



# PAR-RICHTLINIE

ABSTRACT

# ALLES AUF EINEN BLICK

(Stand 05/2022)

## INHALT

Vorwort .....	3
Was ist neu?.....	4
Schema PAR-Behandlungsstrecke .....	5
UPT nach Abschluss der AIT .....	6
UPT nach Abschluss der CPT .....	6
Schema PAR-Behandlungsstrecke - Zeitpunkt der Abrechnung .....	7
Paragraphenteil PAR-Behandlungsstrecke (PAR-Richtlinie).....	8
Neue/modifizierte Leistungen.....	16
Zweijahreszeitraum - Frequenz der UPT Grad A, Grad B, Grad C .....	26
Schema PAR-Behandlungsstrecke – Anspruchsberechtigte gem. § 22a SGB V.....	27
Behandlungsrichtlinie Teil B Abschnitt V. – Anspruchsberechtigte gem. § 22a SGB V.....	28
Übersicht abrechnungsfähiger Leistungen – Anspruchsberechtigte gem. § 22a SGB V.....	30
Muster zur Dokumentation: ATG.....	32
Muster zur Dokumentation: MHU .....	33
Muster zur Dokumentation: UPT.....	35
Checkliste zur Abrechnung 1. Leistungen innerhalb der systematischen PAR-Therapie .....	36
Checkliste zur Abrechnung 2. Leistungen ausserhalb der systematischen PAR-Therapie (Anspruchsberechtigte nach § 22a SGB V).....	37
Glossar .....	38
Online-Informationen zur PAR-Richtlinie .....	40
FAQ.....	41
Delegationsrahmen .....	53
Formulare und Ausfüllhinweise gem. Anlage 14b BMV-Z.....	54

## VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Praxisteam,

seit über einem Jahr ermöglicht die PAR-Richtlinie gesetzlich Versicherten den Zugang zu einer zeitgemäßen Parodontitis-Therapie. Den Praxen bietet die Richtlinie neue wirtschaftliche Perspektiven. Die KZVB hat ihre Mitglieder von Anfang an umfassend und kompetent informiert.

In der zweiten Auflage dieses Abstract haben wir noch einmal alles zusammengetragen, was Sie über die PAR-Richtlinie wissen müssen (und was derzeit bekannt ist).

Parodontitis ist die neue Volkskrankheit. Entsprechend ist der Behandlungsbedarf. Eines ist für Sie dabei entscheidend: die exakte Umsetzung der Richtlinie. Ich appelliere deshalb erneut an Sie, sich genau an die Vorgaben der KZVB zu halten. Hinterfragen Sie die Ratschläge selbst ernannter Abrechnungsexperten immer kritisch!

Die PAR-Richtlinie wird auf Seiten der Krankenkassen zweifellos zu Mehrausgaben führen. Umso wichtiger ist es, dass wir Vertragszahnärzte weiterhin keinen Grund für Beanstandungen liefern.

Einige Detailfrage lassen sich auch heute noch nicht abschließend beantworten. Sie müssen auf Bundesebene zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband geklärt werden. Parallel dazu stehen auch wir in Bayern in Gesprächen mit den bei uns tätigen Krankenkassen.

Wir haben uns deshalb erneut dafür entschieden, dieses Abstract lediglich in digitaler Form zur Verfügung zu stellen, um bei Bedarf Aktualisierungen und Ergänzungen vornehmen zu können. Über Neuigkeiten werden wir Sie selbstverständlich umgehend in unserem Rundschreiben und auf [kzvb.de](http://kzvb.de) informieren.

Die aktuelle Version unseres Abstracts finden Sie künftig unter [abrechnungsmappe.kzvb.de](http://abrechnungsmappe.kzvb.de) (siehe Bema-Teil PAR).

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

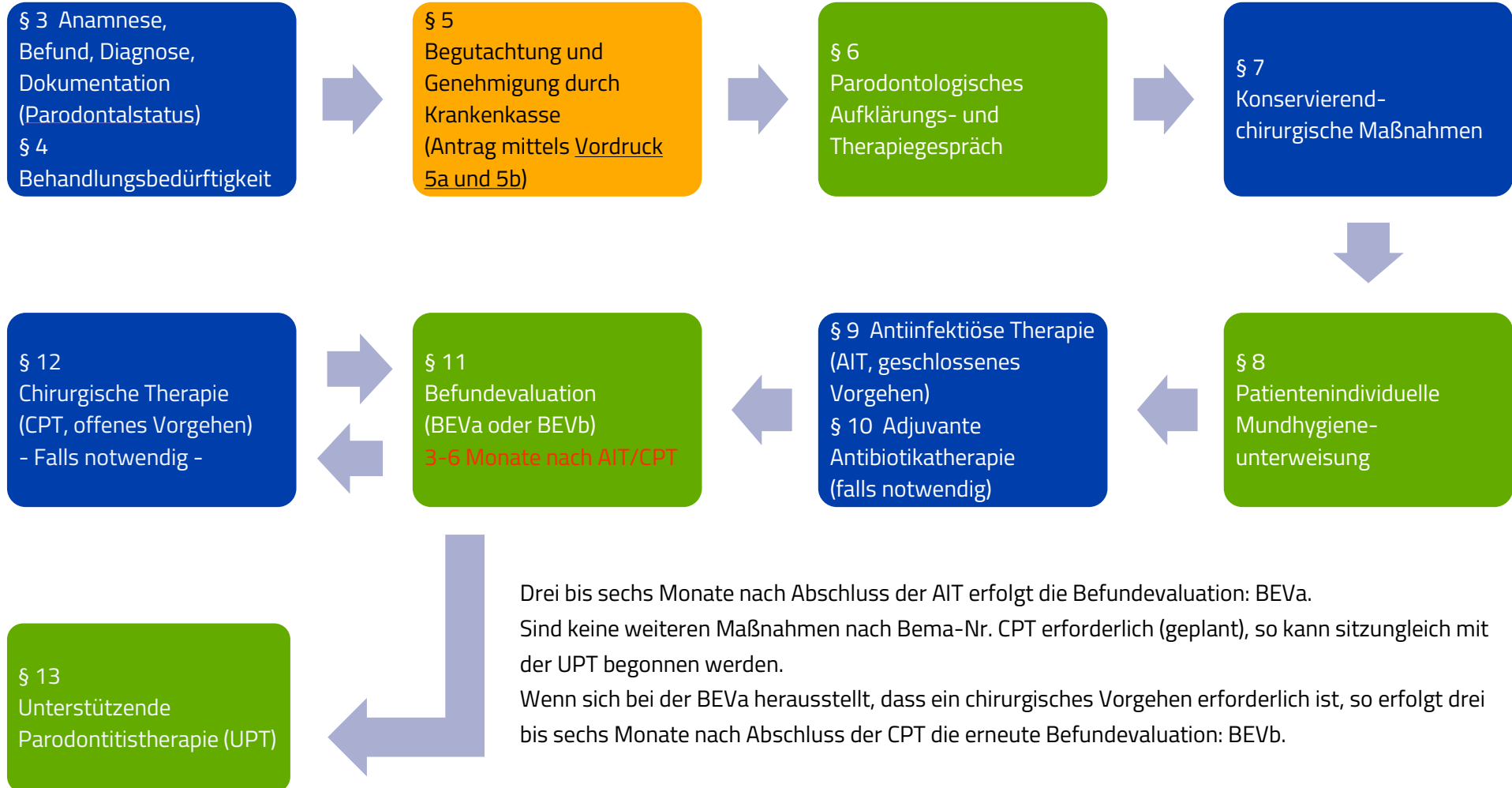


Dr. Manfred Kinner  
Vorstand der KZVB

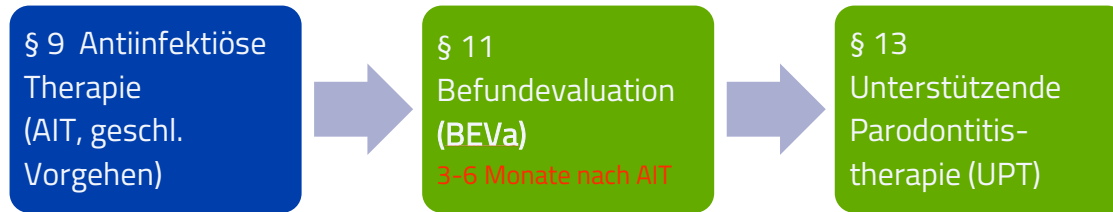
## WAS IST NEU?

- Behandlungsstrecke: vorgegebener Behandlungsablauf
- Patienten-Adhärenz, den Patienten an die Praxis binden
- Sprechende Zahnmedizin wird vergütet
- Keine Vorbehandlung erforderlich: Die Erstellung des PAR-Planes kann zeitgleich mit der Diagnosestellung erfolgen
- Röntgenologischer Knochenabbau und Knochenabbauindex. Clinical Attachment Loss (CAL)
- Evaluierung des Befundes
- Das geschlossene Vorgehen ist vor dem ggf. notwendigen offenen Vorgehen künftig ein MUSS (außer bei § 22a-Patienten)
- Das offene Vorgehen (CPT) ist nach dem geschlossenen Vorgehen (AIT) nicht genehmigungs- sondern lediglich anzeigepflichtig
- Unterstützende PAR-Therapie (UPT) im Anschluss an die aktive Behandlungsphase
- Eigenständige PAR-Richtlinie (nicht mehr Bestandteil der Behandlungsrichtlinie)
- Vereinfachtes Vorgehen für Patienten mit Pflegegrad ([§ 22a-Patienten](#))
- Umfangreichere Dokumentation
- Röntgenaufnahme für Ausgangsdiagnostik nicht älter als 12 Monate

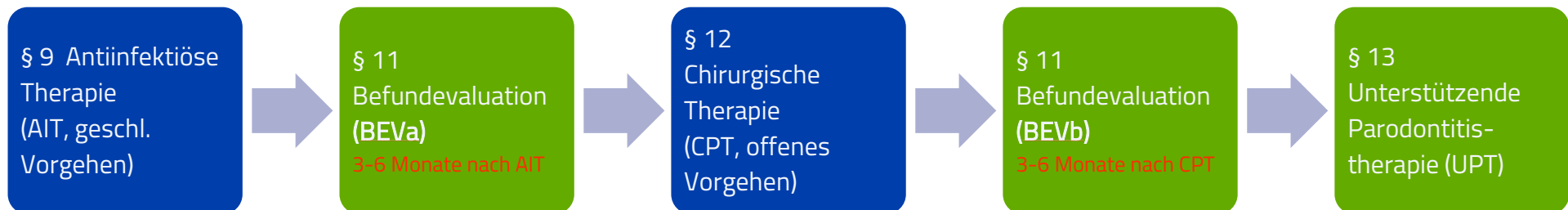
## SCHEMA PAR-BEHANDLUNGSTRECKE



## UPT NACH ABSCHLUSS DER AIT

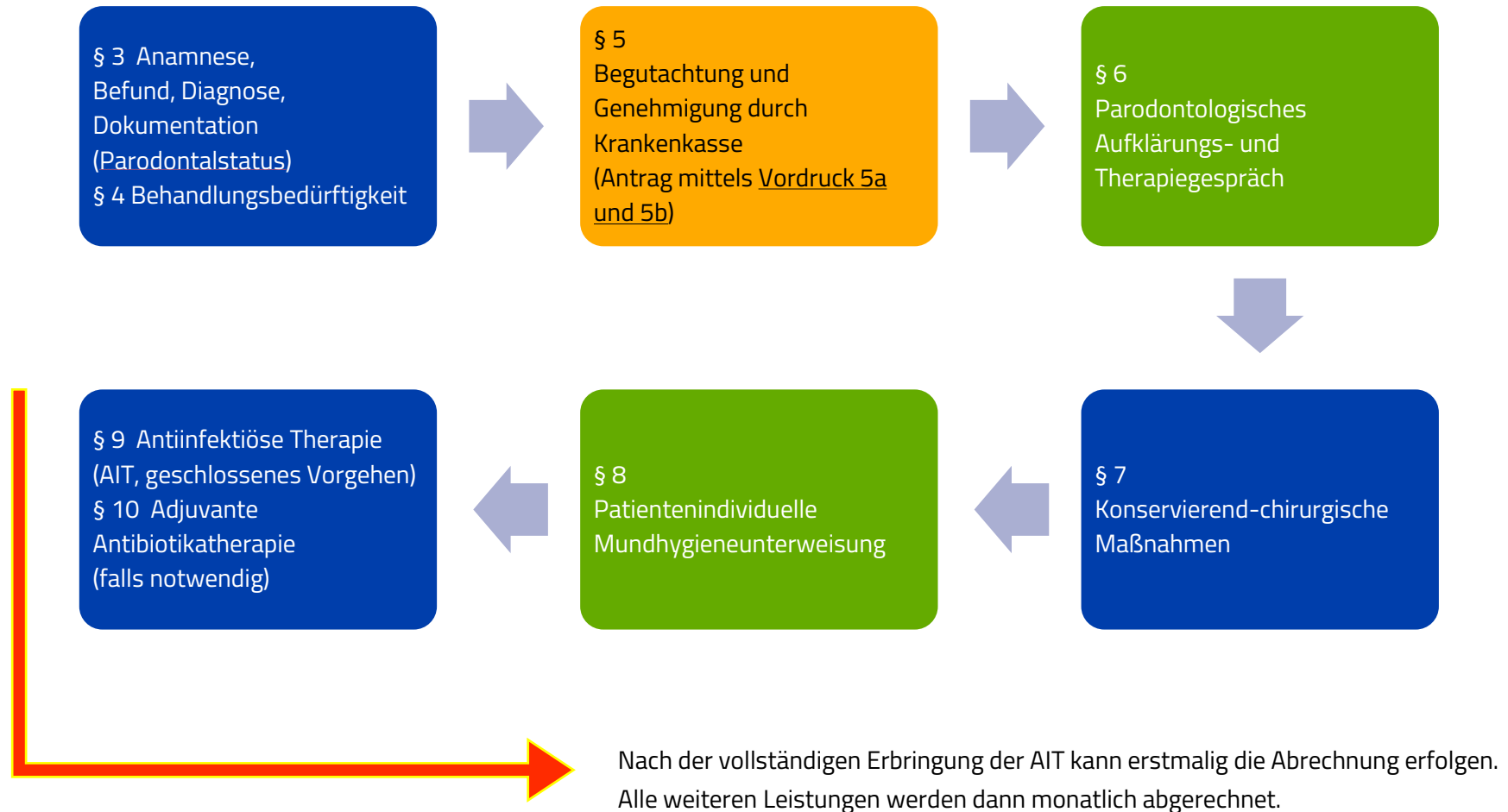


## UPT NACH ABSCHLUSS DER CPT



§13 Abs. 1: Die unterstützende Parodontitistherapie (UPT) dient der Sicherung der Ergebnisse der antiinfektiösen und einer gegebenenfalls erfolgten chirurgischen Therapie. Mit der UPT soll **drei bis sechs Monate** nach Abschluss des geschlossenen bzw. offenen Vorgehens gemäß §§ 9 und 12 begonnen werden.

## SCHEMA PAR-BEHANDLUNGSTRECKE - ZEITPUNKT DER ABRECHNUNG



## PARAGRAPHENTEIL PAR-BEHANDLUNGSSTRECKE (PAR-RICHTLINIE)

Paragraf	Inhalt
<b>§ 1 Regelungsgegenstand</b>	Diese Richtlinie regelt gemäß § 28 Absatz 2 Satz 1, § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) die Voraussetzungen zur Erbringung von Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Richtlinie dient der Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der zahnmedizinischen Erkenntnisse und des zahnmedizinischen Fortschrittes.
<b>§ 2 Grundlagen der Erkrankung und Ziele der Behandlung</b>	<p>(1) Parodontitis ist eine chronisch entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparats (Parodont). Das Parodont besteht aus dem Zahnfleisch (Gingiva), dem Wurzelzement, der Wurzelhaut (Desmodont) und dem Alveolarknochen. Bakterielle Zahnbeläge (dentale Biofilm) können eine Entzündung der Gingiva hervorrufen. Folge der Entzündungsreaktion ist eine Gingivitis. Durch eine Veränderung des Biofilms und bestimmter, teilweise durch die Betroffenen beeinflussbare Risikofaktoren, beispielsweise Rauchen, Diabetes mellitus und psychosoziale Belastungen, kann es zur Progression der Entzündung kommen, die schließlich zu einer Parodontitis führt. Die entzündungsbedingten Veränderungen des Saumepithels führen zu einer Ausdehnung des Biofilms in den subgingivalen Bereich. Etabliert sich die Entzündung entstehen Zahnfleischtaschen, die die Vermehrung der parodontopathogenen Bakterien weiter begünstigen. Durch die Abwehrreaktion des Körpers kommt es zum Attachment- und Alveolarknochenverlust. Schreitet der Abbauprozess weiter fort, führt dieser zu einer Zahnlockerung und gegebenenfalls zu Zahnstellungsveränderungen bis hin zum Zahnverlust.</p> <p>(2) Die Ziele der systematischen Behandlung von Parodontitis sind es, entzündliche Veränderungen des Parodonts zum Abklingen zu bringen, einem weiteren Attachment- und Zahnverlust und damit der Progredienz der Erkrankung vorzubeugen und den Behandlungserfolg langfristig zu sichern.</p>
<b>§ 3 Anamnese, Befund, Diagnose und Dokumentation (Parodontalstatus)</b>	(1) Grundlage für die Therapie sind die allgemeine und die parodontitispezifische Anamnese, der klinische Befund ergänzt in Abhängigkeit von der rechtfertigenden Indikation durch Röntgenaufnahmen und Röntgenbefund, die Diagnose und die vertragszahnärztliche Dokumentation.



Paragraf	Inhalt
	<p>(2) Die parodontitisspezifische Anamnese umfasst die Erhebung von Risikofaktoren für Parodontitis:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diabetes mellitus mit Angabe des HbA1c-Werts,</li> <li>2. Tabakkonsum (&lt; 10 Zigaretten/Tag, ≥ 10 Zigaretten/Tag oder äquivalenter Konsum anderer Tabakerzeugnisse oder verwandter Erzeugnisse).</li> </ol> <p>(3) Die Dokumentation des klinischen Befunds umfasst:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sondierungstiefen und Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn, eine davon mesioapproximal und eine davon dis-toapproximal. Liegt die Sondierungstiefe zwischen zwei Millimetermarkierungen, wird der Wert auf den nächsten ganzen Millimeter auf- oder abgerundet. Messwerte unter 0,5 mm sind abzurunden, Messwerte von 0,5 mm oder darüber sind aufzurunden.</li> <li>2. Zahnlockerung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grad 0 = normale Zahnbeweglichkeit,</li> <li>• Grad I = gering horizontal (0,2 mm – 1 mm),</li> <li>• Grad II = moderat horizontal (mehr als 1 mm),</li> <li>• Grad III = ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und in vertikaler Richtung,</li> </ul> </li> <li>3. Furkationsbefall: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grad 0 = keine Furkationsbeteiligung sondierbar,</li> <li>• Grad I = bis 3 mm in horizontaler Richtung sondierbar,</li> <li>• Grad II = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung, jedoch nicht durchgängig sondierbar,</li> <li>• Grad III = durchgängig sondierbar,</li> </ul> </li> <li>4. Zahnverlust aufgrund Parodontitis.</li> </ol> <p>(4) Der Röntgenbefund erfordert aktuelle (in der Regel nicht älter als zwölf Monate) auswertbare Röntgenaufnahmen. Der Röntgenbefund umfasst den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe Knochenabbau (%/Alter).</p> <p>(5) Die Diagnosen sind gemäß der jeweils gültigen Klassifikation der Parodontalerkrankungen der maßgeblichen parodontologischen wissenschaftlichen Fachgesellschaft anzugeben.</p> <p>(6) Bei Versicherten, die Leistungen nach § 22a SGB V erhalten, soll der Dokumentationsbogen gemäß § 8 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) in die Planung der Therapie einbezogen werden.</p>

Paragraf	Inhalt
<p><b>§ 4</b> <b>Behandlungsbedürftigkeit der Parodontitis</b></p>	<p>Die systematische Behandlung einer Parodontitis ist angezeigt, wenn eine der folgenden Diagnosen gestellt wird und dabei eine Sondierungstiefe von 4 mm oder mehr vorliegt:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parodontitis <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Staging: <ol style="list-style-type: none"> <li>aa) Basierend auf Schweregrad und Komplexität des Managements <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stadium I: initiale Parodontitis,</li> <li>• Stadium II: moderate Parodontitis,</li> <li>• Stadium III: schwere Parodontitis mit Potenzial für weiteren Zahnverlust,</li> <li>• Stadium IV: schwere Parodontitis mit Potenzial für Verlust der Dentition</li> </ul> </li> <li>bb) Ausdehnung und Verteilmuster, Beschreibung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• lokalisiert: &lt; 30% der Zähne</li> <li>• generalisiert: ab 30% der Zähne</li> <li>• Molaren-Inzisiven-Muster,</li> </ul> </li> <li>b) Grading: <p>Hinweis oder Risiko für rasche Progression, erwartetes Behandlungsergebnis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grad A: langsame Progressionsrate,</li> <li>• Grad B: moderate Progressionsrate,</li> <li>• Grad C: rasche Progressionsrate,</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>2. Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen,</li> <li>3. Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen.</li> </ol> <p>Bei weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75% oder einem Furkationsbefall von Grad III ist bei gleichzeitigem Vorliegen eines Lockerungsgrades III in der Regel die Entfernung des Zahnes angezeigt.</p> </li></ol>
<p><b>§ 5</b> <b>Begutachtung und Genehmigung durch Krankenkasse</b></p>	<p>Die Durchführung der systematischen Parodontitistherapie und eine Verlängerung nach § 13 Absatz 4 bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. 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.</p>

Paragraf	Inhalt
<p><b>§ 6</b>  <b>Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch</b></p>	<p>Im Anschluss an die Durchführung von Anamnese, Diagnose, Prognose und Therapieplanung erfolgt neben der Information über Befund und Diagnose, die im Rahmen eines vertragszahnärztlichen risikospezifischen parodontologischen Aufklärungs- und Therapiegesprächs stattfindet:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die Erörterung von gegebenenfalls bestehenden Therapiealternativen und deren Bedeutung zur Ermöglichung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung über die nachfolgende Therapie einschließlich der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT),</li> <li>2. die Information über die Bedeutung von gesundheitsbewusstem Verhalten zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren (zum Beispiel Verweis auf ärztliche Behandlung bei Versicherten, bei denen die allgemeine Anamnese Hinweise auf nicht adäquat behandelte Allgemeinerkrankungen gibt, Rat zur Einstellung oder Einschränkung von Tabakkonsum),</li> <li>3. die Information über Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen.</li> </ol>
<p><b>§ 7</b>  <b>Konservierend-chirurgische Maßnahmen</b></p>	<p>Konservierend-chirurgische Maßnahmen einschließlich des Glättens überstehender Füllungs- und Kronenränder sind je nach Indikation vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie durchzuführen</p>
<p><b>§ 8</b>  <b>Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung</b></p>	<p>Im zeitlichen Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie nach § 9 erfolgt zur Sicherung eines langfristigen Behandlungserfolgs eine patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung des oder der Versicherten. Die Mundhygieneunterweisung umfasst:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. eine Mundhygieneaufklärung; hierbei soll in Erfahrung gebracht werden, über welches Wissen zu parodontalen Erkrankungen die oder der Versicherte verfügt, wie ihre oder seine Zahnpflegegewohnheiten aussehen und welche langfristigen Ziele bezogen auf ihre oder seine Mundgesundheit die oder der Versicherte verfolgt,</li> <li>2. die Bestimmung des Entzündungszustandes der Gingiva,</li> <li>3. das Anfärben von Plaque,</li> <li>4. eine individuelle Mundhygieneinstruktion,</li> <li>5. die praktische Anleitung zur risikospezifischen Mundhygiene; hierbei sollten die individuell geeigneten Mundhygienehilfsmittel bestimmt und deren Anwendung praktisch geübt werden.</li> </ol>

Paragraf	Inhalt
	Die Mundhygieneunterweisung soll in einer die jeweilige individuelle Versichertensituation berücksichtigenden Weise erfolgen. Bei Versicherten, die Leistungen nach § 22a SGB V erhalten, sollen bereits erfolgte Maßnahmen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) berücksichtigt werden.
<b>§ 9</b> <b>Antiinfektiöse Therapie (AIT, geschlossenes Vorgehen)</b>	Die antiinfektiöse Therapie dient der Beseitigung der entzündlichen Prozesse; Blutung bzw. Suppuration auf Sondierung sollen weitgehend eliminiert werden. Die antiinfektiöse Therapie erfolgt im Rahmen eines geschlossenen Vorgehens und sollte nach Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen abgeschlossen werden. Dabei werden bei Zahnfleischtaschen mit einer Sondierungstiefe von 4 mm und mehr alle supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkremente) entfernt.
<b>§ 10</b> <b>Adjuvante Antibiotikatherapie (falls notwendig)</b>	<p>(1) Bei besonders schweren Formen der Parodontitis, die mit einem raschen Attachmentverlust einhergehen, können systemisch wirkende Antibiotika im zeitlichen Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie verordnet werden.</p> <p>(2) Eine mikrobiologische Diagnostik sowie eine lokale Antibiotikatherapie sind nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.</p>
<b>§ 11</b> <b>Befundevaluation</b>	<p>Drei bis sechs Monate nach Beendigung der antiinfektiösen Therapie erfolgt die erste Evaluation der parodontalen Befunde. Die hierzu notwendige Dokumentation des klinischen Befunds umfasst:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sondierungstiefen und Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn eine davon mesioapproximal und eine davon distoapproximal. Liegt die Sondierungstiefe zwischen zwei Millimetermarkierungen, wird der Wert auf den nächsten ganzen Millimeter auf- oder abgerundet. Messwerte unter 0,5 mm sind abzurunden, Messwerte von 0,5 mm oder darüber sind aufzurunden.</li> <li>2. Zahnlockerung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grad 0 = normale Zahnbeweglichkeit,</li> <li>• Grad I = gering horizontal (0,2 mm – 1 mm),</li> <li>• Grad II = moderat horizontal (mehr als 1 mm),</li> <li>• Grad III = ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und in vertikaler Richtung.</li> </ul> </li> <li>3. Furkationsbefall: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grad 0 = keine Furkationsbeteiligung sondierbar,</li> </ul> </li> </ol>

Paragraf	Inhalt
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grad I = bis 3 mm in horizontaler Richtung sondierbar,</li> <li>• Grad II = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung, jedoch nicht durchgängig sondierbar,</li> <li>• Grad III = durchgängig sondierbar.</li> </ul> <p>Der Röntgenbefund umfasst den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe Knochenabbau (%/Alter).</p> <p>Der Vergleich mit den Befunddaten erlaubt die zielgenaue Planung des weiteren Vorgehens.</p>
<p><b>§ 12</b>  <b>Chirurgische Therapie (CPT, offenes Vorgehen)</b></p>	<p>(1) Nach dem geschlossenen Vorgehen ist zu prüfen, ob die zahnmedizinische Notwendigkeit besteht, an einzelnen Parodontien zusätzlich ein offenes Vorgehen durchzuführen. Dies kann für Parodontien angezeigt sein, bei denen im Rahmen der Befundevaluation gemäß § 11 eine Sondierungstiefe von <math>\geq 6</math> mm gemessen wurde. 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. Sofern auf Grundlage der Entscheidung nach Satz 3 ein offenes Verfahren durchgeführt wird, gibt die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt diese Entscheidung der Krankenkasse zur Kenntnis.</p> <p>(2) Drei bis sechs Monate nach Beendigung der chirurgischen Therapie erfolgen eine erneute Befundevaluation und deren Erörterung. § 11 gilt entsprechend.</p>
<p><b>§ 13</b>  <b>Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)</b></p>	<p>(1) Die unterstützende Parodontitistherapie (UPT) dient der Sicherung der Ergebnisse der antiinfektiösen und einer gegebenenfalls erfolgten chirurgischen Therapie. Mit der UPT soll drei bis sechs Monate nach Abschluss des geschlossenen bzw. offenen Vorgehens gemäß §§ 9 und 12 begonnen werden.</p> <p>(2) Die UPT umfasst:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die Mundhygienekontrolle,</li> <li>2. soweit erforderlich eine erneute Mundhygieneunterweisung,</li> <li>3. die vollständige supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen,</li> <li>4. bei Sondierungstiefen von <math>\geq 4</math> mm und Sondierungsbluten sowie an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von <math>\geq 5</math> mm die subgingivale Instrumentierung an den betroffenen Zähnen,</li> <li>5. ab dem zweiten Jahr einmal im Kalenderjahr die Untersuchung des</li> </ol>

Paragraf	Inhalt
	<p>Parodontalzustands; die hierzu notwendige Dokumentation des klinischen Befunds umfasst:</p> <p>a) Sondierungstiefen und Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn, eine davon mesioapproximal und eine davon dis-toapproximal. Liegt die Sondierungstiefe zwischen zwei Millimetermarkierungen, wird der Wert jeweils auf den nächsten ganzen Millimeter auf- oder abgerundet. Messwerte unter 0,5 mm sind abzurunden, Messwerte von 0,5 mm oder darüber sind aufzurunden.</p> <p>b) Zahnlockerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grad 0 = normale Zahnbeweglichkeit,</li> <li>• Grad I = gering horizontal (0,2 mm – 1 mm),</li> <li>• Grad II = moderat horizontal (mehr als 1 mm),</li> <li>• Grad III = ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und in vertikaler Richtung,</li> </ul> <p>c) Furkationsbefall:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grad 0 = keine Furkationsbeteiligung sondierbar,</li> <li>• Grad I = bis 3 mm in horizontaler Richtung sondierbar,</li> <li>• Grad II = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung, jedoch nicht durchgängig sondierbar,</li> <li>• Grad III = durchgängig sondierbar,</li> </ul> <p>d) röntgenologischer Knochenabbau sowie die Angabe Knochenabbau (%/Alter).</p> <p>(3) Die in Absatz 2 geregelten Maßnahmen der UPT sollen für einen Zeitraum von zwei Jahren regelmäßig erbracht werden. Die Frequenz der Erbringung der Maßnahmen der UPT richtet sich nach dem gemäß § 4 Nummer 1 Buchstabe b festgestellten Grad der Parodontalerkrankung:</p> <p>Grad A: einmal im Kalenderjahr mit einem Mindestabstand von zehn Monaten,</p> <p>Grad B: einmal im Kalenderhalbjahr mit einem Mindestabstand von fünf Monaten,</p> <p>Grad C: einmal im Kalendertertial mit einem Mindestabstand von drei Monaten.</p> <p>(4) Soweit über diesen Zeitraum hinaus eine Verlängerung der UPT-Maßnahmen zahnmedizinisch erforderlich ist, bedarf diese Verlängerung, die in der Regel nicht länger als sechs Monate sein darf, einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Die Krankenkasse prüft den Antrag unter Beachtung der Vorgaben des § 13 Absatz 3a SGB V.</p>

Paragraf	Inhalt
<b>§ 14 Evaluation</b>	Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt spätestens zwei Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie eine unabhängige wissenschaftliche Institution mit der Evaluation. Dabei sind auch die Inanspruchnahme, die Wirkungen und die Notwendigkeit der Verlängerungsoption nach § 13 Absatz 4 zu überprüfen.

G = Genehmigungspflichtig

A = Anzeigepflichtig

Bema	Beschreibung, Leistungsinhalt und Hinweise	Bew.	G / A
04	<b>Erhebung Parodontaler Screening-Index</b>	12	
<p>1. Die Messung des Parodontalen Screening-Index (PSI) bei Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erfolgt an den Indexzähnen 11, 16, 26, 31, 36, 46 bzw. bei deren Fehlen an den benachbarten bleibenden Zähnen. Der Durchbruch dieser Zähne sollte abgeschlossen sein. Die Messung des PSI bei Versicherten ab Vollendung des 18. Lebensjahres erfolgt an allen vorhandenen Zähnen mit Ausnahme der Weisheitszähne.</p> <p>2. Die Befunderhebung wird mittels einer Messsonde (WHO-Sonde) mit halbkugelförmiger Spitze und Markierung (schwarzes Band zwischen 3,5 und 5,5 mm) durchgeführt. Zur Erhebung ist das Gebiss in Sextanten eingeteilt. Aufgezeichnet wird der höchste Wert je Sextant. Wird an einem Parodontium ein Wert von Code 4 gemessen, wird für den Sextanten die Messung beendet und für den Sextanten ein Wert von Code 4 eingetragen. Sextanten ohne oder mit nur einem Zahn werden durch ein "X" kenntlich gemacht. Klinische Abnormitäten (z. B. Furkationsbeteiligungen, mukogingivale Probleme, Rezessionen von 3,5 mm und mehr, Zahnbeweglichkeit) werden durch einen Stern "*" gekennzeichnet.</p> <p>3. Der Versicherte erhält eine Information über das Untersuchungsergebnis, den möglichen Behandlungsbedarf, die Notwendigkeit zur Erstellung eines klinischen und eines röntgenologischen Befunds sowie zur Stellung der Diagnose. Diese Informationen erfolgen in einer für den Versicherten verständlichen Art und Weise auf dem <a href="#">Vordruck 11</a> der Anlage 14a zum BMV-Z.</p> <p>4. Die Leistung nach Nr. 04 kann in einem Zeitraum von zwei Jahren einmal abgerechnet werden. Sie kann nicht während einer systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen abgerechnet werden.</p> <p><b>KZVB-Hinweis zur Abrechnung:</b></p> <p>1. Eine erneute Erhebung des Parodontalen Screening-Index nach Bema-Nr. 04 kann als vertragszahnärztliche Leistung nach Ablauf von sieben "Leerquartalen", in welchen die Abrechnung ausgeschlossen ist, wieder abgerechnet werden. Auf eine taggenaue Berechnung des Zeitraumes von zwei Jahren kommt es nicht an. Wird innerhalb der "Leerquartale" die Erhebung des Parodontalen Screening-Index oder anderer Indizes erbracht, sind diese Leistungen nach GOZ 4005 vereinbarungsfähig.</p> <p><b>KZVB-Hinweise zur Dokumentation:</b></p> <p>1. Das Ergebnis der Erhebung ist zu dokumentieren.</p> <p>2. Der Umstand, dass der Patient über das Ergebnis informiert wurde (Mitgabe des Vordrucks), muss ebenfalls dokumentiert werden.</p>			



Bema	Beschreibung, Leistungsinhalt und Hinweise	Bew.	G / A
4	<b>Befunderhebung und Erstellen eines Parodontalstatus</b>	44	
<p>Bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V ist die Leistung bei der Abrechnung mit dem Buchstaben "S" zu kennzeichnen.</p> <p><b>KZVB-Hinweis zur Abrechnung:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mit der Bema-Nr. 4 werden Anamnese, Befunderhebung, Diagnose und Dokumentation gemäß § 3 PAR-Richtlinie abgerechnet.</li> <li>2. Die chirurgische Therapie (CPT) ist der Krankenkasse mitzuteilen (Vordruck 5c). Die Bema-Nr. 4 ist hierfür nicht abrechenbar.</li> <li>3. Die Herstellung von Modellen ist im Rahmen der vertragszahnärztlichen PAR-Behandlung nicht abrechenbar. Modelle zur Dokumentation sind rein privat Zahnärztlich zu berechnen.</li> </ol> <p><b>KZVB-Hinweise zur Dokumentation:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Anamnese, Befunderhebung, Diagnose und Dokumentation gemäß § 3 PAR-Richtlinie müssen in der Praxis dokumentiert sein.</li> <li>2. Der Versand der Vordrucke an die Krankenkasse sollte ebenfalls dokumentiert werden.</li> </ol>			
ATG	<b>Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch</b>	28	G
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Das parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch umfasst: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information des Versicherten über den Befund und die Diagnose</li> <li>• Erörterung von ggf. bestehenden Therapiealternativen und deren Bedeutung, zur Ermöglichung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung über die nachfolgende Therapie einschließlich der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT)</li> <li>• Information über die Bedeutung von gesundheitsbewusstem Verhalten zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren sowie</li> <li>• Information über Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen.</li> </ul> </li> <li>2. Neben der Leistung nach Nr. ATG kann eine Leistung nach Nr. Ä1 in derselben Sitzung nicht abgerechnet werden.</li> </ol> <p><b>KZVB-Hinweis zur Dokumentation:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Der Inhalt des Aufklärungs- und Therapiegesprächs muss zumindest stichwortartig dokumentiert werden. Siehe Muster zur Dokumentation.</li> </ol>			

Bema	Beschreibung, Leistungsinhalt und Hinweise	Bew.	G / A
MHU	<b>Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung</b>	45	G
<p>1. Die Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung erfolgt im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. AIT und umfasst folgende Leistungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mundhygieneaufklärung; hierbei soll in Erfahrung gebracht werden, über welches Wissen zu parodontalen Erkrankungen der Versicherte verfügt, wie seine Zahnpflegegewohnheiten aussehen und welche langfristigen Ziele bezogen auf seine Mundgesundheit der Versicherte verfolgt</li> <li>• Bestimmung des Entzündungszustands der Gingiva</li> <li>• Anfärben von Plaque</li> <li>• Individuelle Mundhygieneinstruktion</li> <li>• Praktische Anleitung zur risikospezifischen Mundhygiene; hierbei sollten die individuell geeigneten Mundhygienehilfsmittel bestimmt und deren Anwendung praktisch geübt werden</li> </ul> <p>2. Die Mundhygieneunterweisung soll in einer die jeweilige individuelle Versichertensituation berücksichtigenden Weise erfolgen.</p> <p>3. Neben der Leistung nach Nr. MHU kann eine Leistung nach Nr. Ä1 in derselben Sitzung nicht abgerechnet werden.</p> <p><b>KZVB-Hinweis zur Dokumentation:</b></p> <p>1. Der Inhalt der patientenindividuellen Mundhygieneunterweisung muss zumindest stichwortartig dokumentiert werden. Siehe Muster zur Dokumentation.</p>			
AIT	<b>Antinfektiöse Therapie a) je behandeltem einwurzeligen Zahn</b> <b>Antinfektiöse Therapie b) je behandeltem mehrwurzeligen Zahn</b>	14 26	G
<p>1. Entfernung aller supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkremente) bei Zahnfleischtaschen mit einer Sondierungstiefe von 4 mm oder mehr. Die Maßnahme erfolgt im Rahmen eines geschlossenen Vorgehens sollte nach Möglichkeit innerhalb von vier Wochen abgeschlossen werden.</p> <p>2. Bei besonders schweren Formen der Parodontitis, die mit einem raschen Attachmentverlust einhergehen, kann im zeitlichen Zusammenhang mit der Antinfektiösen Therapie die Verordnung systemisch wirkender Antibiotika angezeigt sein.</p> <p>3. Mit der Leistung nach Nr. AIT sind während oder unmittelbar danach erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105, 107 und 107 a abgegolten.</p> <p>4. Die Gingivektomie oder Gingivoplastik sind mit der Nr. AIT abgegolten.</p> <p>Bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V ist die Leistung bei der Abrechnung mit dem Buchstaben "S" zu kennzeichnen.</p>			

Bema	Beschreibung, Leistungsinhalt und Hinweise	Bew.	G / A
	<p><b>KZVB-Hinweise zur Abrechnung:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die antiinfektiöse Therapie (AIT) dient der Beseitigung der entzündlichen Prozesse; Blutung bzw. Suppuration auf Sondierung sollen weitgehend eliminiert werden (§ 9 PAR-Richtlinie), folglich erfordern die Behandlungen in der Regel Anästhesiemaßnahmen.</li> <li>2. Die Bema-Nr. AIT ist nur bei natürlichen Zähnen abrechenbar und nicht bei Implantaten.</li> <li>3. Der Leistungsinhalt der Bema-Nr. AIT ist durch eine alleinige Lasertherapie nicht erfüllt.</li> <li>4. Die Durchführung der antiinfektiösen Therapie beinhaltet die geschlossene mechanische Therapie (GMT). Zusätzliche selbständige Leistungen, die nicht Bestandteil der Bema-Nr. AIT sind, sind mit dem Patienten vor Beginn der Behandlung privat zu vereinbaren. Hierunter fallen zum Beispiel: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desinfektion der Zahnfleischtaschen mit Laser</li> <li>• Desinfektion der Zahnfleischtaschen mit Ozon</li> <li>• Full Mouth Disinfection (FMD) gem. § 6 Abs. 1 GOZ</li> <li>• Mikrobiologische Diagnostik (§ 10 Abs. 2 PAR-Richtlinie)</li> <li>• Lokale Antibiotikatherapie</li> <li>• Einsatz von Langzeit-Desinfektionstherapeutika, wie Perio-Chip o. Ä.</li> <li>• Durchführung eines DNA-Keim-Testes o. Ä.</li> <li>• Auffüllen von Knochentaschen und Knochendefekten oder Einbringen von Proteinen</li> </ul> </li> </ol> <p><b>KZVB-Hinweis zur Dokumentation:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sämtliche durchgeführten Therapiemaßnahmen, einschl. Anästhesie, sind mit Datum, Zahnangabe und Behandlung zu dokumentieren. Auch die evtl. Verordnung von Medikamenten muss mit Dosierungsangaben dokumentiert werden.</li> </ol>		
<b>BEV</b>	<b>Befundevaluation a) nach AIT</b>	<b>32</b>	<b>G</b>
	<b>Befundevaluation b) nach CPT</b>	<b>32</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Evaluation der parodontalen Befunde im Rahmen der systematischen Parodontistherapie erfolgt grundsätzlich drei bis sechs Monate nach Beendigung der Antiinfektiösen Therapie gemäß Nr. AIT. Im Falle eines gegebenenfalls erforderlichen offenen Vorgehens erfolgt eine weitere Evaluation grundsätzlich drei bis sechs Monate nach Beendigung der Chirurgischen Therapie gemäß Nr. CPT.</li> <li>2. Die Dokumentation des klinischen Befunds umfasst: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sondierungstiefen</li> <li>• Sondierungsblutung</li> <li>• Zahnlockerung</li> <li>• Furkationsbefall</li> <li>• röntgenologischer Knochenabbau sowie</li> </ul> </li> </ol>		

Bema	Beschreibung, Leistungsinhalt und Hinweise	Bew.	G / A
	<ul style="list-style-type: none"> <li>die Angabe des Knochenabbaus in Relation zum Patientenalter (%/Alter).</li> </ul> <p>Die erhobenen Befunddaten werden mit den Befunddaten des Parodontalstatus verglichen. Dem Versicherten wird der Nutzen der UPT-Maßnahmen erläutert und es wird mit ihm das weitere Vorgehen besprochen.</p> <p>3. Neben der Leistung nach Nr. BEV kann eine Leistung nach Nr. Ä1 in derselben Sitzung nicht abgerechnet werden.</p> <p><b>KZVB-Hinweis zur Dokumentation:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Die unter 2. genannten Befunde müssen in der Karteikarte dokumentiert sein.</li> <li>Die Information des Patienten über das weitere Vorgehen und dessen zeitlichen Rahmen (lt. Richtlinien nach 3 – 6 Monaten) ist ebenfalls zu dokumentieren, da dies zum Leistungsinhalt der Bema-Nummer gehört.</li> </ol>		
<b>CPT</b>	<b>Chirurgische Therapie a) je behandeltem einwurzeligen Zahn</b>	<b>22</b>	<b>A</b>
	<b>Chirurgische Therapie b) je behandeltem mehrwurzeligen Zahn</b>	<b>34</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>Die Chirurgische Therapie erfolgt im Rahmen eines offenen Vorgehens und umfasst die Lappenoperation (einschließlich Naht und/oder Schleimhautverbände) sowie das supra- und subgingivale Debridement.</li> <li>Der Chirurgischen Therapie hat ein geschlossenes Vorgehen im Rahmen der Antiinfektiösen Therapie 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.</li> <li>Mit der Leistung nach Nr. CPT sind während oder unmittelbar danach erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105, 107 und 107 a abgegolten.</li> </ol> <p>Bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V ist die Leistung bei der Abrechnung mit dem Buchstaben "S" zu kennzeichnen.</p> <p><b>KZVB-Hinweise zur Abrechnung:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Nach dem geschlossenen Vorgehen ist zu prüfen, ob die zahnmedizinische Notwendigkeit besteht, an einzelnen Parodontien zusätzlich ein offenes Vorgehen durchzuführen. Dies kann für Parodontien angezeigt sein, bei denen im Rahmen der Befundevaluation gemäß § 11 PAR-Richtlinie eine Sondierungstiefe von <math>\geq 6</math> mm gemessen wurde. Ggf. ist abzuwägen, ob diese Parodontien im Rahmen der Nachsorge nach UPT (Unterstützende Parodontitistherapie) mit der subgingivalen Instrumentierung einschließlich supragingivaler Reinigung zu behandeln sind.</li> <li>Behandlungsmaßnahmen nach der CPT setzen Anästhesieleistungen im Sinne einer Leitungs- oder Infiltrationsanästhesie voraus.</li> <li>Die Bema-Nr. CPT ist nur bei natürlichen Zähnen abrechenbar und nicht bei Implantaten.</li> <li>Der Leistungsinhalt der Bema-Nr. CPT ist durch eine alleinige Lasertherapie nicht erfüllt.</li> </ol>		

Bema	Beschreibung, Leistungsinhalt und Hinweise	Bew.	G / A
5.	<p>Die Durchführung der chirurgischen Therapie beinhaltet neben der Lappenbildung (einschließlich Naht und/oder Schleimhautverbände) die Entfernung des supra- und subgingivalen Debridements. Zusätzliche selbständige Leistungen, die nicht Bestandteil der Bema-Nr. CPT sind, sind mit dem Patienten vor Beginn der Behandlung privat zu vereinbaren. Hierunter fallen zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desinfektion der Zahnfleischtaschen mit Laser</li> <li>• Desinfektion der Zahnfleischtaschen mit Ozon</li> <li>• Full Mouth Disinfection (FMD) gem. § 6 Abs. 1 GOZ</li> <li>• Mikrobiologische Diagnostik (§ 10 Abs. 2 PAR-Richtlinie)</li> <li>• Lokale Antibiotikatherapie</li> <li>• Einsatz von Langzeit-Desinfektionstherapeutika, wie Perio-Chip o. Ä.</li> <li>• Durchführung eines DNA-Keim-Testes o. Ä.</li> <li>• Auffüllen von Knochentaschen und Knochendefekten oder Einbringen von Proteinen</li> <li>• Maßnahmen mit dem Ziel einer Geweberegeneration (GTR) bzw. gesteuerte Knochenregeneration (GBR).</li> </ul> <p><b>KZVB-Hinweis zur Dokumentation:</b>  Sämtliche durchgeführten Therapiemaßnahmen, einschl. Anästhesie, sind mit Datum, Zahnangabe und Behandlung zu dokumentieren. Auch die evtl. Verordnung von Medikamenten muss mit Einnahmehinweisen und Dosierungsangaben dokumentiert werden.</p>		

G = Genehmigungspflichtig  
A = Anzeigepflichtig

Bema	Beschreibung, Leistungsinhalt und Hinweise	Bew.	G / A
UPT	Unterstützende Parodontitistherapie		G
UPT a	Mundhygienekontrolle	18	
UPT b	Mundhygieneunterweisung (soweit erforderlich)	24	
UPT c	Supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen, je Zahn	3	
Bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V ist die Leistung UPT c bei der Abrechnung mit dem Buchstaben "S" zu kennzeichnen.			
UPT d	Messung von Sondierungsbluten und Sondierungstiefen, abrechenbar bei Versicherten mit festgestelltem Grad B der Parodontalerkrankung gemäß § 4 PAR-Richtlinie im Rahmen der zweiten und vierten UPT gemäß § 13 Abs. 3 PAR-Richtlinie, bei Versicherten mit festgestelltem Grad C im Rahmen der zweiten, dritten, fünften und sechsten UPT gemäß § 13 Abs. 3 PAR-Richtlinie	15	
Bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V ist die Leistung UPT d bei der Abrechnung mit dem Buchstaben "S" zu kennzeichnen.			
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	5	
Bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V ist die Leistung UPT e bei der Abrechnung mit dem Buchstaben "S" zu kennzeichnen.			
UPT 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	12	
Bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V ist die Leistung UPT f bei der Abrechnung mit dem Buchstaben "S" zu kennzeichnen.			

G = Genehmigungspflichtig  
A = Anzeigepflichtig

Bema	Beschreibung, Leistungsinhalt und Hinweise	Bew.	G / A
UPT g	<p>Untersuchung des Parodontalzustands, die hierzu notwendige Dokumentation des klinischen Befunds umfasst die Sondierungstiefen und die Sondierungsblutung, die Zahnlockerung, den Furkationsbefall, den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe des Knochenabbaus in Relation zum Patientenalter (% /Alter). Die erhobenen Befunddaten werden mit den Befunddaten der Untersuchung nach Nr. BEV oder nach Nr. UPT d verglichen. Dem Versicherten werden die Ergebnisse erläutert und es wird mit ihm das weitere Vorgehen besprochen. Die Leistung nach Nr. UPT g ist ab dem Beginn des zweiten Jahres der UPT einmal im Kalenderjahr abrechenbar.</p>	32	

Bema	Beschreibung, Leistungsinhalt und Hinweise	Bew.	G / A
------	--	------	-------

1. Die Maßnahmen nach Nrn. UPT a bis g sollen für einen Zeitraum von zwei Jahren regelmäßig erbracht werden. Die Frequenz ist abhängig vom festgestellten Grad der Parodontalerkrankung gemäß § 4 PAR-Richtlinie:
  - Grad A: einmal im Kalenderjahr mit einem Mindestabstand von zehn Monaten
  - Grad B: einmal im Kalenderhalbjahr mit einem Mindestabstand von fünf Monaten
  - Grad C: einmal im Kalendertertial mit einem Mindestabstand von drei Monaten
2. Die Maßnahmen nach Nrn. UPT a bis g können über den Zeitraum von zwei Jahren hinaus verlängert werden, soweit dies zahnmedizinisch indiziert ist. Die Verlängerung darf in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten.
3. Neben der Leistung nach Nr. UPT b kann eine Leistung nach Nr. Ä1 in derselben Sitzung nicht abgerechnet werden.
4. Mit der Leistung nach Nr. UPT c sind während oder unmittelbar danach erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105, 107 und 107 a abgegolten.

#### KZVB-Hinweise zur Abrechnung:

1. Die unterstützende Parodontitistherapie (UPT) dient der Sicherung der Ergebnisse der antiinfektiösen und einer gegebenenfalls erfolgten chirurgischen Therapie. Mit der UPT soll drei bis sechs Monate nach Abschluss des geschlossenen bzw. offenen Vorgehens begonnen werden (vgl. § 13 PAR-Richtlinie).
2. Die Genehmigung bzw. die Kostenübernahmeerklärung gemäß Absatz 2 Satz 1 und 2 schließt Maßnahmen der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren ein. Eine Verlängerung der UPT-Maßnahmen über diesen Zeitraum hinaus ist vom Vertragszahnarzt möglichst zeitnah nach Erbringung der letzten UPT-Leistung bei der Krankenkasse zu beantragen (vgl. § 1 Abs. 4 der Anlage 5 des BMV-Z).

#### KZVB-Hinweise zur Dokumentation:

1. Sämtliche durchgeführten Untersuchungen, Kontrollen, Mundhygieneunterweisungen, Messungen und Therapiemaßnahmen, einschl. ggf. Anästhesie, sind mit Datum, Zahnangabe und Behandlung zu dokumentieren. Auch die evtl. Verordnung von Medikamenten muss mit Einnahmehinweisen und Dosierungsangaben dokumentiert werden.
2. Der Inhalt der Beratung des Patienten muss zumindest stichwortartig in der Karteikarte dokumentiert werden.
3. Werden diese Leistungen über einen Zeitraum von mehr als 2 Jahren hinaus erbracht, dann sind die weiteren UPT-Leistungen zusätzlich genehmigungspflichtig und die zahnmedizinische Indikation ist im Krankenblatt zu dokumentieren.
4. Siehe Muster zur Dokumentation

G = Genehmigungspflichtig  
A = Anzeigepflichtig






Bema	Beschreibung, Leistungsinhalt und Hinweise	Bew.	G / A
108	<b>Einschleifen des natürlichen Gebisses zum Kauebenenausgleich und zur Entlastung, je Sitzung</b>	6	
<p>Eine Leistung nach Nr. 108 kann nicht im Zusammenhang mit konservierenden, prothetischen und chirurgischen Leistungen abgerechnet werden.</p> <p>Bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V ist die Leistung bei der Abrechnung mit dem Buchstaben "S" zu kennzeichnen.</p> <p><b>KZVB-Hinweis zur Abrechnung:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>In der Karteikarte ist spezifiziert anzugeben, welche Einschleifmaßnahmen an welchen Zähnen durchgeführt wurden. Allein der Eintrag "108" ist nicht ausreichend.</li> </ol>			
111	<b>Nachbehandlung im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen, je Sitzung</b>	10	
<p>Leistungen nach Nrn. 38 und 105 können nicht neben Leistungen nach Nr. 111 abgerechnet werden, soweit Maßnahmen in derselben Sitzung an derselben Stelle erfolgen.</p> <p>Bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V ist die Leistung bei der Abrechnung mit dem Buchstaben "S" zu kennzeichnen.</p> <p><b>KZVB-Hinweise zur Abrechnung:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>In der Karteikarte ist genau anzugeben, welche Nachbehandlungsmaßnahmen an welchen Zähnen durchgeführt wurden. Allein die Angabe "Bema-Nr. 111" ist nicht ausreichend für die Dokumentation.</li> <li>Die Bema-Nr. 111 kann nicht zur bloßen Nachkontrolle angesetzt werden. Es sind Behandlungsmaßnahmen wie z. B. Entfernen Wundverband, Spülung erforderlich.</li> </ol> <p><b>KZVB-Hinweis zur Dokumentation:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Die evtl. Verordnung von Medikamenten muss mit Einnahmehinweisen und Dosierungsangaben dokumentiert werden.</li> </ol>			

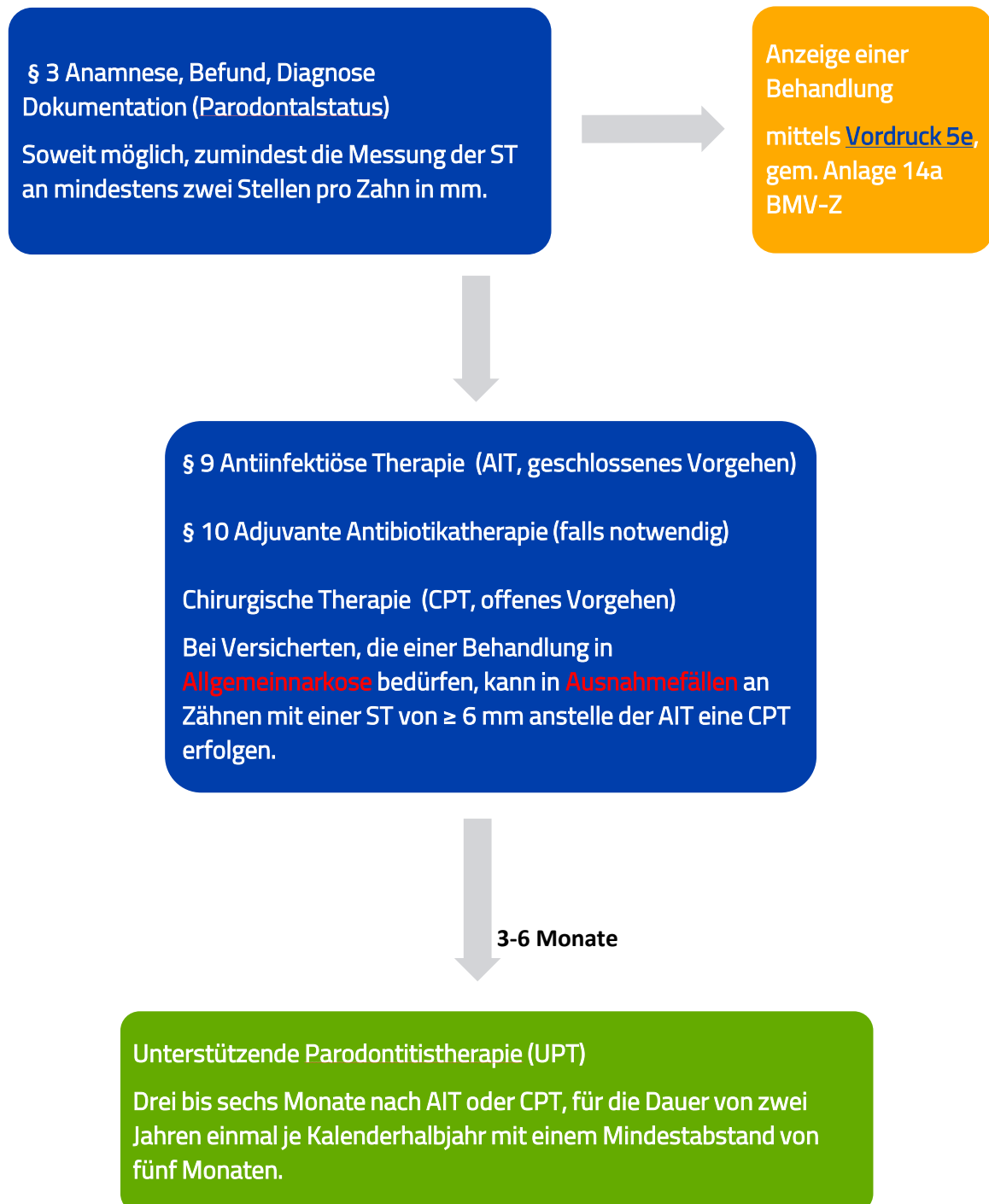
G = Genehmigungspflichtig  
A = Anzeigepflichtig

## ZWEIJAHRESZEITRAUM - FREQUENZ DER UPT GRAD A, GRAD B, GRAD C

Der Zweijahreszeitraum der UPT beginnt mit der ersten UPT-Sitzung. Die Nummer der UPT **d** muss bei der Abrechnung an die KZVB übermittelt werden. Die Leistung nach UPT **g** ist ab dem Beginn des zweiten Jahres der UPT einmalig im Kalenderjahr abrechenbar. Dies bedeutet, dass mind. 12 Monate und ein Tag seit der ersten UPT vergangen sein müssen.

Grad A	Kalenderjahr (3 bis 6 Monate nach <b>Abschluss</b> AIT/CPT)		Kalenderjahr (10 Monate Mindestabstand zur <b>vorhergehenden</b> UPT)			
	1. UPT a, b, c, e, f		2. UPT a, b, c, e, f, <b>g</b>			
Grad B	Kalenderhalbjahr (3 bis 6 Monate nach <b>Abschluss</b> AIT/CPT)	Kalenderhalbjahr (5 Monate Mindestabstand zur <b>vorhergehenden</b> UPT)	Kalenderhalbjahr (5 Monate Mindestabstand zur <b>vorhergehenden</b> UPT)	Kalenderhalbjahr (5 Monate Mindestabstand zur <b>vorhergehenden</b> UPT)		
	1. UPT a, b, c, e, f	2. UPT a, b, c, <b>d</b> , e, f	3. UPT a, b, c, e, f, <b>g</b>	4. UPT a, b, c, <b>d</b> , e, f		
Grad C	Kalendertertia (3 bis 6 Monate nach <b>Abschluss</b> AIT/CPT)	Kalendertertia (3 Monate Mindestabstand zur <b>vorhergehenden</b> UPT)	Kalendertertia (3 Monate Mindestabstand zur <b>vorhergehenden</b> UPT)	Kalendertertia (3 Monate Mindestabstand zur <b>vorhergehenden</b> UPT)	Kalendertertia (3 Monate Mindestabstand zur <b>vorhergehenden</b> UPT)	Kalendertertia (3 Monate Mindestabstand zur <b>vorhergehenden</b> UPT)
	1. UPT a, b, c, e, f	2. UPT a, b, c, <b>d</b> , e, f	3. UPT a, b, c, <b>d</b> , e, f	4. UPT a, b, c, e, f, <b>g</b>	5. UPT a, b, c, <b>d</b> , e, f	6. UPT a, b, c, <b>d</b> , e, f

SCHEMA PAR-BEHANDLUNGSTRECKE – ANSPRUCHSBERECHTIGTE  
GEM. § 22A SGB V



Behandlung von Parodontitis bei Versicherten nach [§ 22a SGB V](#) außerhalb der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen. ([Behandlungsrichtlinie](#))

2. Versicherte, die einem Pflegegrad nach [§ 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch](#) (SGB XI) zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach [§ 99 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch](#) (SGB IX) erhalten

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

können aufgrund vertragszahnärztlicher Entscheidung anstelle der systematischen Behandlung gemäß der PAR-Richtlinie Leistungen in einem bedarfsgerecht modifizierten Umfang zur Behandlung einer Parodontitis erhalten. Die vertragszahnärztliche Entscheidung, anstelle der systematischen Behandlung gemäß der PAR-Richtlinie die Leistungen nach Satz 1 zu erbringen, ist der Krankenkasse anzuzeigen.

Die Leistungen erhalten die Versicherten nach Satz 1 wie folgt:

- a. Erhebung von Anamnese, Befund und Diagnose nach § 3 PAR-Richtlinie als Grundlage für die Therapie, sofern dies aufgrund der individuellen Situation der Versicherten oder des Versicherten nicht vollständig möglich ist, zumindest die Messung der Sondierungstiefen an mindestens zwei Stellen pro Zahn (mesioapproximal und distoapproximal) in Millimetern,
- b. bei Sondierungstiefen von  $\geq 4$  mm Behandlung der Parodontitis mittels antiinfektiöser Therapie nach § 9 PAR-Richtlinie. Bei Versicherten, die einer Behandlung in Allgemeinnarkose bedürfen, kann in Ausnahmefällen an Zähnen mit einer Sondierungstiefe von  $\geq 6$  mm anstelle der antiinfektiösen Therapie eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen) erfolgen. Die Entscheidung, ob ein offenes Vorgehen durchgeführt wird, trifft die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt nach gemeinsamer Erörterung mit der oder dem Versicherten oder ihrer oder seiner Bezugsperson. Im Frontzahnbereich besteht aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen.
- c. adjuvante systemische Antibiotikatherapie entsprechend § 10 PAR-Richtlinie.
- d. drei bis sechs Monate nach Beendigung der antiinfektiösen oder gegebenenfalls der chirurgischen Therapie, für die Dauer von zwei Jahren einmal je Kalenderhalbjahr mit einem Mindestabstand von fünf Monaten:
  - die Messung der Sondierungstiefen an mindestens zwei Stellen pro Zahn (mesioapproximal und distoapproximal) in Millimetern sowie die Erhebung von Sondierungsbluten und

- die subgingivale Instrumentierung an den betroffenen Zähnen, mit einer Sondierungstiefe von  $\geq 4$  mm und Sondierungsbluten sowie an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von  $\geq 5$  mm,
- sowie die vollständige supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anheftenden Biofilmen und Belägen

### KZVB-Hinweis zur Dokumentation:

1. Die patientenbezogene Begründung für den modifizierten Umfang der PAR-Behandlung muss im Krankenblatt dokumentiert werden.

**ÜBERSICHT ABRECHNUNGSFÄHIGER LEISTUNGEN – ANSPRUCHSBERECHTIGTE GEM. § 22A SGB V**

Bema	Beschreibung	Bew.
<b>4</b>	Befunderhebung und Erstellen eines Parodontalstatus → Kennzeichnung mit „S“ bei der Abrechnung	44
<b>AIT a/b</b>	Antiinfektiöse Therapie a) je behandeltem einwurzeligen Zahn Antiinfektiöse Therapie b) je behandeltem mehrwurzeligen Zahn → Anzeigepflichtig → Kennzeichnung mit „S“ bei der Abrechnung	14 26
<b>CPT a/b</b>	Chirurgische Therapie a) je behandeltem einwurzeligen Zahn Chirurgische Therapie b) je behandeltem mehrwurzeligen Zahn → Anzeigepflichtig → Kennzeichnung mit „S“ bei der Abrechnung → bei Behandlung in Vollnarkose (TT ≥ 6 mm) ohne vorherige AIT	22 34
<b>UPT c</b>	Supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen, je Zahn → einmal je Kalenderhalbjahr → Kennzeichnung mit „S“ bei der Abrechnung	3
<b>UPT d</b>	Messung von Sondierungsbluten und Sondierungstiefen, abrechenbar bei Versicherten mit festgestelltem Grad B der Parodontalerkrankung gemäß § 4 PAR-Richtlinie im Rahmen der zweiten und vierten UPT gemäß § 13 Abs. 3 PAR-Richtlinie, bei Versicherten mit festgestelltem Grad C im Rahmen der zweiten, dritten, fünften und sechsten UPT gemäß § 13 Abs. 3 PAR-Richtlinie → einmal je Kalenderhalbjahr (Grading ist hier nicht relevant) → Kennzeichnung mit „S“ bei der Abrechnung	15
<b>UPT e</b>	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 → einmal je Kalenderhalbjahr → Kennzeichnung mit „S“ bei der Abrechnung	5

Bema	Beschreibung	Bew.
<b>UPT f</b>	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 → einmal je Kalenderhalbjahr → Kennzeichnung mit „S“ bei der Abrechnung	12
<b>108</b>	Einschleifen des natürlichen Gebisses zum Kauebenenausgleich und zur Entlastung, je Sitzung → Kennzeichnung mit „S“ bei der Abrechnung	6
<b>111</b>	Nachbehandlung im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen, je Sitzung → Kennzeichnung mit „S“ bei der Abrechnung	10

Die KZVB-Hinweise zur Abrechnung und zur Dokumentation im Abschnitt „Neue/modifizierte Leistungen“ gelten auch hier.

Behandler: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_



**Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG)**

Vor- und Nachname Patientin/Patient: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Genehmigung der GKV für PAR vorhanden

Folgendes wurden mit der/dem Patientin/Patienten ausführlich besprochen:

1. Befund und Diagnose gemäß PA-Status, insbesondere: \_\_\_\_\_

2. Therapie und deren Ablauf, insbesondere:

- Dauer bis Abschluss der AIT
- Terminfolge (MHU, AIT, BEV, ggf. CPT, UPT)
- Erforderliche KCH-Therapie \_\_\_\_\_
- Befundevaluation (BEV) 3-6 Monate nach AIT / CPT
- Mögliche chirurgische Therapie (CPT, bei TST>=6mm)
- Anschließende UPT, deren Bedeutung und Nutzen
- ggf. adjuvante Antibiotische Therapie mit: \_\_\_\_\_
- Einschränkungen durch Behandlung / Anästhesie (Fahrfähigkeit etc.)
- Risiken der Behandlung (Schmerzen, mögliche Verschlechterung, Schädigung benachbarter Strukturen, Nervschädigung, Blutung, Allergie, etc.)

3. Mögliche Behandlungsalternativen: \_\_\_\_\_

gemeinsame Entscheidung: \_\_\_\_\_

Mögliche zusätzliche Privatleistungen: \_\_\_\_\_

4. Bedeutung gesundheitsbewussten Verhaltens, beispielsweise:  
\_\_\_\_\_

5. Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen, Medikamenten oder möglicher Schwangerschaft, insbesondere:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Bedeutung der Mitarbeit

Abbildung 1: Muster zur Dokumentation des ATG  
(mit freundlicher Unterstützung von Herrn Dr. Florian Kinner)



Behandler: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (MHU)**

Vor- und Nachname Patientin/Patient: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

1. Mundhygieneaufklärung

Wissen der/des Patientin/Patienten zu PA

Ursache Knochenabbau  verstanden  
(ggf. Ergänzungen) \_\_\_\_\_

Zusammenhang mit allgemeiner Gesundheit und Medikamente  verstanden  
(ggf. Ergänzungen) \_\_\_\_\_

Mögliche Maßnahmen  
(ggf. Ergänzungen) \_\_\_\_\_

übliche Zahnpflege der/des Patientin/Patienten

- Bürste (Hand, elektrisch, Dreikopf) \_\_\_\_\_ -mal täglich
- Zahnpasta \_\_\_\_\_ -mal täglich
- Fluoridgelee \_\_\_\_\_ -mal \_\_\_\_\_
- Zungen- und Schleimhautreinigung \_\_\_\_\_ -mal täglich
- Zahnseide \_\_\_\_\_ -mal täglich
- Interdentalbürste \_\_\_\_\_ -mal \_\_\_\_\_
- Mundspülung \_\_\_\_\_ -mal täglich
- ggf. Prothesenreinigung \_\_\_\_\_

langfristiges Ziel der/des Patientin/Patienten: \_\_\_\_\_

2. Entzündungszustand der Gingiva:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Abbildung 2: Muster zur Dokumentation der MHU (Seite 1)  
(mit freundlicher Unterstützung von Herrn Dr. Florian Kinner)

3. Anfärben Plaque, Plaque-Index:

Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Indiv. Instruktion \_\_\_\_\_

- |  |       |       |              |
|--|-------|-------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Bürste (Hand <input type="checkbox"/> , elektrisch <input type="checkbox"/> , Dreikopf <input type="checkbox"/> ) | _____ | _____ | -mal täglich |
| <input type="checkbox"/> Zahnpasta   | _____ | _____ | -mal täglich |
| <input type="checkbox"/> Fluoridgel  | _____ | _____ | -mal _____   |
| <input type="checkbox"/> Zungen- und Schleimhautreinigung  | _____ | _____ | -mal täglich |
| <input type="checkbox"/> Zahnseide   | _____ | _____ | -mal täglich |
| <input type="checkbox"/> Interdentalbürste   | _____ | _____ | -mal _____   |
| <input type="checkbox"/> Mundspülung   | _____ | _____ | -mal täglich |
| <input type="checkbox"/> ggf. Prothesenreinigung   | _____ | _____ | _____        |

5. Praktische Übung

Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MUSTER

Abbildung 3: Muster zur Dokumentation der MHU (Seite 2)  
(mit freundlicher Unterstützung von Herrn Dr. Florian Kinner)

Behandler: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_



**Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)**

Vor- und Nachname Patientin/Patient: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

- mit/nach BEV, welche 3-6 Monate nach der AIT / CPT erbracht wird/wurde
- Mindestabstand:
  - Grad A 10 Monate zu vorheriger UPT eingehalten
  - Grad B 5 Monate zu vorheriger UPT eingehalten
  - Grad C 3 Monate zu vorheriger UPT eingehalten
- UPT a) Mundhygienekontrolle  
 Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- UPT b) Mundhygieneunterweisung (soweit erforderlich)
  - Bürste (Hand  elektrisch , Dreikopf ) \_\_\_\_\_ -mal täglich
  - Zahnpaste \_\_\_\_\_ -mal täglich
  - Fluoridgel \_\_\_\_\_ -mal \_\_\_\_\_
  - Zungen- und Schleimhautreinigung \_\_\_\_\_ -mal täglich
  - Zahnseide \_\_\_\_\_ -mal täglich
  - Interdentalbürste \_\_\_\_\_ -mal \_\_\_\_\_
  - Mundspülung \_\_\_\_\_ -mal täglich
  - ggf. Prothesenreinigung \_\_\_\_\_
- UPT c) Supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne  
 ggf. Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- UPT d) Messung TST und BOP (siehe gesonderte Dokumentation)  
 (nur bei Grad B im Rahmen der 2. und 4. UPT / nur bei Grad C im Rahmen der 2., 3., 5. und 6. UPT)  
 ggf. Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- UPT e) Subgingivale Instrumentierung (TST>=5mm bzw. TST<=4mm und BOP) einwurzelig  
 ggf. Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- UPT f) Subgingivale Instrumentierung (TST>=5mm bzw. TST<=4mm und BOP) mehrwurzelig  
 ggf. Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- UPT g) PAR-Befund (TST, BOP, Lockerung, Furkation, KA/Alter, siehe gesonderte Dokumentation)  
 ggf. Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Abbildung 4: Muster zur Dokumentation der UPT  
 (mit freundlicher Unterstützung von Herrn Dr. Florian Kinner)

## CHECKLISTE ZUR ABRECHNUNG

### 1. LEISTUNGEN INNERHALB DER SYSTEMATISCHEN PAR-THERAPIE

Die erste Abrechnung erfolgt **frühestens** nach dem Abschluss der AIT. Alle weiteren Leistungen, wie BEV, UPT, 108, 111 werden monatlich mit Angabe des **Tages der Leistungserbringung** abgerechnet.

- Wurden alle Feststellungen des Abrechnungsmoduls Ihrer Praxissoftware vollständig bearbeitet und wurden hierbei alle Fehlermeldungen des Bema-Prüfmoduls berücksichtigt?
- Sind im letzten Prüflauf zur Abrechnung also alle Fehlermeldungen verschwunden?
- Arbeiten Sie in der Praxis mit der aktuellen Version der Praxissoftware?
- Liegt eine Genehmigung **vor** Behandlungsbeginn vor?
- Stimmt die Angabe der Frequenz der UPT (2, 4, 6) mit der Angabe des Progressionsgrades (A, B, C) überein?
- Liegt das Datum aller erbrachten PAR-Therapieleistungen **nach** dem Datum der Planerstellung (Bema-Nr. 4)?
- Stimmt die Anzahl abgerechneter AIT-Leistungen mit der Anzahl der beantragten AIT-Leistungen überein?
- Liegen zwischen der ersten BEV/UPT und der letzten AIT mindestens drei und maximal sechs Monate?
- Wurde die ggf. nach der BEV a erforderliche CPT a/b (offenes Vorgehen) der Krankenkasse auf dem Vordruck 5c angezeigt?
- Liegen die Leistungsdaten innerhalb der möglichen Abrechnungsfristen? (Regionalkassen nach Ablauf von 9 Monaten vom Ende des Kalendermonats an gerechnet, in dem die Leistungen erbracht worden sind; Ersatzkassen nach Ablauf eines Jahres vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem die Leistungen erbracht worden sind.)
  
- Beim Kostenträger Sozialamt: Abrechnungsunterlagen (Vordruck 5b) in Papierform zusätzlich zur Abrechnung Online eingereicht?
- Beim Kostenträger Bundeswehr: Abrechnungsunterlagen (Vordrucke der Bundeswehr für PAR-Beantragung) in Papierform zusätzlich zur Abrechnung Online eingereicht?
- Beim Kostenträger Bayrische Polizei: Abrechnungsunterlagen (Vordruck 5b) in Papierform zusätzlich zur Abrechnung Online eingereicht?
- Haben Sie das Kuvert mit den Unterlagen für Bundeswehr/Bayrische Polizei/Sozialamt mit dem Formblatt M wie folgt adressiert?

KZVB  
Geschäftsbereich Abrechnung und Honorarverteilung  
Fallstr. 34  
81369 München

## CHECKLISTE ZUR ABRECHNUNG

### 2. LEISTUNGEN AUSSERHALB DER SYSTEMATISCHEN PAR-THERAPIE (ANSPRUCHSBERECHTIGTE NACH § 22A SGB V)

Leistungen, die zur Behandlung von Parodontitis außerhalb der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen bei den anspruchsberechtigten Versicherten nach

[§ 22a SGB V](#) erbracht werden, sind mit dem Buchstaben "S" zu kennzeichnen. Dies gilt ausschließlich für die Bema-Nrn. 4, AIT a/b, CPT a/b, UPT c-f, 108, 111.

Die erste Abrechnung erfolgt **frühestens** nach dem Abschluss der AIT/CPT. Alle weiteren Leistungen, wie UPT, 108, 111 werden monatlich mit Angabe des **Tages der Leistungserbringung** abgerechnet.

- Wurden alle Feststellungen des Abrechnungsmoduls Ihrer Praxissoftware vollständig bearbeitet und wurden hierbei alle Fehlermeldungen des Bema-Prüfmoduls berücksichtigt?
- Sind im letzten Prüflauf zur Abrechnung also alle Fehlermeldungen verschwunden?
- Arbeiten Sie in der Praxis mit der aktuellen Version der Praxissoftware?
- Wurde die Behandlung auf dem Vordruck 5e der Krankenkasse angezeigt?
- Liegen zwischen der ersten UPT und der letzten AIT a/b, CPT a/b mindestens drei und maximal sechs Monate?
- Liegen die Leistungsdaten innerhalb der möglichen Abrechnungsfristen? (Regionalkassen nach Ablauf von 9 Monaten vom Ende des Kalendermonats an gerechnet, in dem die Leistungen erbracht worden sind; Ersatzkassen nach Ablauf eines Jahres vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem die Leistungen erbracht worden sind.)
  
- Beim Kostenträger Sozialamt: Abrechnungsunterlagen (Vordruck 5e) in Papierform zusätzlich zur Abrechnung Online eingereicht?
- Beim Kostenträger Bundeswehr: Abrechnungsunterlagen (Vordrucke der Bundeswehr für PAR-Beantragung) in Papierform zusätzlich zur Abrechnung Online eingereicht?
- Beim Kostenträger Bayerische Polizei: Abrechnungsunterlagen (Vordruck 5e) in Papierform zusätzlich zur Abrechnung Online eingereicht?
- Haben Sie das Kuvert mit den Unterlagen für Bundeswehr/Bayerische Polizei/Sozialamt mit dem Formblatt M wie folgt adressiert?

KZVB  
Geschäftsbereich Abrechnung und Honorarverteilung  
Fallstr. 34  
81369 München

<b>Adhärenz</b>	Die Bindung des Patienten an die Praxis und in die Behandlungsstrecke.
<b>AIT - Antiinfektiöse Therapie</b>	Entfernung aller supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkremente) im geschlossenen Vorgehen.
<b>CAL - Clinical Attachment Loss</b>	Klinischer Messwert: Strecke vom Taschenboden bis zur Schmelz-Zement-Grenze
<b>CPT - Chirurgische Parodontal -Therapie</b>	Die Chirurgische Therapie erfolgt im Rahmen eines offenen Vorgehens und umfasst die Lappenoperation (einschließlich Naht und/oder Schleimhautverbände) sowie das supra- und subgingivale Debridement.
<b>Grading/Grad-Einstufung</b>	Die Grad-Einteilung (Grading) beinhaltet die Abschätzung des zukünftigen Risikos für ein Voranschreiten (Progressionsrate) der Parodontitis und das voraussichtliche Ansprechen auf Therapie. Der Grad muss bei Vorhandensein von Risikofaktoren Diabetes und Rauchverhalten nach oben modifiziert werden.  CAVE: Entscheidend für die Frequenz der UPT ist der jeweils festgestellte Grad der Parodontalerkrankung. Eine Änderung im Rahmen der späteren Befundevaluation hinsichtlich des Gradings führt nicht zu einem veränderten Leistungsanspruch der UPT-Frequenz.
<b>HbA1c-Wert</b>	HbA1c erlaubt einen Rückschluss auf die Qualität der Blutzuckereinstellung in den letzten acht bis zwölf Wochen. Dieser Zeitraum hängt mit der Lebensdauer der roten Blutkörperchen zusammen, die regelmäßig erneuert werden. Je öfter und länger die Blutzuckerwerte erhöht sind, desto höher ist der HbA1c-Wert.  Diabetes mellitus kann die immunologische und entzündliche Reaktion gegenüber Plaque verändern und hat tiefgreifende Auswirkungen auf das gingivale Gewebe.
<b>Knochenabbauindex</b>	Der röntgenlogische Knochenabbau wird, bei dem am stärksten parodontalgeschädigten Zahn bestimmt. Der Prozentwert des Knochenabbaus wird geschätzt zwischen SZG (Schmelzzementgrenze) und Wurzelspitze.

	<p>Für den Knochenabbauindex wird der röntgenologische Knochenabbau in Prozent dividiert durch das Alter der Patientin bzw. des Patienten in Jahren.</p> <p>So beträgt beispielsweise bei einem 40-jährigen Patienten mit einem röntgenologischen Knochenabbau von 80% der Wert für den Knochenabbau 2 (<math>80 \text{ geteilt durch } 40 = 2</math>).</p>
<b>Komplexitätsfaktoren</b>	<p>Darunter versteht man die lokalen Faktoren, bei deren Vorliegen eine Einstufung in ein höheres Stadium erfolgt. Hierzu zählen das Vorliegen bestimmter Befunde wie Sondierungstiefen, fortgeschrittener Furkationsbefall, vertikaler Knochenabbau ab 3mm sowie das Vorliegen einer mastikatorischen Dysfunktion (z.B. starke Auffächerung der OK-Frontzähne, Stützzonenverlust, reduzierte Bisskraft, pathologische Zahnwanderung usw.), die eine komplexe Rehabilitation erforderlich machen.</p>
<b>Molaren-Inzisiven-Muster</b>	<p>Es sind die ersten Molaren und Inzisivi erkrankt. Attachmentverlust liegt vor an mindestens zwei bleibenden Zähnen, einer davon ist ein erster Molar. Nicht mehr als zwei weitere Zähne (keine ersten Molaren und Inzisiven) sind zusätzlich befallen.</p>
<b>Sondierungstiefe</b>	<p>Klinischer Messwert: Distanz vom Rand der Gingiva zum sondierbaren Taschenboden</p>
<b>Staging/Stadien-Einteilung</b>	<p>Die Stadien-Einteilung (Staging) bezieht sich auf die Schwere und Komplexität der Erkrankung bei der Erstvorstellung des Patienten in der Praxis. Die Angaben zum marginalen Knochenabbau (KA) anhand von Röntgenbildern und zum Zahnverlust aufgrund von Parodontitis liefern erste Hinweise auf die Schwere der Erkrankung und die Einordnung in ein bestimmtes Stadium. Komplexitätsfaktoren können eine Höherstufung des Stadiums bewirken.</p>
<b>Subgingivale Instrumentierung</b>	<p>„Die subgingivale Instrumentierung („geschlossenes Vorgehen“, „subgingivales Debridement“, „Kürettage“ oder „Scaling and Root Planing“ – SRP) wird mit Handinstrumenten und/oder maschinellen Instrumenten durchgeführt und umfasst ausdrücklich nicht die übermäßige Bearbeitung der Wurzeloberflächen mit gezielter Zemententfernung oder Weichgewebeskürettage. Sie ist nur bei einer Taschensondierungstiefe (TST) von mehr als 3 mm indiziert, da es andernfalls zu iatrogenem Attachmentverlust kommen kann [Lindhe, 1982].“ (Quelle: <a href="http://zm-online.de">zm-online.de</a>)</p>

## ONLINE-INFORMATIONEN ZUR PAR-RICHTLINIE

<p>Kapitel: Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Formulare und Ausfüllhinweise</li> <li>→ Erstellung und Übermittlung der Abrechnung</li> <li>→ Termine und Fristen</li> </ul>	<a href="https://abrechnungsmappe.kzvb.de">abrechnungsmappe.kzvb.de</a>
<p>Kapitel: PAR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Bema-Nummern und Abrechnungsbestimmungen</li> <li>→ Link zur Kassenzahnärztlichen <u>Bundesvereinigung</u> Sonderseite zur PAR-Richtlinie</li> <li>→ Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen</li> <li>→ PAR-Richtlinie</li> <li>→ PAR-Versorgungsstrecke</li> <li>→ Klassifikation von parodontalen Erkrankungen</li> <li>→ Übergangsregel zur Abrechnung</li> </ul>	<a href="https://abrechnungsmappe.kzvb.de">abrechnungsmappe.kzvb.de</a>
<p>Kapitel: Richtlinien (G-BA)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ PAR-Richtlinie</li> </ul>	<a href="https://abrechnungsmappe.kzvb.de">abrechnungsmappe.kzvb.de</a>
<p>Kapitel: Richtlinien (G-BA)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Behandlungsrichtlinie Teil B Abschnitt V. (Behandlung von Parodontalerkrankungen außerhalb der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen)</li> </ul>	<a href="https://abrechnungsmappe.kzvb.de">abrechnungsmappe.kzvb.de</a>
<p>Kapitel: Rechtsgundlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z)</li> </ul>	<a href="https://abrechnungsmappe.kzvb.de">abrechnungsmappe.kzvb.de</a>
<p>Kapitel: Virticlips</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Versorgungsstrecke</li> <li>→ Ausfüllhinweise zu den PAR-Formularen</li> </ul>	<a href="https://abrechnungsmappe.kzvb.de">abrechnungsmappe.kzvb.de</a>
<p>Website der KZVB</p>	<a href="https://kzvb.de">kzvb.de</a>
<p>Abrechnungsmappe und Tipps</p>	<a href="#">Abrechnungsmappe/Tipps</a>
<p>Häufig gestellte Fragen zur neuen PAR-Richtlinie (FAQ)</p>	<a href="#">PAR FAQ</a>
<p>Informationen zur neuen PAR-Richtlinie</p>	<a href="#">PAR Infos</a>



Aufklärung und Planung	
<p>Kann das parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch (Bema-Nr. ATG) zeitgleich oder vor Aufstellung des Parodontalstatus erbracht werden?</p>	<p>Nein, Bema-Nr. ATG ist eine Leistung, die von der Krankenkasse genehmigt werden muss. Sie kann daher erst nach der Genehmigung des PAR-Planes durchgeführt und abgerechnet werden. Wir haben zwischenzeitlich zur Abrechnungssicherheit für die Zahnärzte bei den Krankenkassen in Bayern nachgefragt und folgende Auskunft erhalten: „Da das ATG Teil der Behandlungsstrecke ist, kann es nach Ansicht der bayerischen Krankenkassen sowie des Spitzenverbandes der Krankenkassen auf Bundesebene nicht gleichzeitig mit der Bema-Nr. 4 (Erstellung des PAR-Planes) erbracht werden, da es sich sonst hierbei um einen vorzeitigen Behandlungsbeginn handeln würde.“</p> <p>Zu Ihrer eigenen Honorarsicherheit sollten die Zahnärzte die Leistung ATG ebenso wie alle anderen Leistungen der Behandlungsstrecke in jedem Falle erst nach der Genehmigung durch die Krankenkasse erbringen, um Regresse und Honorarverluste rechtssicher zu vermeiden.</p>
<p>Muss über Therapiealternativen aufgeklärt werden?</p>	<p>Nach den Vorgaben des Patientenrechtegesetzes sind GKV-Patienten über alle zahnmedizinisch sinnvollen Therapiealternativen aufzuklären. Dies beinhaltet je nach Indikation die Aufklärung über die unterschiedlichen GKV-Leistungen inklusive gegebenenfalls notwendiger Extraktionen bis hin zu außervertraglichen Maßnahmen wie Knochenaufbau mit Membrantechnik und so weiter. Eine nicht vollständige Aufklärung kann dazu führen, dass die Einwilligung des Patienten in die Behandlung unwirksam ist. Zum Beispiel können Lappenoperationen zu Gingivaretraktionen und insofern zu ästhetischen Beeinträchtigungen führen. Hierüber muss aufgeklärt werden. Eine Dokumentation der Inhalte der Aufklärung sowie der Einwilligung/Ablehnung des Patienten ist erforderlich.</p>
<p>Wann ist der CAL (clinical attachment loss - klinisch interdentaler Attachmentverlust) auf dem Parodontalstatus Blatt 1 anzugeben?</p>	<p>Für die Festlegung des Stadiums werden die Schwere und die Komplexität der Erkrankung ermittelt. In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass ein richtlinienkonformes Röntgenbild zur Bestimmung des Knochenabbaus nicht zur Verfügung steht und nicht angefertigt werden kann. In diesen Fällen ist anstelle des Knochenabbaus der interdentaler klinische Attachmentverlust (CAL) auf den PAR-Statusblatt anzugeben.</p>

Aufklärung und Planung	
	CAVE: Bei der Bestimmung des Grades muss dann in diesen Fällen für den Knochenabbauindex auf Röntgenbilder zurückgegriffen werden, die gegebenenfalls älter als zwölf Monate sind.
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.
Ist die Aufnahme des HbA1c-Wertes verpflichtend?	Ja, im Rahmen der Anamnese muss nach einer Diabeteserkrankung und dann ggf. nach dem HbA1c-Wert gefragt werden. Der HbA1c-Wert ist zur Einschätzung des Risikos für die zukünftige Progression der Parodontitis relevant. Er trägt als „Modifikator“ zur Einstufung des Krankheitsgrads bei. Diabetiker können den HbA 1c-Wert über ihren Hausarzt in Erfahrung bringen.
Wie erfahre ich den HbA1c-Wert bzw. muss ich den HbA 1c-Wert beim Hausarzt erfragen?	Die meisten Diabetes-Patienten befinden sich in regelmäßiger ärztlicher Kontrolle und wissen diesen Wert. Falls dieser Wert nicht bekannt sein sollte, kann der Zahnarzt in der betreuenden ärztlichen Praxis den Wert (mit Einverständnis des Patienten) erfragen.
Wann ist die Behandlungsbedürftigkeit der Parodontitis angezeigt?	Die systematische Behandlung von Parodontitis ist angezeigt, wenn eine der folgenden Diagnosen gestellt und dabei eine Sondierungstiefe von $\geq 4$ mm vorliegt: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parodontitis</li> <li>2. Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen</li> <li>3. Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerung</li> </ol>
Welchen Einfluss haben die Risikofaktoren Diabetes und Rauchen auf die Gradeinteilung?	Ist der Patient Diabetiker oder Raucher, wird der Erkrankung mindestens ein Grad B, je nach den Werten ein Grad C zugeordnet (es reicht bereits ein Risikofaktor für die Höherstufung des Grades).
Wie werden Implantate auf dem PAR-Status Blatt 2 gekennzeichnet?	Auf dem PAR-Status Blatt 2 wird der Zahn, an dessen Stelle das Implantat gesetzt wurde, wie ein fehlender Zahn durchgekennzeichnet.

## Aufklärung und Planung

<p>Wie werden die Messwerte für Taschentiefen gerundet?</p>	<p>Liegt die Sondierungstiefe zwischen zwei Millimetermarkierungen, wird der Wert auf den nächsten ganzen Millimeter auf- oder abgerundet. Messwerte unter 0,5 mm sind abzurunden, Messwerte von 0,5 mm oder darüber sind aufzurunden.</p>
<p>Was ist im Rahmen der Vorbehandlung zu erbringen und muss Zahnstein im Rahmen der Vorbehandlung entfernt werden?</p>	<p>Die neue PAR-Richtlinie sieht keine Vorbehandlung oder Eingangsvoraussetzung für die Behandlung vor. Aus der Erkrankung „Parodontitis“ des Patienten ergibt sich die unmittelbare Behandlungsnotwendigkeit. Die bisherige „Vorbehandlung“ findet innerhalb der Behandlungstrecke statt.</p> <p>Das „Fehlen von Zahnstein und sonstiger Reizfaktoren“ ist nicht mehr als zwingende Voraussetzung für eine zu beantragende PAR-Therapie beschrieben. Das „Glätten überstehender Füllungs- und Kronenränder“ wurde jedoch in die Regelung des § 7 zur konservierend-chirurgischen Therapie explizit aufgenommen. Je nach Indikation ist diese Maßnahme vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontistherapie zu erbringen. Auch die bisher geforderte Mitwirkung des Patienten (Compliance) ist nicht mehr Voraussetzung für eine PAR-Therapie.</p>

## Röntgen

Ist Röntgendiagnostik erforderlich?

„Für Röntgenuntersuchungen finden die Vorgaben des [Strahlenschutzgesetzes](#) und der [Strahlenschutzverordnung](#) Anwendung“.

(Abschnitt B. II, Nr. 5, Satz 1)

Für die Diagnose einer Parodontalerkrankung ist die Durchführung einer Röntgendiagnostik unverzichtbar, da nur durch sie sowohl Zahnwurzeln und Knochen detailliert dargestellt werden.

Damit kann auch das Ausmaß eines eventuellen Knochenverlustes beurteilt und die therapeutische Notwendigkeit, die Wahl der besten Behandlungsoption bis hin zur Frage der Erhaltungswürdigkeit eines Zahns geklärt werden.

Ist für eine Befundevaluation (Bema-Nr. BEV) zwingend wieder eine Röntgenuntersuchung erforderlich?

Ob weitere Röntgenbilder erforderlich sind, ergibt sich aus der Schwere sowie aus dem Verlauf der Erkrankung. Zu den jeweils aktuellen klinischen Befunden (einschl. Röntgenbefunde) dient als Vergleich der ursprüngliche Röntgenbefund. Dieser wird für die Evaluation zu Grunde gelegt.

Für weitere röntgenologische Untersuchungen sind die Vorgaben der [Strahlenschutzverordnung](#) hinsichtlich der rechtfertigenden Indikation zu beachten.

## Fristen

<p>Welche Fristen gelten für die neuen PAR-Leistungen?</p>	<p><b>Antiinfektiöse Therapie (Bema-Nr. AIT):</b> Die antiinfektiöse Therapie (Bema-Nr. AIT) erfolgt im Rahmen eines geschlossenen Vorgehens und sollte nach Möglichkeit innerhalb von vier Wochen abgeschlossen werden. Die Frist beginnt mit Tag der ersten AIT und endet mit dem Tag der letzten AIT. Die erstmalige Abrechnung erfolgt mit Abschluss der AIT. Alle weiteren Leistungen können danach jeweils monatlich abgerechnet werden.</p> <p><b>Befundevaluation (Bema-Nrn. BEV a/BEV b):</b> Drei bis sechs Monate nach Beendigung der antiinfektiösen Therapie (Bema-Nr. AIT) erfolgt die Evaluation der parodontalen Befunde nach Bema-Nr. BEV a. Drei bis sechs Monate nach Beendigung der gegebenenfalls notwendigen chirurgischen Therapie (offenes Vorgehen, Bema-Nr. CPT) erfolgt die Evaluation der parodontalen Befunde nach Bema-Nr. BEV b.</p> <p><b>Unterstützende Parodontitistherapie (Bema-Nr. UPT):</b> Drei bis sechs Monate nach Abschluss des geschlossenen beziehungsweise offenen Vorgehens kann mit der UPT begonnen werden. Die Maßnahmen nach Bema-Nrn. UPT a bis g sollen für einen Zeitraum von zwei Jahren regelmäßig erbracht werden. Es besteht die Möglichkeit einer Verlängerung der UPT-Maßnahmen, die in der Regel nicht länger als sechs Monate sein darf. Der Verlängerungsantrag bedarf der vorherigen Genehmigung der Krankenkasse. Der Zweijahreszeitraum der UPT beginnt am Tag der Erbringung der ersten UPT-Leistung.</p>
<p>Wie lange ist ein PAR-Plan gültig?</p>	<p>Ein Ablaufdatum eines PAR-Plans ist bisher noch nicht bekannt/veröffentlicht. Der Behandlungsbeginn muss vor einer Befundveränderung liegen.</p>
<p>Wie lange muss der genehmigte Parodontalstatus aufbewahrt werden?</p>	<p>Die zahnärztlichen Aufzeichnungen oder sonstigen Behandlungsunterlagen (hierzu gehören auch die Vordrucke 5a und 5b sowie 11) sind grundsätzlich 10 Jahre nach Abschluss des Jahres, in dem die Behandlung abgerechnet wurde, aufzubewahren (§ 8 Abs. 3 BMV-Z).</p>

## Fristen

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

In der Regel wird erst nach Evaluation des Behandlungsergebnisses (Bema-Nr. BEV nach Bema-Nr. 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.

Bema-Leistungen	
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. Bei Erwachsenen hingegen erfolgt die Messung an allen vorhandenen Zähnen mit Ausnahme der Weisheitszähne. Damit scheidet die Messung des PSI an Milchzähnen aus. 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 die Bema-Nrn. ATG, MHU und 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 Bema-Nr. MHU sitzungsgleich mit der Bema-Nr. AIT erbracht werden?	Die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung erfolgt im zeitlichen Zusammenhang nach Bema-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.

Bema-Leistungen	
Wenn der Patient einen UPT-Termin versäumt und dieser in dem entsprechenden Zeitraum auch nicht nachgeholt werden kann, muss dann die Behandlungsstrecke komplett abgebrochen werden?	Nein. Der Patient behält den Anspruch auf die weiteren UPT-Leistungen.
Ist die Durchführung des parodontologischen Aufklärungs- und Therapiegesprächs (Bema-Nr. ATG) zeitgleich mit der patientenindividuellen Mundhygieneunterweisung (Bema-Nr. MHU) sowie der Antiinfektiösen Therapie (Bema-Nr. AIT) möglich?	Das ATG baut gem. § 6 PAR-Richtlinie auf der Durchführung von Anamnese, Diagnose, Prognose und der grundsätzlichen Therapieplanung auf. Die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (Bema-Nr. MHU) erfolgt im zeitlichen Zusammenhang mit Bema-Nr. AIT (§ 8 PAR-Richtlinie). Die Systematik der wissenschaftlich anerkannten PAR-Behandlungsstrecke muss eingehalten werden. Inwieweit eine sitzungsgleiche / zeitgleiche Abrechnung dieser wissenschaftlichen Systematik und zahnärztlich verantwortlichem (Be-)Handeln entspricht, obliegt der Entscheidung des Zahnarztes. Die PAR-Richtlinie und der BEMA machen zu einer zeitgleichen Abrechnung von ATG, MHU und AIT keine Vorgaben.
Kann eine Leistung nach Bema-Nr. AIT auch ohne Anästhesie durchgeführt und abgerechnet werden?	Die antiinfektiöse Therapie (Bema-Nr. 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 Bema-Nrn. 105, 107 und 107a neben der Bema-Nr. AIT/UPTc?	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 Zahnstein mehr vorhanden sein. Um die Bema-Nr. 107 abrechnen zu können, muss also genügend Zeit für das Entstehen von Zahnstein vergangen sein.
Ist Voraussetzung für die Bema-Nr. AIT, dass vorher die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung	Die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung erfolgt im zeitlichen Zusammenhang mit der Bema-Nr. AIT. Die MHU kann vor, parallel mit oder nach der AIT durchgeführt werden. Inwieweit eine MHU parallel oder nach der AIT erbracht werden kann,



Bema-Leistungen	
(Bema-Nr. MHU) durchgeführt wurde?	obliegt der Entscheidung des Zahnarztes unter Berücksichtigung der Systematik der wissenschaftlich anerkannten PAR-Behandlungsstrecke und der zahnärztlichen Verantwortung.
Kann die AIT/CPT auch mittels Laser erfolgen?	Der Leistungsinhalt der Bema-Nrn. AIT/CPT ist durch eine alleinige Lasertherapie nicht erfüllt.
CPT und regenerative Therapie finden in gleicher Sitzung statt. Wie wird dies abgerechnet?	Beide Leistungen können in gleicher Sitzung erbracht werden (keine Leistungsüberschneidung von Bema und GOZ).
Welcher Befund ist ausschlaggebend für die Erbringung der CPT?	Es ist die Messung der Sondierungstiefen von größer/gleich 6 mm bei der Befundevaluation nach der AIT ausschlaggebend.
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 Zahnarzt, der die Leistung jeweils erbringt.
Wann ist die CPT bei Versicherten nach § 22a SGB V außerhalb der systematischen Behandlung möglich?	Bei Versicherten, die einer Behandlung in Allgemeinnarkose bedürfen, kann in Ausnahmefällen an Zähnen mit einer Sondierungstiefe von $\geq 6$ mm anstelle der antiinfektiösen Therapie eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen) erfolgen. Die Entscheidung, ob ein offenes Vorgehen durchgeführt wird, trifft die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt nach gemeinsamer Erörterung mit der oder dem Versicherten oder ihrer oder seiner Bezugsperson. Im Frontzahnbereich besteht aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen.

## Bema-Leistungen

<p>Ein Patient hat Taschentiefen größer 6 mm, dieser lehnt jedoch eine chirurgische Therapie ab. Kann die PAR-Behandlungstrecke weitergeführt werden?</p>	<p>Vor der chirurgischen Therapie (Bema-Nr. CPT) wird immer zuerst eine antiinfektiöse Therapie (Bema-Nr. AIT) durchgeführt. Bestehen auch nach der AIT noch Sondierungstiefen <math>\geq 6</math> mm, ist laut § 12 der PAR-Richtlinie zu prüfen, ob die zahnmedizinische Notwendigkeit besteht, an einzelnen Parodontien zusätzlich ein offenes Vorgehen durchzuführen.</p> <p>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.</p>
<p>Sind die Bema-Nrn. 108 und 111 weiterhin abrechenbar?</p>	<p>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.</p>
<p>Was passiert, wenn im Rahmen einer BEV a oder BEV b das Intervall von drei bis sechs Monaten nicht eingehalten wird? Verliert der Versicherte seinen Leistungsanspruch?</p>	<p>Aus dem PAR-Abrechnungsmodul (Prüfmodul) erscheint ein Hinweis: Bema-Nr. BEV a erfolgt gemäß PAR-Richtlinie drei bis sechs Monate nach Bema-Nr. AIT (bei Abweichung Begründung erforderlich).</p> <p>Für die Details bedarf es einer bundeseinheitlichen Regelung.</p>
<p>Gibt es ein spezielles Befundblatt für die Erhebungsdaten der klinischen Befunde, welche bei den Bema-Nrn. BEV a/b, UPT d und UPT g erhoben werden?</p>	<p>Nein, die Bundesmantelvertragspartner haben für die alleinige Erhebung der klinischen Befunde (Sondierungstiefen und -blutung, Zahnlockerung, Furkationsbefall, röntgenologischen Knochenabbau einschl. Quotient [%/Alter]) keinen Vordruck vereinbart.</p> <p>Die Messwerte sind in der Patientenkartei zu dokumentieren.</p>
<p>Kann in gleicher Sitzung die Bema-Nr. UPT neben der Bema-Nr. BEV a/b abgerechnet werden?</p>	<p>Mit der Bema-Nr. BEV nach der aktiven Behandlungsphase (Bema-Nr. AIT bzw. CPT) kann in gleicher Sitzung die Bema-Nr. UPT a-c, e, f erbracht werden.</p>

Bema-Leistungen	
Bema-Nr. UPT e/UPT f: 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.
Wie wird die Nachbehandlung nach subgingivaler Instrumentierung abgerechnet?	In getrennter Sitzung kann die Bema-Nr. 111 für eine notwendige Nachbehandlung nach subgingivaler Instrumentierung nach den Bema-Nrn. UPT e, UPT f abgerechnet werden. In der Karteikarte ist genau anzugeben, welche Nachbehandlungsmaßnahmen an welchen Zähnen durchgeführt wurden. Allein die Angabe "Bema-Nr. 111" ist nicht ausreichend für die Dokumentation. Die bloße Nachkontrolle erfüllt nicht den Leistungsinhalt der Bema-Nr. 111.
Können 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. Die neue PAR-Richtlinie (Folgeanpassung der Behandlungsrichtlinie) sieht ein eigenes Abrechnungsverfahren für Patienten gemäß <a href="#">§ 22a SGB V</a> vor.“ (Quelle: KZVB Rundschreiben Nr. 4 vom 28.06.2021). 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 <b>anstelle</b> einer PAR-Behandlung. (Unser <a href="#">Virti-Clip</a> erklärt Ihnen die Thematik.)

## Privatleistungen

Ist die PZR „tot“?	<p>Die PZR ist eine prophylaktische Leistung, die UPT eine therapeutische, die an enge Voraussetzungen geknüpft ist und die nur im Krankheitsfall zum Tragen kommt. Sowohl weit vor einer PAR-Behandlung – um diese zu verhindern – als auch nach ihr wird die PZR weiterhin existenzielle Bedeutung haben. Auch während der Phase der UPT kann die PZR durchaus Sinn machen.</p> <p>→ Die PZR lebt.</p>
Welche Privatleistungen können neben der Bema-Nr. AIT möglicherweise anfallen?	<p>Die Durchführung der antiinfektiösen Therapie beinhaltet die geschlossene mechanische Therapie (GMT). Zusätzliche selbständige Leistungen, die nicht Bestandteil der Bema-Nr. AIT sind, sind mit dem Patienten vor Beginn der Behandlung privat zu vereinbaren.</p> <p>Hierunter fallen zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Desinfektion der Zahnfleischtaschen mit Laser</li><li>• Desinfektion der Zahnfleischtaschen mit Ozon</li><li>• Full Mouth Disinfection (FMD) gem. § 6 Abs. 1 GOZ</li><li>• Mikrobiologische Diagnostik (§ 10 Abs. 2 PAR-Richtlinie)</li><li>• Lokale Antibiotikatherapie</li><li>• Einsatz von Langzeit-Desinfektionstherapeutika, wie Perio-Chip oder Ähnliche</li><li>• Durchführung eines DNA-Keim-Testes oder Ähnliche</li><li>• Auffüllen von Knochentaschen und Knochendefekten oder Einbringen von Proteinen.</li></ul>

## DELEGATIONSRAHMEN

Die Einführung neuer Leistungen im BEMA berührt den bis heute unveränderten Delegationsrahmen nicht, ja erwähnt diesen überhaupt nicht.

Der Delegationsrahmen ist im [Zahnheilkundegesetz § 1 Abs. 5](#) verankert. Er ist und bleibt also unverändert. Im Zahnheilkundegesetz wird von delegierbaren Tätigkeiten, im Delegationsrahmen von einem zulässigen Rahmen von Hilfeleistungen gesprochen. Der Delegationsrahmen ist für entsprechend qualifiziertes Personal gedacht. Mit den neuen Bema-Leistungen hat sich der Delegationsrahmen nicht verändert, keinen Millimeter in Richtung supragingival oder subgingival. Befundung, Diagnose, Therapiewahl, invasive oder chirurgische Tätigkeit sind und bleiben der Zahnärztin, dem Zahnarzt vorbehalten.

Kernbereiche des (zahn-)ärztlichen Handelns sind nicht delegierbar, dazu zählen insbesondere:

- Untersuchung des Patienten
- Diagnosestellung und Aufklärung
- Therapieplanung
- Entscheidung über sämtliche Behandlungsmaßnahmen
- Invasive diagnostische und therapeutische Eingriffe
- Injektionen
- Sämtliche operativen Eingriffe

Für alle delegierten Tätigkeiten ist über Weisung, persönliche Überwachung und Kontrolle die Zahnärztin, der Zahnarzt voll verantwortlich und in entsprechender Haftung.

Den Delegationsrahmen erklären BZÄK-Präsident Prof. Dr. Christoph Benz und KZVB-Vorstand Dr. Manfred Kinner in diesem Video: [Delegationsrahmen](#)

Die gemeinsame [Stellungnahme](#) von KZBV, BZÄK, DGZMK und DG PARO zum Thema Delegation der antiinfektiösen Therapie (AIT) verschafft Klarheit.

## PARODONTALSTATUS Blatt 1

Krankenkasse bzw. Kostenträger

---

Name, Vorname des Versicherten geb. am

---

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

---

Abrechnungs-Nr.    Zahnarzt-Nr.    Datum

**1** vom \_\_\_\_\_

**2** **Allgemeine und parodontitispezifische Anamnese**

Diabetes mellitus     Sonstiges: \_\_\_\_\_

Tabakkonsum

**3** **Spezielle Vorgeschichte**

Frühere PAR-Therapie  
Angabe des Jahres: ca. \_\_\_\_\_

**4** **Diagnose**

Parodontitis

Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen \_\_\_\_\_

Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen

**5** **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

**6** **Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)**

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

**7** **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

**8** **Anschrift Krankenkasse**

**Entscheidung der Krankenkasse**

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

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Muster

Vordr. 5A (2001) \*Krankenkass. u. Zahnärzt. Antr. 14B (14.05.2022) \*Krankenkass. u. Zahnärzt. Antr. 14B (14.05.2022)

## 1. PARODONTALSTATUS VOM \_ \_ \_ \_ \_

Im Datumsfeld ist das Datum der Befunderhebung (BEMA Nr. 4) anzugeben.

## 2. ALLGEMEINE UND PARODONTITISSPEZIFISCHE ANAMNESE

Die parodontitisspezifische Anamnese umfasst die Erhebung der Risikofaktoren für die Parodontitis – Diabetes mellitus und Rauchen. Sollte diesbezüglich eine positive Anamnese vorliegen, wird dies durch das Ankreuzen des jeweiligen Kästchens kenntlich gemacht.

Diabetes und Rauchen nehmen Einfluss auf die Ermittlung des Grads der Erkrankung. In der Datengruppe „Grad (Progression)“ sind daher genauere Angaben erforderlich (siehe unten).

Für Angaben hinsichtlich der allgemeinen Anamnese ist das Freitextfeld „Sonstiges“ vorgesehen.

## 3. SPEZIELLE VORGESCHICHTE

Sofern bereits eine PAR-Therapie durchgeführt wurde, ist die Angabe des Jahres in dem Feld (ggf. geschätzt) einzutragen. Bei einer PAR-Erstbehandlung bleib das Feld leer.

## 4. DIAGNOSE

Gemäß § 4 der PAR-Richtlinie besteht eine Behandlungsbedürftigkeit, wenn eine Sondierungstiefe von 4 mm oder mehr vorliegt und eine der Diagnosen „Parodontitis“, „Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen“ und „Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen“ gestellt wird.

Die zutreffende Diagnose ist anzukreuzen.

Bei einer Parodontitis als Manifestation einer systemischen Erkrankung ist die systemische Erkrankung im Freitextfeld einzutragen.

## 5. STADIUM (SCHWEREGRAD DER ERKRANKUNG)

Für die Festlegung des Stadiums werden die Schwere und die Komplexität der Erkrankung ermittelt. Die Angaben zum marginalen Knochenabbau (KA) anhand von Röntgenbildern und zum Zahnverlust aufgrund von Parodontitis liefern erste Hinweise auf die Schwere der Erkrankung und die Einordnung in ein bestimmtes Stadium. Komplexitätsfaktoren können eine Höherstufung des Stadiums bewirken. Stellt der Zahnarzt das Vorliegen von solchen Faktoren fest, sind entsprechende Angaben zu treffen. Im Ergebnis bemisst sich das Stadium der Erkrankung nach dem höchsten markierten Wert.

Beim Ausfüllen der Datenfelder in der Tabelle ist zu beachten:

- In der Zeile „Röntg. Knochenabbau“ oder der Zeile „oder interdentaler CAL“ muss eine Angabe erfolgen.
- Die Zeile „oder interdentaler CAL“ ist zu befüllen, wenn das Stadium nicht anhand des röntgenologischen Knochenabbaus ermittelbar ist.
- In der Zeile „Zahnverlust aufgrund von Parodontitis“ muss eine Angabe erfolgen.
- Die Zeile „Komplexitätsfaktoren“ bleibt frei, wenn keiner der Faktoren vorliegt.

Bei allen Kriterien ist der in der Dentition höchste gefundene Wert anzugeben. Ggf. moderatere Befunde in anderen Bereichen der Dentition sind in der Patientendokumentation zu vermerken.

#### **Ermittlung der Schwere:**

- 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.
- In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass ein richtlinienkonformes Röntgenbild zur Bestimmung des Knochenabbaus nicht zur Verfügung steht und nicht angefertigt werden kann. In diesen Fällen ist anstelle des Knochenabbaus der interdental klinische Attachmentverlust (CAL) anzugeben: In der Zeile „(oder interdentaler CAL)“ ist anzukreuzen, in welchem Millimeterbereich der am höchsten gemessene CAL-Wert liegt. Für die Bestimmung des Grads (Knochenabbauindex) muss dann in diesen Fällen auf Röntgenbilder zurückgegriffen werden, die ggf. älter als 12 Monate sind.
- In der Zeile „Zahnverlust aufgrund von Parodontitis“ ist anzukreuzen, ob und in welcher der angegebenen Größenordnungen dem Patienten Zähne durch Parodontitis verloren gegangen sind. Fehlen dem Patienten Zähne, hat der Zahnarzt die Ursache dafür zu prüfen. Kann die Ursache für Zahnverlust nicht eruiert werden, ist das Kästchen „Nein“ anzukreuzen.

#### **Komplexität:**

- Die Zeile „Komplexitätsfaktoren“ enthält Ankreuzfelder für drei Gruppen sogenannter Komplexitätsfaktoren. Zu den Faktoren zählen unter anderem bestimmte Sondierungstiefen, fortgeschrittener Furkationsbefall (Grad II/III) und die Notwendigkeit der Rehabilitation aufgrund mastikatorischer Dysfunktion. Das jeweilig zutreffende Feld ist anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus dieser Gruppe vorliegt. Das bedeutet, dass schon das Vorliegen eines einzigen Komplexitätsfaktors (ggf. nur an einem Zahn) ausreicht, um die Diagnose hin zu einem höheren Stadium zu verändern.
- Hinweis zur Abgrenzung von Stadium III und IV: Die Stadien III und IV unterscheiden sich in der Zahl der durch Parodontitis verloren gegangenen Zähne und/oder der Notwendigkeit einer komplexen Rehabilitation aufgrund mastikatorischer Dysfunktion. Die Gründe für die Rehabilitation können Auffächerung der Zähne, Zahnwanderung, ausgeprägte Kammdefekte, Verlust der Bisshöhe usw. sein.

## **6. AUSMAß/VERTEILUNG**

Das Ausmaß bzw. die Verteilung der Erkrankung ist für dasjenige Stadium anzugeben, das die Diagnose definiert (also das höchste Stadium).

## **7. GRAD (PROGRESSION)**

Im Abschnitt „Grad (Progression)“ ist in jeder Zeile eine Angabe erforderlich.

Für die Bestimmung des Knochenabbauindex wird an dem am stärksten betroffenen Zahn der prozentuale Knochenabbau in Bezug zur Wurzellänge durch das Alter des Patienten dividiert [KA (%)/Alter].



Die Risikofaktoren Diabetes und Rauchen haben Einfluss auf die Gradeinteilung. Sie führen aber nur zur Hochstufung des Grads (nur „Upgrade“ möglich). Ist der Patient Diabetiker oder Raucher, wird der Erkrankung mindestens ein Grad B, je nach den Werten ein Grad C zugeordnet (es reicht bereits ein Risikofaktor für die Höherstufung des Grads). Der Patient ist nach seinen Rauchgewohnheiten zu befragen. Diabetiker werden nach dem HbA 1c-Wert befragt, den sie ggf. über ihren Hausarzt in Erfahrung bringen können.

## 8. ANSCHRIFT KRANKENKASSE

In dieses Feld ist die Anschrift der Krankenkasse einzutragen.

AUSFÜLLHINWEISE ZUM PAR-STATUS, BLATT 2 (VORDRUCK 5B)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten ggb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnungs-Nr.	Zahnarz-Nr.	Datum

## PARODONTALSTATUS Blatt 2

1

 vom \_\_\_\_\_

2

AIT																			AIT
FB																			FB

**Oberkiefer**

rechts links

**Unterkiefer**

FB																			FB
AIT																			AIT

3

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

4

**Geplante Leistungen**

Geb.-Nr.	Anzahl
d	1
ATG	1
MHU	1
AIT a	
AIT b	
BEV a	1

Frequenz der UPT	Anzahl

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

**Gutachten**

Gutachtlich befürwortet

Gutachtlich nicht befürwortet  
(Begründung auf gesondertem Blatt)

Datum, Unterschrift und Stempel des Gutachters

Muster

Zahnärztin: SCHNITZBACH, MARENISIA

Vorfr. 5b (2006, 07/2009)

## 1. PARODONTALSTATUS VOM \_ \_ \_ \_ \_

Im Datumsfeld ist das Datum der Befunderhebung (BEMA Nr. 4) anzugeben.

## 2. ANGABEN IM KASTEN „ZAHNSCHEMA“

### Sondierungstiefen

Die gemessenen Sondierungstiefen sind im Zahnschema an mindestens zwei Stellen pro Zahn, eine davon mesioapproximal und eine davon distoapproximal, in Millimetern (ganze Zahlen ohne Komma/Nachkommastellen) einzutragen. Liegt die Sondierungstiefe zwischen zwei Millimetermarkierungen, wird der Wert auf den nächsten ganzen Millimeter aufgerundet.

Für die Angabe der Sondierungstiefen stehen maximal 6 Messstellen zur Verfügung (siehe in der Zahnkrone eingezeichnete Segmente).

*(Anmerkung: Gemäß der PAR-Richtlinie gilt für die Rundung der Sondierungstiefen folgendes: Liegt die Sondierungstiefe zwischen zwei Millimetermarkierungen, wird der Wert auf den nächsten ganzen Millimeter auf- oder abgerundet. Messwerte unter 0,5 mm sind abzurunden, Messwerte von 0,5 mm oder darüber sind aufzurunden.)*

### Sondierungsblutung

Sollte bei der Messung der Sondierungstiefen an der Messstelle eine Blutung auftreten, ist diese mit einem Sternchen hinter der angegebenen Sondierungstiefe kenntlich zu machen.

### Zahnlockerung

Der Grad der Zahnlockerung ist in das zentrale Feld der gezeichneten Zahnkrone wie folgt einzutragen:

- Grad 0 normale Zahnbeweglichkeit
- Grad I gering horizontal (0,2 mm – 1 mm)
- Grad II moderat horizontal (mehr als 1 mm)
- Grad III ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und in vertikaler Richtung

Die Neuerung, dass nicht nur die pathologischen Befunde, sondern auch der Befund „Grad 0“ anzugeben ist, entspricht der PAR-Richtlinie. In der beschreibbaren PDF-Datei zu Blatt 2 des PAR-Status ist das Feld ebenso wie später im Praxissoftware-System mit „0“ vorbelegt, so dass lediglich Abweichungen von „0“ einzutragen sind.

### Furkationsbefall (FB)

Oberhalb und unterhalb des Zahnschemas befindet sich je eine Zeile „FB“. Hier ist für jeden infrage kommenden Zahn der höchste Grad des Furkationsbefalls in das dem Zahn zugehörige Kästchen wie folgt einzutragen:

- 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

Zur erforderlichen Dokumentation auch des Grades 0 siehe oben.

### **Fehlender Zahn**

Fehlende Zähne (Anm.: auch Implantate) sind im Zahnschema durchzukreuzen.

### **Nicht erhaltungswürdiger Zahn**

Nicht erhaltungswürdige Zähne sind im Zahnschema mit drei oder vier horizontalen Linien durchzustreichen.

### **Antiinfektiöse Therapie (AIT)**

Oberhalb und unterhalb des Zahnschemas befindet sich je eine Zeile „AIT“. Die Felder sind an allen Zähnen anzukreuzen, bei denen ein geschlossenes Vorgehen geplant ist. Voraussetzung dafür ist das Vorliegen einer Sondierungstiefe von größer/gleich 4 mm an mindestens einer Messstelle des betreffenden Zahnes.

## **3. BEMERKUNGEN**

Im Feld „Bemerkungen“ kann z. B. angegeben werden, ob Zähne richtlinienüberschreitend (Knochenabbau > 75 % oder Furkationsbefall von Grad III bei gleichzeitigem Vorliegen von Lockerungsgrad III) auf Wunsch des Versicherten außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung therapiert werden. In diesem Fall sind auch die betroffenen Zähne anzugeben.

## **4. GEPLANTE LEISTUNGEN**

Leistungen, die im Rahmen der systematischen PAR-Therapie nur einmalig erbracht werden können, sind sowohl in den gedruckten Papierformularen als auch im Praxissoftware-System mit einer Anzahl von 1 vorbefüllt.

Noch einzutragen ist die Anzahl der Leistungen nach AIT a und AIT b.

Ferner ist die Frequenz der UPT anzugeben. Je nach Gradeinteilung ist in der Spalte „Anzahl“ einzutragen:

- bei Grad A (einmal im Kalenderjahr): 2
- bei Grad B (einmal im Kalenderhalbjahr): 4
- bei Grad C (einmal im Kalendertertial): 6

Ggf. weitere zahnärztliche Leistungen (BEMA Nrn. 108 und 111) sind meist nicht vor der Behandlung planbar und deshalb nicht als geplante Leistungen anzugeben. Die Leistungen sind entsprechend ihrer erbrachten Anzahl abrechnungsfähig.

## **5. DATUM, UNTERSCHRIFT, STEMPEL**

Der Vertragszahnarzt hat den PAR-Status, Blatt 2, im dafür vorgesehenen Feld mit Datum, Unterschrift und Stempelabdruck zu versehen.

AUSFÜLLHINWEISE ZUR MITTEILUNG ÜBER EINE CHIRURGISCHE THERAPIE GEM. § 12 ABS. 1 DER PAR-RICHTLINIE (VORDRUCK 5C)

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

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

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

Folgende Leistungen werden angezeigt:

2	Geb.-Nr.	Zahnangabe
	CPT a	
	CPT b	

4

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

3

Muster

Vordr. 5c (2020, 07/2021) \*Wegweiser F. Albrecht\* SCHÜTZENDE MARKE/REG. VERBODEN

## 1. PARODONTALSTATUS VOM \_ \_ \_ \_ \_

Im Datumsfeld ist dasjenige Datum anzugeben, das bei der Antragstellung als Datum des Parodontalstatus angegeben wurde.

## 2. ANZUZEIGENDE LEISTUNGEN

Die Durchführung einer chirurgischen Therapie ist der Krankenkasse lediglich zur Kenntnis zu geben; ein Genehmigungsverfahren findet nicht statt. In der Tabelle ist aufzuführen, an welchen Zähnen Leistungen nach der BEMA-Nr. CPT a und an welchen Zähnen Leistungen nach der BEMA-Nr. CPT b erfolgen. Die Zähne sind grundsätzlich einzeln anzugeben; Gebietsangaben dürfen erfolgen, wenn sämtliche in dem benannten Gebiet liegenden Zähne eine CPT erhalten und die Anzahl der behandelten Zähne eindeutig aus dem Gebiet erkennbar ist.

## 3. DATUM, UNTERSCHRIFT UND STEMPEL

Die Mitteilung über eine chirurgische Therapie (CPT) ist mit Datum, Unterschrift und Stempel zu versehen.

## 4. HINWEIS AUF ÜBERWEISUNG

Die Mitteilung 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“.

AUSFÜLLHINWEISE ZUR ANZEIGE EINER BEHANDLUNG VON PARODONTITIS BEI ANSPRUCHSBERECHTIGTEN VERSICHERTEN NACH § 22A SGB V (VORDRUCK 5E)

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 \_\_\_\_\_ 1

**Begründung:**

- Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene
- 2  Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit
- Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – geschlossenes Vorgehen
- Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – offenes Vorgehen an Zähnen mit ST ≥ 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
<span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3</span>	4	-----	
	AIT a		
	AIT b		
	CPT a		
	CPT b		

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Vordr. 5e (2006, 07/2021) - SPÄTZDRUCK, Nr. 123/21/14 - www.kassenspaetzdruck.de

## 1. ANZEIGE EINER BEHANDLUNG VON PARODONTITIS BEI VERSICHERTEN NACH § 22A SGB V [...] VOM \_\_\_\_\_

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten, Leistungen in einem bedarfsgerecht modifizierten Umfang zur Behandlung einer Parodontitis festgelegt, die anstelle der systematischen Behandlung gemäß der PAR-Richtlinie erbracht werden können. Die Leistungen ermöglichen eine niedrigschwellige Behandlung, wenn eine systematische Behandlung der Parodontitis, wie sie in der PAR-Richtlinie geregelt ist, nicht möglich ist. Die Behandlung ist nicht genehmigungspflichtig, sie muss aber der Krankenkasse angezeigt werden.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Der Versicherte ist einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet oder erhält Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX (die Anspruchsberechtigung sollte vom Zahnarzt in der Patientenakte dokumentiert werden.)
- Bei dem Versicherten ist die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene oder die Kooperationsfähigkeit eingeschränkt oder nicht gegeben oder es besteht die Notwendigkeit der Behandlung in Allgemeinnarkose
- Es liegen Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr vor

Im Datumsfeld ist das Datum anzugeben, zu dem das Formular „Anzeige“ ausgefüllt wird.

## 2. BEGRÜNDUNG

Mindestens einer der im Abschnitt „Begründung“ aufgeführten Gründe muss vorliegen, um die modifizierte PAR-Behandlung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung vornehmen zu können. Je nach Vorliegen können mehrere Gründe angekreuzt werden.

Nach Abschnitt B V Nr. 2 b der Behandlungsrichtlinie kann bei Versicherten, die einer Behandlung in Allgemeinnarkose bedürfen, in Ausnahmefällen an Zähnen mit einer Sondierungstiefe von 6 mm oder mehr anstelle der antiinfektiösen Therapie eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen) erfolgen.

Daraus ergibt sich, dass – anders als bei der systematischen Behandlung – dem offenen kein geschlossenes Vorgehen vorausgeht. Damit können unterschiedliche Zähne in derselben Sitzung je nach Indikation im Wege einer AIT bzw. im Wege einer CPT behandelt werden, sodass eine erneute Allgemeinnarkose vermieden wird. Die CPT ist bezogen auf einen Zahn immer anstelle der AIT durchzuführen, nicht zusätzlich zu dieser.

Wenn im Ausnahmefall des offenen Vorgehens zeitgleich Zähne eine Behandlung mit geschlossenem Vorgehen erhalten sollen, ist sowohl die Begründung „Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – geschlossenes Vorgehen“ als auch die Begründung „Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – offenes Vorgehen an Zähnen mit ST  $\geq$  6 mm“ anzukreuzen.

Versicherte nach § 22a SGB V mit eingeschränkter oder fehlender Mundhygiene- oder Kooperationsfähigkeit, die nicht einer Behandlung in Allgemeinnarkose bedürfen, haben, sofern für sie nach dem Formular „Anzeige“ Leistungen außerhalb der systematischen PAR-Therapie angezeigt werden, keinen Anspruch auf eine CPT.



### 3. ANZUZEIGENDE LEISTUNGEN

In den Zeilen „AIT a“ und „AIT b“ sowie „CPT a“ und „CPT b“ sind die betreffenden Zähne und die Anzahl der Leistungen anzugeben. Es ist möglich, Zahngebiete mit Bindestrichen anzugeben. Weitere zahnärztliche Leistungen wie die BEMA Nrn. 108 und 111 sind meist nicht vor der Behandlung planbar und deshalb nicht als geplante Leistungen anzugeben. Diese Leistungen sind in der Anzahl abrechnungsfähig, in der sie erbracht wurden.

### 4. DATUM, UNTERSCHRIFT UND STEMPEL

Das Formular ist im dafür vorgesehenen Feld mit Datum, Unterschrift und Stempelabdruck zu versehen.