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) an die KZBV übermittelten Abrechnungsdaten der KZVen im Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2022 sowie im Zeitraum 1. Januar bis

30. Juni 2023 (1. Halbjahr 2023), zum anderen auf einer Sonderabfrage zur Vertrags- und Budgetsituation der KZVen mit Stichtag 1. August 2023.

Auf dieser Grundlage kommt der Evaluationsbericht zu dem Schluss, dass dringender politischer Handlungsbedarf besteht und die Leistungen der Parodontitisversorgung zeitnah – noch in diesem Jahr – von

der strikten Budgetierung des GKV-FinStG ausgenommen werden müssen, um weiteren Schaden für die Versorgung und die Mundgesundheit der Patientinnen und Patienten zu vermeiden.

³ Der Anteil der von der Ausnahmeregelung erfassten vulnerablen Patientengruppe nach § 22a SGB V ist relativ gering. Was Neuplanungen und Honorarvolumen angeht, liegt ihr Anteil bei deutlich unter 1 Prozent.

KAPITEL 2

VOLKSKRANKHEIT PARODONTITIS – KRANKHEITSLAST UND VERSORGUNG

2 VOLKSKRANKHEIT PARODONTITIS – KRANKHEITSLAST UND VERSORGUNG

Parodontitis ist eine komplexe Entzündungserkrankung des Menschen und eine der bedeutendsten Erkrankungen in der zahnmedizinischen Versorgung. Neben Karies ist sie die zweite große Volkskrankheit in der Zahnmedizin, an der ein Großteil der Bevölkerung in Deutschland im Laufe des Lebens erkrankt, und Hauptgrund für den Verlust von Zähnen bei Erwachsenen. **Unbehandelt führt eine Parodontitis nicht nur zu Zahnverlust, sondern steht vor allem auch in Zusammenhang mit weiteren schwerwiegenden systemischen Erkrankungen wie z. B. Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankungen und rheumatische sowie demenzielle Erkrankungen.**

Gemäß der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS V) und nach Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie leiden etwa 11 Mio. Menschen in Deutschland an einer schweren Parodontitis und bis zu 30 Mio. an einer Parodontalerkrankung (Jordan & Micheelis, 2016).

Parodontalerkrankungen nehmen im Alter zu und vor dem Hintergrund der großen demografischen Verän-

derungen in Deutschland mit einer doppelten Altersdynamisierung – die Menschen werden immer älter und der Anteil älterer und alter Menschen an der Gesamtbevölkerung nimmt kontinuierlich zu – werden Parodontalerkrankungen eine immer größere Rolle spielen. Hinzu kommt, dass durch die präventionsorientierte Zahnmedizin mehr Zähne im Alter erhalten werden und somit an Parodontitis erkranken können. Es wird erwartet, dass sich die Anzahl parodontal erkrankter Zähne bei Senioren bis zum Jahr 2030 fast verdoppelt. Daraus ergibt sich eine Steigerung der Behandlungslast von 110 Mio. Zähnen (2014) auf 175 Mio. Zähne (2030) (Schwendicke et al., 2018).

Um die hohe Erkrankungslast in Deutschland effektiv zu senken, müssten somit weitaus mehr Parodontitisbehandlungen durchgeführt werden. Hiermit wird deutlich, dass die Bekämpfung der Volkskrankheit Parodontitis nur gelingen kann, wenn langfristig die entsprechenden Behandlungskapazitäten und die Behandlungsbereitschaft in der vertragszahnärztlichen Versorgung gestärkt werden.



ZUSAMMENGEFASST:

- Parodontitis ist eine Volkskrankheit und Hauptgrund für den Verlust von Zähnen bei Erwachsenen.
- 11 Mio. Menschen in Deutschland leiden an einer schweren Parodontitis und bis zu 30 Mio. an einer Parodontalerkrankung.
- Unbehandelt führt eine Parodontitis nicht nur zu Zahnverlust, sondern steht vor allem auch in Zusammenhang mit weiteren schwerwiegenden systemischen Erkrankungen wie z. B. Diabetes mellitus, koronare Herzerkrankungen und rheumatische sowie demenzielle Erkrankungen.

KAPITEL 3

DIE NEUE PARODONTITISVERSORGUNG IN DER GKV

3.1 PAR-BEHANDLUNGSTRECKE NACH DER NEUEN PAR-RICHTLINIE

Mit der PAR-Richtlinie wurde die parodontologische Versorgung der GKV-Versicherten im Juli 2021 auf eine neue Grundlage gestellt. Zahnärztinnen und Zahnärzte haben in ihren Praxen seither die notwendigen Instrumente an der Hand, um den jahrelangen Stillstand in der Parodontistherapie zu beenden.

Es ist allgemein anerkannt, dass die Behandlung der Parodontitis in der GKV über Jahrzehnte nicht mehr dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprach und es in den Richtlinien Zugangsvoraussetzungen zur PAR-Behandlung für die Patienten gab wie z. B. das Fehlen von Zahnstein, die Anleitung des Patienten zur richtigen Mundhygiene und die Überprüfung der Mitarbeit der Patientin vor und während der Behandlung. Die Anzahl der Behandlungen stand deshalb in einem deutlichen Missverhältnis zur Zahl der Krankheitsfälle.

Aus diesem Grund hat die Patientenvertretung im G-BA 2013 einen Antrag auf Aktualisierung der PAR-Behandlungstrecke gestellt. Das Verfahren mündete in der neuen PAR-Richtlinie, die im G-BA einstimmig am 17. Dezember 2020 beschlossen wurde und seit 1. Juli 2021 in Kraft ist. **Die PAR-Richtlinie gewährleistet die systematische Behandlung der Parodontitis nach dem aktuellen Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse und ohne Zugangsbeschränkungen.** Allen Beteiligten war im Beratungsverfahren klar, dass die Richtlinie ein wichtiges Instrument ist, um die hohen Prävalenzen der Parodontitis zu verringern. Diese hohe Prävalenz ist im Laufe des Beratungsverfahrens durch die DMS V erneut bestätigt worden.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband; kurz: GKV-SV) hat im Rahmen des

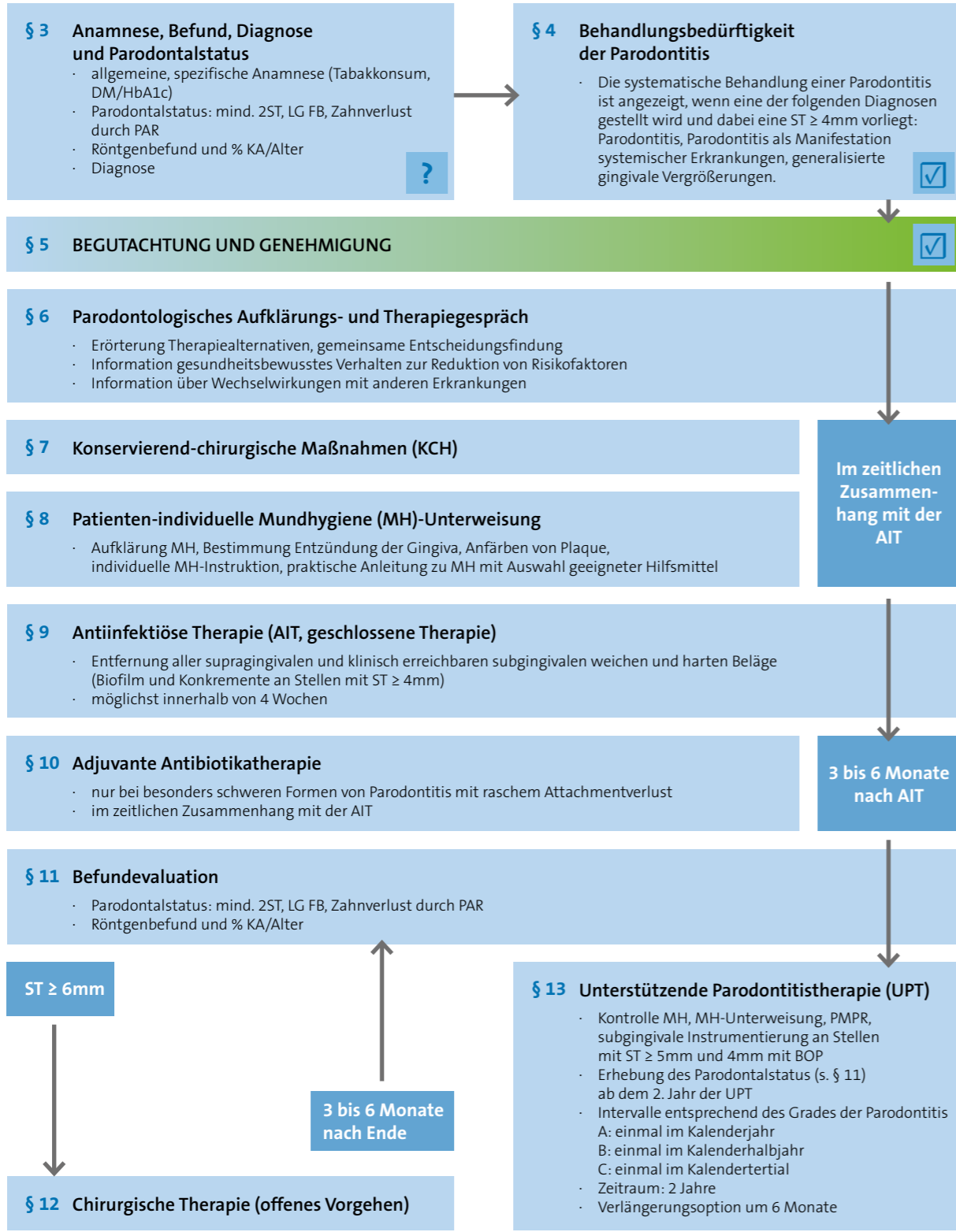
Beratungsverfahrens mehrfach selbst darauf hingewiesen, dass die Anzahl der Erkrankungen in einem deutlichen Missverhältnis zur Anzahl der Behandlungen steht:

„Die epidemiologischen Zahlen der DMS V deuten aber auf einen PAR-Behandlungsbedarf an mindestens einem Zahn, der durch die Erhebung des PSI aufgedeckt worden sein muss, bei 24 Mio. der Erwachsenen und jüngeren Senioren hin“ (G-BA, 2020 [Positionen des GKV-SV in der zusammenfassenden Dokumentation zur Erstfassung der PAR-Richtlinie, S. 11 und 153]).

Konsequenterweise ging der GKV-SV in seinem Geschäftsbericht 2021 davon aus, **„dass die aus diesen Neuerungen resultierenden Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung einen mittleren bis hohen dreistelligen Millionenbetrag jährlich erreichen“** (GKV-Spitzenverband, 2022).

Die Inhalte der neuen Richtlinie setzen auf der S3-Leitlinie „Treatment of Stage I–III Periodontitis“ der European Federation of Periodontology (EFP) auf und basieren auf international anerkannten, aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen sowie der neuen Klassifikation von Parodontitis und anderen parodontalen Erkrankungen, die 2017 in enger Kooperation der American Academy of Periodontology (AAP) und der EFP im Rahmen eines internationalen Konsensusverfahrens an den aktuellen Wissensstand angepasst und 2018 in deutscher Übersetzung veröffentlicht wurde. Sie erfasst sowohl die Schwere und das Ausmaß der Erkrankung als auch deren Progression mithilfe eines Staging- und Grading-Ansatzes (G-BA, 2020a [Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinie zur systema-

RICHTLINIE ZUR SYSTEMATISCHEN BEHANDLUNG VON PARODONTITIS UND ANDERER PARODONTALERKRANKUNGEN (PAR-RICHTLINIE)



ABKÜRZUNGEN INNERHALB DER GRAFIK:

DM: Diabetes mellitus
 HbA1c: Feststehender Wert zur Messung des Langzeit-Blutzuckerwertes
 ST: Sondierungstiefen
 LG: Lockerungsgrad
 FB: Furkationsbefall
 % KA/Alter: Knochenabbauindex (KA in % /Alter)

KCH: Konservierend-chirurgische Maßnahmen
 PAR: Parodontitis
 MH: Mundhygiene
 AIT: Antiinfektiöse Therapie
 PMPR: professionelle mechanische Plaqueentfernung
 BOP: Bluten auf Sondieren (Bleeding on Probing)
 UPT: Unterstützende Parodontitistherapie

tischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie): Erstfassung vom 17. Dezember 2020]). Die Versicherten erhalten im Zusammenhang mit der eigentlichen antiinfektiösen Therapie (AIT) eine individuelle Mundhygieneunterweisung (MHU), die in einem eigenen Therapie-schritt um ein parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG) ergänzt wird. Damit findet die „sprechende Zahnmedizin“ in der Parodontitis-therapie erstmals Eingang in die GKV-Versorgung. Des Weiteren wurden zusätzlich in die PAR-Behandlungs-strecke 3 bis 6 Monate nach der chirurgischen Thera-pie die Befundevaluation und eine mindestens 2-jäh-rige Phase der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) integriert.

Die UPT hat einen zentralen Stellenwert – nicht zuletzt im Hinblick auf die nachhaltige Sicherung des Behandlungserfolgs. Sie ist ein wesentlicher Therapie-schritt, um die Ergebnisse der antiinfektiösen und gegebenenfalls chirurgischen Therapie zu sichern, die Patientenmotivation und die Aufrechterhaltung der Mundhygiene zu fördern und nicht befallenes Gewebe gesund zu erhalten.

Diese Maßnahmen der UPT sollen während einer 2-jährigen Nachsorgephase regelmäßig erbracht werden. Die Häufigkeit richtet sich dabei nach der festgestellten Progressionsrate der Erkrankung (Grading) im Rahmen der Ersterhebung zu Beginn der Therapie und liegt zwischen ein- und dreimal pro Jahr. Es besteht auch die Möglichkeit einer Verlängerung der UPT.

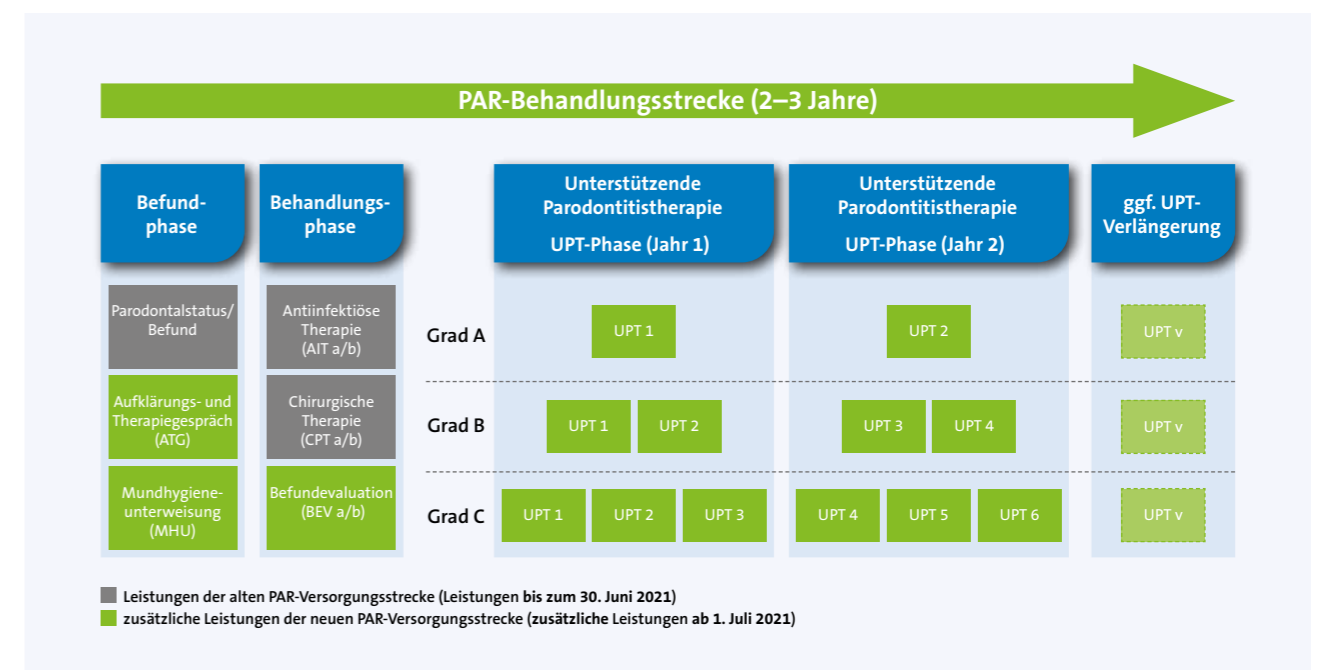


Abbildung 2: Übersicht der neuen PAR-Behandlungsstrecke, seit 1. Juli 2021 in Kraft, Quelle: KZBV

Abbildung 1: PAR-Richtlinie nach G-BA, Quelle: DG PARO

Versicherte haben mit der UPT also in einem Zeitraum von mindestens 2 Jahren nach Abschluss der aktiven Behandlungsphase einen verbindlichen Anspruch auf eine strukturierte Nachsorge, die bedarfsgerecht an das individuelle Patientenrisiko angepasst wird. Ihr geht dabei erstmals auch eine zielgerichtete Evaluation der Ergebnisse der aktiven Behandlungsphase voraus.

Im Zuge der Einführung der neuen PAR-Behandlungsstrecke wurden im Bewertungsausschuss zwischen den Krankenkassen und der KZBV einvernehmlich und

vom BMG – auch in Kenntnis der damit verbundenen Mehrkosten – unbeanstandet die „neuen“ Leistungen wie die UPT, die Evaluation und die Gesprächsleistungen mit neuen Bewertungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) aufgenommen. Sowohl bereits in den Beratungen im G-BA als auch später im Bewertungsausschuss wurde deutlich, dass für die Einführung der neuen, mehrjährigen Behandlungsstrecke aufgrund der medizinisch unbestritten notwendigen Leistungen Mehrkosten von der GKV getragen werden müssen.

3.2 PAR-BEHANDLUNGSTRECKE FÜR VULNERABLE VERSICHERTENGROU- PEN

Mit der Einführung einer verkürzten PAR-Behandlungsstrecke erhalten besonders vulnerable Gruppen einen gleichberechtigten und barrierearmen Zugang zur Parodontitistherapie im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Auf Grundlage der Behandlungsrichtlinie besteht für diese Versicherten seit Juli 2021 die Möglichkeit einer

bedarfsgerecht modifizierten Behandlungsstrecke zur Behandlung von Parodontitis außerhalb der systematischen PAR-Behandlung. Diese niedrigschwellige Option richtet sich vor allem an ältere, pflegebedürftige Menschen oder Menschen mit einer Beeinträchtigung, bei denen die systematische Behandlung gemäß PAR-Richtlinie nicht in vollem Umfang durchgeführt werden kann.

Dazu zählen Patientengruppen nach § 22a SGB V,

- bei denen die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene nicht oder nur eingeschränkt gegeben ist,
- die einer Behandlung in Allgemeinnarkose bedürfen,
- bei denen die Kooperationsfähigkeit nicht oder nur eingeschränkt gegeben ist.

Der Zugang zu diesen Leistungen ist dabei unbürokratisch und niedrigschwellig im Rahmen der Anzeigepflicht bei den Kassen ausgestaltet.

Der Anteil der Patientengruppe nach § 22a SGB V, die die verkürzte PAR-Behandlungsstrecke in Anspruch nehmen kann, ist relativ gering. Nach den Abrechnungsdaten entfällt auf die Patientengruppe eine

Zahl von rund 11.600 PAR-Neubehandlungen und ein Honorarvolumen von 6,1 Mio. Euro, was einem Anteil von 0,8 Prozent an den Neubehandlungen und rund 0,5 Prozent am Honorarvolumen entspricht. Die Patientengruppe nach § 22a SGB V ist in die folgende Gesamtdarstellung der Abrechnungsdaten im Bereich Parodontalbehandlung einbezogen, ihr Einfluss auf das Leistungsgeschehen ist jedoch vernachlässigbar.

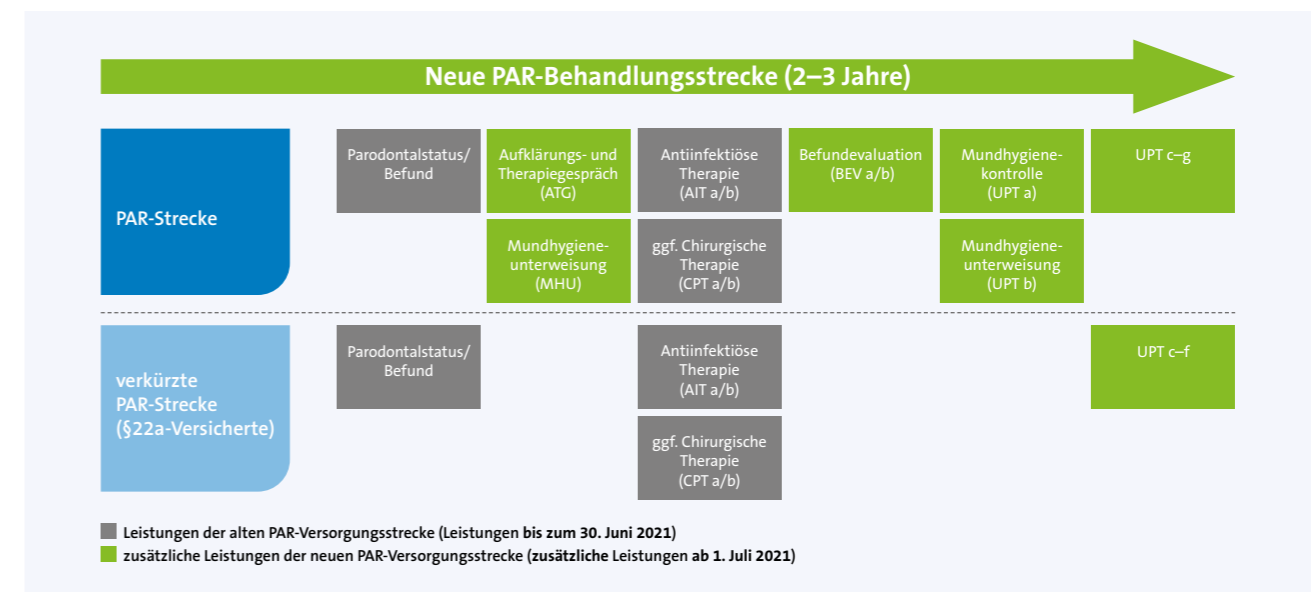


Abbildung 3: Übersicht PAR-Behandlungsstrecke und verkürzte PAR-Behandlungsstrecke ab 2021, Quelle: KZBV



ZUSAMMENGEFASST:

- Es ist allgemein bekannt, dass die Behandlung der Parodontitis in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) über Jahrzehnte nicht mehr dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprach. Zudem gaben die alten Richtlinien für die Patienten Zugangsvoraussetzungen zur Behandlung der Parodontitis (PAR-Behandlung) vor wie z. B. das Fehlen von Zahnstein, die Anleitung des Patienten zur richtigen Mundhygiene und die Mitarbeit der Patientin. Die Anzahl der Behandlungen stand deshalb in einem deutlichen Missverhältnis zur Zahl der Krankheitsfälle.
- Aus diesem Grund hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zum 1. Juli 2021 eine neue PAR-Richtlinie mit einer 3-jährigen präventionsorientierten Behandlungsstrecke implementiert, die die systematische Behandlung der Parodontitis nach dem aktuellen Stand der zahnmedizinischen Erkenntnisse und ohne Zugangsbeschränkungen gewährleistet.
- Sowohl bereits in den Beratungen im G-BA als auch später im Bewertungsausschuss wurde deutlich, dass für die Einführung der neuen, mehrjährigen Behandlungsstrecke aufgrund der medizinisch unbestritten notwendigen Leistungen Mehrkosten entstehen.
- Konsequenterweise ging der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) in seinem Geschäftsbericht 2021 davon aus, „dass die aus diesen Neuerungen resultierenden Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung einen mittleren bis hohen dreistelligen Millionenbetrag jährlich erreichen“.
- Diese jährlichen Mehrausgaben fallen nur während der Einführungsphase der neuen PAR-Behandlungsstrecke an. Ohne die Auswirkung des GKV-FinStG wäre ab 2025 ein stabiles Ausgabeniveau in der PAR-Versorgung erreicht worden.

KAPITEL 4

PAR-BEHANDLUNG – ENTWICKLUNG DES ABRECHNUNGSGESCHEHENS

4 PAR-BEHANDLUNG – ENTWICKLUNG DES ABRECHNUNGSGESCHEHENS

Im Rahmen der turnusmäßig von den KZVen an die KZBV übermittelten Abrechnungsdaten liegen für den Bereich Parodontalbehandlung derzeit Abrechnungsdaten für das Jahr 2022 und für das 1. Quartal 2023 hinsichtlich der Zahl der PAR-Neubehandlungen, der

Leistungsmenge und der GKV-Ausgaben sowie der Häufigkeiten der abgerechneten BEMA-Leistungspositionen vor. Für das 2. Quartal 2023 sind Daten zur Zahl der Neubehandlungen, zur Leistungsmenge (in BEMA-Punkten) und zu den GKV-Ausgaben verfügbar.

Bei der Evaluation der neuen PAR-Behandlungsstrecke müssen zwei Phasen unterschieden werden:

- Phase 1: Einführung der PAR-Behandlungsstrecke bis zum GKV-FinStG
- Phase 2: ab Inkrafttreten des GKV-FinStG

Die Entwicklung des Abrechnungsgeschehens in Phase 1 belegt die erfolgreiche flächendeckende Umsetzung der neuen, präventionsorientierten PAR-Richtlinie und die mit der Richtlinie beabsichtigte verbesserte Versorgung der Versicherten. Dementsprechend weisen die Abrechnungsdaten des Jahres 2022 steigende Neubehandlungen und eine gestiegene

Leistungsmenge auf. Mit dem GKV-FinStG kam es zum Bruch in dieser Entwicklung. **Insbesondere angesichts des sich abzeichnenden Rückgangs der Zahl der Neubehandlungsfälle droht die Umsetzung der neuen PAR-Richtlinie nachhaltig zu scheitern, die PAR-Versorgung der Versicherten sogar unter das Niveau der alten PAR-Behandlungsstrecke zurückzufallen.**

4.1 DIE NEUE PAR-BEHANDLUNGSSTRECKE IN DER VERSORGUNG – SITUATION VOR GKV-FINSTG

Bis zum Zeitpunkt des GKV-FinStG kann die Einführung der neuen, präventionsorientierten PAR-Behandlungsstrecke als voller Erfolg gewertet werden. Die verbesserte Versorgung der Patientinnen und

Patienten zeigt sich in der deutlich verbesserten Inanspruchnahme der Behandlung durch die Patienten, der Zunahme der Neubehandlungsfälle und der hohen Compliance-Rate.

4.1.1 ENTWICKLUNG DER INANSPRUCHNAHMEQUOTE

Die erfolgreiche Implementierung der neuen PAR-Behandlungsstrecke zeigt sich in der Entwicklung der Inanspruchnahme der Behandlung durch die Versicherten im Bereich Parodontalbehandlung.

Die Inanspruchnahmequote im Bereich Parodontalbehandlung von 2,15 Prozent im Jahr 2021 deutlich um knapp 70 Prozent auf 3,48 Prozent im Jahr 2022 erhöht.

Vor Einführung der neuen PAR-Behandlungsstrecke lag die Zahl der inanspruchnehmenden Versicherten relativ konstant bei rund 1,0 Mio. bis 1,1 Mio. Versicherten pro Jahr. Nach der Einführungsphase der neuen PAR-Behandlungsstrecke hat sich die Inanspruch-

Auch wenn in dieser Zahl Versicherte, die bereits im 2. Halbjahr 2021 eine PAR-Behandlung begonnen hatten, enthalten sind, belegt dies die hohe Akzeptanz der neu eingeführten PAR-Behandlungsstrecke und die verbesserte Versorgung der Versicherten.

Versicherte und Inanspruchnahmequote PAR 2015–2022								
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Versicherte KCH (in Mio.)	49,490	50,029	50,084	50,103	50,352	48,800	49,501	49,078
Versicherte PAR (in Mio.)	1,023	1,029	1,051	1,068	1,105	1,025	1,063	1,707
Inanspruchnahmequote PAR	2,07 %	2,06 %	2,10 %	2,13 %	2,19 %	2,10 %	2,15 %	3,48 %

Tabelle 1: Versicherte und Inanspruchnahmequote PAR 2015–2022, Quelle: KZBV

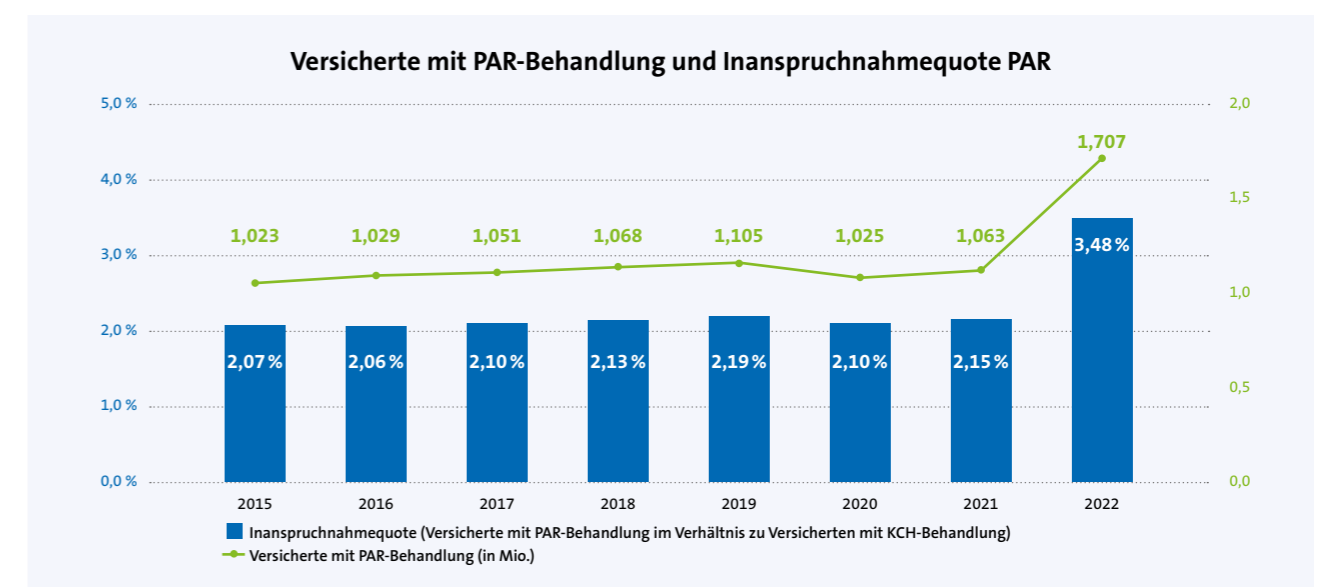


Abbildung 4: Versicherte mit PAR-Behandlung und Inanspruchnahmequote PAR (2015–2022), Quelle: KZBV

4.1.2 ENTWICKLUNG DER NEUBEHANDLUNGEN

Zum Vergleich der Versorgungssituation und der Entwicklung vor und nach Einführung der neuen PAR-Behandlungsstrecke ist die Zahl der Neubehandlungen der zentrale Indikator, da er eine von geänderter Behandlungsdauer und -umfang unverzerrte Vergleichsmöglichkeit zur alten PAR-Behandlung bietet.

Die Zahl der PAR-Neubehandlungsfälle lag in den letzten 10 Jahren vor der Einführung der neuen PAR-Behandlungsstrecke relativ konstant in einem Bereich

von 960.000 bis 1.100.000 Fällen, wobei ein corona-bedingter Rückgang bei den Fallzahlen im Jahr 2020 (-7,3 Prozent gegenüber 2019) zu verzeichnen war. Eine deutlich steigende Entwicklung im Bereich Parodontalbehandlung ergab sich im Zuge der Neueinführung der ausgeweiteten PAR-Behandlungsstrecke ab dem 1. Juli 2021, die sich in einer deutlich gestiegenen Zahl der Neuversorgungen (BEMA-Position 4) im Jahr 2022 (+ 37,0 Prozent gegenüber 2021) niederschlug.

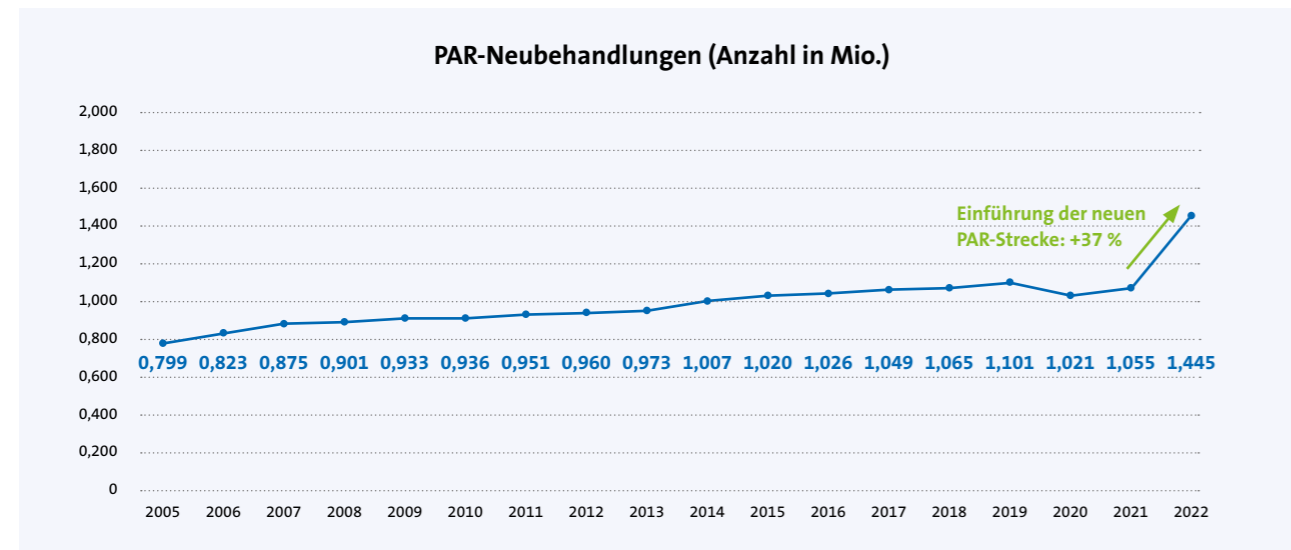


Abbildung 5: PAR-Neubehandlungen, Quelle: KZBV

4.1.3 ENTWICKLUNG DER PUNKTMENGE

Die abgerechnete Punktmenge im Bereich Parodontalbehandlung bewegte sich in den Jahren 2015 bis 2021 relativ konstant in einem Korridor zwischen 450 und 500 Mio. Punkte. Mit Einführung der neuen, präventionsorientierten PAR-Behandlungsstrecke hat sich die Leistungsmenge resultierend aus dem Zusammenwirken von ausgeweitetem Leistungsumfang und der gestiegenen Zahl der Neubehandlungen auf rund 1.030 Mio. Punkte erhöht. Entsprechend weist der

Leistungsbereich der Parodontalbehandlung im Verlauf der Jahre 2015 bis 2021 – also in der alten PAR-Behandlungsstrecke – einen relativ konstanten Anteil an der abgerechneten Gesamtpunktmenge zwischen 4,6 Prozent und 4,9 Prozent auf und erhöhte sich mit Einführung der neuen PAR-Behandlungsstrecke auf 10,0 Prozent im Jahr 2022, entsprechend den Versorgungszielen der neuen, vom G-BA verabschiedeten PAR-Richtlinie.

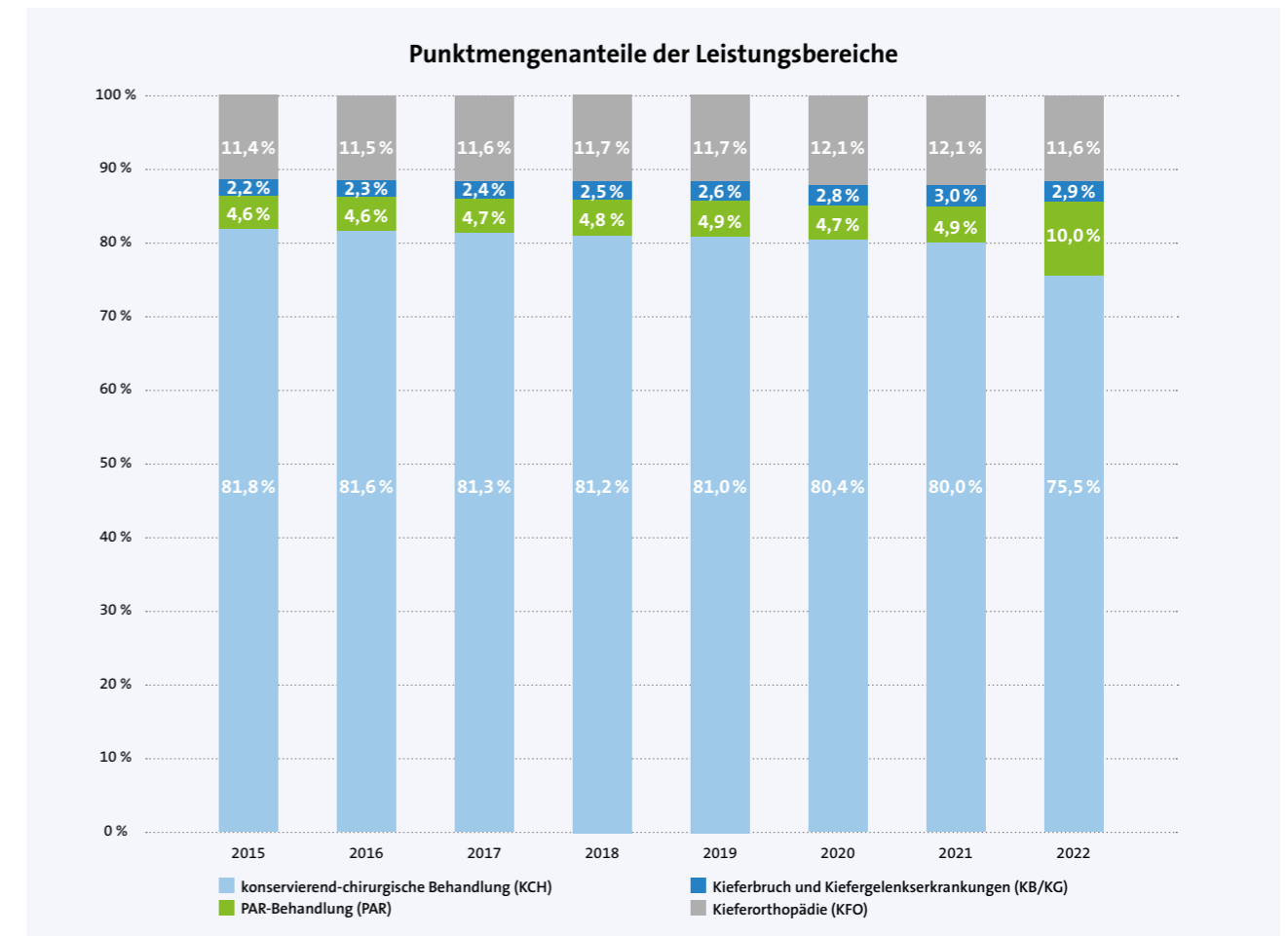


Abbildung 6: Punktmengenanteile der Leistungsbereiche (2015–2022), Quelle: KZBV

Wie aus der Abbildung 7 hervorgeht, hat sich der Sachleistungsbereich ohne PAR noch nicht von dem durch Corona ausgelösten Schock auf die Leistungsmengenentwicklung erholt. Insbesondere kam es bislang nicht zu den erwarteten Nachholeffekten. Damit kam auch die Regelung in § 85a Abs. 6 SGBV nicht zum Tragen, die vorsah, dass für die Jahre 2021 und 2022

die Gesamtvergütungsobergrenzen keine Anwendung finden. Das unterstreicht, dass es in der zahnmedizinischen Versorgung keine angebotsinduzierte Nachfrage gibt. Vielmehr schafft das Zahnbonusheft Anreize für die Versicherten, eine regelmäßige präventionsorientierte Versorgung in Anspruch zu nehmen.

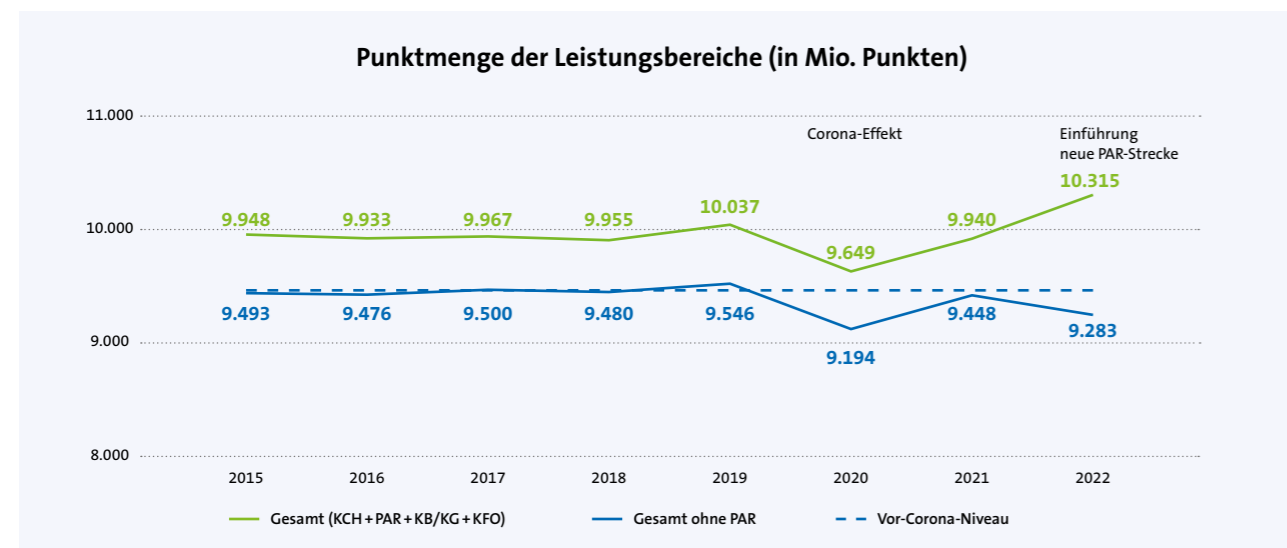


Abbildung 7: Punktmenge der Leistungsbereiche in Mio. Punkten (2015–2022), Quelle: KZBV

Der in der Abbildung 7 dargestellte Verlauf der abgerechneten Punktmenge für den Sachleistungsbereich inklusive des Bereichs PAR zeigt dessen von den übrigen Leistungsbereichen abweichende Entwicklung aufgrund der Einführung der neuen PAR-Behandlungsstrecke. Die gewollte Bekämpfung der Volkskrankheit Parodontitis nahm nach der Einführung zum 1. Juli 2021 in 2022 Fahrt auf. Mehr Patientinnen und Patienten konnten adäquat behandelt werden und haben aufgrund der neuen, präventionsorientier-

ten Behandlungsstrecke ein größeres Leistungsspektrum in Anspruch nehmen können. In Summe führt dies dazu, dass die Leistungsmenge insgesamt das Vor-Corona-Niveau überstieg, obwohl die Leistungsmengenentwicklung in den anderen Leistungsbereichen tendenziell rückläufig war. Allerdings, dies geht aus der isolierten Betrachtung der Sachleistungsmengenentwicklung ohne PAR hervor, referenziert die als Ausgangsbasis für 2023 dienende Leistungsmenge des Jahres 2022 dennoch ein aufgrund der

Corona-Verwerfungen geringeres Niveau als das der Vor-Corona-Zeit.

Auch deshalb wird die Ausgangsbasis des Jahres 2022 in den Jahren 2023 und 2024 im Bereich PAR angesichts der in der PAR-Behandlungsstrecke angelegten Leistungsmengendynamik während der ersten Jahre der Einführung bei Weitem nicht ausreichen, um die

aufgrund des Anstiegs des Fallzahlniveaus in 2022 und der Ausweitung der Behandlungsleistungen je Fall (insbesondere UPT-Nachsorgephase) absehbaren Leistungsanforderungen abzudecken. Dies gilt auch für den Fall, dass in 2023 und 2024 die Zahl der Neubehandlungsfälle – wie bereits absehbar – deutlich zurückgehen wird.

4.2 DIE NEUE PAR-BEHANDLUNGSTRECKE IN DER VERSORGUNG – SITUATION NACH GKV-FINSTG

Aus dem in Abschnitt 4.1 erläuterten Abrechnungsgeschehen insbesondere des Jahres 2022 geht die erfolgreiche Umsetzung der Einführung der neuen

PAR-Behandlungsstrecke hervor. Diese Situation hat sich mit der Einführung des GKV-FinStG zu Beginn des Jahres 2023 grundlegend gewandelt.

4.2.1 ENTWICKLUNG DER NEUBEHANDLUNGEN

Die Auswirkungen der geänderten Rahmenbedingungen zeigen sich sehr deutlich in der monatlichen Entwicklung der Neubehandlungszahlen im Bereich Parodontalbehandlung von Anfang 2021 bis Mitte 2023.

Der Verlauf der monatlichen Neubehandlungen unterlag im Jahr 2021 den organisatorischen Umstellungen der Neueinführung der PAR-Behandlungsstrecke, die zu einem kurzfristigen Absinken der Neubehandlungsfälle führte. Ab Beginn des Jahres 2022 lagen die Neubehandlungen mit monatlich rund 120.000 Fällen

allerdings schon deutlich oberhalb der Vorjahreswerte des Jahres 2021 und auch oberhalb des Monatsdurchschnitts des Jahres 2019. Der Verlauf im Jahr 2022 legt nahe, dass sich bei unveränderten Rahmenbedingungen die Neubehandlungen auf diesem Niveau eingependelt hätten. Die starken Ausschläge bei der Entwicklung der Zahl der Neubehandlungen (BEMA-Position 4) zum Jahreswechsel 2022/2023 beruhen auf abrechnungstechnischen Sondereffekten, die sich gegenseitig kompensieren.

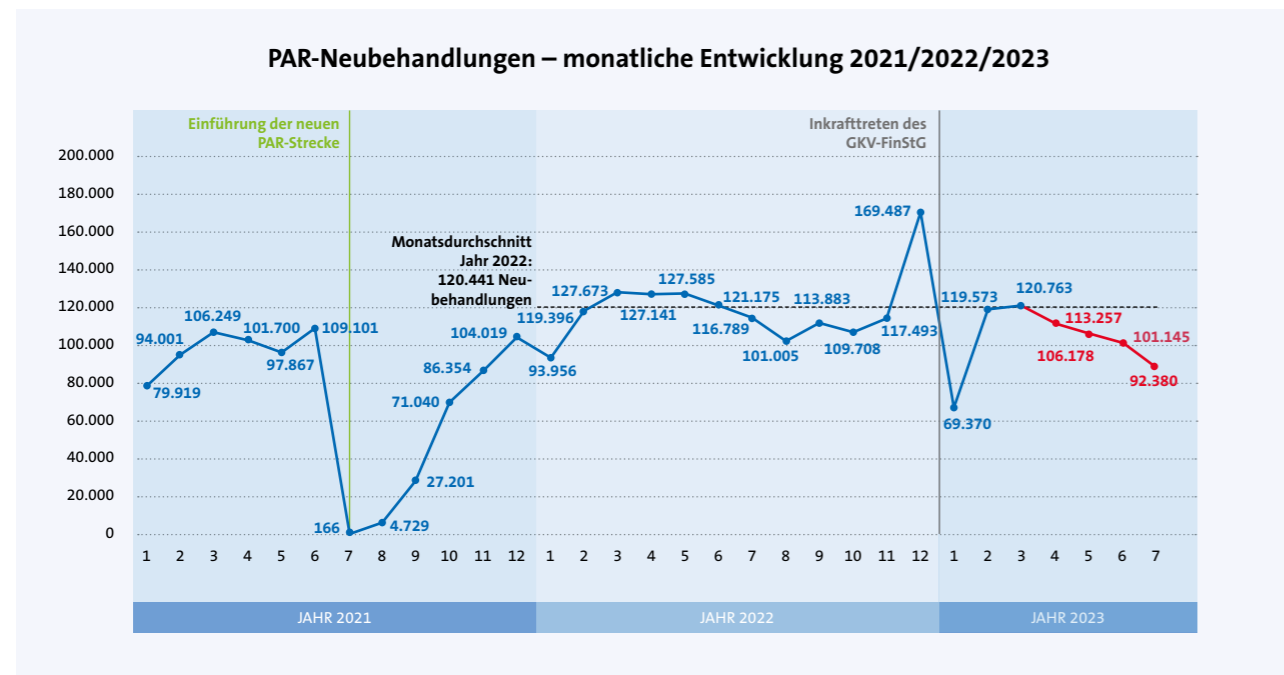


Abbildung 8: PAR-Neubehandlungen – monatliche Entwicklung (2021–2023), Quelle: KZBV

Die danach im bisherigen Verlauf des Jahres 2023 eingetretene Entwicklung bei den Neubehandlungen zeigt sehr deutlich die dramatischen Auswirkungen des Inkrafttretens des GKV-FinStG auf die PAR-Versorgung der Versicherten. Die vom Gesetz ausgehenden limitierenden Regelungen zur Gesamtvergütung, die damit verbundene Notwendigkeit der Anwendung der Regelungen zu den Honorarverteilungsmaßstäben (HVM) in den KZVen und die rückläufige Entwicklung der Neubehandlungsfälle sind zeitlich koinzident und haben sich somit auf die PAR-Versorgung der Versicherten negativ ausgewirkt.

Die Neubehandlungen lagen in den Monaten 02/2023 und 03/2023 in etwa wieder auf dem durchschnittlichen Niveau der Monate des Jahres 2022 (circa

120.000 Neubehandlungen), sodass die Auswirkungen erst zeitverzögert eingetreten sind. Hierbei ist zu beachten, dass die Planung der neuen PAR-Behandlungen den Abrechnungszeitpunkten der BEMA-Position 4 zeitlich mindestens 6 bis 8 Wochen vorgelagert ist, sodass die fallende Entwicklung der Neubehandlungen zeitlich parallel bereits mit der Einführung des GKV-FinStG zu Beginn des Jahres 2023 eingesetzt hat, und Abbildung 8 die tatsächliche Lage noch zu optimistisch darstellt.

Für das 2. Quartal 2023 deuten die vorliegenden Daten mit einer Zahl von rund 113.300 (04/2023), 106.200 (05/2023) bzw. 101.100 (06/2023) PAR-Neubehandlungen auf eine stark rückläufige Tendenz hin. Im Monat 07/2023 liegt die Zahl der PAR-Neubehand-

lungen nur noch bei rund 92.400 Neubehandlungsfällen, was bereits einen Rückfall auf das niedrige Niveau der alten PAR-Behandlungsstrecke (z. B. Vergleichsjahr 2019 mit einem Monatsdurchschnitt von rund 92.000 Neubehandlungen) bedeutet. **Der Trendverlauf selbst deutet auf noch weiter zurückgehende Neubehandlungsfälle hin.**

Bei linearer Fortschreibung des rückläufigen Trends der monatlichen Neubehandlungen in den restlichen Monaten des Jahres 2023 würden im Dezember 2023 die Neubehandlungen bei rund 60.000 Fällen pro Monat liegen, was einer Halbierung der im Jahr 2022 erreichten Niveaulage entsprechen würde. Im Gesamtjahr 2023 würden dann aufgrund der Regelungen des GKV-FinStG nur noch rund 1,100 Mio. PAR-Behandlungen (gegenüber 1,445 Mio. in 2022) begonnen werden, was einem Rückfall der Zahl der Neubehandlungen unterhalb des Niveaus der alten

PAR-Behandlungsstrecke entsprechen würde. Dies wäre gleichbedeutend mit dem Scheitern des neuen, präventionsorientierten Versorgungskonzeptes und einer deutlichen Verschlechterung unterhalb des Niveaus der alten Versorgungsstrecke.

Angesichts der mengenbegrenzenden Regelungen des GKV-FinStG ist diese Entwicklung nicht überraschend, da die für die Parodontitisbehandlung verfügbaren Mittel prioritär für die Weiterbehandlung der im Vorjahr 2022 begonnenen Neubehandlungsfälle aufgewandt werden dürften, sodass auch im Jahr 2024 – ohne Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen – die Neubehandlungen aufgrund der fehlenden Planungssicherheit weiter sinken werden und somit die PAR-Versorgung der Patienten langfristig geschädigt wird – mit entsprechend negativen Auswirkungen auf die Mundgesundheit und auch die Allgemeingesundheit der Bevölkerung.

4.2.2 ENTWICKLUNG DER PUNKTMENGE

Mit der Einführung der neuen PAR-Behandlungsstrecke wirkten sich zwei Komponenten auf die Punktmengenentwicklung und damit indirekt auch auf die Abrechnungsbeträge aus. Zum einen stieg die Zahl der abgerechneten Neubehandlungen und zum anderen erhöhte sich durch den erweiterten BEMA-Leistungskatalog der neuen PAR-Behandlungsstrecke (ATG, MHU, BEV [Befundevaluation] und insbesondere die UPT-Leistungen) die durchschnittliche Punktmenge je Behandlungsfall. Dementsprechend hat sich durch diese überlagernden Effekte die Leistungs-

menge von rund 491,6 Mio. Punkten im Jahr 2021 auf rund 1.032,5 Mio. Punkte im Jahr 2022 mehr als verdoppelt (+ 110,0 Prozent).

Diese Zunahme des Leistungsvolumens reflektiert die bei Implementierung der neuen Behandlungsstrecke versorgungspolitisch gewollte Steigerung der Inanspruchnahme und die Ausweitung des Leistungsspektrums mit Aufnahme wichtiger präventionsorientierter Nachsorgeleistungen in den BEMA.

Für die zusätzlichen Kosten der Folgeleistungen sind dabei insbesondere relevant:

- die Grading-Einstufung (Abschätzung des zukünftigen Risikos für ein Voranschreiten der Parodontitis) der PAR-Behandlungsfälle im Hinblick auf die Zahl der UPT-Frequenzen pro Jahr,
- die Compliance bzw. Adhärenz der Versicherten bei der Inanspruchnahme von UPT-Leistungen,
- der Anteil der UPT-Verlängerungsfälle mit zusätzlichen UPT-Leistungen.

Obwohl in 2023 die Zahl der Neubehandlungen deutlich zurückgegangen ist, ist das Leistungsvolumen (Punktmenge) gegenüber dem Jahr 2022 weiter gestiegen. Diese zur Entwicklung des Neubehandlungsgeschehens konträre Entwicklung des Leistungsgeschehens ist damit zu begründen, dass mit der zeitlichen Ausdehnung der PAR-Versorgungsstrecke auf einen Behandlungszeitraum von 2 bis 3 Jahren genehmigte und begonnene PAR-Versorgungen aus Vor-

jahren (z. B. Jahr 2022) unvermeidlich Folgeleistungen für Nachsorge in den beiden Folgejahren auslösen und es daher zu Überlagerung der Leistungen von Neufällen und der Folgeleistungen von Vorjahresfällen kommen wird. Dabei entfallen nur rund 36 Prozent der Gesamtkosten eines Falles auf das erste Behandlungsjahr, die übrigen 64 Prozent der Gesamtkosten fallen in der Nachsorgephase durch die UPT-Leistungen an.

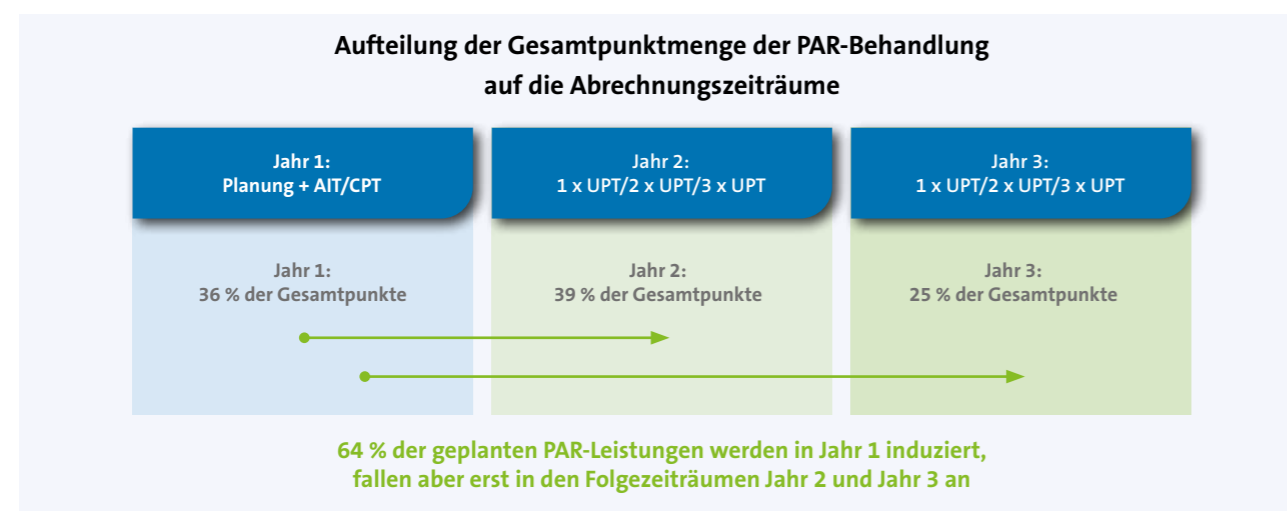


Abbildung 9: Aufteilung der Gesamtpunktmenge der PAR-Behandlung auf die Behandlungsdauer, Quelle: KZBV

Somit kann es auch bei konstanten oder sogar zurückgehenden Neuversorgungszahlen (wie in 2023) trotzdem zu unvermeidbaren Leistungsmengeteigerungen im PAR-Bereich kommen. Daher ist für die Beantwortung der Frage, ob die Umsetzung der neuen PAR-Behandlungsstrecke erfolgreich ist und sich die Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessert, die isolierte Betrachtung der Leistungsmengetwicklung allein noch kein aussagekräftiger Indikator.

Dies zeigt auch die aktuelle monatliche Entwicklung der PAR-Leistungsmenge im Jahr 2022. Nach einem kurzfristigen Rückgang im Zuge der Einführung der PAR-Behandlungsstrecke Mitte des Jahres 2021 stieg die Leistungsmenge kontinuierlich an. Im 1. Halbjahr 2023 lag der monatliche Durchschnittswert

durch den Überlagerungseffekt von Neufällen und den Folgeleistungen der im 2. Halbjahr 2021 und in 2022 begonnenen Fälle des Leistungsniveaus deutlich oberhalb der monatlichen Durchschnittswerte der Leistungsmenge des Jahres 2022, obwohl die Zahl der neu behandelten PAR-Fälle ab 04/2023 bereits rückläufige Tendenzen aufweist und unter den Monatsdurchschnitt des Jahres 2022 zurückgefallen ist.

Die gestiegene Leistungsmenge in 2022 und 2023 ist insofern kein Ausweis für eine verbesserte PAR-Versorgung, sondern verdeckt im Gegenteil die durch das GKV-FinStG bewirkte Verschlechterung sogar unterhalb des Niveaus vor Einführung der PAR-Behandlungsstrecke.

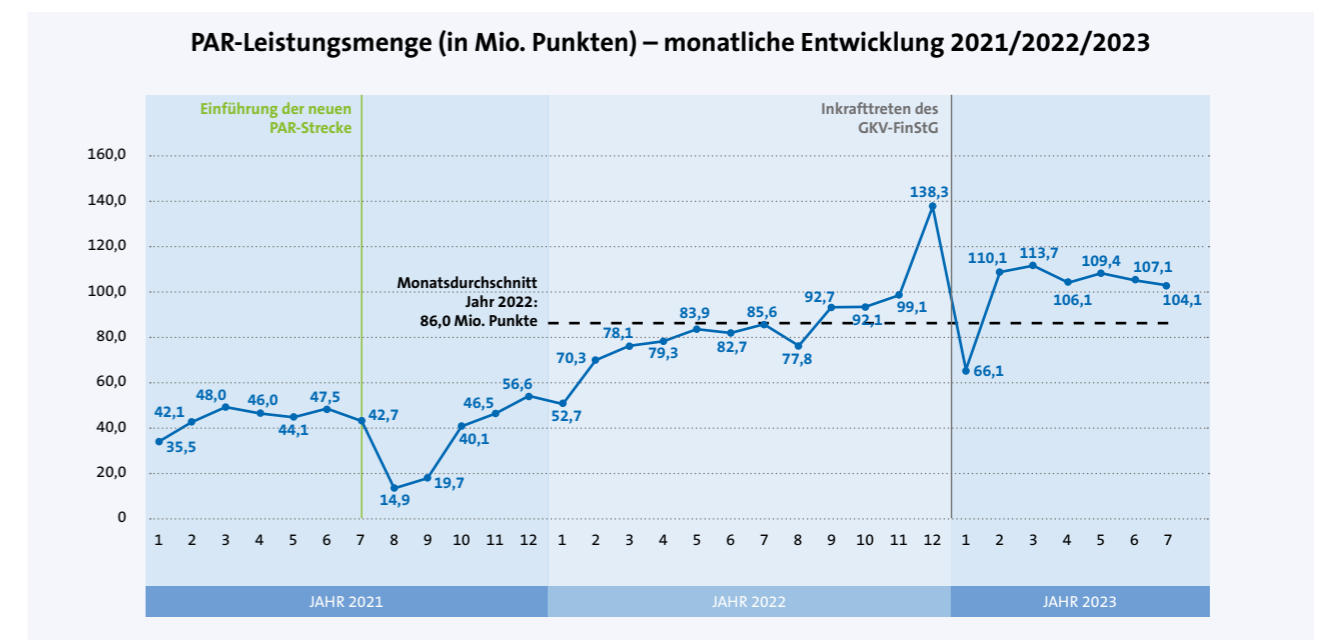


Abbildung 10: PAR-Leistungsmenge – monatliche Entwicklung (2021–2023), Quelle: KZBV

Grund dafür sind die mit dem GKV-FinStG faktisch wieder eingeführten strikten Gesamtvergütungsobergrenzen, durch die der neuen, präventionsorientierten Parodontistherapie die erforderlichen Mittel entzogen werden. Diese strikte Budgetierung lässt den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene so gut wie keinen Spielraum, um das Leistungsgeschehen im Rahmen der neuen PAR-Richtlinie in den Verträgen abzubilden. Die Kriterien in § 85 Abs. 3 SGB V, die eine Anpassung u. a. aufgrund der Art und des Umfangs der zahnärztlichen Leistungen vorsehen – soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen –, kommen nicht zum Tragen. Dies führt zu gravierenden Negativfolgen für die Mund- und Allgemeingesundheit in Deutschland.

Obwohl die Neubehandlungen in 2023 bereits deutlich zurückgegangen sind, liegt die monatliche Leistungsmenge noch deutlich oberhalb des Durchschnittswertes des Jahres 2022. Vor dem Hintergrund des GKV-FinStG ist die diesen Grenzwert überschreitende Leistungsmenge durch die Gesamtvergütungsregelungen nach § 85 Abs. 3a SGB V unterfinanziert. Daher ist davon auszugehen, dass die aufgrund der Unterdeckung notwendig gewordene HVM-Anwendung im 2. Halbjahr 2023 noch verschärfter greifen wird und sich die Versorgungsproblematik im Bereich PAR weiter zuspitzen wird.

Für das angesichts der aktuellen Entwicklung der Neubehandlungen nicht unrealistische Szenario von rund 95.000 Neubehandlungen pro Monat in 2023 und – vor dem Hintergrund sich verschärfender HVM-Regelungen – von rund 80.000 Neubehandlungen pro Monat in 2024 ist mit unterfinanzierten Leistungsvolumina in 2023 von 368 Mio. Punkten und in 2024 von rund 430 Mio. Punkten zu rechnen. Dies bedeutet, dass in 2023 nur rund 44 Prozent des erforderlichen Punktevolumens für die Neubehandlungen und in 2024 nur noch rund 15 Prozent durch die Ausgangsbasis 2022 gedeckt sind, weil der Großteil des zur

Verfügung stehenden Punktekongents für die Folgeleistungen der in Vorjahren begonnenen Behandlungen aufgebraucht wird. Das Punktevolumen der Folgeleistungen beträgt im Jahr 2023 749 Mio. Punkte (rund 73 Prozent der Ausgangsbasis 2022 in Höhe von rund 1.033 Mio. Punkten) und in 2024 958 Mio. Punkte (rund 93 Prozent der Ausgangsbasis 2022).

U. a. bedeutet dies, dass unter diesen Voraussetzungen in 2024 das Punktekongent nur ausreichen würde, wenn im Laufe des 1. Quartals 2024 keine weiteren Neubehandlungen mehr begonnen würden.

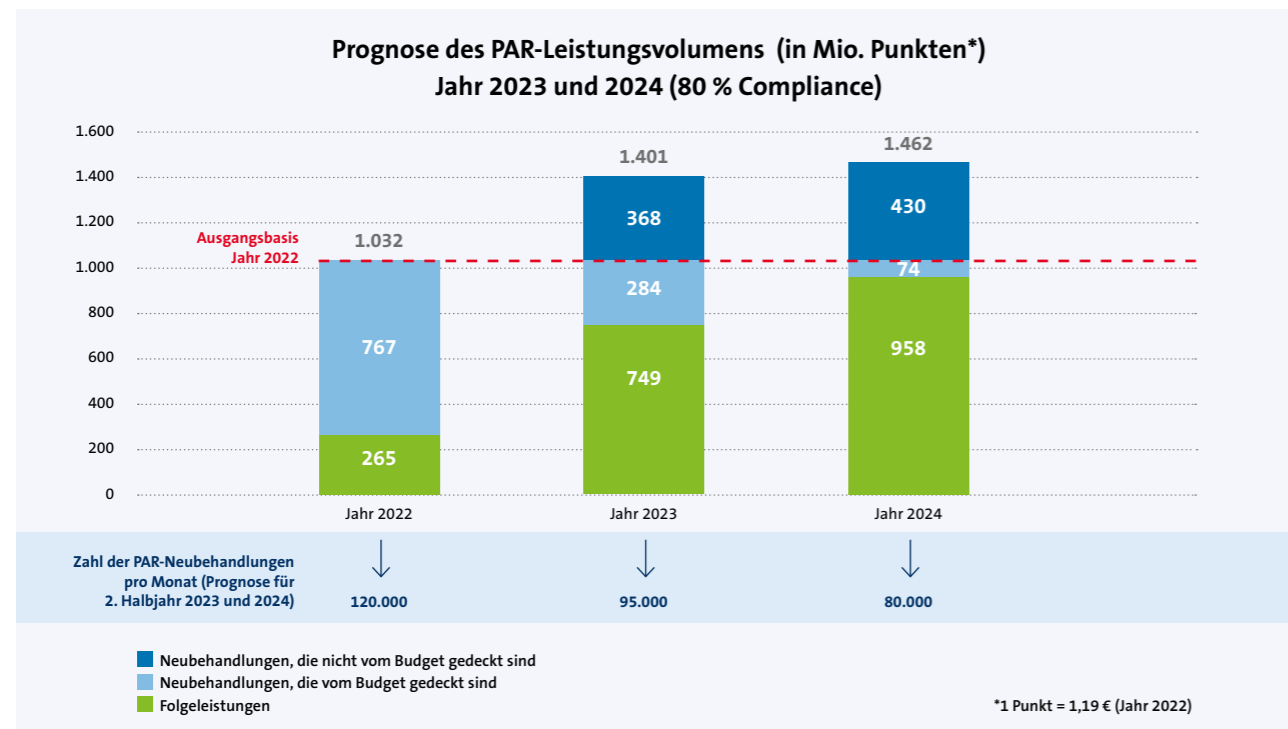


Abbildung 11: Prognose des PAR-Leistungsvolumens (2023/2024), Quelle: KZBV

4.3 EINFLÜSSE AUF DIE MENGENENTWICKLUNG

Für die Abschätzung der Mengenenwicklung sind neben der Entwicklung der Neubehandlungsfälle auch die Einschätzung zur Grading-Struktur (Abschätzung des zukünftigen Risikos für ein Voranschreiten der Parodontitis) und zur Compliance bzw. Adhärenz der

Versicherten relevant. Auch hierzu liegen aus dem Abrechnungsgeschehen mittlerweile valide Daten vor. Diese sind in den Punktmengen je Fall der neuen PAR-Behandlungstrecke integriert.

4.3.1 GRADING-VERTEILUNG A/B/C NACH ALTERSGRUPPEN UND KASSENARTEN

Die Grading-Einstufung (Abschätzung des zukünftigen Risikos für ein Voranschreiten der Parodontitis) ist eine zentrale Determinante für die Kostenkomponente der Folgeleistungen im Laufe der PAR-Behandlung, da der Progressionsgrad der PAR-Behandlungsfälle die

Zahl der UPT-Sitzungen pro Jahr bestimmt. Die zeitliche Abfolge und Frequenz der präventionsorientierten UPT-Nachsorgeleistungen in Abhängigkeit vom Progressionsgrad (Grad A/B/C) zeigt Abbildung 12.

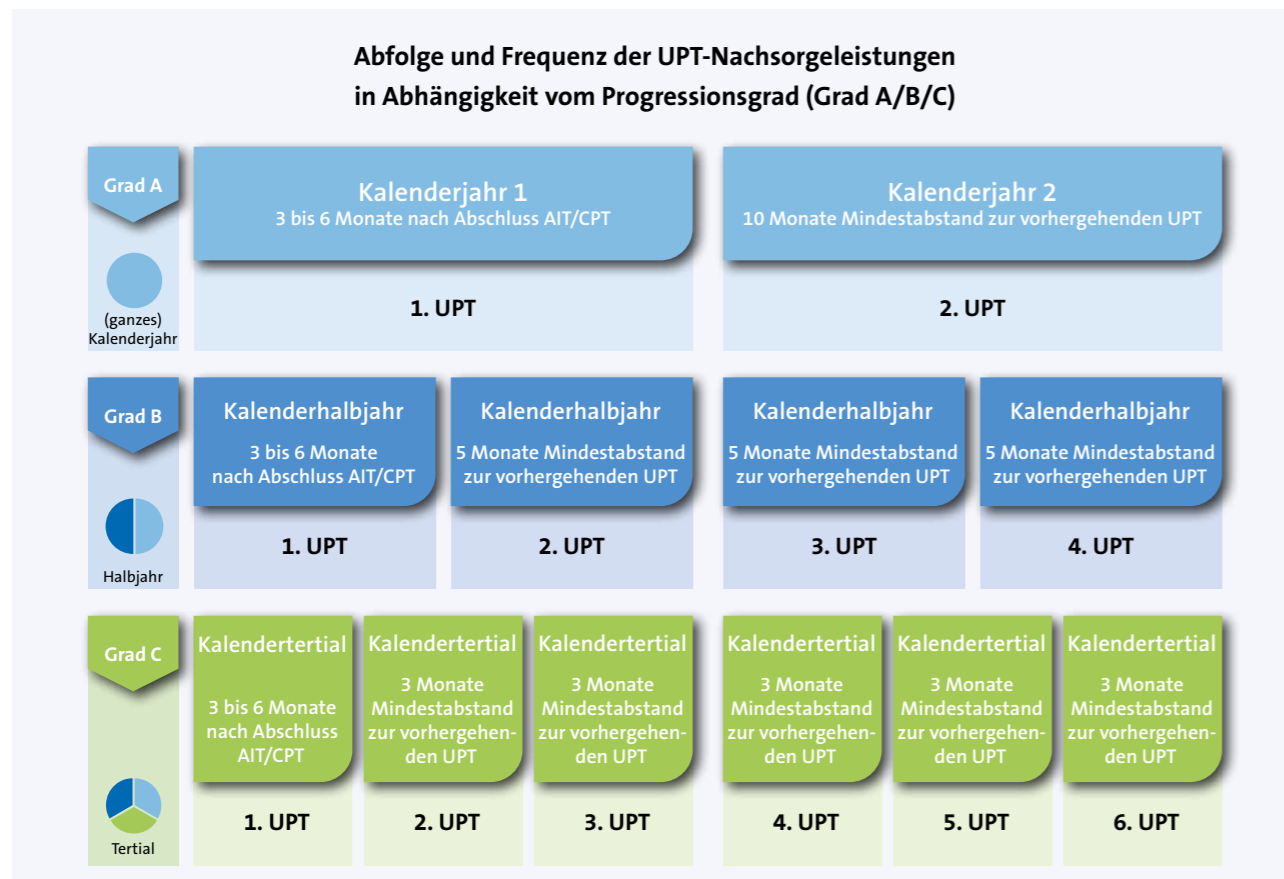


Abbildung 12: Abfolge und Frequenz der UPT-Nachsorgeleistungen in Abhängigkeit vom Progressionsgrad (Grad A/B/C), Quelle: KZV Bayerns

Bei der Verteilung der PAR-Neubehandlungen auf die Grading-Einstufungen A/B/C entfällt auf die Grad-B-Einstufung mit rund 59 Prozent der höchste Anteil, gefolgt von der Grad-C-Einstufung mit rund 36 Prozent, wohingegen die Grad-A-Einstufung mit rund 5 Prozent der PAR-Fälle nur eine untergeordnete Bedeutung hat. Bei der kassenartenspezifischen Ana-

lyse der Grading-Einstufungen fällt auf, dass bei den AOKen mit rund 40 Prozent ein überdurchschnittlicher Anteil der PAR-Neuversorgungen mit Grad-C-Einstufung auftritt, hingegen beim vdek die Grad-B-Einstufung mit rund 62 Prozent häufiger und die Grad-C-Einstufung mit 32 Prozent etwas seltener vorgekommen wird.

Bei der aktuellen Grading-Einstufung ist zu berücksichtigen, dass zu Beginn der Einführung der PAR-Behandlungsstrecke gerade die schweren Erkrankungsformen vermehrt behandelt werden, die ja auch aufgrund der

allgemeinmedizinischen Zusammenhänge und Folgeerkrankungen dringend behandlungsbedürftig sind. Der zentrale Einfluss auf die Höhe der Gesamtpunktmenge je Fall wird in Abbildung 14 ersichtlich.

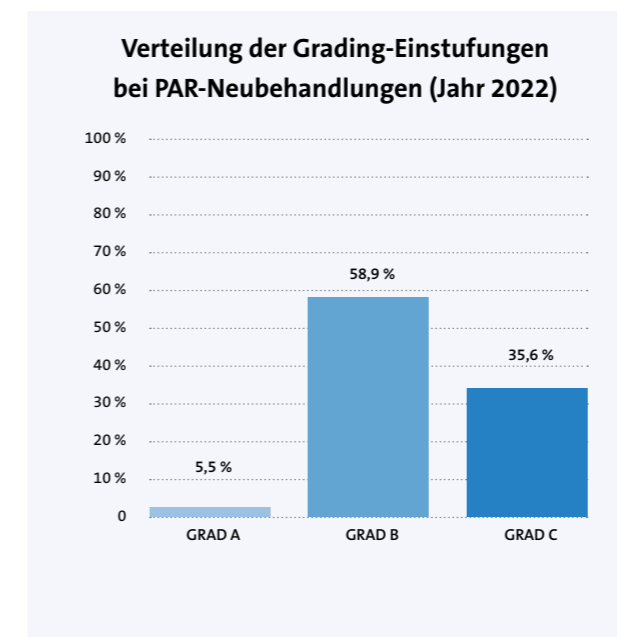


Abbildung 13: Verteilung der Grading-Einstufungen bei PAR-Neubehandlungen, Quelle: KZBV

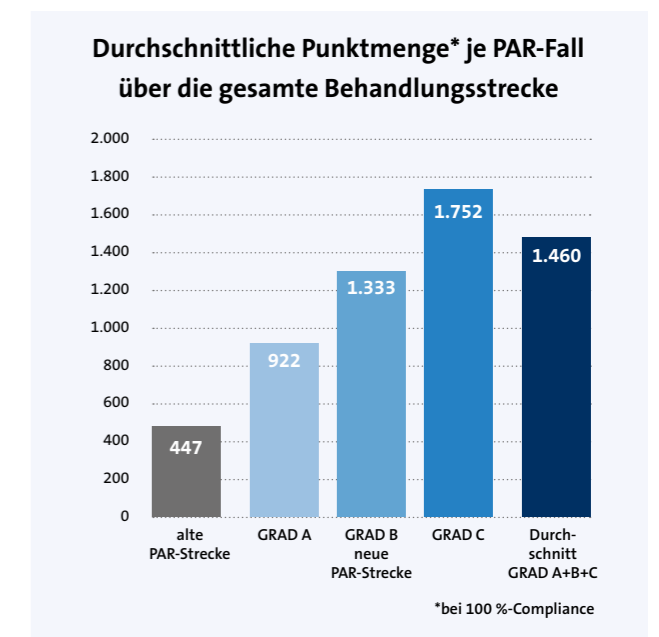


Abbildung 14: Durchschnittliche Punktmenge nach Grading, Quelle: KZBV

4.3.2 COMPLIANCE-VERHALTEN DER VERSICHERTEN

Das Compliance-Verhalten ist ein weiterer Parameter, der die Leistungsmengenentwicklung im Bereich PAR beeinflusst. Die Compliance (bzw. Adhärenz) der Versicherten kann am Anteil der PAR-Versorgungen, die nach vollendeter AIT-Behandlung in die UPT-Phase eingetreten sind, abgeschätzt werden. Dabei sehen die PAR-Richtlinien vor, dass mit der UPT-Behandlung 3 bis 6 Monate nach Abschluss des geschlossenen bzw. offenen Vorgehens (AIT/CPT) begonnen werden soll.

Die nach den Monaten der AIT-Behandlung geordneten Abrechnungsdaten verdeutlichen, dass rund 80 Prozent der Fälle nach AIT mit der UPT begonnen

haben. Dabei liegt die so gemessene Compliance bzw. Adhärenz der Versicherten (UPT-Eintritt nach AIT-Behandlung) in den neuen Bundesländern mit einem Anteil von rund 85 Prozent etwas höher als in den alten Bundesländern mit einem Anteil von rund 78 Prozent. Diese Daten zeigen ein ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein der Patientinnen und Patienten und ein tief verankertes präventionsorientiertes Verhalten im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung. Die neue, präventionsorientierte PAR-Behandlungsstrecke scheint von den Patientinnen und Patienten gut angenommen zu sein.

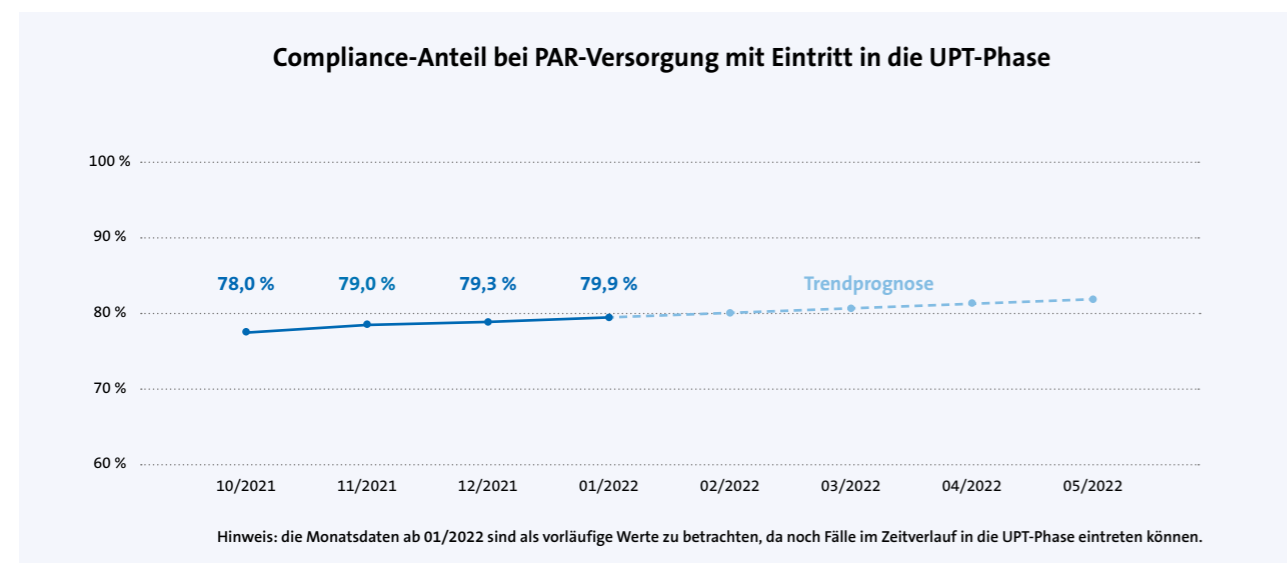


Abbildung 15: Compliance-Anteil bei PAR-Versorgung mit Eintritt in die UPT-Phase, Quelle: KZBV



ZUSAMMENGEFASST:

- Bis zum Zeitpunkt des GKV-FinStG kann die Einführung der neuen PAR-Behandlungsstrecke als voller Erfolg für die Versorgung gewertet werden.
- Die verbesserte Versorgung der Versicherten zeigt sich in der deutlich verbesserten Inanspruchnahme der Behandlung, in der erwartbaren und intendierten Zunahme der Neubehandlungsfälle und in einer damit verbundenen Steigerung der Punktmenge, entsprechend den Versorgungszielen der neuen, präventionsorientierten PAR-Richtlinie.
- Mit Inkrafttreten des GKV-FinStG zeigen die Daten einen deutlichen Rückgang der Neubehandlungsfälle.
- Eine sich bereits abzeichnende Fortsetzung dieser rückläufigen Entwicklung wäre gleichbedeutend mit dem Scheitern des neuen, präventionsorientierten Versorgungskonzeptes und hätte eine gravierende Verschlechterung der Versorgung der Versicherten unterhalb des Niveaus der alten PAR-Versorgungsstrecke zur Folge.
- Unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen und der Fortsetzung der rückläufigen Entwicklung bei den PAR-Neuversorgungsfällen würden die Budgets im Laufe des 1. Quartals 2024 keine neuen PAR-Versorgungsfälle mehr zulassen, da die Mittel für die Nachsorge der Altfälle aus den vorangegangenen Jahren gebraucht würden. Dies käme einer drastischen Leistungskürzung gleich.
- Die PAR-Leistungsmenge allein ist kein geeigneter Indikator zur Beurteilung der Versorgungslage im Bereich PAR. Relevant ist vielmehr die Entwicklung der Neubehandlungsfälle. Daher ist die gestiegene PAR-Leistungsmenge in 2022 und 2023 kein Ausweis für eine verbesserte PAR-Versorgung, sondern verdeckt im Gegenteil die durch das GKV-FinStG bewirkte Verschlechterung des PAR-Versorgungsniveaus.
- Ein Nachholeffekt der coronabedingten Einbrüche hat trotz der gesetzlichen Entbudgetierung in 2021 und 2022 (§ 85a Abs. 6 SGB V) nicht stattgefunden. Das unterstreicht, dass es in der zahnmedizinischen Versorgung keine angebotsinduzierte Nachfrage gibt. Vielmehr schafft das Zahnbonusheft Anreize für die Versicherten, eine regelmäßige präventionsorientierte Versorgung in Anspruch zu nehmen.
- Diese GKV-FinStG-bedingte Verschlechterung der PAR-Versorgung wird gravierende und irreversible Negativeffekte für die Mund- und Allgemeingesundheit in Deutschland haben.
- Daher ist der Gesetzgeber aufgefordert, zeitnah – noch in diesem Jahr – die Parodontitisversorgung von der strikten Budgetierung des GKV-FinStG auszunehmen.

KAPITEL 5

VERTRAGSLAGE UND HONORARVERTEILUNGSMASSTÄBE

5.1 VERTRAGSLAGE IN DEN KZVEN

Das GKV-FinStG lässt den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene durch die gesetzliche strikte Budgetierung so gut wie keinen Spielraum, um die neue PAR-Richtlinie und den Behandlungsbedarf in den Verträgen für die Jahre 2023 und 2024 abzubilden. Der Gesetzgeber selbst hat bei den Vorgaben für die Budgetierung die neuen Leistungen der PAR-Richtlinie mit der Ausweitung der Behandlungsstrecke auf 3 Jahre unberücksichtigt gelassen. Vor diesem Hintergrund drohen der neuen, präventionsorientierten Parodontitisversorgung und der Mundgesundheit der Bevölkerung ein irreversibler Schaden.

Das GKV-FinStG hat für die Vertragslage des Jahres 2023 eine absolute Abkehr von der bis 2022 gut funktionierenden Selbstverwaltung auf Ebene der Gesamtvertragspartner zur Folge. Bislang konnten erst wenige Verträge in den KZVen geschlossen werden. Die Anpassungsmöglichkeiten, die § 85 Abs. 3 SGB V den Gesamtvertragspartnern vorgibt, die es ermöglicht hätten, die neue PAR-Versorgung in den Verträgen abzubilden, stehen den Vertragspartnern durch die strikte Budgetierung nicht zur Verfügung.

So wurden auch Regelungen bzw. Protokollnotizen, die bereits vor Inkrafttreten des GKV-FinStG vereinbart waren und die die neuen, präventionsorientierten PAR-Leistungen extrabudgetär gestellt hatten, von den Krankenkassen unter Hinweis auf die neue Gesetzgebung flächendeckend infrage gestellt bzw. gekündigt. Nur vereinzelt in wenigen KZVen, vornehmlich der neuen Bundesländer, ist es gelungen, mit einzelnen Krankenkassen Lösungen zu finden, die

ausgewählte Leistungen der neuen Parodontitisstrecke in den Gesamtvergütungen für 2023 teilweise abbilden konnten. Dies betrifft allerdings überwiegend KZVen, die aufgrund zurückgehender Praxis- und Vertragszahnarztzahlen ohnehin voraussichtlich weniger Leistungsmenge abrechnen werden. Diese sehr vereinzelt „Insellösungen“ haben bundesweit gesehen aber leider keinen Einfluss auf die Gesamtproblematik bei der PAR-Versorgung.

In der Vergangenheit hatten die Praxen eine relativ hohe Planungssicherheit durch frühzeitig feststehende Verträge. Die Mitte des Jahres 2023 immer noch vorherrschende offene Vertragslage führt zu einer großen Verunsicherung bei den Praxen, welche sich u. a. im Bereich PAR durch die rasant abnehmende Anzahl von Neubehandlungen manifestiert. Daneben ist im Vergleich zu den Vorjahren mit einer Welle von Schiedsamtanrufungen zu rechnen, da insbesondere unterschiedliche Ansichten der Vertragspartner hinsichtlich der Ausgangsbasis für die Festlegung der Höhe der Gesamtvergütungsobergrenzen bestehen.

Die weitverbreitete Aufkündigung bzw. Nichtfortführung von in 2022 bestehenden Vertragsinhalten, die die Einführung der neuen, mehrjährigen PAR-Versorgungsstrecke unterstützen sollten, verschärft in hohem Maße die Problematik der PAR-Versorgung – sowohl für das Jahr 2023 als auch perspektivisch für 2024. Zusätzlich verschärft wird das Problem durch die Aufnahme weiterer neuer Leistungen in den Leistungskatalog, wie beispielsweise die Unterkieferprotrusionsschiene (UKPS) und digitale Leistungen.

**ZUSAMMENGEFASST:**

- Durch die strikte Budgetierung lässt das GKV-FinStG den Vertragspartnern so gut wie keinen Spielraum, um die neue, präventionsorientierte PAR-Richtlinie in den Verträgen abzubilden. Den Vertragspartnern auf Landesebene stehen die Anpassungsmöglichkeiten des § 85 Abs. 3 SGB V (Art und Umfang der zahnärztlichen Leistung, Morbidität) nicht mehr zur Verfügung.
- Der Gesetzgeber selbst hat bei den Vorgaben für die Budgetierung die neuen PAR-Leistungen unberücksichtigt gelassen.
- Die Vertragslage für 2023 ist weitestgehend ungeklärt und konfliktär. Die Lage für 2024 ist bisher völlig unbeantwortet.
- Verträge, die vor dem GKV-FinStG geschlossen wurden, werden durch die Krankenkassen reihenweise infrage gestellt bzw. gekündigt.
- Vereinzelt Ausnahmeregelungen (sogenannte Insellösungen) bilden einzelne Leistungen der PAR-Versorgung teilweise in den Gesamtverträgen für 2023 ab, jedoch nicht für 2024.
- Die Vertragssituation führt zu großer Verunsicherung in den Praxen, da so gut wie keine Planbarkeit für die Jahre 2023 und 2024 mehr vorhanden ist.

5.2 HVM-REGELUNGEN IN DEN KZVEN

HVM-Regelungen treten meist immer dann in Kraft, wenn die tatsächliche Leistungsmengenentwicklung von der in den Gesamtvergütungsverträgen vereinbarten Leistungsmengenentwicklung abweicht.

Durch die positiven Effekte der präventionsorientierten vertragszahnärztlichen Versorgung konnte in den letzten 15 Jahren in vielen Leistungsbereichen ein Rückgang der Leistungsmengen (z. B. im Bereich der konservierend-chirurgischen Behandlung [KCH]) oder aber zumindest eine degressiv verlaufende, im Vergleich zu den 2000er-Jahren, sehr moderate Steigerungsrate der Leistungsmengen beobachtet werden. Die Covid-19-Pandemie hat diesen langjährigen Trend nochmals sehr verstärkt. Bundesweit gesehen ist zu konstatieren, dass fast alle Leistungsbereiche – insbesondere der Bereich KCH – in ihrer Leistungsmenge bis heute nicht wieder den Stand des Vor-Pandemie-Jahres 2019 erreicht haben.

Insofern kamen in den letzten 10 bis 15 Jahren in den vertragszahnärztlichen Praxen Honorarkürzungen durch die bestehenden HVMs so gut wie nicht vor. Die derzeitige Budgetsituation der KZVen weist bundesweit eine erhebliche Unterdeckung der zu erwartenden Abrechnungsvolumina aus, die ausschließlich auf die Wirkungen des GKV-FinStG und hierbei insbesondere auf die nicht beachteten Wechselwirkungen hinsichtlich der neuen PAR-Behandlungstrecke zurückzuführen sind. Diese kritische Budgetsituation ist aufgrund der Gesetzeskonstruktion auch nicht mehr durch vertragliche Lösungen auf regionaler Ebene auflösbar. Diese Unterdeckungen müssen über Honorarkürzungen ausgeglichen werden. Die HVM-Regelungen kommen bei den KZVen bereits zum Einsatz – mit entsprechenden Honorarkürzungen bei den Praxen.

5.2.1 FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN DER HVM-REGELUNGEN

Insgesamt erwarten derzeit bereits 11 von 17 KZVen aufgrund des PAR-Effektes deutliche und nicht mit früheren Jahren vergleichbare Honorarkürzungen für ihre Mitglieder für das Abrechnungsjahr 2023. Allein 5 KZVen mussten ihre bestehenden HVM-Regelungen aufgrund der Gesetzgebung im Bereich PAR verschärfen. Der überwiegende restliche Teil der KZVen geht davon aus, die HVM-Regelungen im Laufe des Jahres gegebenenfalls nachjustieren zu müssen.

Im 1. Quartal 2023 waren von den insgesamt rund 39.100 Praxen in Deutschland schon rund 11.500 Praxen von HVM-Kürzungen betroffen, was einem Anteil von rund 30 Prozent der bundesweiten Zahl der Praxen entspricht. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass in einigen KZVen die Anwendung der HVM-Regelungen erst im Laufe des 2. Halbjahres 2023 beginnen wird oder sogar erst nachträglich im Jahr 2024 rückwirkend für das Abrechnungsjahr 2023 erfolgt.

Dabei kann die regionale Betroffenheit der Praxen von den HVM-Regelungen aufgrund regional unterschiedlichen Leistungsgeschehens und der regional unterschiedlichen Vertragssituation (und dem davon ausgehenden Honorarkürzungsbedarf) deutlich differieren. Dies betrifft insbesondere die Regionen, in denen die Implementierung der neuen PAR-Versorgungsstrecke in den Praxen schon relativ weit fortgeschritten ist/war, was sich in der regionalen Inanspruchnahme der Behandlung durch die Versicherten ablesen lässt.

In einzelnen KZVen könnte es aufgrund der Vertragskonstellation und der regional hohen Inanspruchnahme zu Kürzungsbeträgen von bis zu 90 Mio. Euro für das Gesamtjahr 2023 kommen.

Die HVM-Regelungen und die von ihnen ausgehenden Honorarkürzungen sorgen für fehlende Planungssicherheit in den Praxen. Die Bereitschaft der Praxen, angesichts der ungesicherten Finanzierung mehrjährig angelegte PAR-Neubehandlungen zu beginnen, schwindet.

5.2.2 AUSWIRKUNGEN DER HVM-REGELUNGEN AUF DIE PATIENTENVERSORGUNG

Bereits für das 1. Halbjahr 2023 hat sich gezeigt, dass viele zahnärztliche Praxen von Honorarkürzungen aufgrund der HVM-Regelungen betroffen sind, auch wenn regional noch deutliche Unterschiede zu erkennen sind. Es ist absehbar, dass bis zum Ende des Jahres die Zahl betroffener Praxen weiter ansteigen wird – wie auch die Kürzungsbeträge in ihrer Höhe. Auch wird sich die regionale Betroffenheit ausweiten. Insbesondere im Jahr 2024 werden die Basiswirksamkeit der zu geringen Gesamtvergütungsobergrenzen in 2023 und die gesetzlich vorgesehene, noch stärkere Deckelung der Weiterentwicklung der Obergrenzen für 2024 auf die Höhe der Honorarkürzungen und die Anzahl betroffener Praxen voll durchschlagen. Hinzu kommt der Umstand, dass die Praxen bereits durch § 85 Abs. 2d SGB V basiswirksame, d. h. dauerhafte, Honorar einbußen im dreistelligen Millionenbereich in Folge der Deckelung der Punktwertsteigerung zu verzeich-

nen haben werden. Auf der anderen Seite wird es aller Voraussicht nach auch einige wenige KZV-Bereiche geben, die aufgrund ihrer Ausgangslage für das Jahr 2023 noch keine Honorarkürzungen vornehmen müssen. Aber auch in KZVen, in denen die HVM-Regelungen zur Anwendung kommen, gilt dies nicht zwingend für jede Krankenkasse. Hieraus droht eine immens heterogene Versorgungslage der Versicherten im Jahr 2023, die davon abhängig ist, in welchem Bundesland der oder die Versicherte vorstellig wird und bei welcher Krankenkasse er bzw. sie versichert ist. In 2024 dürfte sich die Ausgangsposition durch das GKV-FinStG in allen KZV-Bereichen so verschärft haben, dass bei allen KZVen Honorarkürzungen notwendig werden.

Honorarkürzungen haben immer auch unmittelbaren Einfluss auf das Versorgungsgeschehen. Schon drohende Honorarausfälle bei bestimmten Leistungen

oder Leistungsbereichen führen unweigerlich zu einer Anpassung des Leistungsgeschehens. Dabei ist nicht immer wesentlich, in welcher Höhe und wie viele Praxen genau von Honorarkürzungen wirklich betroffen sind. Allein die mit den Honorarkürzungen einhergehende fehlende Planungssicherheit für die Praxen reicht oftmals aus, um für die Versorgung nicht wünschenswerte Entwicklungen anzustoßen. Eine unsichere und weitestgehend offene Vertragsslage, wie wir sie aufgrund des GKV-FinStG im Jahr 2023 vorfinden, verstärkt diesen Effekt noch. Ablesbar ist dies bereits an den Neubehandlungsfällen für die 3-jährige PAR-Behandlungsstrecke im 1. Halbjahr 2023. So gingen die Neubehandlungsfälle signifikant zurück und werden bei unverändertem Abwärtstrend nur noch gut die Hälfte der monatlichen Neubehandlungsfälle im Vergleich zum Jahresdurchschnitt erreichen. Es ist zu erwarten, dass sich dieser Trend unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen mit einer Verschärfung der Budgetierung in 2024 fortsetzen wird.

Dann könnten Budgetüberschreitungen nur vermieden werden, wenn im Laufe des 1. Quartals 2024 keine neuen PAR-Versorgungsfälle mehr begonnen werden.

Die Volkskrankheit Parodontitis wird sich dann auf einem Versorgungsniveau befinden, das noch nicht einmal die Hälfte des Versorgungsniveaus des Juni 2021 (Ende der alten PAR-Behandlungsstrecke) erreicht.

Es ist zu befürchten, dass der durch die Gesetzgebung ausgelöste langfristige strukturelle Schaden für die PAR-Versorgung der gesetzlich Versicherten bei einer unveränderten Gesetzeslage für das Abrechnungsjahr 2024 noch deutlicher spürbar sein wird.

Die derzeit verfügbare Datenlage gibt bereits sehr eindrücklich wieder, dass es aufgrund des GKV-FinStG schon im laufenden Jahr unweigerlich zu den von Bundesgesundheitsminister Lauterbach negierten Leistungskürzungen kommt bzw. kommen wird.



ZUSAMMENGEFASST:

- Die derzeitige Budgetsituation der KZVen weist bundesweit eine erhebliche Unterdeckung der zur erwartenden Abrechnungsvolumina aus, die insbesondere auf die nicht beachteten Wechselwirkungen des GKV-FinStG mit der neuen PAR-Behandlungstrecke zurückzuführen sind.
- Dadurch kommt es 2023 erstmals seit 10 bis 15 Jahren flächendeckend zu teils massiven Honorarkürzungen durch die Anwendung von HVM-Regelungen in den vertragszahnärztlichen Praxen.
- Insgesamt erwarten derzeit 11 von 17 KZVen aufgrund des PAR-Effektes deutliche und nicht mit früheren Jahren vergleichbare Honorarkürzungen für ihre Mitglieder für das Abrechnungsjahr 2023. Dies ausgehend von einer Situation 2022, in der das Niveau der Vor-Corona-Leistungsmenge (ohne PAR) aufgrund ausgebliebener Nachholeffekte in den Jahren 2021 und 2022 noch nicht wieder erreicht wurde.
- Im Jahr 2024 werden die Basiswirksamkeit der zu geringen Gesamtvergütungsobergrenzen in 2023 und die gesetzlich vorgesehene, noch stärkere Deckelung der Weiterentwicklung der Obergrenzen für 2024, auf die Höhe der Honorarkürzungen und die Anzahl betroffener Praxen nochmals deutlich stärker in allen KZVen durchschlagen.
- Die HVM-Regelungen und die von ihnen ausgehenden Honorarkürzungen sorgen für fehlende Planungssicherheit in den Praxen. Die Bereitschaft der Praxen, angesichts der ungesicherten Finanzierung mehrjährig angelegte PAR-Neubehandlungen zu beginnen, schwindet.
- Für die Patienten zeichnet sich für das Jahr 2023 eine immens heterogene Versorgungslage ab, die davon abhängt, in welchem Bundesland eine PAR-Versorgung ansteht und bei welcher Krankenkasse die Patienten versichert sind. Unter den gegebenen gesetzlichen Rahmenbedingungen mit den strikten Budgets könnten Budgetüberschreitungen nur vermieden werden, wenn im Laufe des 1. Quartals 2024 keine neuen PAR-Versorgungsfälle mehr begonnen werden.
- Bei unveränderten Rahmenbedingungen werden sich die bereits heute für das Jahr 2023 erkennbaren Leistungskürzungen in der PAR-Versorgung im Jahr 2024 nochmals drastisch verschärfen. Es droht der Kollaps in der Versorgung der Volkskrankheit Parodontitis. Die langfristigen Schäden für die Mundgesundheit und die PAR-Versorgung der Bevölkerung wären irreversibel.

KAPITEL 6

VERMEIDUNG VON FOLGEKOSTEN DURCH PAR-BEHANDLUNGEN

6.1 VERMEIDBARE FOLGEKOSTEN IM ZAHNÄRZTLICHEN SEKTOR

Die durch die Einführung der Parodontitisbehandlungsstrecke versorgungspolitisch intendierte Leistungsausdehnung im Bereich PAR und die damit verbundenen Mehraufwendungen der GKV müssen vor dem Hintergrund der durch die PAR-Behandlung möglichen Kosteneinsparungen bzw. Kostendämpfungen in anderen Leistungsbereichen gesehen werden.

In der folgenden Analyse wurden auf Basis der GKV-Abrechnungsdaten für das Jahr 2022 strukturelle Leistungs- bzw. Ausgabenunterschiede zwischen den Versicherten mit PAR-Leistungen (sogenannte Versicherte mit PAR-Behandlung) und der übrigen Ver-

sichertenkohorte ohne PAR-Behandlung (sogenannte Versicherte ohne PAR-Behandlung) in den ausgabenintensiven Bereichen KCH und Zahnersatz untersucht.

Bei der Untersuchung wird von der These ausgegangen, dass die Leistungsmengen- und Kostenunterschiede zwischen den beiden Kohorten potenzielle Einsparvolumina innerhalb des zahnärztlichen Sektors darstellen, da sich durch Verbesserung des Mundgesundheitszustands infolge der PAR-Behandlung die Kostenverläufe der Versicherten mit PAR-Behandlung im Zeitverlauf nach unten an die Kostenverläufe der Versicherten ohne PAR-Behandlung annähern werden.

6.1.1 VERMEIDBARE FOLGEKOSTEN IM BEREICH KCH

Der Vergleich der je Versichertem im Jahr 2022 abgerechneten Leistungsmenge zwischen den Versicherten mit PAR-Behandlung und den Versicherten ohne PAR-Behandlung zeigt im Bereich KCH einen deutlich höheren Leistungsbedarf der Versicherten mit PAR-Behandlung, insbesondere in den Leistungskategorien Röntgen, Anästhesien, Füllungen, Extraktionen und chirurgische Leistungen, der sich in einer Leistungsmenge von rund 329 Punkten bei Versicherten mit PAR-Behandlung gegenüber 154 Punkten bei Versicherten ohne PAR-Behandlung niederschlägt.

Auch nach Korrektur der Leistungsmengenstruktur der Versicherten mit PAR-Behandlung um die durch PAR-Behandlung induzierten Röntgen- und Anästhesieleistungen liegt die Leistungsmenge der Versicherten mit PAR-Behandlung bei rund 241 Punkten pro Jahr und da-

mit um rund 87 Punkte höher als die der Versicherten ohne PAR-Behandlung.¹

Zur Ermittlung des potenziellen Einsparvolumens durch die PAR-Behandlung wurde davon ausgegangen, dass sich mit der PAR-Behandlung tendenziell die jährlichen Leistungsbedarfe für die Versicherten mit PAR-Behandlung in Richtung der Leistungsbedarfe der übrigen GKV-Versicherten bewegen. **Rechnerisch ergibt sich bei rund 1.459.400 Versicherten mit PAR-Behandlung und einer (bereinigten) Differenz von 87 BEMA-Punkten ein (theoretisches) jährliches Einsparvolumen in Höhe von rund 127 Mio. BEMA-Punkten bzw. rund 151 Mio. Euro.**

¹ Anmerkung: Für die Kohorte der Versicherten ohne PAR-Behandlung wurde dabei eine Normalisierung der Leistungsmenge mit Altersstruktur der Versicherten mit PAR-Behandlung vorgenommen, um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen.

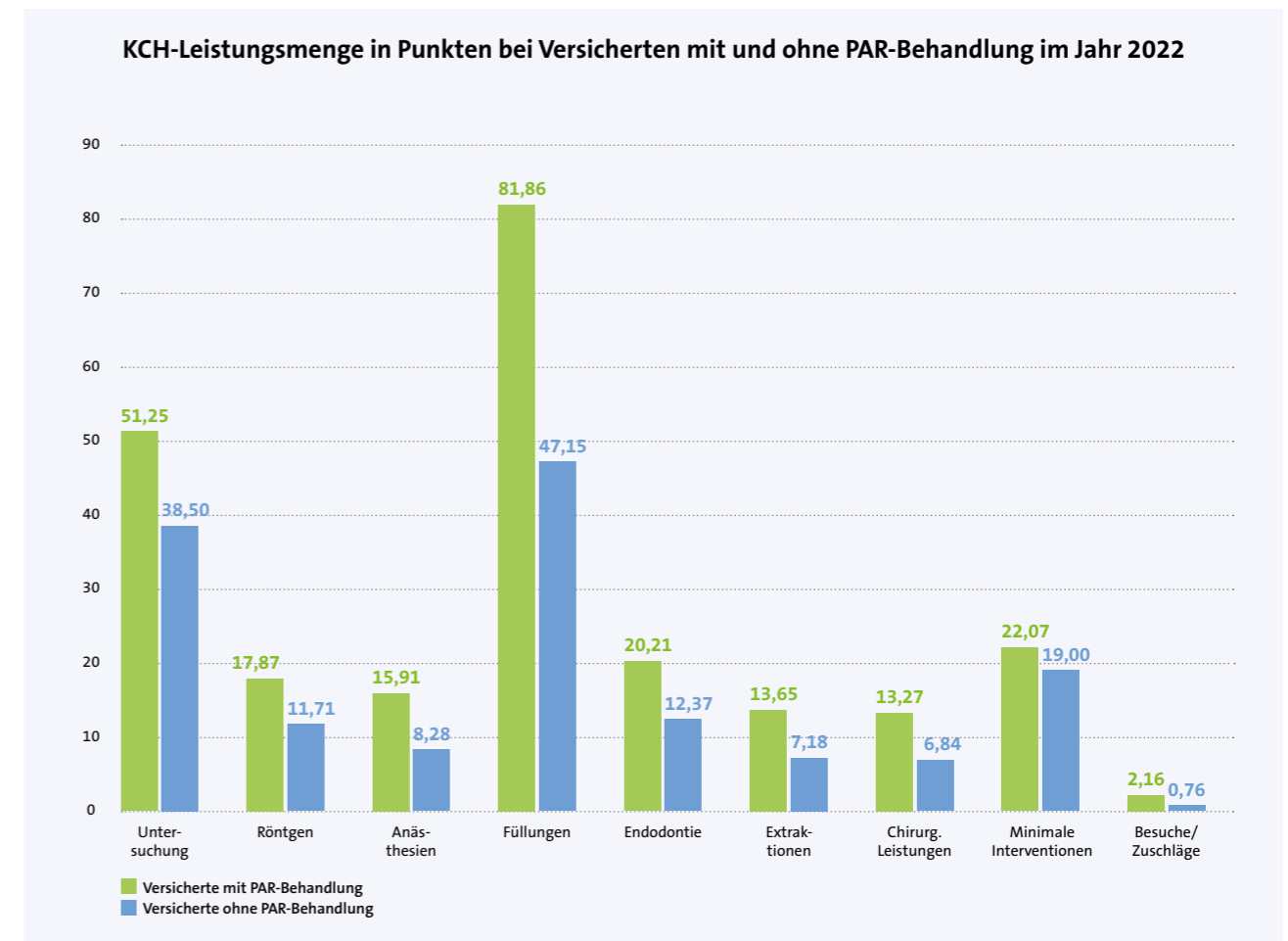


Abbildung 16: KCH-Leistungsmenge in Punkten bei Versicherten mit und ohne PAR-Behandlung im Jahr 2022, Quelle: KZBV

Ersparnispotenzial im Bereich KCH bei Versicherten mit PAR-Behandlung			
Zahl der Versicherten mit PAR-Behandlung		1.459.352	
Differenz Mehrpunkte: Versicherte mit PAR-Behandlung gegenüber Versicherten ohne PAR-Behandlung		Ersparnispotenzial bei Versicherten mit PAR-Behandlung in BEMA-Punkten	Ersparnispotenzial bei Versicherten mit PAR-Behandlung in Euro
a) Diff. maximale Betrachtung	175,09	255.522.926	302.560.042
b) Diff. korrigierte Betrachtung	87,26	127.335.836	150.776.044

Tabelle 2: Ersparnispotenzial im Bereich KCH, Quelle: KZBV

6.1.2 VERMEIDBARE FOLGEKOSTEN IM BEREICH ZAHNERSATZ

Für den Leistungsbereich Zahnersatz wurde zur Ermittlung von Einsparpotenzialen innerhalb des zahnärztlichen Sektors davon ausgegangen, dass mit der PAR-Behandlung sich der Mundgesundheitszustand insgesamt verbessert und Zahnverluste zeitlich hinausgezögert oder ganz vermieden werden können, was leistungsseitig zu geringeren Kosten für Zahnersatzversorgungen in Form von Brücken und Prothesen und somit zu Einsparungen beim GKV-Zuschuss der Kassen und beim Eigenanteil der Versicherten führt.

Die Analyse der Abrechnungsdaten im Bereich Zahnersatz im Jahr 2022 zeigt, dass von den rund 1.459.400 behandelten Versicherten mit PAR-Behandlung bei rund 270.500 Versicherten (Anteil: 18,5 Prozent) auch Zahnersatzversorgungen im gleichen Jahr durchgeführt wurden. Für diese Versicherten wurden insgesamt

rund 349.200 Zahnersatzfälle abgerechnet, wobei davon rund 236.900 Fälle auf Neuversorgungen und rund 112.300 Fälle auf Reparaturen entfielen.

Der Vergleich der anhand der abgerechneten Festzuschussbefunde ermittelten Häufigkeit der einzelnen Zahnersatzversorgungsformen verdeutlicht, dass die PAR-Versicherten einen deutlich höheren Bedarf an Zahnersatzversorgungen haben (Ausnahme hiervon bilden die Totalprothesen). Auch hier erfolgte – wie im Bereich der KCH – für die Gruppe der Versicherten ohne PAR-Behandlung eine Normalisierung der Häufigkeiten und Kosten je Versichertem mit der Altersstruktur der Versicherten mit PAR-Behandlung. Darüber hinaus wurde der Kostenvergleich zwischen den beiden Versichertenkohorten auf der Basis der Zahnersatzneuversorgungen vorgenommen.

Im Bereich Zahnersatz werden die Kostenunterschiede zwischen den beiden Kohorten als potenzielle Einsparvolumina innerhalb des zahnärztlichen Sektors interpretiert, da sich durch die verstärkte PAR-Behandlung die Kostenverläufe der Versicherten mit PAR-Behandlung im Zeitverlauf nach unten an die Kostenverläufe der Versicherten ohne PAR-Behandlung annähern sollten.

Als Konsequenz des höheren Bedarfs bei Zahnersatzbehandlungen weisen die Versicherten mit PAR-Behandlung (je Neuversorgung) einen Unterschied bei den Zahnersatzgesamtkosten (Honorar, Material und

Labor) von rund 218 Euro (1.659 Euro gegenüber 1.441 Euro) auf, was multipliziert mit der Zahl von rund 237.000 Zahnersatzneuversorgungen bei Versicherten mit PAR-Behandlung ein jährliches Einsparpotenzial von rund 52 Mio. Euro ergibt.

Darüber hinaus bestehen weitere Einsparpotenziale bei den Versicherten, die nicht direkt im Jahr der PAR-Behandlung eine Zahnersatzbehandlung vornehmen, sondern erst in den Folgejahren, sodass die Einsparpotenziale im Bereich Zahnersatz bei mehrjähriger Längsschnittbetrachtung der Versicherten noch höher ausfallen dürften.

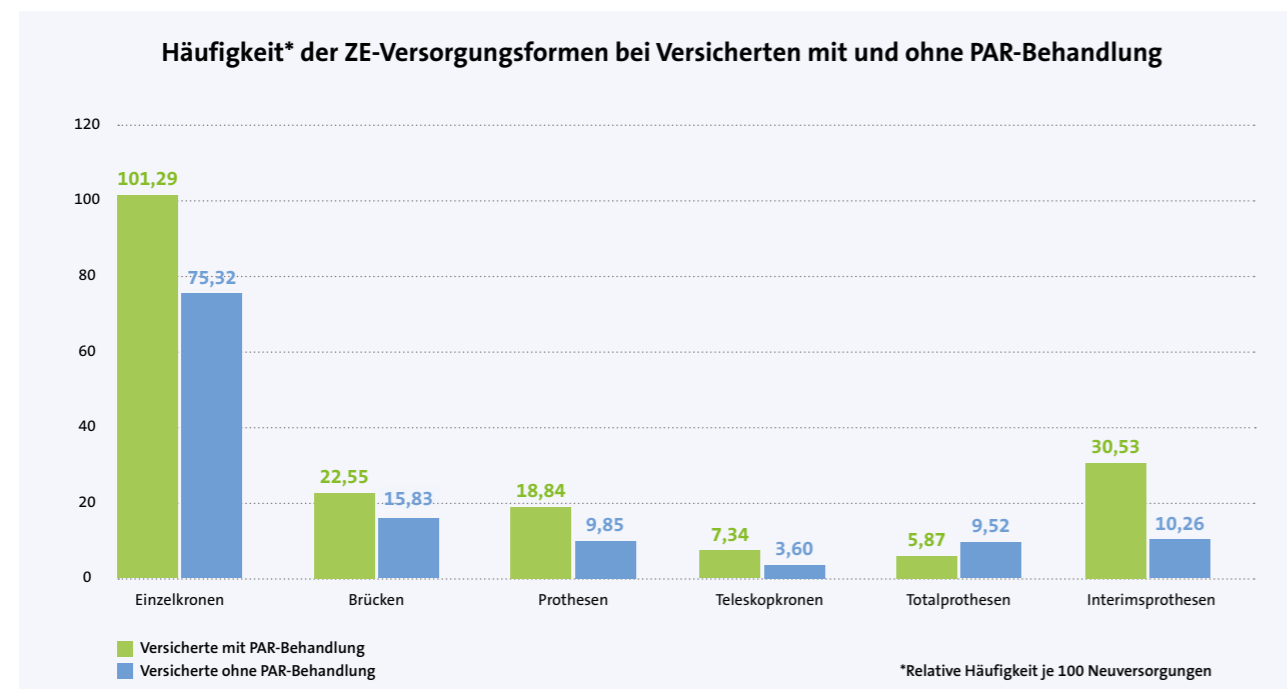


Abbildung 17: Häufigkeit* der ZE-Versorgungsformen bei Versicherten mit und ohne PAR-Behandlung, Quelle: KZBV

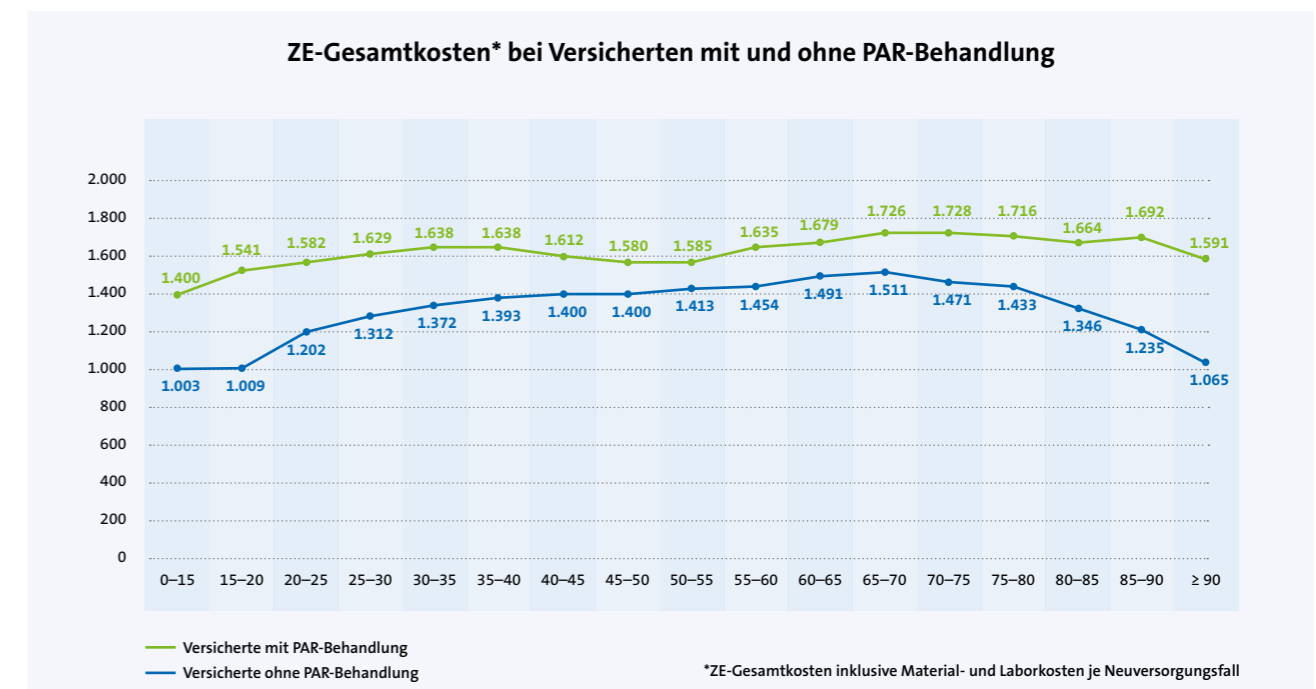


Abbildung 18: ZE-Gesamtkosten* bei Versicherten mit und ohne PAR-Behandlung, Quelle: KZBV

Kostenvergleich Versicherte mit und ohne PAR-Behandlung					
Gesamtkosten Honorar + Material und Labor (Hon+MuL) im Bereich Zahnersatz – Jahr 2022					
Zahnersatz (ZE)	Versicherte bzw. Neuversorgungen	Versicherte mit PAR-Behandlung	Versicherte ohne PAR-Behandlung altersnormiert*	Zusatzkosten/ Ersparnispotenzial je Vers./NV	Zusatzkosten/ Ersparnispotenzial Gesamt
		Gesamtkosten in € (Hon+MuL)	Gesamtkosten in € (Hon+MuL)	Gesamtkosten in € (Hon+MuL)	Gesamtkosten in € (Hon+MuL)
Gesamtkosten ZE (alle Fälle)	270.542 Versicherte (Vers.)	1.512 € je Vers.	1.075 € je Vers.	437 € je Vers.	118.226.854 €
Gesamtkosten ZE (nur Neuversorgungen – NV)	236.898 (NV)	1.659 € je NV	1.441 € je NV	218 € je NV	51.643.764 €

* unter Normierung der ZE-Kosten der Versicherten ohne PAR-Behandlung auf die Altersstruktur der Versicherten mit PAR-Behandlung

Tabelle 3: Kostenvergleich im Bereich Zahnersatz, Versicherte mit und ohne PAR-Behandlung, Quelle: KZBV

Auf Basis der anhand der GKV-Abrechnungsdaten des Jahres 2022 vorgenommenen Strukturuntersuchungen der Leistungsbedarfe und Kostenverläufe der Versicherten mit PAR-Behandlung und der Vergleichskohorte der übrigen GKV-Versicherten ergibt sich in den Bereichen KCH und Zahnersatz ein struktureller Mehrbedarf für Versicherte mit PAR-Behandlung. Diese Mehrbedarfe spiegeln das Einsparpotenzial in den jeweiligen Leistungsbereichen wider.

Bei Annäherung der Leistungsbedarfe und Kostenverläufe der Versicherten mit PAR-Behandlung an die Versicherten ohne PAR-Behandlung durch die positiven Effekte einer verstärkten PAR-Behandlung wür-

den sich **im vertragszahnärztlichen Bereich jährliche Einsparpotenziale im Bereich KCH von rund 151 Mio. Euro und im Bereich Zahnersatz von rund 52 Mio. Euro, also insgesamt rund 203 Mio. Euro, ergeben.**

Zum Vergleich: Das mit dem GKV-FinStG intendierte Einsparvolumen im vertragszahnärztlichen Bereich liegt für die beiden Jahre 2023 und 2024 zusammengekommen bei rund 460 Mio. Euro.

Darüber hinaus ist von deutlich positiven Auswirkungen der PAR-Behandlung auf den medizinischen Allgemeinzustand der Versicherten und von dadurch induzierten Einsparungen im ärztlichen Sektor auszugehen.

6.2 WEITERE VERMEIDBARE FOLGEKOSTEN DURCH PAR-BEHANDLUNGEN

Parodontitis ist eine komplexe Entzündungserkrankung des Menschen, welche entzündliche Auswirkungen auf den Gesamtorganismus zeigt. Sowohl erhöhte Entzündungsmarker als auch eine Anreicherung von Bakterien der Mundhöhle in der Blutbahn (transitorische Bakteriämien) sind bei Patientinnen und Patienten mit unbehandelter schwerer Parodontitis (Stadium III und IV, Grad C) messbar (Geerts et al., 2002; Loos, 2005, 2006). Vor diesem Hintergrund konnten epide-

miologische Zusammenhänge zwischen Parodontitis und systemischen Erkrankungen identifiziert werden.

Zu den systemischen Erkrankungen, die durch Parodontitis negativ beeinflusst werden können, zählen u. a.: Diabetes mellitus, kardiovaskuläre Erkrankungen, rheumatoide Arthritis und neurodegenerative Erkrankungen wie z. B. Alzheimer (Graziani et al., 2018; Nadim et al., 2020; Qiao et al., 2020; Sanz et al., 2020).

6.2.1 ALLGEMEINMEDIZINISCHE AUSWIRKUNGEN DER PAR-BEHANDLUNGEN

An Diabetes mellitus erkrankte Patientinnen und Patienten sind überdurchschnittlich häufig auch an Parodontitis erkrankt. Der Krankheitsverlauf zeigt für diese Patienten erhöhte Schwere- und Progressionsgrade (Graziani et al., 2018). Für Diabetes mellitus bei an Parodontitis erkrankten Patienten ist sehr gut belegt, dass eine systematische Parodontistherapie zu einer substantiellen Verbesserung der metabolischen Kontrolle des Diabetes mellitus führt (Simpson et al., 2022). Hierbei kommt es zu einer Verminderung des Anteils an glykiertem Hämoglobin (HbA1c-Wert) um 0,4 Prozent, was dem Effekt eines zweiten Medikaments in der diabetologischen Therapie entspricht (Chapple, Genco, & Working group 2 of joint, 2013). Ein Rückgang der Parodontitisbehandlungszahlen würde diesen Effekt schwächen und der Pandemie

aus Übergewicht und Diabetes mellitus in der deutschen Bevölkerung mit den damit verbundenen Kosten Vorschub leisten.

Die Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes geht für das Jahr 2020 von Krankheitskosten der Diabetes mellitus in Höhe von 7,4 Mrd. Euro aus. Könnten diese Gesamtkosten durch eine begleitende Parodontistherapie in Höhe von nur 1 Prozent gesenkt werden, würde dies bereits zu Kosteneinsparungen in Höhe von 74 Mio. Euro führen. Bereits 5 Prozent würden Einsparungen in Höhe von 370 Mio. Euro bedeuten. **Die konsequente Therapie der Parodontitis kann somit einen substantiellen Beitrag zur Reduktion der Gesamtkosten im Rahmen des antidiabetischen Therapieregimes in Deutschland leisten.**

6.2.2 SOZIOÖKONOMISCHER EFFEKT DER PARODONTITIS

Während für eine Reihe von Ländern eine Sozialabhängigkeit der Krankheitsschwere von Parodontitis empirisch nachgewiesen werden konnte, war dieser Zusammenhang für Deutschland bislang nicht eindeutig belegbar. Empirisch gesichert ist hingegen auch für Deutschland, dass Zahnverlust einer klaren Sozialabhängigkeit unterliegt, d. h., je geringer der Sozialstatus, desto höher die Anzahl der fehlenden

Zähne. Zahnverlust gilt als gemeinsamer zahnmedizinischer Endpunkt von Karies und Parodontitis. Bis zu einem Lebensalter von 40 Jahren ist primär Karies für Zahnverlust verantwortlich, während Parodontitis überwiegend für Zahnverluste in der zweiten Lebenshälfte ursächlich ist. Zahnverlust im Alter betrifft häufiger sozial Schwächere und eine Parodontistherapie beugt Zahnverlusten in der zweiten Lebenshälfte vor.

6.2.3 INDIREKTE KRANKHEITSKOSTEN DER PARODONTITIS

Die indirekten Krankheitskosten (z. B. Produktivitätsverlust durch Abwesenheit vom Arbeitsplatz; Zahnlosigkeit; unbehandelte Karies bei Patienten mit Parodontitis, hauptsächlich Wurzelkaries) durch Parodontitis in Deutschland summieren sich auf 34,79 Mrd. Euro (Botelho et al., 2022). Die besagte Studie von Botelho et al. (2022) konstatiert in diesem Zusammenhang, dass die indirekten Kosten von Parodontitis in den USA deutlich niedriger sind als in Europa. Die Verfasser führen dies auf die präventiven Anstrengungen des US Office of Disease Prevention and Health Promotion

zurück, die einen spürbaren Rückgang der Parodontitisprävalenz der Erwachsenen (45 bis 74 Jahre) um 10 Prozentpunkte bewirkten. Die konsequente Prävention und Therapie von Parodontitis würde die indirekten Kosten auch in Deutschland zumindest reduzieren. Das Zurückfahren der Behandlungszahlen als Folge des GKV-FinStG zementiert diese indirekten Kosten von Parodontitis allerdings auf hohem Niveau. Die Kosten für die Aussetzung der Budgetierung machen nur einen Bruchteil dieser indirekten Krankheitskosten aus.



ZUSAMMENGEFASST:

- Versicherte mit Parodontitisbehandlung weisen gegenüber anderen Versicherten auch einen höheren Behandlungsbedarf in anderen Leistungsbereichen auf.
- Diese Leistungsmengen und die damit einhergehenden Kosten können durch eine Verbesserung der Mundgesundheit infolge der PAR-Behandlung deutlich reduziert werden.
- Im Bereich der konservierend-chirurgischen Behandlung (KCH) belaufen sich die Folgekosten einer nicht durchgeführten richtlinienkonformen Parodontitisbehandlung auf rund 151 Mio. Euro und im Bereich Zahnersatz auf rund 52 Mio. Euro pro Jahr. Damit bewegen sich die Folgekosten (allein in Bezug auf den vertragszahnärztlichen Bereich) in der Größenordnung des für die Zahnärztinnen und Zahnärzte vorgesehenen Einsparvolumens des GKV-FinStG.
- Darüber hinaus ist von deutlich positiven Auswirkungen der PAR-Behandlung auf die Allgemeingesundheit der Versicherten und dadurch induzierte Einsparungen im ärztlichen Sektor auszugehen – insbesondere im Zusammenhang mit Diabeteserkrankungen.
- Die indirekten Krankheitskosten (z. B. Produktivitätsverlust durch Abwesenheit vom Arbeitsplatz; Zahnlosigkeit; unbehandelte Karies bei Patienten mit Parodontitis, hauptsächlich Wurzelkaries) durch Parodontitis in Deutschland summieren sich auf rund 34,79 Mrd. Euro.

LITERATURANGABEN

LITERATURANGABEN

Botelho, J., Machado, V., Leira, Y., Proenca, L., Chambrone, L., & Mendes, J. J. (2022). Economic burden of periodontitis in the United States and Europe: An updated estimation. *J Periodontol*, 93(3), 373–379. doi:10.1002/JPER.21-0111

Chapple, I. L., Genco, R., & Working group 2 of joint, E. F. P. A. A. P. w. (2013). Diabetes and periodontal diseases: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Clin Periodontol*, 40 Suppl 14, 106–112. doi:10.1111/jcpe.12077

G-BA (2020). Zusammenfassende Dokumentation, Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie): Erstfassung. 111–153.
https://www.g-ba.de/downloads/40-268-7483/2020-12-17_PAR-RL_Erstfassung_ZD.pdf

G-BA (2020a). Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie): Erstfassung.
https://www.g-ba.de/downloads/40-268-7482/2020-12-17_PAR-RL_Erstfassung_TrG.pdf

Geerts, S. O., Nys, M., De, M. P., Charpentier, J., Albert, A., Legrand, V., & Rompen, E. H. (2002). Systemic release of endotoxins induced by gentle mastication: association with periodontitis severity. *J Periodontol*, 73(1), 73–78. doi:10.1902/jop.2002.73.1.73

GKV-Spitzenverband (2022). Unser Plan für Reformen, Geschäftsbericht 2021.
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/geschaeftsberichte/GKV_GB2021_barrierefrei.pdf

Graziani, F., Gennai, S., Solini, A., & Petrini, M. (2018). A systematic review and meta-analysis of epidemiologic observational evidence on the effect of periodontitis on diabetes An update of the EFP-AAP review. *J Clin Periodontol*, 45(2), 167–187. doi:10.1111/jcpe.12837

Jordan, A. R., Micheelis, W. (2016). Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie. Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln

Loos, B. G. (2005). Systemic markers of inflammation in periodontitis. *J Periodontol*, 76(11 Suppl), 2106–2115. doi:10.1902/jop.2005.76.11-S.2106

Loos, B. G. (2006). Systemic effects of periodontitis. *Ann R Australas Coll Dent Surg*, 18, 27–29

Nadim, R., Tang, J., Dilmoahmed, A., Yuan, S., Wu, C., Bakre, A. T., [...] & Chen, R. (2020). Influence of periodontal disease on risk of dementia: a systematic literature review and a meta-analysis. *Eur J Epidemiol*, 35(9), 821–833. doi:10.1007/s10654-020-00648-x

Qiao, Y., Wang, Z., Li, Y., Han, Y., Zhou, Y., & Cao, X. (2020). Rheumatoid arthritis risk in periodontitis patients: A systematic review and meta-analysis. *Joint Bone Spine*, 87(6), 556–564. doi:10.1016/j.jbspin.2020.04.024

Sanz, M., Del Castillo, A. M., Jepsen, S., Gonzalez-Juanatey, J. R., D’Aiuto, F., Bouchard, P., [...] & Wimmer, G. (2020). Periodontitis and Cardiovascular Diseases. Consensus Report. *Glob Heart*, 15(1), 1. doi:10.5334/gh.400

Schwendicke, F., Krois, J., Kocher, T., Hoffmann, T., Micheelis, W., & Jordan, R. A. (2018). More teeth in more elderly: Periodontal treatment needs in Germany 1997-2030. *J Clin Periodontol*, 45, 1400–1407. doi: 10.1111/jcpe.13020

Simpson, T. C., Clarkson, J. E., Worthington, H. V., MacDonald, L., Weldon, J. C., Needleman, I., & Twigg, J. (2022). Treatment of periodontitis for glycaemic control in people with diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(4), CD004714. doi:10.1002/14651858.CD004714.pub4

IMPRESSUM:

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Behrenstraße 42
10117 Berlin

www.kzbv.de
politik@kzbv.de

Deutsche Gesellschaft für
Parodontologie (DG PARO) e. V.
Neufferstraße 1
93055 Regensburg

www.dgparo.de
kontakt@dgparo.de