

Neue PAR Richtlinien – die ersten 100 Tage

TOPS UND FLOPS ZUR SINNVOLLEN ANWENDUNG UND
BEARBEITUNG DER FAQ'S

BEARBEITUNG DER FAQ'S

TOPS UND FLOPS ZUR SINNVOLLEN ANWENDUNG UND

Eine Fortbildung Ihres Zahnärztlichen Bezirksverbands
München Stadt und Land

München, 12. November 2021

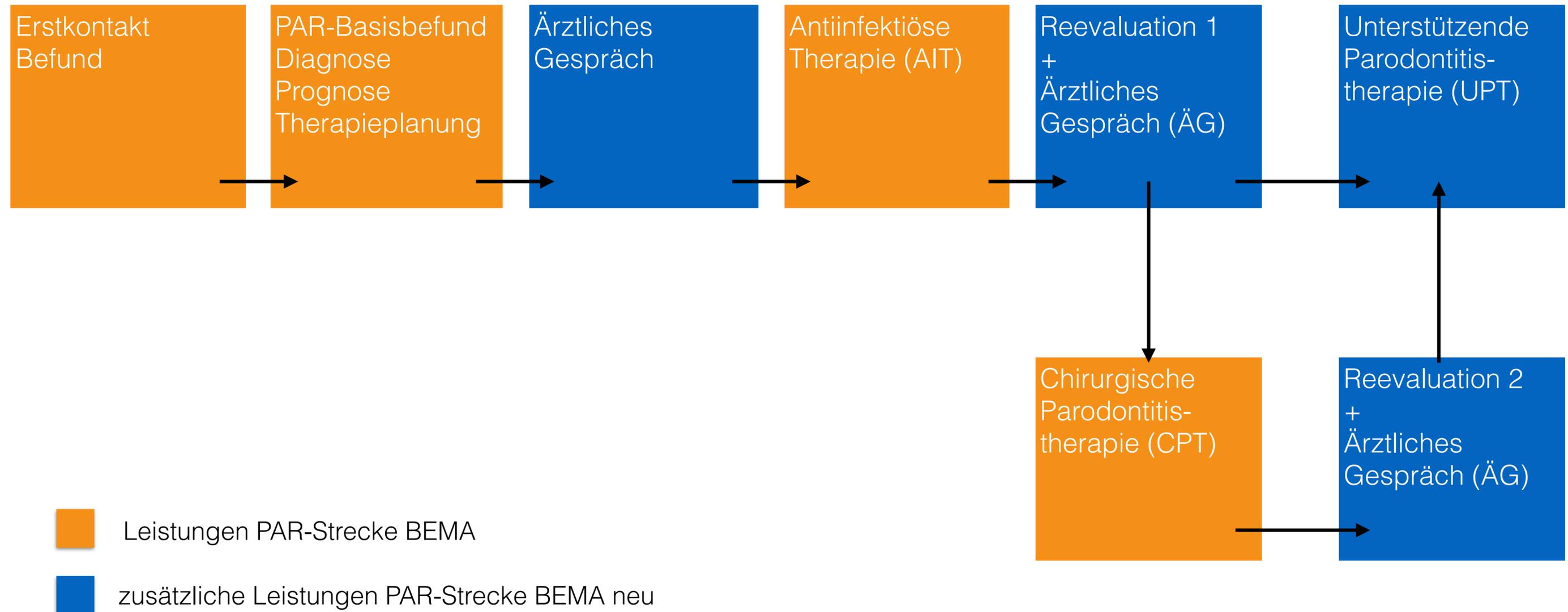
Referenten: Prof. Dr. Dr. Matthias Folwaczny, Dr. Cornelius Haffner, Dr. Stefan Böhm

»» Inhalte heute

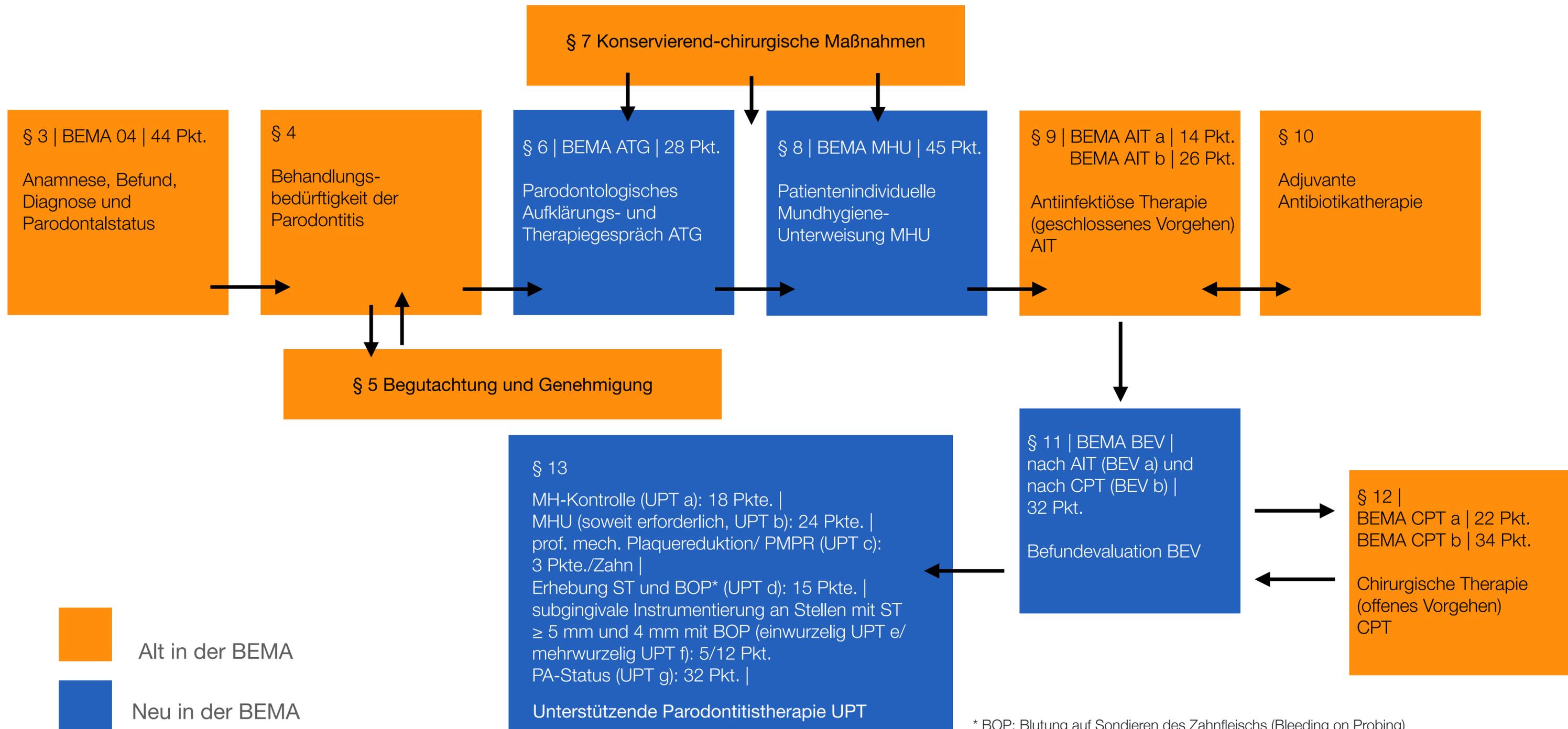
- Schema „Versorgungsstrecke“ in der Umsetzung der PAR-Richtlinie
- Die zeitlichen Vorgaben der Versorgungsstrecke und die Abrechnungsmöglichkeiten
- Die Delegation
- Der Behandlungsfall
- FAQs

Schema „Behandlungsstrecke“

Nach PAR-Versorgungskonzept BZÄK/KZBV, 2017



Schema „Versorgungsstrecke“ in der Umsetzung der PAR-Richtlinie



* BOP: Blutung auf Sondieren des Zahnfleischs (Bleeding on Probing)

Die neuen BEMA-Nummern und was sie bedeuten

| | |
|-----|--|
| ATG | Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch |
| MHU | Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung |
| AIT | Antiinfektiöse Therapie |
| BEV | Befundevaluation |
| CPT | Chirurgische Therapie |
| UPT | Unterstützende Parodontitistherapie |

Leistungsbeschreibung der PAR-Leistungen

| BEMA-Nr. | Beschreibung der Leistung | Bewertung | BEMA alt |
|----------|--|-----------|--------------|
| 04 | Erhebung Parodontaler Screenings-Index | 12 | 04 |
| 4 | Befunderhebung und Erstellen eines Parodontalstatus | 44 | 4 |
| ATG* | Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch | 28 | - |
| MHU* | Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung | 45 | - |
| AIT* | Antiinfektiöse Therapie a) je behandelten einwurzeligen Zahn b) je behandelten mehrwurzeligen Zahn | 14 26 | P200 P201 |
| BEV* | Befundevaluation a) nach AIT b) nach CPT | 32 32 | - |
| CPT* | Chirurgische Therapie a) je behandeltem einwurzeligen Zahn b) je behandeltem mehrwurzeligen Zahn | 22 34 | P202 P203 |

* Neue Leistung

| BEMA-Nr. | Beschreibung der Leistung | Bewertung | ALT |
|----------|---|---|-----|
| UPT* | <p>Unterstützende Parodontitistherapie</p> <p>a) Mundhygienekontrolle</p> <p>b) Mundhygieneunterweisung (soweit erforderlich)</p> <p>c) Supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen, je Zahn</p> <p>d) Messung von Sondierungsbluten und Sondierungstiefen, <ul style="list-style-type: none"> • Grad B bei der zweiten und vierten UPT • Grad C bei der zweiten, dritten, fünften und sechsten UPT </p> <p>e) Subgingivale Instrumentierung bei Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten sowie an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von 5 mm oder mehr, je einwurzeligem Zahn</p> <p>f) Subgingivale Instrumentierung bei Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten sowie an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von 5 mm oder mehr, je mehrwurzeligem Zahn</p> <p>g) Untersuchung des Parodontalzustands, die hierzu notwendige Dokumentation des klinischen Befunds umfasst die Sondierungstiefen, die Sondierungsblutung, die Zahnlockerung, den Furkationsbefall, den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe des Knochenabbaus in Relation zum Patientenalter (%/Alter)</p> | <p>18</p> <p>24</p> <p>3</p> <p>15</p> <p>5</p> <p>12</p> <p>32</p> | - |
| 108 | Einschleifen des natürlichen Gebisses zum Kauebenenausgleich und zur Entlastung, je Sitzung | 6 | 108 |
| 111 | Nachbehandlung im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen | 10 | 111 |

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Abrechnungs-Nr. Zahnarzt-Nr. Datum

PARODONTALSTATUS Blatt 1

vom _____

| | |
|--|--|
| Allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Tabakkonsum | Spezielle Vorgeschichte Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____ |
|--|--|

Diagnose

Parodontitis

Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen _____

Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen

Stadium (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| | <input type="checkbox"/> Stadium I | <input type="checkbox"/> Stadium II | <input type="checkbox"/> Stadium III | <input type="checkbox"/> Stadium IV |
| Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL) | <input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm) | <input type="checkbox"/> 15 – 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm) | <input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥ 5 mm) | |
| Zahnverlust aufgrund von Parodontitis | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne | <input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne | |
| Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt) | | <input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA | <input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III | <input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich |

Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)

Lokalisiert (< 30 % der Zähne) Generalisiert (≥ 30 % der Zähne) Molaren-Inzisiven-Muster

Grad (Progression)

| | | | |
|----------------------------------|--|---|---|
| | <input type="checkbox"/> Grad A | <input type="checkbox"/> Grad B | <input type="checkbox"/> Grad C |
| Knochenabbauindex (KA (%)/Alter) | <input type="checkbox"/> < 0,25 | <input type="checkbox"/> 0,25 – 1,0 | <input type="checkbox"/> > 1,0 |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Kein Diabetes | <input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 % | <input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 % |
| Rauchen | <input type="checkbox"/> Kein Rauchen | <input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag | <input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag |

Anschrift Krankenkasse

Entscheidung der Krankenkasse
 Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen werden nicht übernommen

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Vordr.-58 (2001) 07.2007 "Vorname" ca. 2 aktiv gültig" SCHIEDLICK 3% 1819 10 114 www.zbv.de

Stadium/Staging

Grad

CAL = klinischer Attachmentverlust / **FB** = Furkationsbeteiligung / **HbA1c** = glykiertes Hämoglobin / **KA** = röntgenologischer Knochenabbau / **ST** = Sondierungstiefe / **Zig.** = Zigaretten

Parodontitis: Staging

| Parodontitis-Stadium STAGING | | Stadium I | Stadium II | Stadium III | Stadium IV |
|------------------------------|---|---|---|--|--|
| Schweregrad | interdentaler CAL an Stellen mit höchstem Verlust | 1 - 2 mm | 3 - 4 mm | ≥ 5 mm | ≥ 5 mm |
| | KA | < 15 % | 15 - 33 % | > 33 % | |
| | Zahnverlust aufgrund von Parodontitis | kein Zahnverlust | | ≤ 4 Zähne | ≥ 5 Zähne |
| Komplexität | lokal | <ul style="list-style-type: none"> · ST ≤ 4 mm · vorwiegend horizontaler KA | <ul style="list-style-type: none"> · ST 5 mm · vorwiegend horizontaler KA | zusätzlich zu Stadium II: <ul style="list-style-type: none"> · ST ≥ 6 mm · vertik. KA ≥ 3 mm · FB Grad II oder III | zusätzlich zu Stadium III: <p>komplexe Rehabilitation erforderlich aufgrund von:</p> <ul style="list-style-type: none"> · mastikatorischer Dysfunktion · sekundärem okklusalen Trauma (Zahnbeweglichkeit ≥ Grad 2) · Zahnwanderung · ausgeprägtem Kammdefekt · Bisshöhenverlust · < 20 Restzähnen (10 okkludierende Paare) |
| | | | | | |
| Ausmaß und Verteilung | wird zur genaueren Beschreibung des Staging verwendet | für jedes Stadium Ausmaß als lokalisiert (< 30 % der Zähne betroffen), generalisiert oder Molaren-Inzisivi-Muster beschreiben | | | |

Papapanou, Sanz et al., 2018 Konsensus-Bericht, Tonetti et al. 2018 Fall-Definition

CAL = klinischer Attachmentverlust / FB = Furkationsbeteiligung / HbA1c = glykiertes Hämoglobin / KA = röntgenologischer Knochenabbau / ST = Sondierungstiefe / Zig. = Zigaretten

Parodontitis: Grading

| Parodontitis GRADING | | | GRAD A: langsame Progressionsrate | GRAD B: moderate Progressionsrate | GRAD C: rasche Progressionsrate |
|--------------------------|-----------------------------------|---|---|--|--|
| Primäre Kriterien | direkte Evidenz für Progression | longitudinale Daten für KA oder CAL | kein Verlust | < 2 mm über 5 Jahre | ≥ 2 mm über 5 Jahre |
| | indirekte Evidenz für Progression | KA (%)/Alter | < 0,25 | 0,25 - 1,0 | > 1,0 |
| Phänotyp | | · erheblicher Biofilm mit geringer parodontaler Destruktion | · Zerstörung proportional zum Biofilm | · Zerstörung unproportional zum Biofilm | · Episoden rapider Zerstörung |
| Modifikatoren | Risikofaktoren | Rauchen | Nichtraucher | Raucher < 10 Zig./Tag | Raucher ≥ 10 Zig./Tag |
| | | Diabetes | kein Diabetiker, normoglykämisch | HbA1c < 7,0 % bei Patienten mit Diabetes | HbA1c ≥ 7,0 % bei Patienten mit Diabetes |

Das Grading sollte als Indikator für die Geschwindigkeit der Parodontitis-Progression verwendet werden. Die primären Kriterien sind entweder direkte oder indirekte Evidenz für Progression. Sofern vorhanden, wird direkte Evidenz verwendet. Wenn diese nicht vorliegt, kann indirekt über die Relation des KA zum Lebensalter des Patienten bei dem am stärksten betroffenen Zahn auf die vergan-

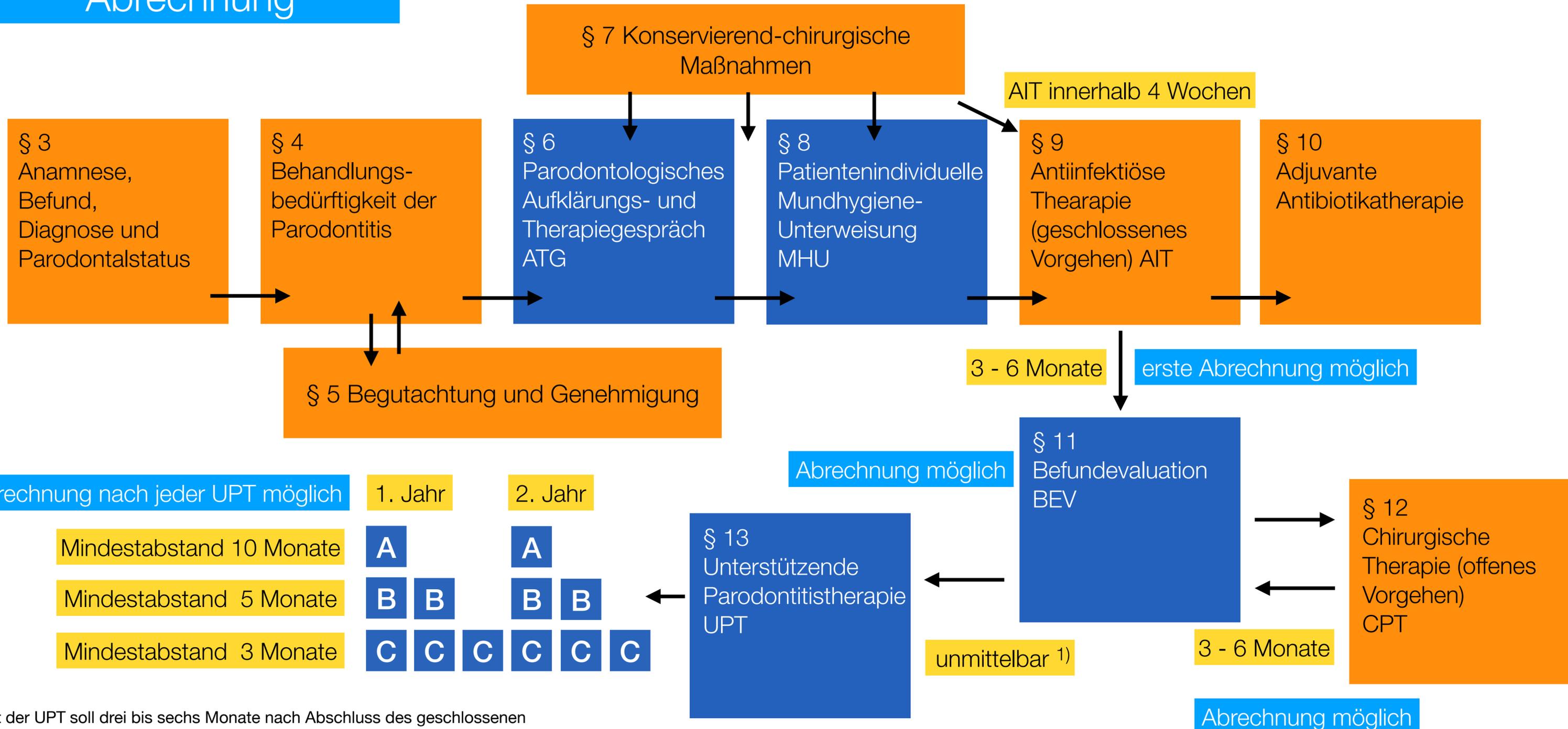
gene Progression geschlossen werden. Zunächst sollte allen Patienten ein Grad B zugeordnet werden. Danach soll nach Evidenz gesucht werden, die eine Einstufung in Grad A oder C rechtfertigen würde. Ähnlich dem Staging kann nach Bestimmung des Gradings eine Modifikation auf der Basis von Risikofaktoren erfolgen.

CAL = klinischer Attachmentverlust / **FB** = Furkationsbeteiligung / **HbA1c** = glykiertes Hämoglobin / **KA** = röntgenologischer Knochenabbau / **ST** = Sondierungstiefe / **Zig.** = Zigaretten

Die zeitlichen Vorgaben

Abrechnung

Vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie



1) Mit der UPT soll drei bis sechs Monate nach Abschluss des geschlossenen bzw. offenen Vorgehens gemäß §§ 9 und 12 begonnen werden (§ 13 PAR-RiLi).

Die Delegationsmöglichkeiten



Antwort **Dr. Sebastian Ziller MPH, Leiter Abteilung Prävention und Gesundheitsförderung für die BZÄK**

1. ... Danach sind unter Beachtung der berufsrechtlichen Bestimmungen
 - Teile Geb.-Nrn. 4070 und 4075 GOZ (Parodontalchirurgische Therapie) sowie
 - Teile der AIT und UPTan **qualifiziertes Fachpersonal**, in der Regel an ZMP/ZMF bzw. DH, delegierbar.
2. Die vollständige Leistungserbringung und damit die Berechnungsfähigkeit der Geb.-Nr. bzw. der BEMA-Positionen setzt jedoch ein **persönliches Tätigwerden des Zahnarztes** voraus.
3. Der Umfang dieser manipulativen Tätigkeit richtet sich nach der klinischen Situation, der Adhärenz des Patienten sowie der **Komplikationsdichte im Einzelfall**.
4. Sind nach der nichtinvasiven Entfernung aller supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge durch eine qualifizierte nichtzahnärztliche Assistenzkraft bei der **Kontrolle durch den Zahnarzt keine weiteren Maßnahmen notwendig**, so ist die Leistung erbracht.
5. Stellt der Zahnarzt jedoch fest, dass tiefer gelegene **Konkremente entfernt werden müssen** oder eine **Wurzelglättung erforderlich ist**, muss er diese Teile der Leistungen selbst erbringen.
6. ... für die Zahnsteinentfernung eine objektive Qualifikation zur ZAH/ZFA mit dem entsprechenden Prophylaxebaustein sowie für die PZR, AIT, UPT eine Qualifikation zur ZMP, ZMF oder DH.

Die Delegationsmöglichkeiten

| BEMA-Nr. | Leistung | delegierbar | teilweise | Zahnarzt |
|---------------|---|-------------|-----------|----------|
| 107 | Entfernen harter Beläge | ✓ | | |
| O4 | Erhebung Parodontaler Screening-Index | | ✓ | ✓ |
| 4 | Erstellen Parodontalstatus | | ✓ | ✓ |
| ATG | Aufklärungs- und Therapiegespräch | | | ✓ |
| MHU | Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung | ✓ | | |
| 108 | Einschleifen des natürlichen Gebisses | | | ✓ |
| AIT a / AIT b | Antiinfektiöse Therapie | | ✓ | ✓ |
| BEV a / BEV b | Befundevaluation | | ✓ | ✓ |
| CPT a / CPT b | Chirurgische Therapie | | | ✓ |
| 111 | Nachbehandlung | | ✓ | ✓ |
| UPT a | Mundhygienekontrolle | ✓ | | |
| UPT b | Mundhygieneunterweisung | ✓ | | |
| UPT c | Supragingivale/gingivale Reinigung | ✓ | | |
| UPT d | Messung Sondierungstiefen und Sondierungsbluten | ✓ | | |
| UPT e / UPT f | Subgingivale Instrumentierung | | ✓ | ✓ |
| UPT g | Untersuchung des Parodontalzustands | | ✓ | ✓ |

Die neuen PAR-Richtlinien -
die ersten 100 Tage

Der Behandlungsfall



Behandlung einer neuen Patientin

- Dabei wird u. a. der Parodontale-Screenings-Index (PSI) erhoben
- Röntgendiagnostik etc.
- Folge: Parodontitis-Therapie empfohlen
- Bei der Patientin wird in der gleichen Sitzung eine professionelle Zahnreinigung durchgeführt

Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)

Vorname: _____ Name: _____

Wir haben bei Ihnen den Parodontalen Screening-Index (PSI) erhoben. Der PSI bietet einen orientierenden Überblick über das mögliche Vorliegen und die Schwere einer parodontalen Erkrankung sowie den möglichen Behandlungsbedarf. Die bei Ihnen in der Untersuchung festgestellten Werte können Sie der nachfolgenden Tabelle entnehmen.

| Einteilung von Ober- und Unterkiefer in je drei Sextanten (S 1 – S 6) | Höchster im Sextanten festgestellter Code | Erläuterung der PSI-Codes |
|---|--|---|
| | S 1 <input type="text"/> S 2 <input type="text"/> S 3 <input type="text"/> S 4 <input type="text"/> S 5 <input type="text"/> S 6 <input type="text"/> | 0 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, keine Blutung auf Sondierung, kein Zahnstein, keine überstehenden Füllungs-/Kronenränder 1 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, Blutung auf Sondierung, kein Zahnstein, keine überstehenden Füllungs-/Kronenränder 2 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, Zahnstein und/oder überstehende Füllungs-/Kronenränder 3 Sondierungstiefe 3,5 bis 5,5 mm 4 Sondierungstiefe größer 5,5 mm * Auffälligkeiten wie z. B. Zahnfleischrückgang oder Zahnlockerung sind mit einem Stern gekennzeichnet. |

Aus den Screening-Ergebnissen ergeben sich die folgenden Diagnosen und Empfehlungen:

| PSI-Code | Diagnose | Empfehlungen, möglicher Untersuchungs- und Behandlungsbedarf |
|----------|---|--|
| 0 | Parodontal gesund | Keine Therapie notwendig, regelmäßige Kontrolluntersuchung |
| 1 | Zahnfleischentzündung (Gingivitis) | Verbesserung der Mundhygiene |
| 2 | Zahnfleischentzündung (Gingivitis), Zahnstein oder überstehende Füllungs- oder Kronenränder | Verbesserung der Mundhygiene, Zahnsteinentfernung oder Glättung überstehender Füllungs- und Kronenränder |
| 3 | Verdacht auf Parodontitis | Verbesserung der Mundhygiene, parodontale Befunderhebung einschließlich der Anfertigung von Röntgenbildern als Basis der Diagnosestellung und der weiteren Therapieplanung |
| 4 | | |

Wir haben Sie über das Untersuchungsergebnis, den möglichen Behandlungsbedarf sowie – bei Messergebnis Code 3 oder 4 – über die Notwendigkeit, einen klinischen und einen röntgenologischen Befund zu erheben sowie die Diagnose zu stellen, informiert.

Sonstige/weitere Empfehlung: _____

Ort, Datum _____ Zahnarztstempel _____

Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)

Karin

Musterfrau

Vorname: _____

Name: _____

Wir haben bei Ihnen den Parodontalen Screening-Index (PSI) erhoben. Der PSI bietet einen orientierenden Überblick über das mögliche Vorliegen und die Schwere einer parodontalen Erkrankung sowie den möglichen Behandlungsbedarf. Die bei Ihnen in der Untersuchung festgestellten Werte können Sie der nachfolgenden Tabelle entnehmen.

| Einteilung von Ober- und Unterkiefer in je drei Sextanten (S 1 – S 6) | Höchster im Sextanten festgestellter Code | Erläuterung der PSI-Codes |
|---|--|--|
| Oberkiefer | S 1 <input type="text" value="4*"/> S 2 <input type="text" value="3"/> S 3 <input type="text" value="3*"/> | 0 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, keine Blutung auf Sondierung, kein Zahnstein, keine überstehenden Füllungs-/Kronenränder 1 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, Blutung auf Sondierung, kein Zahnstein, keine überstehenden Füllungs-/Kronenränder 2 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, Zahnstein und/oder überstehende Füllungs-/Kronenränder 3 Sondierungstiefe 3,5 bis 5,5 mm 4 Sondierungstiefe größer 5,5 mm |
| Unterkiefer | S 4 <input type="text" value="3*"/> S 5 <input type="text" value="2"/> S 6 <input type="text" value="4*"/> | |

* Auffälligkeiten wie z. B. Zahnfleischrückgang oder Zahnlockerung sind mit einem Stern gekennzeichnet.

Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)

Vorname: _____ Name: _____

Wir haben bei Ihnen den Parodontalen Screening-Index (PSI) erhoben. Der PSI bietet einen orientierenden Überblick über das mögliche Vorliegen und die Schwere einer parodontalen Erkrankung sowie den möglichen Behandlungsbedarf. Die bei Ihnen in der Untersuchung festgestellten Werte können Sie der nachfolgenden Tabelle entnehmen.

| Einteilung von Ober- und Unterkiefer in je drei Sextanten (S 1 – S 6) | Höchster im Sextanten festgestellter Code | Erläuterung der PSI-Codes |
|---|--|--|
| | S 1 <input type="text"/> S 2 <input type="text"/> S 3 <input type="text"/> S 4 <input type="text"/> S 5 <input type="text"/> S 6 <input type="text"/> | 0 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, keine Blutung auf Sondierung, kein Zahnstein, keine überstehenden Füllungs-/Kronenränder 1 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, Blutung auf Sondierung, kein Zahnstein, keine überstehenden Füllungs-/Kronenränder 2 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, Zahnstein und/oder überstehende Füllungs-/Kronenränder 3 Sondierungstiefe 3,5 bis 5,5 mm 4 Sondierungstiefe größer 5,5 mm |
| * Auffälligkeiten wie z. B. Zahnfleischrückgang oder Zahnlockerung sind mit einem Stern gekennzeichnet. | | |

Aus den Screening-Ergebnissen ergeben sich die folgenden Diagnosen und Empfehlungen:

| PSI-Code | Diagnose | Empfehlungen, möglicher Untersuchungs- und Behandlungsbedarf |
|----------|---|--|
| 0 | Parodontal gesund | Keine Therapie notwendig, regelmäßige Kontrolluntersuchung |
| 1 | Zahnfleischentzündung (Gingivitis) | Verbesserung der Mundhygiene |
| 2 | Zahnfleischentzündung (Gingivitis), Zahnstein oder überstehende Füllungs- oder Kronenränder | Verbesserung der Mundhygiene, Zahnsteinentfernung oder Glättung überstehender Füllungs- und Kronenränder |
| 3 | Verdacht auf Parodontitis | Verbesserung der Mundhygiene, parodontale Befunderhebung einschließlich der Anfertigung von Röntgenbildern als Basis der Diagnosestellung und der weiteren Therapieplanung |
| 4 | | |

Wir haben Sie über das Untersuchungsergebnis, den möglichen Behandlungsbedarf sowie – bei Messergebnis Code 3 oder 4 – über die Notwendigkeit, einen klinischen und einen röntgenologischen Befund zu erheben sowie die Diagnose zu stellen, informiert.

Sonstiges/weitere Empfehlung: _____

Ort, Datum _____ Zahnarztstempel _____

Aus den Screening-Ergebnissen ergeben sich die folgenden Diagnosen und Empfehlungen:

| PSI-Code | Diagnose | Empfehlungen, möglicher Untersuchungs- und Behandlungsbedarf |
|----------|---|--|
| 0 | Parodontal gesund | Keine Therapie notwendig, regelmäßige Kontrolluntersuchung |
| 1 | Zahnfleischentzündung (Gingivitis) | Verbesserung der Mundhygiene |
| 2 | Zahnfleischentzündung (Gingivitis), Zahnstein oder überstehende Füllungs- oder Kronenränder | Verbesserung der Mundhygiene, Zahnsteinentfernung oder Glättung überstehender Füllungs- und Kronenränder |
| 3 | Verdacht auf Parodontitis | Verbesserung der Mundhygiene, parodontale Befunderhebung einschließlich der Anfertigung von Röntgenbildern als Basis der Diagnosestellung und der weiteren Therapieplanung |
| 4 | | |

Wir haben Sie über das Untersuchungsergebnis, den möglichen Behandlungsbedarf sowie – bei Messergebnis Code 3 oder 4 – über die Notwendigkeit, einen klinischen und einen röntgenologischen Befund zu erheben sowie die Diagnose zu stellen, informiert.

Sonstiges/weitere Empfehlung: _____

Ort, Datum _____ Zahnarztstempel _____

Vordr. 11 (Z504 07.2021) "Vordruck ca. 2 Jahre gültig" SCHÜTZDRUCK Tel. (0511) 32 73 44 · www.schuetzdruck.de

Vordr. 11 (Z504 07.2021) "Vordruck ca. 2 Jahre gültig" SCHÜTZDRUCK Tel. (0511) 32 73 44 · www.schuetzdruck.de

Behandlungsablauf der PAR-Therapie

Behandlungstag 1



§ 3 | BEMA 4 | 44 Pkt.
Anamnese, Befund, Diagnose und Parodontalstatus

- allgemeine, spezifische Anamnese (Tabakkonsum, DM/HbA1c)
- Parodontalstatus: mind. 2 Sondierungstiefen, Zahnlockerung, Furkationsbefall, Zahnverlust durch PA
- Röntgenbefund (nicht älter als 12 Monate) und Knochenabbau (%/Alter)
- Diagnose

44 Pkte. x € 1,1670
€ 51,35



§ 4
Behandlungsbedürftigkeit der Parodontitis

Die systematische Behandlung einer Parodontitis ist angezeigt, wenn eine der folgenden Diagnosen gestellt wird und dabei eine ST \geq 4 mm vorliegt:

1. Parodontitis (Staging, Grading),
2. Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen,
3. generalisierte gingivale Vergrößerungen



§ 5
Begutachtung und Genehmigung

Der Antrag wird der Krankenkasse mittels eines zwischen den Bundesmantelvertragspartnern vereinbarten Datensatzes übermittelt. Die Krankenkasse kann vor der Kostenübernahmeentscheidung die diagnostischen Unterlagen und die Versicherten begutachten lassen.

Behandlungsablauf der PAR-Therapie

Behandlungstag 1



Leistungen teilweise delegierbar

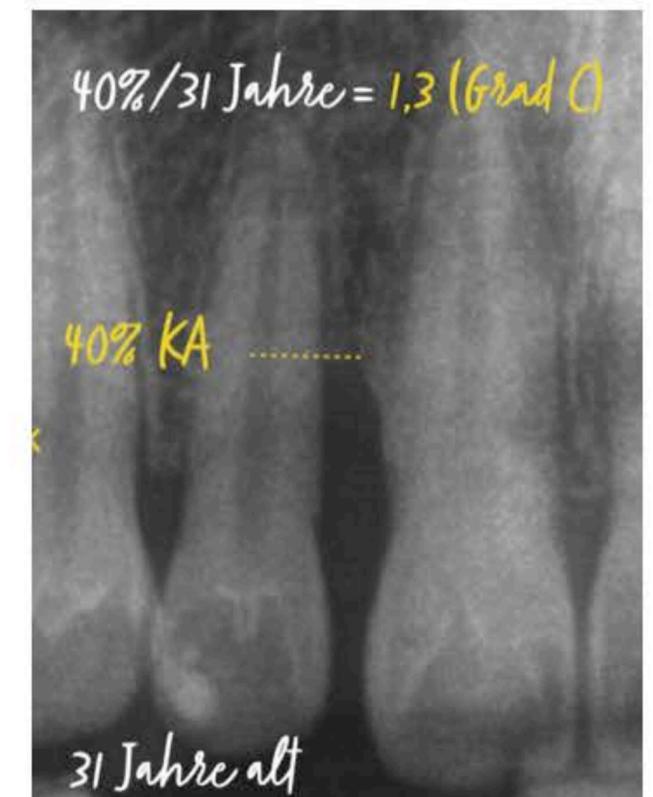
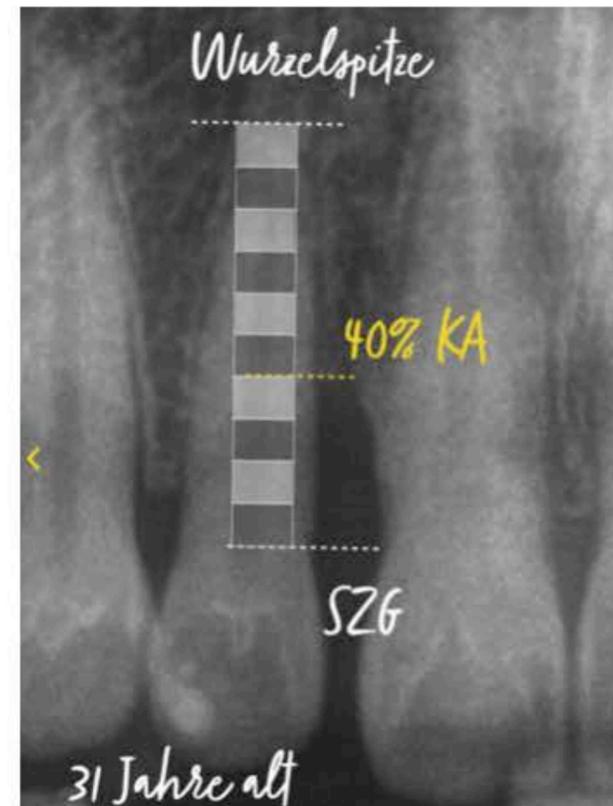
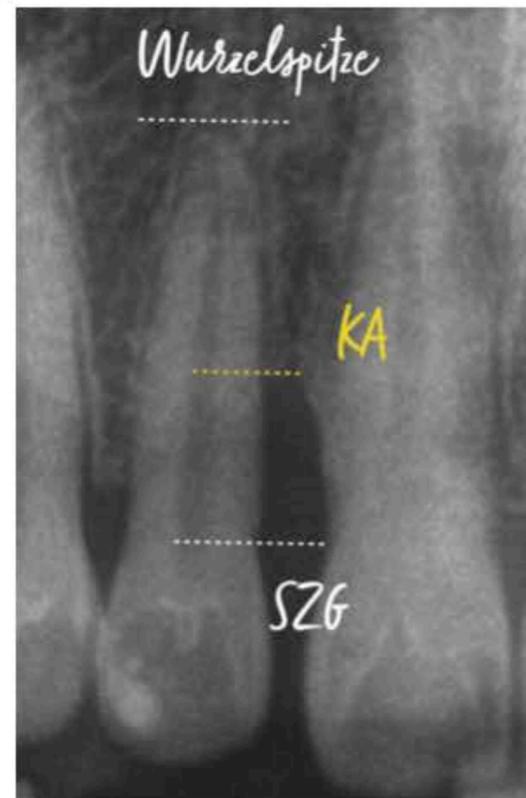


Stellt fest



Wie ist der röntgenologische Knochenabbau (KA) zu ermitteln?

Auf dem Röntgenbild wird der Bereich der Dentition bestimmt, der den stärksten Knochenabbau (horizontaler/vertikaler Abbau) aufweist. Dieser Befund wird als prozentualer Knochenabbau in Bezug zur Wurzellänge in der Zeile „Röntg. Knochenabbau (KA)“ dokumentiert. Dieser Wert kann geschätzt werden.



PARODONTALSTATUS Blatt 1

vom 15.07.2021

| | | |
|--|--------------------------------------|----------------------------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger KK | | |
| Name, Vorname des Versicherten Musterfrau, Karin geb. am 25.04.51 | | |
| Hauptort. 123 98760 Musterstadt | | |
| Kostenträgerkennung 987654321 | Versicherten-Nr. 123456789 | Status 1 |
| Abrechnungs-Nr. 54321 | Zahnarzt-Nr. 123456 | Datum 15.07.2021 |

| | | |
|---|---|--|
| Allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Tabakkonsum | <input checked="" type="checkbox"/> Sonstiges: <u>Bluthochdruck</u> | Spezielle Vorgeschichte Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. <u>2018</u> |
|---|---|--|

Diagnose

Parodontitis

Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen _____

Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen

Stadium (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)

| | | | | |
|---|--|--|--|-------------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> Stadium I | <input type="checkbox"/> Stadium II | <input checked="" type="checkbox"/> Stadium III | <input type="checkbox"/> Stadium IV |
| Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL) | <input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm) | <input type="checkbox"/> 15 – 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm) | <input checked="" type="checkbox"/> > 33 % <input checked="" type="checkbox"/> (≥ 5 mm) | |
| Zahnverlust aufgrund von Parodontitis | <input type="checkbox"/> Nein | | <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne | <input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne |
| Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt) | <input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA | <input checked="" type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III | <input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich | |

Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)

Lokalisiert (< 30 % der Zähne) Generalisiert (≥ 30 % der Zähne) Molaren-Inzisiven-Muster

Grad (Progression)

| | | | |
|----------------------------------|--|--|---|
| | <input type="checkbox"/> Grad A | <input checked="" type="checkbox"/> Grad B | <input type="checkbox"/> Grad C |
| Knochenabbauindex (KA (%)/Alter) | <input type="checkbox"/> < 0,25 | <input checked="" type="checkbox"/> 0,25 – 1,0 | <input type="checkbox"/> > 1,0 |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Kein Diabetes | <input checked="" type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 % | <input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 % |
| Rauchen | <input checked="" type="checkbox"/> Kein Rauchen | <input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag | <input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag |

Anschrift Krankenkasse

Entscheidung der Krankenkasse
Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen werden nicht übernommen

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

*) Vordruck ca. 2 Jahre gültig! - schütZBU/CK - Tel. (08 9) 52 73 44 - www.schuetzbu.de

CAL = klinischer Attachmentverlust / **FB** = Furkationsbeteiligung / **HbA1c** = glykiertes Hämoglobin / **KA** = röntgenologischer Knochenabbau / **ST** = Sondierungstiefe / **Zig.** = Zigaretten

Vord

Behandlungstag 2

€ 51,35



§ 6 | BEMA ATG
| 28 Pkt.

Parodontologisches
Aufklärungs- und
Therapiegespräch
(ATG)

- Erörterung Therapiealternativen, gemeinsame Entscheidungsfindung
- Information gesundheitsbewusstes Verhalten zur Reduktion von Risikofaktoren
- Information über Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen

28 Pkte. x
€ 1,1670

€ 32,68

Im zeitlichen Zusammenhang
mit BEMA-Nrn. ATG, MHU
und AIT



§ 7

Konservierend-
chirurgische
Maßnahmen

Konservierend-chirurgische Maßnahmen einschließlich des Glättens überstehender Füllungs- und Kronenränder sind je nach Indikation vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie durchzuführen.

Am gleichen Behandlungstag
mit BEMA-Nrn. ATG
und AIT möglich



§ 8 | BEMA MHU
| 45 Pkt.

Patientenindividuelle
Mundhygiene-
Unterweisung
(MHU)

Aufklärung MH, Bestimmung Entzündung der Gingiva, Anfärben von Plaque, individuelle MH-Instruktion, praktische Anleitung zu MH mit Auswahl geeigneter Hilfsmittel

45 Pkte. x
€ 1,1670

€ 52,52

Behandlungstag 2 ggf. 3

€ 136,55



Auch am gleichen Behandlungstag mit BEMA-Nrn. ATG und MHU möglich



Leistung delegierbar

§ 9 | BEMA AIT a | 14 Pkt.
BEMA AIT b | 26 Pkt.

Antiinfektiöse Therapie
(geschlossenes
Vorgehen) AIT

Entfernung aller supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkreme an Stellen mit ST \geq 4 mm), möglichst innerhalb von 4 Wochen

14 Pkte. x 14 x
€ 1,1670
7 Pkte. x 26 x
€ 1,1670

€ 228,73
€ 212,39

§ 10

Adjuvante
Antibiotikatherapie

Entfernung aller supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkreme an Stellen mit ST \geq 4 mm), möglichst innerhalb von 4 Wochen

Drei bis sechs Monate nach Beendigung der antiinfektiösen Therapie erfolgt die erste Evaluation der parodontalen Befunde.

Behandlungstag 4



Leistung delegierbar

§ 11 | BEMA BEV
| 32 Pkt.

Befundevaluation BEV

Parodontalstatus: Sondierungstiefen und Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn, Zahnlockerung, Furkationsbefall, Röntgenbefund und KA (%Alter)*

* falls es kein neues Röntgenbild gibt und keine medizinische Indikation für ein neues Röntgenbild besteht, wird das vorhandene Röntgenbild bewertet oder der Befund übernommen. Falls es neuere Bilder gibt, werden diese entsprechend befundet.

32 Pkte. x
€ 1,1670

€ 37,34

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | geb. am |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Abrechnungs-Nr. | Zahnarzt-Nr. | Datum |

Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen) gemäß § 12 Abs. 1 der PAR-RL

Es werden weitere Maßnahmen im Rahmen der systematischen PAR-Therapie zum Parodontalstatus vom _____ notwendig.

Folgende Leistungen werden angezeigt:

| Geb.-Nr. | Zahnangabe |
|----------|------------|
| CPT a | |
| CPT b | |

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen) gemäß § 12 Abs. 1 der PAR-RL

Es werden weitere Maßnahmen im Rahmen der systematischen PAR-Therapie zum Parodontalstatus vom 15.07.2021 notwendig.

Folgende Leistungen werden angezeigt:

| Geb.-Nr. | Zahnangabe |
|----------|------------|
| CPT a | - |
| CPT b | 10 |

Die BEV muss nicht gesondert angezeigt werden, sondern kann nach genehmigtem Antrag bzw. nach Entscheidung für eine CPT und Information an die KK erbracht und abgerechnet werden.

Behandlungstag 5

€ 615,01



§ 12 | BEMA CPT a 22 Pkt.
BEMA CPT b 34 Pkt.

Chirurgische Therapie
(offenes Vorgehen) CPT

Die Chirurgische Therapie erfolgt im Rahmen eines offenen Vorgehens und umfasst die Lappenoperation sowie das supra- und subgingivale Debridement. Es hat ein geschlossenes Vorgehen im Rahmen der Antiinfektiösen Therapie (AIT) vorauszugehen. Die zahnmedizinische Notwendigkeit für ein offenes Vorgehen kann für Parodontien angezeigt sein, bei denen im Rahmen der Befundevaluation eine Sondierungstiefe von 6 mm oder mehr gemessen wird.

34 Pkte. x 10 x
€ 1,1670

€ 396,78

Drei bis sechs Monate nach Beendigung der chirurgischen Therapie erfolgt die zweite Evaluation der parodontalen Befunde.

Behandlungstag 6



Leistung delegierbar

§ 11 | BEMA BEV | 32 Pkt.

Befundevaluation BEV

Parodontalstatus: Sondierungstiefen und Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn, Zahnlockerung, Furkationsbefall, Röntgenbefund und KA (%Alter)*

* falls es kein neues Röntgenbild gibt und keine medizinische Indikation für ein neues Röntgenbild besteht, wird das vorhandene Röntgenbild bewertet oder der Befund übernommen. Falls es neuere Bilder gibt, werden diese entsprechend befundet.

32 Pkte. x
€ 1,1670

€ 37,34

§ 13

Unterstützende
Parodontitistherapie

Pkte. 18

Pkte. 24

Pkte. 3

Pkte. 15

Pkte. 5

Pkte. 12

Pkte. 32

- a) Mundhygienekontrolle
- b) Mundhygieneunterweisung (soweit erforderlich)
- c) Supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen, je Zahn
- d) Messung von Sondierungsbluten und Sondierungstiefen,
 - Grad B bei der zweiten und vierten UPT
 - Grad C bei der zweiten, dritten, fünften und sechsten UPT
- e) Subgingivale Instrumentierung bei
 - Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten sowie
 - an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von 5 mm oder mehr, je einwurzeligem Zahn
- f) Subgingivale Instrumentierung bei Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten sowie an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von 5 mm oder mehr, je mehrwurzeligem Zahn
- g) Untersuchung des Parodontalzustands, die hierzu notwendige Dokumentation des klinischen Befunds umfasst die Sondierungstiefen, die Sondierungsblutung, die Zahnlockerung, den Furkationsbefall, den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe des Knochenabbaus in Relation zum Patientenalter (%/Alter).

Abgleich der erhobenen Befunddaten mit den Befunddaten der Nr. BEV oder der Nr. UPT d und Erläuterung der Ergebnisse und des weiteren Vorgehens

Die Leistung nach Nr. UPT g ist ab dem Beginn des zweiten Jahres der UPT einmal im Kalenderjahr abrechenbar.

In unserem Behandlungsbeispiel liegt Grad B vor, Mindestabstand der UPT von 5 Monate

| Grad B | 1. Jahr/1. UPT | 1. Jahr/2. UPT | 2. Jahr/3. UPT | 2. Jahr/4. UPT |
|---------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| UPT a | ja | ja | ja | ja |
| UPT b ¹⁾ | ja ¹⁾ | ja ¹⁾ | ja ¹⁾ | ja ¹⁾ |
| UPT c | ja | ja | ja | ja |
| UPT d | - | ja | - | ja |
| UPT e ²⁾ | ja ²⁾ | ja ²⁾ | ja ²⁾ | ja ²⁾ |
| UPT f ²⁾ | ja ²⁾ | ja ²⁾ | ja ²⁾ | ja ²⁾ |
| UPT g ³⁾ | - | - | ja ³⁾ | - |

1) soweit erforderlich § 13 Abs. 2 Nr. 2 PAR-RiLi

2) bei Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten **oder** bei Sondierungstiefen von 5 mm und mehr

3) ab dem Beginn des 2. Jahres einmal im Kalenderjahr § 13 Abs. 2 Nr. 5 PAR-RiLi

Behandlungstag 7



Am gleichen Behandlungstag mit BEMA-Nrn. BEV möglich

Beginn der Unterstützenden Parodontitistherapie unmittelbar nach der CPT (und BEV):

€ 1.049,13

§ 13
Unterstützende Parodontitistherapie
UPT1

UPT a - UPT b* - UPT c - UPT e** - UPT f** (18 - 24 - 75 - 56 - 84)

* soweit erforderlich

** bei Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten oder bei Sondierungstiefen von 5mm und mehr

257 Pkte. x
€ 1,1670

€ 299,92

frühestens nach 5 Monaten

Behandlungstag 8



§ 13
Unterstützende Parodontitistherapie
UPT2

UPT a - UPT b* - UPT c - UPT d - UPT e** - UPT f** (18 - 24 - 75 - 15 - 56 - 84)

* soweit erforderlich

** bei Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten oder bei Sondierungstiefen von 5mm und mehr

272 Pkte. x
€ 1,1670

€ 317,42

frühestens nach 5 Monaten

Behandlungstag 9



Einschätzung der Ergebnisse ÜPT g

§ 13
Unterstützende Parodontitistherapie
UPT3

UPT a - UPT b* - UPT c - UPT e** - UPT f** - UPT g*** (18 - 24 - 75 - 56 - 84 - 32)

* soweit erforderlich

** bei Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten oder bei Sondierungstiefen von 5mm und mehr

*** ab dem Beginn des 2. Jahres einmal im Kalenderjahr § 13 Abs. 2 Nr. 5 PAR-RiLi

289 Pkte. x
€ 1,1670

€ 337,26

Behandlungstag 10



Abschlussgespräch

§ 13
Unterstützende Parodontitistherapie
UPT4

UPT a - UPT b* - UPT c - UPT d - UPT e** - UPT f** (18 - 24 - 75 - 15 - 56 - 84)

* soweit erforderlich

** bei Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten oder bei Sondierungstiefen von 5mm und mehr

272 Pkte. x
€ 1,1670

€ 317,42

€ 2.533,58

| Grad B* | Bewertung | 1. Jahr/1. UPT | 1. Jahr/2. UPT | 2. Jahr/3. UPT | 2. Jahr/4. UPT |
|------------|-----------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| UPT a | 18 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| UPT b | 24 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| UPT c (28) | je 3 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| UPT d | 15 | | ✓ | | ✓ |
| UPT e (20) | je 5 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| UPT f (8) | je 12 | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| UPT g | 32 | | | ✓ | |

| | | | | | |
|----------|---------|----------|----------|----------|----------|
| Pkte. | | 322 | 337 | 354 | 337 |
| Pkt.wert | 1,167 € | 375,77 € | 393,28 € | 413,12 € | 393,28 € |

* 28 Zähne

1.575,45 €

In unserem Behandlungsbeispiel liegt Grad A vor, Mindestabstand der UPT von 10 Monate

| Grad A | 1. Jahr/1. UPT | 2. Jahr/2. UPT |
|---------------------|------------------|------------------|
| UPT a | ja | ja |
| UPT b ¹⁾ | ja ¹⁾ | ja ¹⁾ |
| UPT c | ja | ja |
| UPT d | - | - |
| UPT e ²⁾ | ja ²⁾ | ja ²⁾ |
| UPT f ²⁾ | ja ²⁾ | ja ²⁾ |
| UPT g ³⁾ | - | ja ³⁾ |

1) soweit erforderlich § 13 Abs. 2 Nr. 2 PAR-RiLi

2) bei Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten **oder** bei Sondierungstiefen von 5 mm und mehr

3) ab dem Beginn des 2. Jahres einmal im Kalenderjahr § 13 Abs. 2 Nr. 5 PAR-RiLi

In unserem Behandlungsbeispiel liegt Grad B vor, Mindestabstand der UPT von 5 Monate

| Grad B | 1. Jahr/1. UPT | 1. Jahr/2. UPT | 2. Jahr/3. UPT | 2. Jahr/4. UPT |
|---------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| UPT a | ja | ja | ja | ja |
| UPT b ¹⁾ | ja ¹⁾ | ja ¹⁾ | ja ¹⁾ | ja ¹⁾ |
| UPT c | ja | ja | ja | ja |
| UPT d | - | ja | - | ja |
| UPT e ²⁾ | ja ²⁾ | ja ²⁾ | ja ²⁾ | ja ²⁾ |
| UPT f ²⁾ | ja ²⁾ | ja ²⁾ | ja ²⁾ | ja ²⁾ |
| UPT g ³⁾ | - | - | ja ³⁾ | - |

1) soweit erforderlich § 13 Abs. 2 Nr. 2 PAR-RiLi

2) bei Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten **oder** bei Sondierungstiefen von 5 mm und mehr

3) ab dem Beginn des 2. Jahres einmal im Kalenderjahr § 13 Abs. 2 Nr. 5 PAR-RiLi

In unserem Behandlungsbeispiel liegt Grad C vor, Mindestabstand der UPT von 3 Monate

| Grad c | 1. Jahr/1. UPT | 1. Jahr/2. UPT | 1. Jahr/3. UPT | 2. Jahr/4. UPT | 2. Jahr/5. UPT | 2. Jahr/6. UPT |
|---------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| UPT a | ja | ja | ja | ja | ja | ja |
| UPT b ¹⁾ | ja ¹⁾ |
| UPT c | ja | ja | ja | ja | ja | ja |
| UPT d | - | ja | ja | | ja | ja |
| UPT e ²⁾ | ja ²⁾ |
| UPT f ²⁾ | ja ²⁾ |
| UPT g ³⁾ | - | - | - | ja ³⁾ | - | - |

1) soweit erforderlich § 13 Abs. 2 Nr. 2 PAR-RiLi

2) bei Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten **oder** bei Sondierungstiefen von 5 mm und mehr

3) ab dem Beginn des 2. Jahres einmal im Kalenderjahr § 13 Abs. 2 Nr. 5 PAR-RiLi

Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Bema: Honorar einer CPT, 6 Zähne (14,16,25,26,37,46), Punktwert 1.1670

| Bema | Bezeichnung | Anzahl | Euro |
|------|--|--------|---------------|
| CPTa | Chirurgische Therapie, einwurzeliger Zahn | 1 | 25,67 |
| CPTb | Chirurgische Therapie, mehrwurzeliger Zahn | 5 | 198,40 |
| BEVb | Befundevaluation nach CPT | 1 | 37,34 |
| | | | 261,41 |

GOZ: Honorar einer offenen PAR, 6 Zähne (14,16,25,26,37,46), Faktor 2,3

| Gebühr | Bezeichnung | Anzahl | Euro |
|-------------|--|--------|---------------|
| 4090 | Lappenoperation/offene Kürettage an einem Frontzahn | 1 | 23,28 |
| 4100 | Lappenoperation/offene Kürettage an einem Seitenzahn | 5 | 177,85 |
| 0500 | Zuschlag | 1 | 22,50 |
| 4000 + 4005 | Befundung | | 31,05 |
| | | | 254,68 |

| Bema-Beispiel einer UPT Grad C, 24 Zähne (16–26, 36–46), Punktwert 1.1670 | | | |
|--|---------------------|---------------------|---------------------|
| | UPTa | 21,01 € | |
| | UPTb | 28,01 € | |
| | UPTc | 3,50 € × 24 Zähne | = 84,00 € |
| | UPTe | 5,84 € × 18 Zähne | = 105,12 € |
| | UPTf | 14,00 € × 6 Zähne | = 84,00 € |
| | | | 322,14 € |
| 4 Monate später | UPT a,b,c,e,f +d | 332,14 € 16,75 € | 338,71 € |
| 4 Monate später | UPT a,b,c,e,f +d | 322,14 € 16,75 € | 338,71 € |
| 4 Monate später | UPT a,b,c,e,f +g | 322,14 € 37,34 € | 359,48 € |
| 4 Monate später | UPT a,b,c,e,f +d | 322,14 € 16,75 € | 338,71 € |
| 4 Monate später | UPT a,b,c,e,f +d | 322,14 € 16,75 € | 338,71 € |
| | | | = 2.036,46 € |

| GOZ-Beispiel UPT (vergleichbar Grad C), 24 Zähne (16–26, 36–46), Faktor 2,3 | | | |
|--|-------------------------------------|---------|---------------------|
| | GOZ 1000 | 25,87 € | |
| | GOZ 1040* (Zähne 14-24,33-43,35,45) | 57,92 € | |
| | GOZ 4050/4070* (Zähne 15,25,34,44) | 56,92 € | |
| | GOZ 4055/4075* (Zähne 16,26,36,46) | 74,00 € | = 214,71 € |
| 4 Monate später | GOZ 1010 | 12,94 € | |
| | GOZ 1040* (Zähne 14-24,33-43,35,45) | 57,92 € | |
| | GOZ 4050/4070* (Zähne 15,25,34,44) | 56,92 € | |
| | GOZ 4055/4075* (Zähne 16,26,36,46) | 74,00 € | |
| | GOZ 4000 | 20,70 € | = 222,48 € |
| 4 Monate später | GOZ 1010 | 12,94 € | |
| | GOZ 1040* (Zähne 14-24,33-43,35,45) | 57,92 € | |
| | GOZ 4050/4070* (Zähne 15,25,34,44) | 56,92 € | |
| | GOZ 4055/4075* (Zähne 16,26,36,46) | 74,00 € | |
| | GOZ 4005 | 10,35 € | = 212,13 € |
| 4 Monate später | GOZ 1010 | 12,94 € | |
| | GOZ 1040* (Zähne 14-24,33-43,35,45) | 57,92 € | |
| | GOZ 4050/4070* (Zähne 15,25,34,44) | 56,92 € | |
| | GOZ 4055/4075* (Zähne 16,26,36,46) | 74,00 € | |
| | GOZ 4000 | 20,70 € | = 222,48 € |
| 4 Monate später | GOZ 1000 | 25,87 € | |
| | GOZ 1040* (Zähne 14-24,33-43,35,45) | 57,92 € | |
| | GOZ 4050/4070* (Zähne 15,25,34,44) | 56,92 € | |
| | GOZ 4055/4075* (Zähne 16,26,36,46) | 74,00 € | |
| | GOZ 4005 | 10,35 € | = 225,06 € |
| 4 Monate später | GOZ 1010 | 12,94 € | |
| | GOZ 1040* (Zähne 14-24,33-43,35,45) | 57,92 € | |
| | GOZ 4050/4070* (Zähne 15,25,34,44) | 56,92 € | |
| | GOZ 4055/4075* (Zähne 16,26,36,46) | 74,00 € | |
| | GOZ 4000 | 20,70 € | = 222,48 € |
| | | | = 1.319,34 € |

| GOZ-Nr. | Leistungsbeschreibung (Kurztext) | Balance-Faktor | 2,3-fach | Differenz zu Bema | Bema-Wert ¹ | Bema-Nr. |
|---------|---|----------------|----------|-------------------|------------------------|----------|
| 1000 | Mundhygienestatus | 4,8007 | 25,87 € | -28,13 € | 54,00 € | MHU |
| 1010 | Kontrolle des Übungserfolges | 3,8405 | 12,94 € | -8,66 € | 21,60 € | UPTa |
| 1010 | Kontrolle des Übungserfolges | 5,1207 | 12,94 € | -15,86 € | 28,80 € | UPTb |
| 4000 | Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus | 5,8675 | 20,70 € | -32,10 € | 52,80 € | 4 |
| 4005 | Gingival- und/oder Parodontalindex (PSI) | 3,2004 | 10,35 € | -4,05 € | 14,40 € | 04 |
| 4070 | Subgingivale Konkremententfernung, einwurzeliger Zahn/Implantat | 2,9871 | 12,94 € | -3,86 € | 16,80 € | AITa |
| 4075 | Subgingivale Konkremententfernung, mehrwurzeliger Zahn | 4,2673 | 16,82 € | -14,38 € | 31,20 € | AITb |

¹ Bei einem Durchschnittspunktwert in Höhe von 1,20 Euro

Wichtig! Die unterschiedlichen Leistungsinhalte erfordern einen sehr differenzierten Vergleich!

Bei Versicherten der PKV können gegebenenfalls noch weitere Leistungen beziehungsweise Zuschläge anfallen.

https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/pos/Pos_S3_Leitlinie.pdf

| Leistung | BEMA-Nummer Bewertungszahl/Honorar* | Berechnung gemäß den Bestim- mungen der GOZ | Zusätzlich berech- nungsfähige Leis- tungen GOZ** |
|--|--|--|---|
| Parodonto- logisches Aufklärungs- und Thera- piegespräch | ATG 28 Punkte/32,62€ | Analoge Leistung § 6 Abs. 1 GOZ | |
| 1. Das Parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch umfasst die Information des Versicherten über den Befund und die Diagnose, die Erörterung von gegebenenfalls bestehenden Therapiealternativen und deren Bedeutung zur Ermöglichung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung über die nachfolgende Therapie einschließlich der Unterstützenden Parodontitistherapie, die Information über die Bedeutung von gesundheitsbewusstem Verhalten zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren sowie die Information über Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen. 2. Neben der Leistung nach Nr. ATG kann eine Leistung nach Nr. Ä1 in derselben Sitzung nicht abgerechnet werden. | Das „Parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch“ (ATG) ist nach seinem Leistungsumfang in keiner Gebühr der GOZ abgebildet. Es handelt um eine spezifische Beratungsleistung zu einem komplexen Thema, in seiner inhaltlichen Ausgestaltung eng anknüpfend an die individuelle gesundheitliche Situation des Patienten. Ein vergleichbarer gebührenrechtlicher Sachverhalt findet sich z.B. in der Geb.-Nr. 34 GOÄ <i>Erörterung (Dauer mindestens 20 Minuten) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung – gegebenenfalls einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Ab-</i> | Gebührennummern 0010, 0030, 0050, 0060, 1040, 4000, 4005, 4050, 4055, 4060 GOZ, Mikrobiologische/Immunologische Testverfahren (Probenentnahme Geb.-Nr. 298 GOÄ, Testdurchführung durch den Zahnarzt analog (§ 6 Abs. 1 GOZ/§ 6 Abs. 2 GOÄ) Herstellung und Anwendung einer individuellen Schiene als Medikamententräger zur Parodontalprophylaxe/-therapie analog (§ 6 Abs. 1 GOZ) | |

6

Position



Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der
Deutschen Zahnärztekammern e.V. (BZÄK)
Chausseestraße 13
10115 Berlin
Telefon: +49 30 40005-0
Fax: +49 30 40005-200
E-Mail: info@bzaek.de
www.bzaek.de

**Gebührenrechtliche Einordnung der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“
Die moderne Parodontitis-Behandlung von PKV-Patienten auf der Grundlage der Translation neuer Leistungsdefinitionen in der gesetzlichen Krankenversicherung**

Bundeszahnärztekammer
August 2021

Die neuen PAR-Richtlinien - die ersten 100 Tage

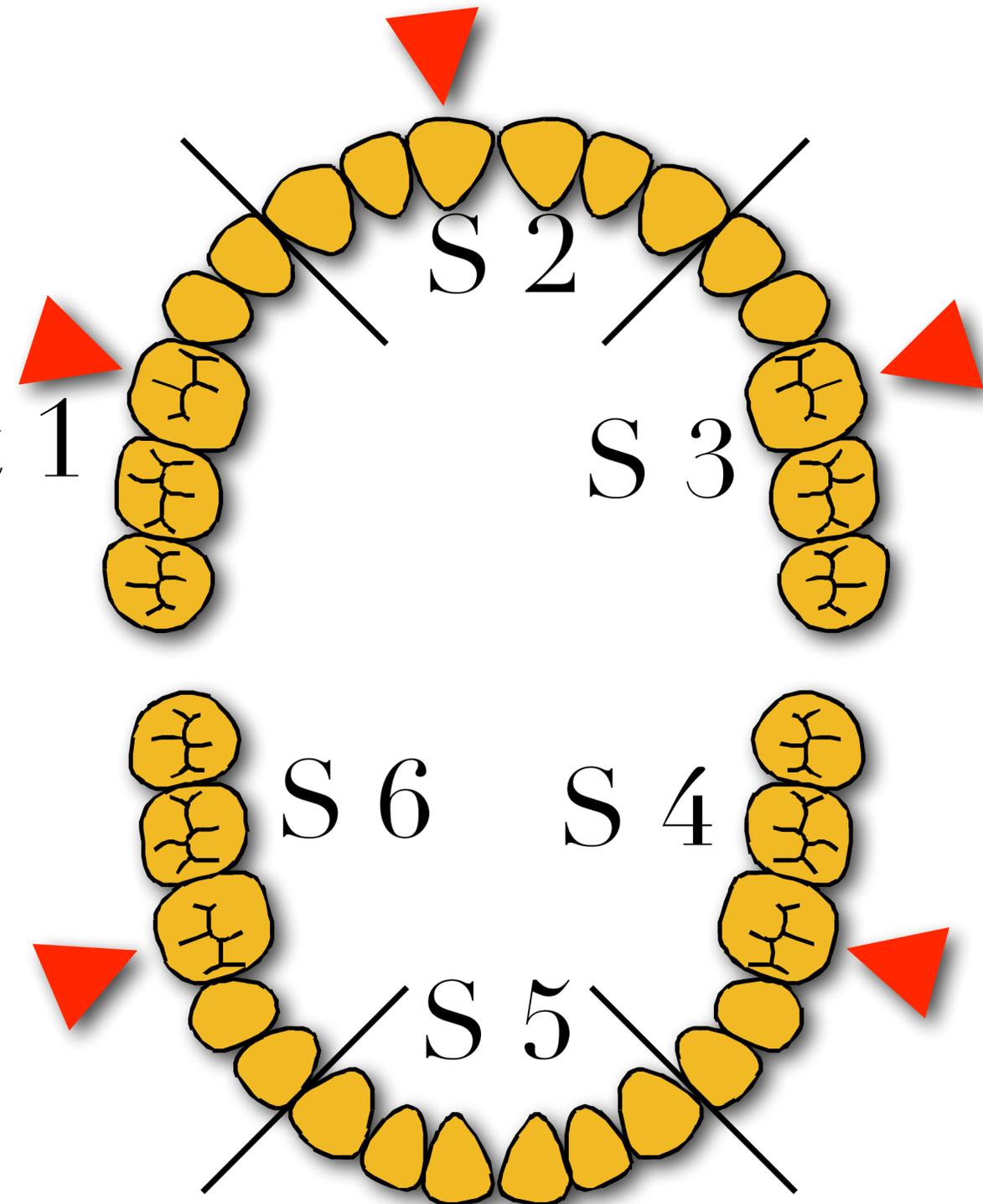


PSI

Bestimmung der
**Behandlungs-
notwendigkeit**
des Parodontiums

- 6 Messpunkte
pro Zahn
- höchste Wertung
pro Sextant
zählt

Sextant 1



Kinder



Bestimmung der
Behandlungs-
notwendigkeit
des Parodontiums

WHO-Sonde
PCP 11.5B

Sondier- Tiefe

Blutung

ZST/RR

| | | |
|---|------|------|
| 0 | nein | nein |
| 1 | ja | nein |
| 2 | ja | ja |
| 3 | egal | egal |
| 4 | egal | egal |



Die Sache mit dem Sternchen

PSI – Der Parodontale Screening Index

| Code 0 | Code 1 | Code 2 | Code 3 | Code 4 |
|---|--|--|---|---|
|  |  |  |  |  |
| schwarzes Band bleibt vollständig sichtbar | | | | |
| keine Blutung | Blutung auf Sondieren | Blutung auf Sondieren | Blutung auf Sondieren möglich | Blutung auf Sondieren möglich |
| kein Zahnstein/Plaque | kein Zahnstein/Plaque | Zahnstein/Plaque und/oder | Zahnstein/Plaque möglich | Zahnstein/Plaque möglich |
| keine defekten Restaurationsränder | keine defekten Restaurationsränder | defekte Restaurationsränder | defekte Restaurationsränder möglich | defekte Restaurationsränder möglich |
| klinische Abnormitäten (z. B. Furkationsbeteiligung, mukoging. Probleme, Rezessionen, Zahnbeweglichkeit etc.) werden mit einem Stern * gekennzeichnet | | | | |

- ▶ Furkationsbeteiligung
- ▶ mukogingivale Probleme
- ▶ Zahnbeweglichkeit
- ▶ Rezessionen $\geq 3,5$ mm
- ▶ Sextanten zusätzlich zum Code mit einem * gekennzeichnet

FAQ PSI

Muss man vor der
PAR-Therapie
einen PSI erheben?

Nein

Ziel PSI: Screening, um aus der Gruppe von symptom- und beschwerdefreien, anscheinend gesunden Patienten die herauszufiltern, die an der Erkrankung leiden oder Risikofaktoren dafür aufweisen

Was soll man machen,
wenn Patient:in die
schriftliche
Dokumentation zum PSI
nicht annimmt?

Die Versicherteninformation ist Patient:in zur Verfügung zu stellen. Lehnen diese ab, ist die vertragszahnärztliche Verpflichtung gleichwohl erfüllt.

Ggf Nichtannahme dokumentieren



Muss Patient:in das PSI-Formular unterschreiben und muss eine Kopie in der Praxis aufbewahrt werden?

Nein Das PSI-Formular sieht den Praxisstempel vor
Die RL beschreibt nicht ob Patient:in eine Kopie oder das Originalformular erhält. Es sollte eine nachvollziehbare Dokumentation erfolgen. Zum Beispiel, in dem Patient:in eine Kopie des Formulars erhält und das Original in der Patientendokumentation aufbewahrt wird
Aktuell schon häufig im PVS-System automatisiert

FAQ PSI

Kann der PSI am gleichen Tag wie die BEMA-Nr. 4 erbracht werden?

Ja

Kann der PSI zusammen mit der 01 erbracht werden?

Ja

Rahmen der Vorgaben für die Erbringung der BEMA-Positionen 04 und 01 beachten

Kann der PSI während der UPT erbracht werden?

Nein

Die Entscheidung einer Reinstrumentierung von Zähnen/Taschen macht einen stellenspezifischer Befund notwendig

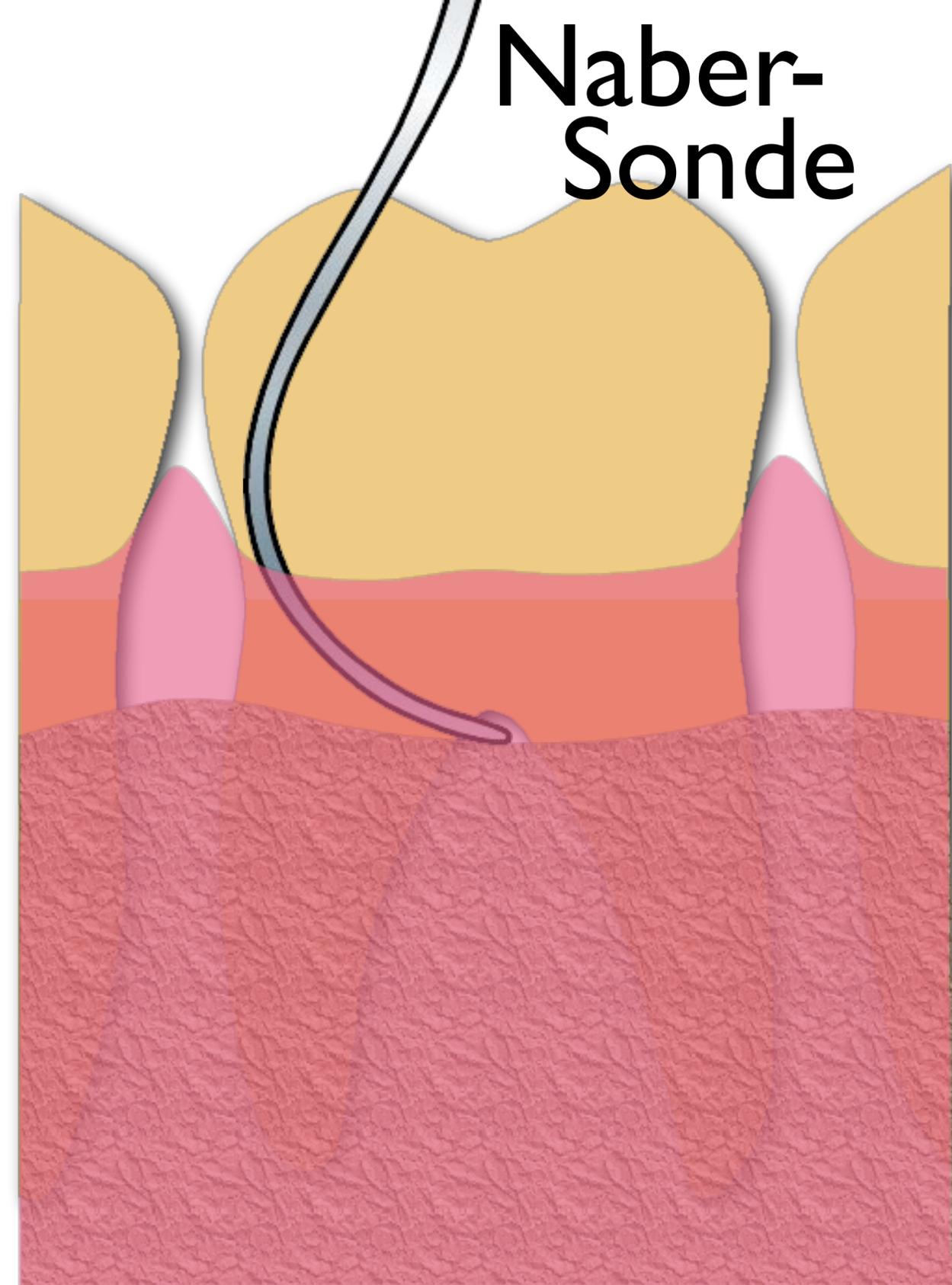
Dieser erfolgt bei der BEV, UPT d oder UPTg

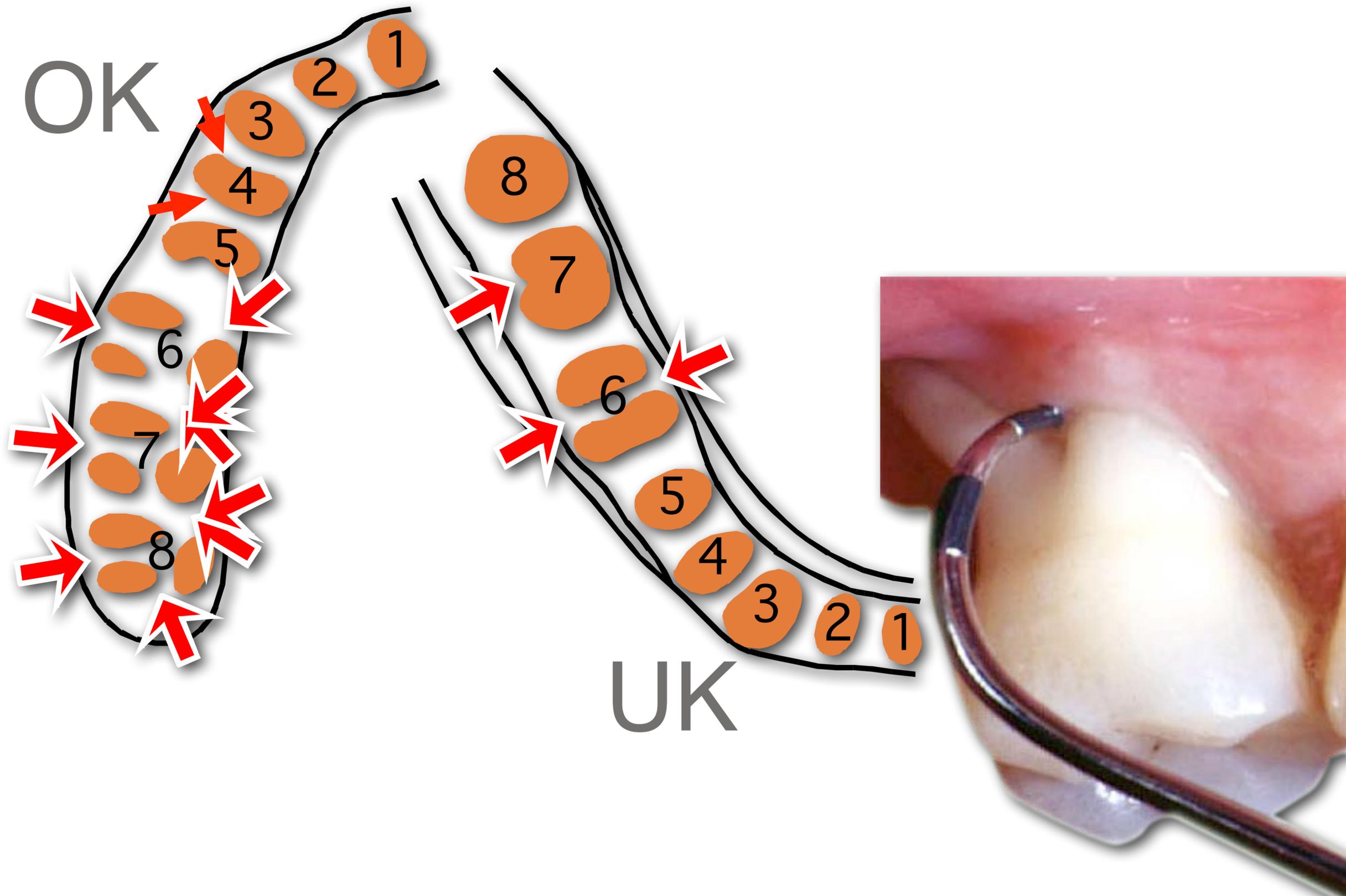


Furkations- befall

Grad

- 0 nichts
- 1 Sondierung $\leq 3\text{mm}$
- 2 Sondierung $> 3\text{mm}$
- 3 durchgehend offen





Antworten auf Fragen zur Anamnese und Befund:

Muss der/die Patient*in an den/die Hausarzt*ärztin verwiesen werden, wenn der HbA1c-Wert nicht bekannt ist?

Da es sich bei dem HbA1c-Wert um einen Langzeitwert handelt, muss kein tagesaktueller Wert bekannt sein. Die meisten Diabetiker befinden sich in regelmäßiger ärztlicher Kontrolle. Insofern kann der letzte HbA1c-Wert herangezogen werden. Sofern sich der/die Patient*in nicht in regelmäßiger ärztlicher Kontrolle befindet, sollte an den/die Hausarzt*ärztin verwiesen werden.

Ist die Aufnahme des HbA1c-Wertes verpflichtend?

Im Rahmen der Anamnese muss nach einer Diabeteserkrankung und bei Diabetikern auch nach dem HbA1c-Wert gefragt werden. Der HbA1c-Wert ist zur Einschätzung des Risikos für die zukünftige Progression der Parodontitis relevant.

Wann werden ehemalige Raucher als Nicht-Raucher klassifiziert?

Unmittelbar nachdem sie mit dem Rauchen aufgehört haben. Die Klassifikation von 2018 (Tonetti et al. 2018) definiert dies anders als das Periodontal Risk Assessment (Lang & Tonetti 2003).

Antworten auf Fragen zur Anamnese und Befund:

Muss der/die Patient*in an den/die Hausarzt*ärztin verwiesen werden?

Da es sich bei dem HbA1c-Wert um einen Langzeitwert handelt, werden die meisten Diabetiker befinden sich in regelmäßiger ärztlicher Betreuung herangezogen werden. Sofern sich der/die Patient*in nicht in der hausärztlichen Versorgung befindet, sollte die Hausarzt*ärztin verwiesen werden.

Ist die Aufnahme des HbA1c-Wertes verpflichtend?

Im Rahmen der Anamnese muss nach einer Diabeteserkrankung gefragt werden. Der HbA1c-Wert ist zur Einschätzung des Diabetesrisikos relevant.

Wann werden ehemalige Raucher als Nicht-Raucher klassifiziert?

Unmittelbar nachdem sie mit dem Rauchen aufgehört haben. Dies ist anders als das Periodontal Risk Assessment (Langzeitstabilität im parodontal geschädigten Gebiss).

| | |
|---|------------------------|
| <p>[PDF] Evaluation der neuen Klassifikation der Parodontalerkrankungen von 2018 im Vergleich zu der Klassifikation von 1999 LL Mann - 2020 - macau.uni-kiel.de ... In Kiel wurden alle Patienten, die zum Zeitpunkt T0 angegeben hatten, aktiv zu rauchen, in Stadium C klassifiziert, da in den ... Molaren-Inzisiven- Muster (Tonetti et al., 2018), welches zu den lokalisierten Formen in beiden Klassifikationen gezählt wird, in die Studie ... ☆ Zitieren Ähnliche Artikel Alle 2 Versionen »</p> | [PDF] uni-kiel.de |
| <p>[PDF] Einfluss des Zahnverlustes auf die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität (MLQ) bei Patienten mit Parodontitis nach 3 Jahrzehnten unterstützender ... M Schwalbach - 2020 - macau.uni-kiel.de ... Dazu zählen erworbene Reize wie das Rauchen und iatrogene Reize wie überstehende Füllungsränder, die zu einer Gingivitis führen ... der neuen Klassifikation der parodontalen und periimplantären Erkrankungen nach Stadium und Grad (Tonetti et al., 2018) gestellt. Basis ... ☆ Zitieren Ähnliche Artikel Alle 2 Versionen »</p> | [PDF] uni-kiel.de |
| <p>Kostenanalyse der Langzeittherapie bei Patienten mit chronischer und aggressiver Parodontitis in der Klinik für Zahnerhaltung und Parodontologie des ... A Engel - 2020 - macau.uni-kiel.de ... et al., 2018, Tonetti et al., 2017). Mit diesem erhöhten Bedarf steigen dann womöglich auch die Kosten für die Parodontaltherapie. ... den Beobachtungszeitraum hinaus, so dass in diesem Kontext auch kurzfristige ehemalige Raucher als Raucher klassifiziert werden. ... ☆ Zitieren Alle 3 Versionen »</p> | [PDF] uni-kiel.de |
| <p>Langzeitbewahrung und Nachsorgeaufwand von Schienungen an parodontal geschädigten Zähnen: Eine retrospektive Studie F Ostermann - 2019 - macau.uni-kiel.de ... der neuen Klassifikation parodontaler Erkrankungen geführt hat (Papapanou et al., 2018), ... den normalen Kaukräften nicht mehr standhalten (Tonetti et al., 2018). Weiterhin müssen auch ... das Rauchen, was erneut in einer aktuellen Meta-Analyse bestätigt wurde (Leite et al., 2018... ☆ Zitieren Ähnliche Artikel Alle 4 Versionen »</p> | [PDF] uni-kiel.de |
| <p>[PDF] Die Bedeutung des radiologischen Attachmentverlustes für die Langzeitstabilität im parodontal geschädigten Gebiss H Haririan - repositorium.meduniwien.ac.at ... Lang und Tonetti betrachten den radiologisch darstellbaren Knochenverlust nicht als ... Risiko ausgesetzt und ehemalige Raucher haben ein geringes Risiko eines Rezidivs(64). ... (2018) ist der Einfluss von einem schlecht eingestelltem Diabetes mellitus (HbA1c > 8%) als ... ☆ Zitieren Ähnliche Artikel »</p> | [PDF] meduniwien.ac.at |

Wie sollen andere Nikotin-Präparate/Tabakprodukte (z. B. E-Zigaretten, Verdampfer) eingeordnet werden?

Das müssen die ZÄ/der ZA entscheiden. Es gibt keine verbindlichen Umrechnungsfaktoren. Auf jeden Fall sind Patienten, die Zigaretten, Zigarren, Pfeife, Shisha, Verdampfer etc. rauchen, Raucher Grad B.

An wie vielen Stellen pro Zahn soll gemessen werden?

In der Behandlungsstrecke wird ein Minimum von 2 Messwerten pro Zahn definiert. Je mehr Stellen pro Zahn beurteilt werden, umso besser lässt sich aber der Therapieaufwand bei dem individuellen Patienten bestimmen.

Warum muss das Bluten auf Sondieren berücksichtigt werden?

Blutung auf Sondierung ist ein wichtiger klinischer Parameter als ein Maß für die Entzündungsaktivität einer parodontalen Tasche am Taschenboden. Die Blutung auf Sondieren gilt als wichtiger prognostischer Faktor, da das Fehlen einer Sondierungsblutung ein guter Vorhersagewert für die Stabilität der parodontalen Situation ist. Dies ist besonders als Verlaufskontrolle in der UPT wichtig. Demnach deutet das Ausbleiben einer Sondierungsblutung im Rahmen der UPT mit hoher Wahrscheinlichkeit auf eine stabile Situation hin.

Was ist eine Furkationsbeteiligung?

Erreicht die entzündliche Destruktion des Parodonts die Wurzelteilungsstellen (Furkation) mehrwurzeliger Zähne, kann es auch in horizontaler Richtung zwischen den Wurzeln zu einer Zerstörung des Zahnhalteapparates kommen. Damit entsteht eine Nische für Bakterien, die abhängig von deren Ausdehnung für den Patienten fast unmöglich zu reinigen ist und auch eine große Herausforderung für die professionelle Instrumentierung darstellt.

Wie misst man Furkationsbeteiligung?

Die Messung der Furkationsbeteiligung an einem mehrwurzeligen Zahn ist nicht immer einfach, da die Furkationseingänge meist nicht frei zugänglich sind, sondern oft von der Gingiva bedeckt werden.

Um dem gekrümmten Verlauf der Furkation folgen zu können, wird eine speziell gebogene Parodontalsonde (z.B. Naberssonde) verwendet. Die Einteilung der Furkationsbeteiligung erfolgt danach, wie tief die Sonde in die Furkation eindringen kann (Grad 0 bis III, siehe Definition in den PAR-Richtlinien).

Mittels zweidimensionaler Röntgentechnik ist keine zuverlässige Furkationsdiagnostik möglich. Konventionelle Röntgenbilder können aber einen Verdacht auf eine Furkationsbeteiligung geben (z. B. der "Furcation Arrow" bei mehrwurzeligen Zähnen im Oberkiefer). Der Verdacht muss aber immer klinisch abgeglichen werden.

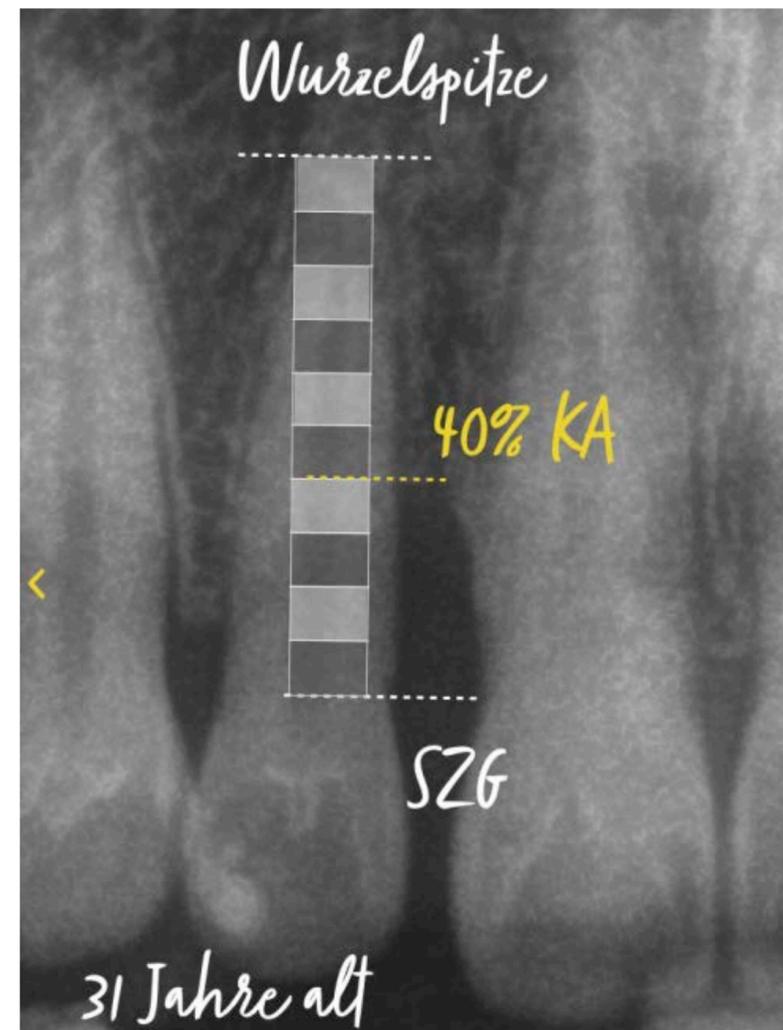
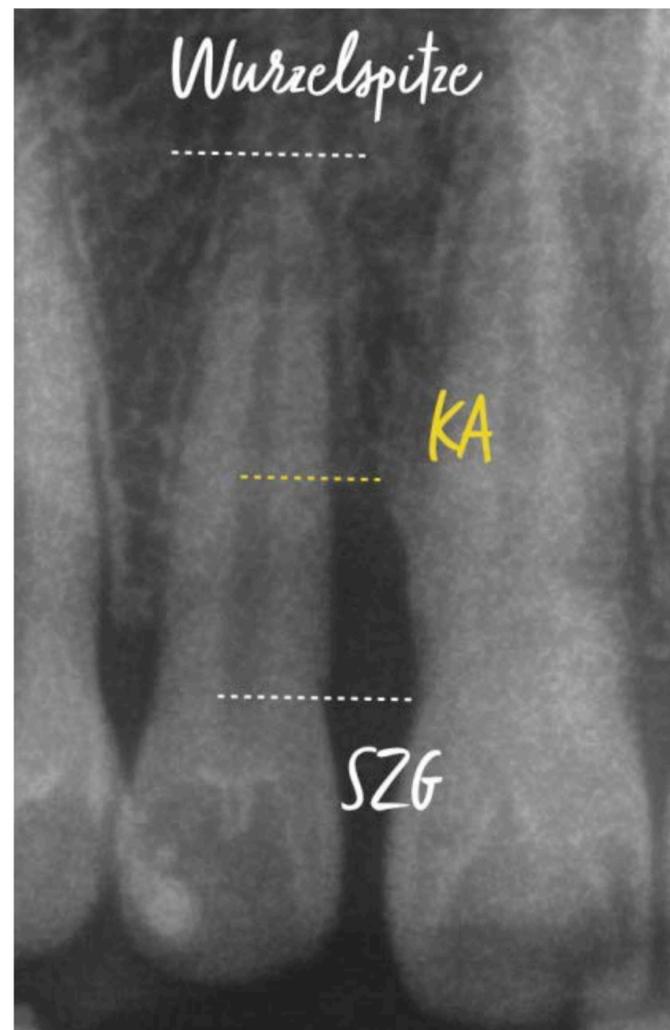
3. Furkationsbefall:

- Grad 0 = keine Furkationsbeteiligung sondierbar,
- Grad I = bis 3 mm in horizontaler Richtung sondierbar,
- Grad II = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung, jedoch nicht durchgängig sondierbar,
- Grad III = durchgängig sondierbar,



Wie ist der röntgenologische Knochenabbau (KA) zu ermitteln?

Auf dem Röntgenbild wird der Bereich der Dentition bestimmt, der den stärksten Knochenabbau (horizontaler/vertikaler Abbau) aufweist. Dieser Befund wird als prozentualer Knochenabbau in Bezug zur Wurzellänge in der Zeile „Röntg. Knochenabbau (KA)“ dokumentiert. Dieser Wert kann geschätzt werden.



Diagnose

Zählen bei der Beurteilung des Zahnverlustes durch PA auch die Zähne, die in der systematischen PA-Therapie gezogen werden?

Wird der KA-Index beim Grading auch an einem Zahn berücksichtigt, der im Laufe der PA-Therapie extrahiert werden muss?

Nein

Berücksichtigung finden nur die Zähne, die bereits durch Parodontitis verloren gegangen sind

Ja

Diagnose

Gibt es Parameter beim Grading, die zu einem Downgrade führen?

Nein

Risikofaktoren führen nur zu einem Upgrade
Das Fehlen von Risikofaktoren führt nicht zu einem Downgrade.

Hat man als Raucher automatisch den Grad C?

Nein

nur bei Tabakkonsum von ≥ 10
Zigaretten pro Tag (äquivalent)

Antworten auf Fragen zum Antrag:

Wann kann der Antrag gestellt werden?

Der PA-Antrag kann unmittelbar nach der Feststellung einer parodontalen Behandlungsbedürftigkeit nach Aufnahme eines Parodontalstatus unter Zuhilfenahme aktueller, aussagekräftiger Röntgenbilder (in der Regel nicht älter als 12 Monate) gestellt werden. Im Gegensatz zu der vorherigen Richtlinie müssen im Vorfeld keine Vorleistungen wie Zahnsteinentfernen, Beseitigung von Reizfaktoren und eine Anleitung zur Mundhygiene erbracht worden sein.

Mit welcher Gebührennummer wird der Behandlungsbeginn festgelegt?

Die systematische PAR-Behandlung beginnt mit der Befunderhebung und dem Erstellen des Parodontalstatus (BEMA-Nr. 4). Sobald der PAR-Status genehmigt ist, kann die weitere Behandlung durchgeführt werden. In der Abrechnung wird jede Leistung mit einem Tagesdatum versehen, wie dies auch in anderen Leistungsbereichen erfolgt.

Gibt es eine Mindestanzahl von Zähnen, ab der der Antrag gestellt werden kann?

Nein, die PAR-RL und der BEMA machen keine Vorgabe für eine Mindestanzahl von Zähnen, die notwendig ist, um eine systematische PAR-Behandlung zu erbringen.

Wie lange ist ein PAR-Plan gültig?

Ein Ablaufdatum eines PAR-Plans ist bisher noch nicht bekannt/veröffentlicht. Der Behandlungsbeginn muss vor einer Befundveränderung liegen.

Wann können Zähne nicht mehr beantragt werden?

Bei weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75 % oder einem Furkationsbefall von Grad 3 ist bei gleichzeitigem Vorliegen eines Lockerungsgrades III in der Regel die Entfernung des Zahnes angezeigt.

Auf Blatt 2 des Parodontalantrags gibt es die Zeile "Bemerkungen". Hier kann angezeigt werden, dass Zähne, die den Kriterien einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung nicht mehr entsprechen, außervertraglich behandelt werden sollen.

Können die BEMA-Nrn. 108 und 111 weiterhin erbracht und abgerechnet werden, obwohl sie nicht mehr auf Blatt 2 des Antrags aufgeführt werden?

Diese Positionen müssen nicht mehr auf Blatt 2 im Voraus beantragt werden, können aber weiterhin erbracht und abgerechnet werden (nach der Anzahl der tatsächlich erbrachten Leistungen).

Wie lange muss der genehmigte Parodontalstatus aufbewahrt werden?

Grundsätzlich 10 Jahre nach Abschluss des Jahres, in dem die Behandlung abgerechnet wurde (§ 8 Abs. 3 BMV-Z).

Gibt es eine Frist, nach der Zahnersatz nach PAR beantragt bzw. begonnen werden kann?

In der Regel wird erst nach Evaluation des Behandlungsergebnisses (BEV nach AIT oder CPT) eine umfangreiche prothetische Versorgung geplant und durchgeführt werden können (Gesamtplanung). Ist im Ausnahmefall bereits bei Beginn der PAR Behandlung eine zahnmedizinisch dringend sofort erforderliche Zahnersatzversorgung durchzuführen, so kann dies in der Regel nur über eine Interimsversorgung erfolgen.

Was kann abgerechnet werden, wenn die Behandlung seitens des/der Patient*in abgebrochen wird?

Bei einem Behandlungsabbruch können die Leistungen abgerechnet werden, die bis zum Zeitpunkt des Behandlungsabbruchs vollständig erbracht wurden. Das gilt in jedem Behandlungsstadium.

Es wird in Hinblick auf mögliche Nachfragen empfohlen, die Gründe bzw. Umstände für den Abbruch zu dokumentieren.

Muss der/die Gutachter*in die Frequenz der UPT anhand des Gratings nachprüfen?

Ja. Da die Gradeinstufung auf die Progredienz der Erkrankung hinweist und ausschlaggebend für die Frequenz der UPT ist, ist diese von dem/der Gutachter*in zu überprüfen.

Gibt es eine nachgelagerte Begutachtung (z. B. bei falsch eingestuftem Grading)?

In den Richtlinien und im BMV-Z ist im Rahmen des vertragszahnärztlichen Gutachterverfahrens keine nachgelagerte Begutachtung vorgesehen.

Wird ein Implantat weiterhin als fehlender Zahn gekennzeichnet oder ist ein Implantat mit einer Periimplantitis im Rahmen der GKV-Behandlung nicht relevant?

Das Implantat ist mit X (wie für einen fehlenden Zahn) zu kennzeichnen, da es keine Möglichkeit einer Sonderkennzeichnung gibt. Im Bemerkungsfeld kann ggf. notiert werden, dass an dieser Stelle ein Implantat vorhanden ist. Die Behandlung der Periimplantitis ist eine außervertragliche Leistung.

Antworten auf Fragen zur ATG und MHU:

Was genau ist Inhalt des Aufklärungs- und Therapiegesprächs und zu welchem Zeitpunkt innerhalb der PAR-Behandlungsstrecke ist die BEMA-Nr. ATG zu erbringen? Muss hierfür ein genehmigter PAR-Plan vorliegen?

Das Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG) erfolgt nach erteilter Kostenübernahmeerklärung. Entscheiden sich Versicherte für die Therapiestrecke gemäß PAR-RL, wird das weitere Vorgehen im Rahmen des Aufklärungs- und Therapiegesprächs erörtert und erläutert.

Es dient dazu, die Versicherten allgemein

- über risikospezifisch über Parodontitis aufzuklären
- und in ihrer Mundgesundheitskompetenz zu stärken,

um sie von Beginn an aktiv in die Therapie einzubinden und die folgende Therapie gemäß den Bestimmungen des BEMA im Einzelnen zu besprechen.

Bedeutung haben dabei auch und besonders

- die Leistungen der Unterstützenden Parodontitistherapie
- die Bedeutung von gesundheitsbewusstem Verhalten zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren sowie
- die Information über Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen.

Es ist sinnvoll, auf die beidseitig gewonnenen Erkenntnisse möglichst zeitnah die Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung gem. BEMA- Nr. MHU aufzubauen.

Nach den Vorgaben des Patientenrechtegesetzes sind GKV-Patient*innen über alle zahnmedizinisch sinnvollen Therapiealternativen aufzuklären. Dies beinhaltet je nach Indikation die Aufklärung über die unterschiedlichen GKV-Leistungen inkl. ggf. notwendiger Extraktionen bis hin zu außervertraglichen Maßnahmen wie Knochenaufbau mit Membrantechnik usw.

Ist das ATG vor oder nach der Aufstellung des Parodontalstatus zu erbringen?

Die Durchführung des ATGs kann erst nach der Genehmigung, die Abrechnung erst nach Durchführung der AIT erfolgen.

Kann die ATG delegiert werden?

Die Inhalte des parodontologischen Aufklärungs- und Therapiegesprächs umfassen Kernbereiche der zahnärztlichen Tätigkeit (Aufklärung über die Diagnose, Erörterung der Therapie und möglicher -alternativen). Das ATG kann nicht delegiert werden.

Die PAR-RiLi und Leistungsbeschreibung zur BEMA-Nr. MHU fordern die Bestimmung des Entzündungszustands der Gingiva. Wie genau ist der Entzündungsstand zu bestimmen und zu dokumentieren?

Es gibt keine konkreten Vorgaben, mit welchem Index der Entzündungszustand der Gingiva dokumentiert werden muss. So könnte z. B. der Sulcus-Blutungs-Index oder ähnliche Indices in der Praxis verwendet werden. Wegen der Vergleichbarkeit ist es empfehlenswert während der gesamten Behandlungstrecke einheitliche Indices zu verwenden.

Muss für die MHU ein genehmigter PAR-Plan vorliegen?

Ja. Wie für alle anderen Leistungen innerhalb der systematischen PAR-Therapie muss auch für die Durchführung und Abrechnung der Patientenindividuellen Mundhygieneunterweisung (BEMA-Nr. MHU) ein von der Krankenkasse genehmigter Parodontalstatus vorliegen.

Kann die BEMA-Nrn. 4 und ATG (und MHU) in einer Sitzung erbracht werden?

Nein, ATG und MHU können erst nach der Genehmigung des Antrages erbracht werden.

Können ATG und MHU in einer Sitzung erbracht werden?

Ja, die PAR-RL und der BEMA machen hierzu keine einschränkenden Vorgaben.

Können ATG, MHU und AIT in einer Sitzung erbracht werden?

Die PAR-RL und der BEMA machen hierzu keine einschränkenden Vorgaben.

Können ATG und Ä1 zusammen erbracht werden?

Nein. Die Abrechnungsbestimmung zum ATG ist abschließend und sieht eine gemeinsame Abrechnung von ATG und Ä1 nicht vor.

Ist Voraussetzung für die AIT, das vorher die patientenindividuelle Mundhygieneuntersuchung (MHU) durchgeführt wurde?

Die Adhärenz der Patient*innen ist nicht mehr wie bisher in den Richtlinien verankert. Die MHU kann vor, parallel mit oder nach der AIT durchgeführt werden. Eine Verknüpfung des Leistungsanspruchs mit der (mangelnden oder fehlenden) Motivation der Patient*innen besteht insofern nicht mehr.

Unabhängig davon kann jede Praxis im Rahmen ihres Prophylaxekonzepts weiterhin prophylaktische Leistungen wie eine professionelle Zahnreinigung anbieten. Die Erbringung einer PZR kann jedoch nicht Voraussetzung für die Beantragung einer PAR-Behandlung zu Lasten der GKV sein.

Kann die MHU mit einer privat vereinbarten Leistung (1040, 4070/4075) kombiniert werden?

Ja, privatärztliche Leistungen dürfen jedoch nicht zur Voraussetzung einer vertragsärztlichen Leistungen gemacht werden.

Ist ein Plaqueindex in den PAR-RiLi vorgegeben?

Nein.

Antworten auf Fragen zur AIT und Antibiotika:

Was versteht man unter „Beseitigung von Reizfaktoren“?

Im zeitlichen Umfeld der AIT sollten Reizfaktoren wie insuffiziente Füllungen, kariöse Läsionen und Restaurationsüberhänge entfernt und/oder ausgetauscht werden, um die Mundhygienefähigkeit zu verbessern und potenzielle Keimreservoirs zu eliminieren. Raucher*innen sollten zu einem Entwöhnungsprogramm animiert werden und ein bestehender Diabetes sollte kontrolliert werden.

Ist die subgingivale Instrumentierung dasselbe wie eine Kürettage?

Das Ziel der Instrumentierung besteht darin, den mineralisierten und nicht mineralisierten Biofilm von der Wurzeloberfläche zu entfernen. Häufig wird allerdings der Terminus Scaling und Wurzelglättung oder das Wort Kürettage synonym verwendet, wodurch der Abtrag von kontaminiertem Wurzelzement und die zusätzliche Entfernung von Granulationsgewebe impliziert wird. Beides ist nach heutigem Kenntnisstand jedoch nicht für die parodontale Ausheilung nötig.

Welcher zeitliche Modus ist für die subgingivale Instrumentierung am besten?

Die subgingivale Instrumentierung sollte entweder traditionell quadrantenweise oder im Full-Mouth-Vorgehen (innerhalb von 24 h) durchgeführt werden.

Kann die AIT auch ohne Anästhesie durchgeführt und abgerechnet werden?

Die Notwendigkeit einer Anästhesie ist fachlich zu bewerten, bei der AIT (unverändert wie bisher bei der P200 / P201) aber regelhaft gegeben und zusätzlich abrechenbar. Es gibt aber keine Vorschrift, die zwingend die Anästhesie im Zusammenhang mit der AIT verlangt. Die Dokumentation der besonderen Umstände wird empfohlen.

Kann die BEMA-Nrn. Exz1 und Exz2 im Rahmen der PAR-Therapie abgerechnet werden??

Dazu machen die PAR-RL und der BEMA keine abschließenden Aussagen; die Abrechnungsfähigkeit der Exz1/2 ist in der Zuständigkeit der KZVen zu klären.

Falls notwendig, welches Antibiotikum sollte verordnet werden?

Systemische Antibiotika sollen aufgrund von Bedenken bezüglich der Gesundheit des Patienten und den Auswirkungen systemischer Antibiotika auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung nicht routinemäßig zusätzlich zur subgingivalen Instrumentierung bei Parodontitispatienten eingesetzt werden.

Nach strenger Indikationsstellung kann die subgingivalen Instrumentierung mit der systemischen Gabe einer Kombination von **Amoxicillin 500 mg und Metronidazol 400 mg** (erste Wahl) jeweils 3/d für sieben Tage, alternativ mit Metronidazol allein (zweite Wahl) erfolgen.

Antworten auf Fragen zur BEV:

Warum die Kontrolle erst nach 3 bis 6 Monaten?

Ein früherer Zeitpunkt ist nicht sinnvoll, da das parodontale Gewebe einen mehrwöchigen Zeitraum für Reorganisationsvorgänge benötigt.

Was tun bei Resttaschen?

In Abhängigkeit vom Ausmaß der Resttaschen muss über den weiteren Therapieverlauf entschieden werden. Liegen nur wenige Resttaschen mit ≤ 5 mm vor, kann der Patient in das unterstützende Parodontitisprogramm überführt werden. Beim Vorhandensein von Taschen ≥ 6 mm sowie fortgeschrittener Furkationsbeteiligung oder vertikaler Knochendefekte sollte ein parodontalchirurgisches Vorgehen in Betracht gezogen werden.

Kann in gleicher Sitzung die UPT neben der BEV abgerechnet werden?

Ja, bei Beginn der UPT kann die Befundevaluation in gleicher Sitzung wie die UPT-Leistungen UPT a-c und UPT e und UPT f erbracht werden.

Ist für eine Befundevaluation (BEV) zwingend wieder eine Röntgenuntersuchung notwendig?

Nein, falls es kein neues Röntgenbild gibt und keine medizinische Indikation für ein neues Röntgenbild besteht, wird das vorhandene Röntgenbild bewertet oder der Befund übernommen. Falls es neuere Bilder gibt, werden diese entsprechend befundet. Ändert sich der Grad während der aktiven Therapie oder UPT hat das allerdings keinen Einfluss auf die Intervalle der UPT, die zu Beginn der Behandlung beantragt wurden.

Auf dem Vordruck zur Anzeige der CPT fehlt die BEV. Wo soll sie angezeigt werden?

Die BEV muss nicht gesondert angezeigt werden, sondern kann nach genehmigtem Antrag bzw. nach Entscheidung für eine CPT und Information an die KK erbracht und abgerechnet werden.

Kann die BEV zusammen mit den Leistungen der (ersten) UPT durchgeführt werden?

Ja.

Gibt es ein gesondertes Formular für die Dokumentation der BEV?

Nein, die Befunde, die sich aus der Befundevaluation ergeben, sind in der Patientendokumentation zu vermerken.

Antworten auf Fragen zur CPT:

Welcher Befund ist ausschlaggebend für die Beantragung der CPT?

Es ist die Messung der Sondierungstiefen von ≥ 6 mm bei der Befundevaluation nach der AIT ist ausschlaggebend.

Muß die CPT erneut beantragt werden und werden diese Anträge eventuell begutachtet?

Nein, die chirurgische Parodontistherapie muss nach der neuen Richtlinie nicht mehr beantragt werden. Sie muss lediglich der Krankenkasse zur Kenntnis gebracht werden. Daher ist auch keine zusätzliche Begutachtung mehr vorgesehen.

Kann die PAR-Therapie auch weiter fortgeführt werden, wenn der/die Patient*in die chirurgische Therapie ablehnt?

Die Behandlungsrichtlinie definiert, dass bei persistierend vertieften Taschen von ≥ 6 mm ein zusätzliches chirurgisches Vorgehen erfolgen kann.

Die Entscheidung, ob ein offenes Vorgehen durchgeführt werden soll, trifft der/die Zahnarzt*ärztin nach gemeinsamer Erörterung mit dem/der Patient*in. Keinesfalls kann ohne die Einwilligung der Patient*innen eine Leistung durchgeführt werden. Die Nicht-Einwilligung ist zu dokumentieren. Die UPT kann dennoch durchgeführt werden.

Was passiert, wenn die Sondierungstiefen bei der BEV nach CPT immer noch ≥ 6 mm sind?

Die entsprechenden Parodontien werden in der UPT mitbehandelt.

Können die CPT a und b in Kombination mit privaten Leistungen erbracht werden (z. B. bei der regenerativen Therapie) oder schließt sich das aus?

Das schließt sich nicht grundsätzlich aus; jedoch dürfen die Leistungen CPT a/b nicht von privatärztlichen Leistungen abhängig gemacht werden.

Kann die CPT aus der UPT heraus angezeigt werden oder nur direkt im Anschluss an die AIT?

Die Mitteilung über die Durchführung ist nur vor Beginn der UPT, nach BEV a möglich.

Antworten auf Fragen zur UPT:

Wann beantrage ich eine UPT?

Ausschlaggebend ist der Erstbefund auf dem Parodontalstatus. Dort erfolgt die Gradeinteilung, die wiederum die Frequenz der UPT und die entsprechende Eintragung der Frequenz auf Blatt 2 des Parodontalstatus bestimmt.

Ab wann beginnt der 2-Jahreszeitraum der UPT?

Der 2-Jahreszeitraum der UPT in der GKV beginnt mit der Abrechnung der ersten Leistung aus dem UPT-Komplex (UPT a-g).

Kann in gleicher Sitzung die UPT neben der BEV abgerechnet werden?

Ja, bei Beginn der UPT kann die Befundevaluation in gleicher Sitzung wie die UPT- Leistungen UPT a-c und UPT e und UPT f erbracht werden.

Was passiert, wenn ein/eine Patient*in den UPT-Termin versäumt und auch nicht in dem entsprechenden Zeitraum nachholen kann. Muss dann die gesamte Behandlungstrecke abgebrochen werden?

Nein, die Behandlungstrecke muss nicht abgebrochen werden. Der/die Patient*in behält den Anspruch auf die weiteren UPT-Leistungen innerhalb der 2 Jahre. Im folgenden Kalenderjahr, -halbjahr oder -tertial können die weiteren UPT-Leistungen erbracht werden. Eine evtl. Verlängerung der UPT bei Grad C sollte jedoch nur beantragt werden, wenn der/die Patient*in auch mitwirkt.

Ein/eine Patient*in wünscht mehr UPT-Termine, als durch die Richtlinie vorgesehen ist. Kann das vereinbart und abgerechnet werden?

Ja.

Der Leistungsanspruch der Patient*innen bezüglich der Frequenz der UPT richtet sich nach dem eingestuften Grad. Wenn bspw. bei Grad A mehr als einmal im Kalenderjahr Zahnreinigungsmaßnahmen gewünscht oder erforderlich sind, gibt es folgende Möglichkeiten:

- Als rein vertragszahnärztliche Maßnahmen können unter Berücksichtigung der Abrechnungsbestimmungen einmal die hierfür vorgesehenen UPT-Leistungen und für die weitere Entfernung harter Zahnbeläge im selben Jahr die BEMA-Nr. 107 „Entfernung harter Zahnbeläge, je Sitzung“ oder
- bei Menschen mit Behinderungen und pflegebedürftigen Menschen die BEMA-Nr. 107a „Entfernung harter Zahnbeläge bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach §15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten, je Sitzung“ abgerechnet werden.

Gehen die Leistungen im Zusammenhang mit der weiteren Zahnreinigung über den Leistungsumfang des Entfernens harter Zahnbeläge hinaus, so ist diese Zahnreinigung auf privater Basis nach § 8 Abs. 7 BMV-Z vereinbar und kann nach GOZ in Rechnung gestellt werden.

Kann bei der subgingivalen Instrumentierung in der UPT eine Lokalanästhesie erbracht werden?

Bei einer subgingivalen Instrumentierung kann unter Umständen im Rahmen einer UPT eine Anästhesie erforderlich sein. Das ist weder abrechnungstechnisch noch zahnmedizinisch ausgeschlossen. Die Notwendigkeit der Anästhesie ist zu dokumentieren und das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten.

Was passiert bei Überweisung an eine MKG-Praxis zur Durchführung der CPT? Muss die MKG-Praxis ebenfalls einen PAR-Status erstellen oder rechnet sie für die Erstuntersuchung die BEV ab?

Eine weiterbehandelnde Praxis kann weder einen PAR-Status nach BEMA-Nr. 4 noch die BEV berechnen. Die Entscheidung, ob eine chirurgische Therapie erforderlich ist, erfolgt im Rahmen der ersten Befundevaluation (BEV a) nach der AIT. Wird der Patient hierfür überwiesen, so übermittelt die überweisende Praxis die bisherigen Befunde an den Weiterbehandler. Eine erneute Berechnung der BEV a durch die weiterbehandelnde Praxis ist nicht möglich, da die BEV a nur einmal in der Behandlungsstrecke berechnet werden kann.

Was ist, wenn sich der Grad während der Behandlung ändert?

Ausschlaggebend ist auch hierbei der Erstbefund auf dem Parodontalstatus. Wenn sich bestimmte Faktoren im Laufe der Behandlung positiv verändern, gilt trotzdem für die UPT die ursprüngliche Gradeinteilung und damit vorgesehene Frequenz.

Wenn ein Patient seine UPT-Termine nicht wahrnimmt, 3 Jahre später kommt und eine PAR-Therapie braucht. Kann diese erneut beantragt werden?

Wenn die in der PAR-RL und im BEMA geregelten Voraussetzungen erfüllt sind, ja.

Gibt es eine Frist nach der AIT oder nach der UPT, wann Zahnersatz beantragt werden kann?

Es gibt keine Bestimmung dahingehend, dass die UPT-Strecke abgeschlossen sein muss, bevor Zahnersatz beantragt werden kann. Bei dringender prothetischer Versorgungsnotwendigkeit ist das angesichts der Dauer der UPT auch nicht sinnvoll. Die AIT (und falls notwendig die chirurgische Therapie) sollten abgeschlossen sein, bevor eine ZE-Behandlung durchgeführt wird. Damit ist die Befundevaluation ein guter Zeitpunkt, um über die weitere zahnärztliche Therapie zu entscheiden.

Kann die UPT unabhängig von der AIT beantragt werden?

Nein.

Kann für die UPT a der BOP (Bleeding on Probing - Blutung auf Sondieren des Zahnfleischs) herangezogen werden?

UPT a ist die Mundhygienekontrolle. Diese erfolgt zielführend durch die Erhebung eines Plaqueindex. Die PAR-RL macht dazu aber keine weiteren Erläuterungen.

Wie geht es nach dem Ende der UPT in der GKV weiter?

Nach Abschluss der UPT (ggf. inkl. Verlängerung) ist die syst. PAR-Therapie in der GKV beendet. Parodontal stabile Patienten gehen in eine außervertraglich vereinbarte UPT über.

Ein neuer PAR-Antrag kann bei Vorliegen der Voraussetzung, die in der PAR-RL geregelt sind, gestellt werden.

Gibt es für die Dokumentation von UPT d und g ein offizielles Formblatt oder kann man die praxiseigene Dokumentation nutzen?

Für die Dokumentation der UPT gibt es keine Vorgaben seitens der PAR-RL, des BEMA oder des BMVZ.

Darf die UPT c nur an Zähnen gezählt werden, die für die AIT beantragt wurden?

Nein, an allen Zähnen.

Dürfen die Leistungen UPT a-g nebeneinander abgerechnet werden?

Ja, entsprechend der Leistungsbeschreibungen in der RL und den Ausführungen des Bewertungsausschusses.

Darf Zahnstein in der UPT abgerechnet werden?

Mit der Leistung nach Nr. UPT c sind während oder unmittelbar danach erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105, 107 und 107 a abgegolten.

Wann ist nach vorausgegangener PAR-Therapie eine neue PAR-Therapie zulässig?

Für die PAR-Therapie gibt es weder eine bestimmte Vorgabe, wann mit einer neuen Behandlungstrecke begonnen werden kann noch eine Gewährleistung. Diese ist im SGB V nur für Zahnersatz und Füllungen vorgesehen.

Was könnten Gründe für eine Verlängerung der UPT sein?

Die Maßnahmen der UPT können verlängert werden, soweit dies zahnmedizinisch indiziert ist. Aufschluss hierüber geben die Untersuchungsergebnisse nach BEMA-Nrn. UPT d bzw. UPT g. Der/die Zahnarzt*ärztin hat auf dieser Grundlage zu entscheiden, inwieweit nach Ablauf von 2 Jahren das Ziel, den Behandlungserfolg langfristig zu sichern, erreicht werden konnte. Entscheidend ist also immer die zahnmedizinische Begründung. Das Versäumnis eines Termins während der Behandlungsstrecke kann nicht als Begründung herangezogen werden.

Ist die UPT auch an Implantaten und/oder -brücken möglich? Der Patient erhält ja auch einen Festzuschuss für implantatgetragenen Zahnersatz?

Nein. Die Reinigung der Implantatkrone und die Behandlung von erhöhten Taschentiefen an Implantaten sind deshalb weiterhin als Privatleistungen abzurechnen.

Kann die PZR an dem UPT c-Termin privat vereinbart und abgerechnet werden an den Zähnen, bei denen keine AIT durchgeführt wurde?

Das ist nicht möglich. Die BEMA-Nr. UPT c beschreibt die supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen, je Zahn. Insofern haben die Patient*innen Anspruch auf eine entsprechende Reinigung aller vorhandenen Zähne im Rahmen der UPT. Folglich kann an diesen Zähnen nicht zusätzlich eine PZR abgerechnet werden, da sich die Leistungsinhalte überschneiden würden.

Fall es im 2-Jahreszeitraum der UPT zu einem lokalen Rezidiv kommt, ist eine chirurgischen Intervention möglich oder wird das über die UPT abgedeckt oder ist eine neue Beantragung nötig?

Mit den BEMA-Nrn. UPT e und f stehen Leistungsinhalte für die subgingivale Instrumentierung bei Sondierungstiefen von 4 mm und Sondierungsbluten bzw. bei allen Zähnen mit Sondierungstiefen von 5 mm und mehr zur Verfügung. Eine chirurgische Intervention ist im Rahmen der UPT nicht vorgesehen.

Ist das „Kalenderjahr“ i. S. d. UPT wirklich als Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember zu verstehen? Ist es korrekt, dass bei Beginn der UPT im September die UPT g, die 1x im Kalenderjahr ab dem 2. Jahr der UPT abgerechnet werden kann, im September des folgenden Jahres wieder abgerechnet werden könnte und auch noch einmal in der ersten Jahreshälfte des darauffolgenden Jahres?

Ja. Das „Kalenderjahr“ betrifft den Zeitraum vom 01. Januar bis zum 31. Dezember eines Jahres. Insofern ist das in der Frage beschrieben Szenario korrekt. Wichtig ist, dass jeweils die Mindestabstände von 10 (Grad A), 5 (Grad B) bzw. 3 (Grad C) Monaten eingehalten werden.

Können in einer Sitzung die BEMA-Nrn. 01 und UPT a-g abgerechnet werden?

Das ist möglich. Die Abrechnungsbestimmungen der UPT und der BEMA-Nr. 01 sehen keinen Ausschluss vor. Die Abrechnungsbestimmungen verschiedener PAR-Leistungen besagen lediglich, dass zum Beispiel die BEMA-Nrn. Ä1, 105 oder 107 nicht im zeitlichen Zusammenhang abgerechnet werden können.

- **Anspruchsberechtigte Pflegegrad (§ 15 SGB XI)
oder Eingliederungshilfe (§ 99 SGB IX)**
- **... Fähigkeit zur Aufrechterhaltung MuHy
nicht oder nur eingeschränkt gegeben ist**
- **... einer Behandlung in Allgemeinnarkose
bedürfen**
- **... Kooperationsfähigkeit nicht oder
eingeschränkt gegeben ist**

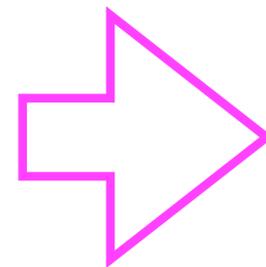


parodontitispezifische, klinische Befundung oft nicht möglich

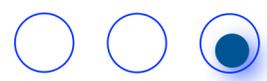
○ Befunderstellung und Erhebung PAR-Status (BEMA 4)

Parameter Risiko (HbA1c; Nikotin;
ST; LG; FK; Zahnverlust durch PAR)

Radiologie



Einbeziehung Dokumentationsbogen §
8 RiLi über Maßnahmen zur Verhütung von
Zahnerkrankungen Pflegebedürftigen
und Menschen mit Behinderungen (BEMA
ATG)



Zahnärztliche Information und Pflegeanleitung

Vorname/Nachname
*

Einrichtung

Datum der Untersuchung

Status

Befund/Versorgung

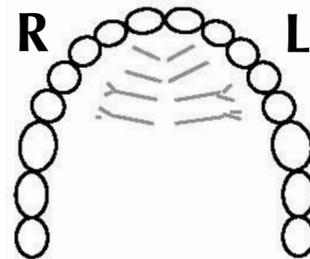
Oberkiefer

Vollprothese

Teilprothese

Beläge rechts

Beläge links



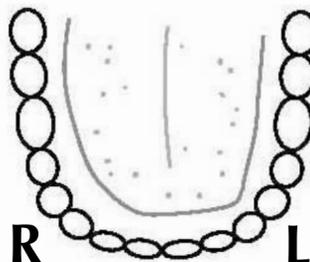
Unterkiefer

Vollprothese

Teilprothese

Beläge rechts

Beläge links



!Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein!

Zustand Pflege

| | | | |
|-------------|--|--|--|
| Zähne | | | |
| Zahnfleisch | | | |
| Zahnersatz | | | |

Bedarf

Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege

Keine Teil Voll

Pflegebedarf

Zähne reinigen (2x/Tag)

Bürste Hand

Bürste elektrisch

Dreikopfbürste

Reinigung Zahnzwischenraum (1x/Tag)

Zahnseide

Interdentalbürste

Reinigung Mundschleimhaut (1x/Tag)

Spüllösung _____ (x/Tag)

Reinigung Zunge (1x/Tag)

Reinigung Prothese (2x/Tag)

Speichelfluss fördern

Sonstiges _____

Behandlungsbedarf

Füllung

Zahnfleisch/Mundschleimhaut

Zahntfernung

Zahnersatz

Koordination

Rücksprache Zahnarzt notwendig mit

Patient

Angehörige

Pflege

Betreuung

Hausarzt

Hauszahnarzt

Apotheker

Wo soll Behandlung erfolgen

vor Ort

~~in der Zahnarztpraxis~~

Behandlung in Narkose

Krankenfahrt/-transport notwendig

Behandlungseinwilligung ist erfolgt

Besonderheiten/Anmerkungen

Unterschrift Zahnarzt

siehe Rückseite



PAR-Richtlinie neu **AuB** mögliche Leistungen

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Abrechnungs-Nr. Zahnarzt-Nr. Datum

Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V gemäß Abschnitt B V. Ziffer 2 der Behandlungsrichtlinie

vom _____

Begründung:

Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene

Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit

Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – geschlossenes Vorgehen

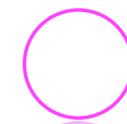
Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – offenes Vorgehen an Zähnen mit ST \geq 6 mm (an den Zähnen, bei denen ein offenes Vorgehen erforderlich ist, erfolgt dieses anstelle der AIT)

Folgende Leistungen werden angezeigt:

| Geb.-Nr. | Zahnangabe | Anzahl |
|----------|------------|--------|
| 4 | ----- | ● |
| AIT a | | ● |
| AIT b | | |
| CPT a | | |
| CPT b | | |

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

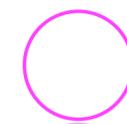
Vordr. 5e (2506_07/2021) SCHÖTZEL/CKK, Tel. 089 11372344, www.zbv-muenchen.de



BEMA 4

- spezifische Anamnese (Diabetes mellitus; HbA1c; Nikotin)
- Klinik
Sondierungstiefen; Sondierungsbluten; Lockerungsgrade; Furkationsbefall; Zahnverlust wg. PAR; Röntgen

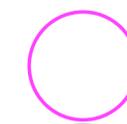
aber **Mindestanforderung**
2 Messpunkte (ma und da)



BEMA AIT a

BEMA AIT b

- Sondierungstiefe \geq 4 mm AIT (siehe § 9 PAR-RiLi)



BEMA CPT a

BEMA CPT b

- Sondierungstiefe \geq 6 mm AIT
- gemeinsame Erörterung Patient oder Umfeld

kann ohne vorab erfolgte AIT durchgeführt werden

PAR-Richtlinie neu **AuB** mögliche Leistungen

| | | |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| geb. am | | |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Abrechnungs-Nr. | Zahnarzt-Nr. | Datum |

Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V gemäß Abschnitt B V. Ziffer 2 der Behandlungsrichtlinie

vom _____

Begründung:

Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene

Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit

Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – geschlossenes Vorgehen

Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – offenes Vorgehen an Zähnen mit ST \geq 6 mm (an den Zähnen, bei denen ein offenes Vorgehen erforderlich ist, erfolgt dieses anstelle der AIT)

Folgende Leistungen werden angezeigt:

| Geb.-Nr. | Zahnangabe | Anzahl |
|----------|------------|--------|
| 4 | ----- | |
| AIT a | | |
| AIT b | | |
| CPT a | | |
| CPT b | | |

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes



BEMA UPT

- drei bis sechs Monate nach AIT/ CPT
- 1x pro Kalenderhalbjahr mit einem Mindestabstand von fünf Monaten
- Messung Sondierungstiefen mit mindestens zwei Messstellen
Erhebung von Sondierungsblutung
- subgingivale Instrumentierung bei

ST \geq 4 mm + Sondierungsblutung
ST \geq 5 mm
- vollständige supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen

Vordr. 5e (2506_07/2021) SCHÖTZEL/CKK, Tel. 089 11372344, www.zbv-muenchen.de

PAR-Richtlinie neu *AuB* Vergleich

Patient:in ist pflegebedürftig (Pflegegrad nach § 15 SGB XI)
Mensch mit Behinderung (Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX)

| | | Entscheidung Vertragszahnarzt:ärztin Erhebung PA Befund vollumfänglich möglich (§ 3 RiLi PAR) | | | | | |
|--|-----|--|---|-----|--|---|----|
| | | JA | | | NEIN | | |
| | | vollständige Umsetzung der PAR-Richtlinie möglich | | | verkürzte Versorgungsstrecke (Einbeziehung Leistungen nach § 22a SGB V) | | |
| | 04 | Parodontaler Screening Index (PSI) | 12 | 04 | Parodontaler Screening Index (PSI) | 12 | |
| | 4 | Erhebung PAR-Status (Formblatt I und II) | 44 | 4 | Erhebung PAR-Status (Formblatt I und II) ** | 44 | |
| Genehmigungsvorbehalt und Begutachtung möglich | | | Anzeigepflicht | | | | |
| | ATG | Aufklärungs- Therapiegespräch | 28 | | | | |
| | MHU | Mundhygieneunterweisung | 45 | | | | |
| € | AIT | Antinfektiöse Therapie | 14/26 | AIT | Antinfektiöse Therapie *** | 14/26 € | |
| | 108 | Einschleifen | 6 | 108 | Einschleifen | 6 | |
| | 111 | Nachbehandlung | 10 | 111 | Nachbehandlung | 10 | |
| | BEV | Befundevaluation | 32 | | | | |
| € | CPT | Chirurgische Therapie * | 22/34 | CPT | Chirurgische Therapie **** | 22/34 € | |
| | 111 | Nachbehandlung | 10 | 111 | Nachbehandlung | 10 | |
| | BEV | Befundevaluation | 32 | | | | |
| € | UPT | a | Mundhygienekontrolle | 18 | UPT | | € |
| | | b | Mundhygieneunterweisung (fakultativ) | 18 | ***** | | |
| | | c | supraging/gingivale Reinigung (je Zahn) | 3 | c | supraging/gingivale Reinigung (je Zahn) | 3 |
| | | d | BOP; ST 5/12 | 15 | d | BOP; ST 5/12 | 15 |
| | e/f | subgingivale Instrumentierung | 15 | e/f | subgingivale Instrumentierung | 15 | |
| | g | Untersuchung PA Zustand | 32 | | | | |

* Schritt fakultativ möglich; Anzeigepflicht Krankenkasse
 ** Mindestanforderung: 2 MP (mesial; distal)
 *** Taschentiefe ≥ 4 mm
 **** Taschentiefe ≥ 6 mm; Erörterung mit Bezugsperson
 ***** einmal je Kalenderhalbjahr unabhängig vom Grading

... der Versorgungsstrecken

Antworten auf Fragen zur Abrechnung:

Kann die Bema-Nr. 04 (PSI) auch während der systematischen PAR-Behandlungsstrecke zu Lasten der GKV abgerechnet werden?

Nein, der PSI ist im Rahmen der GKV nur vor Beginn einer systematischen PAR-Behandlung abrechenbar und erst wieder nach der letzten UPT-Maßnahme.

Welche Regelungen gibt es zum Parodontalen Screening-Index (PSI)?

Die Abrechnungsbestimmungen zur Leistung PSI geben die Inhalte zur Durchführung der Untersuchung wieder. Die Messung des PSI erfolgt bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr an den Indexzähnen 11, 16, 26, 31, 36, 46 beziehungsweise bei deren Fehlen an den benachbarten bleibenden Zähnen. Der Durchbruch dieser Zähne sollte abgeschlossen sein. Damit scheidet die Messung des PSI an Milchzähnen aus.

Bei Erwachsenen hingegen erfolgt die Messung an allen vorhandenen Zähnen mit Ausnahme der Weisheitszähne.

Der Patient erhält ab 1. Juli 2021 eine Information über das Untersuchungsergebnis und deren Bedeutung (Vordruck 11).

Darf die BEMA-Nr. 4 (Befundung/Dokumentation etc.) abgerechnet werden, auch wenn der Patient sich während der Aufklärung entscheidet, die Therapie nicht durchzuführen?

Ja.

Können ATG, MHU und BEMA-Nr. 4 abgerechnet werden, auch wenn der Patient trotz wiederholter Aufforderung nicht zur AIT erscheint?

Alle erbrachten Leistungen können abgerechnet werden, wenn eine Genehmigung des PAR-Status vorliegt. Wie ein Abbruch der Behandlung mitzuteilen ist, ist derzeit noch offen.

Kann die MHU sitzungsgleich mit der Leistung AIT erbracht werden?

Die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung erfolgt im zeitlichen Zusammenhang nach Nr. AIT. Die Systematik der wissenschaftlich anerkannten PAR-Behandlungsstrecke muss eingehalten werden. Inwieweit eine sitzungsgleiche Abrechnung im Einzelfall(!) dieser wissenschaftlichen Systematik entspricht, obliegt der Entscheidung des Zahnarztes.(Aussage KZVB!)

Gleiches gilt auch für die zeitgleiche Durchführung von ATG, MHU und AIT. Die PAR-Richtlinie und der BEMA machen zu einer zeitgleichen Abrechnung von ATG, MHU und AIT keine Vorgaben.

Wenn der Patient einen UPT-Termin versäumt und dieser in dem entsprechenden Zeitraum auch nicht nachgeholt werden kann, muss dann die Behandlungstrecke komplett abgebrochen werden?

Nein. Der Patient behält den Anspruch auf die weiteren UPT-Leistungen.

Kann eine AIT auch ohne Anästhesie durchgeführt und abgerechnet werden?

Die antiinfektiöse Therapie (AIT) dient der Beseitigung der entzündlichen Prozesse; Blutung bzw. Suppuration auf Sondierung sollen weitgehend eliminiert werden (§ 9 PAR-Richtlinie), folglich erfordert die Behandlung in der Regel Anästhesiemaßnahmen.

Was bedeutet „während oder unmittelbar danach“ im Zusammenhang mit der Berechnung der Nrn. 105, 107 und 107a BEMA neben der AIT?

Während = zeitgleich mit Erbringung der Leistung (Leistungsbestandteil)

Unmittelbar danach = nach Erbringung der Leistung (getrennte Verrichtung/nicht in gleicher Sitzung)

Je kürzer der zeitliche Abstand ist, desto wichtiger ist eine ausreichende Dokumentation, aus der die Notwendigkeit hervorgeht. Zum Beispiel kann nach der UPT c kein Zst mehr vorhanden sein. Um die Bema-Nr. 107 abrechnen zu können, muss also genügend Zeit für das Entstehen von Zst vergangen sein.

Ist Voraussetzung für die AIT, dass vorher die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (MHU) durchgeführt wurde?

Die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung erfolgt im zeitlichen Zusammenhang mit der Bema-Nr. AIT. Die MHU kann vor, parallel mit oder nach der AIT durchgeführt werden. Dies obliegt der Entscheidung des Zahnarztes unter Berücksichtigung der Systematik der wissenschaftlich anerkannten PAR-Behandlungsstrecke und der zahnärztlichen Verantwortung.

CPT und regenerative Therapie* finden in gleicher Sitzung statt. Wie wird dies abgerechnet?

Beide Leistungen werden rein privat abgerechnet (wegen Leistungsüberschneidung von Bema und GOZ, wenn in gleicher Sitzung erbracht).

* Mit der gesteuerten Geweberegeneration (Synonyme: Guided Tissue Regeneration, GTR, regenerative Therapie) werden Verfahren umschrieben, die das Ziel haben, die in intraossären ("innerhalb des Knochen") Defekten verloren gegangene Strukturen des Parodonts (Zahnhalteapparats) wieder herzustellen, die durch zuvor abgelaufene entzündliche Prozesse (chronische Inflammation) abgebaut wurden.

Kann die AIT/CPT auch mittels Laser erfolgen?

Nein. Der Leistungsinhalt der Bema-Nrn. AIT/CPT ist durch eine alleinige Lasertherapie bzw. Vector-Behandlung nicht erfüllt.

Wie ist zu verfahren, wenn ein Zahnarzt die CPT von einem Chirurgen durchführen lässt?

Die Mitteilung gemäß Vordruck 5c über die CPT ist von der Praxis vorzunehmen, die die systematische PAR-Behandlung durchführt. Wird der Patient an eine andere Praxis zwecks Vornahme der CPT überwiesen, ist dies in der Freifläche im Formular anzugeben, z. B. durch die Angabe: "CPT erfolgt durch spezialisierten Zahnarzt". Abgerechnet wird die Leistung von dem ZA, der die Leistung jeweils erbringt.

Ein Patient hat Taschentiefen größer 6 mm, lehnt jedoch eine chirurgische Therapie ab. Kann die PAR-Behandlungsstrecke weitergeführt werden?

Vor der chirurgischen Therapie (CPT) wird immer zuerst eine antiinfektiöse Therapie (AIT) durchgeführt. Bestehen auch nach der AIT noch Sondierungstiefen ≥ 6 mm, ist laut § 12 der PAR-Richtlinien zu prüfen, ob die zahnmedizinische Notwendigkeit besteht, an einzelnen Parodontien zusätzlich ein offenes Vorgehen durchzuführen. Die Entscheidung, ob ein offenes Vorgehen durchgeführt werden soll, trifft die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt nach gemeinsamer Erörterung mit der oder dem Versicherten. Im Frontzahnbereich besteht aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen. Keinesfalls kann ohne die Einwilligung der Patienten eine Leistung, hier die chirurgische Therapie, durchgeführt werden. Die Nicht-Einwilligung ist zu dokumentieren. Die UPT kann dennoch durchgeführt werden.

Sind die Bema-Nrn. 108 und 111 weiterhin abrechenbar?

Ja. Die erste PAR-Abrechnung erfolgt frühestens nach Abschluss der AIT, jede weitere Leistung ist monatlich abrechenbar. Somit können die Leistungen nach den Bema-Nrn. 108 und 111 mit Tag der Leistungserbringung abgerechnet werden. Die Übermittlung der Daten erfolgt monatlich.

Was passiert, wenn im Rahmen einer BEVa oder BEVb das Intervall von drei bis sechs Monaten nicht eingehalten wird? Verliert der Versicherte seinen Leistungsanspruch?

Aus dem PAR-Abrechnungsmodul (Prüfmodul) erscheint ein Hinweis: BEVa erfolgt gemäß PAR-Richtlinie drei bis sechs Monate nach AIT (bei Abweichung Begründung erforderlich). Für die Details bedarf es noch einer bundeseinheitlichen Regelung.

Gibt es ein spezielles Befundblatt für die Erhebungsdaten der klinischen Befunde, welche bei den Leistungen BEVa/b, UPTd und UPTg erhoben werden?

Nein, die Bundesmantelvertragspartner haben für die alleinige Erhebung der klinischen Befunde (Sondierungstiefen und -blutung, Zahnlockerung, Furkationsbefall, röntgenologischen Knochenabbau einschl. Quotient [%/Alter]) keinen Vordruck vereinbart.

Kann in gleicher Sitzung die UPT neben der BEV abgerechnet werden?

Mit der BEV nach der aktiven Behandlungsphase (AIT bzw. CPT) kann in gleicher Sitzung die UPT a-c, e, f erbracht werden.

UPTe/UPTf: Kann eine hierfür ggf. erforderliche Anästhesie durchgeführt und abgerechnet werden?

Ja. Kennzeichnen Sie in begründeten Fällen die Anästhesie bei der Abrechnung mit „4“ für PAR.

Kann die Bema-Nrn. 49/50 anstelle einer PAR-Behandlung abgerechnet werden?

Mit Inkrafttreten der neuen PAR-Richtlinie zum 01.07.2021 ist die hilfswise Abrechnung von Exzisionen (Bema-Nrn. 49 und 50) für die PAR-Therapie einzelner Parodontien durch geschlossene/offene Kürettage obsolet und nicht mehr möglich. Dies betrifft auch die hilfswise Abrechnung der Bema-Nr. 49 und 50 bei Patienten mit geistig und/oder körperlicher Behinderung.

Wenn eine Exz1 und/oder Exz2 abgerechnet wird, muss der Leistungsinhalt wie im BEMA beschrieben erfüllt sein.

Exz1 = Exzision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe für das Gebiet eines Zahnes.

Exz2 = Exzision einer Schleimhautwucherung (z. B.: lappiges Fibrom, Epulis).

Damit steht z. B. die Exz1 auch für Notfälle, bei denen Granulationsgewebe zu entfernen ist, weiterhin entsprechend den Regeln des Bema zur Verfügung. Das Entfernen von Konkrementen und/oder die Glättung einer Wurzeloberfläche ist nicht durch die Leistungsbeschreibung der Exzision gedeckt.

Ausgeschlossen ist somit die Abrechnung der Exz1 und Exz2 anstelle einer PAR-Behandlung.

Ist bei Versicherten der GKV eine Vereinbarung der PZR (GOZ-Nummer 1040) möglich?

Ja, und zwar

- vor Erstellung des PAR-Status
- zwischen der antiinfektiösen Therapie (Bema-Nummer AITa/b einschließlich Bema-Nummer 111) und der ersten Befundevaluation (Bema-Nummer BEVa)
- bei notwendiger offener Therapie: zwischen der ersten Befundevaluation (Bema-Nummer BEVa) und der chirurgischen Therapie (Bema-Nummer CPTa/b) und zwischen der chirurgischen Therapie (Bema-Nummer CPTa/b) und der zweiten Befundevaluation (Bema-Nummer BEVb)
- zwischen den Zeitintervallen der UPT-Phase beziehungsweise nach Abschluss des zweijährigen UPT-Zeitraums.

Welche Zusatzleistungen sind bei der PZR möglich?

Bei Versicherten der GKV können außer der professionellen Zahnreinigung auch eine Vielzahl von Vor-, Begleit- und Folgemaßnahmen als selbstständige Zusatzleistungen vereinbart werden, zum Beispiel:

- Mikrobiologische Markerkeimanalyse → GOÄ-Nummer Ä298
- Oberflächenanästhesie → GOZ-Nummer 0080
- Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation → GOZ-Nummer 4025
- Full-Mouth-Desinfection / Full-Mouth-Therapie → analog gemäß Paragraph 6 Absatz 1 GOZ
- Dekontamination der Zahnfleischtasche mittels Laser → analog gemäß Paragraph 6 Absatz 1 GOZ

Aufzählung nicht abschließend.