

# Neue Richtlinie: Systematische PAR-Behandlung ab 1. Juli 2021

Am 1. Juli 2021 tritt die neue Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur systematischen Behandlung von Parodontitis (PAR) in Kraft und ersetzt damit weitgehend die veraltete Behandlungsrichtlinie.

Text: Dr. Christine Ehrhardt, PAR-Referentin der KZV Rheinland-Pfalz

Mit der neuen PAR-Richtlinie wird das vertragszahnärztliche Leistungsangebot erweitert und an den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst. Gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten mit Parodontalerkrankungen können künftig von einer erweiterten Diagnostik und Behandlung profitieren. Vorneweg: Dieser Artikel reißt die Neuerungen lediglich an. Details finden sich auf der Internetseite [www.kzvrlp.de](http://www.kzvrlp.de) und insbesondere im Skript zu den Fortbildungen der KZV Rheinland-Pfalz.

## Ausgangssituation

Parodontitis ist neben Karies die epidemiologisch und versorgungsbezogen häufigste Erkrankung in der Zahnmedizin. Mehr als die Hälfte der Erwachsenen im Alter von 35 bis 44 Jahren ist von einer moderaten oder schweren Form von Parodontitis betroffen. Bei Seniorinnen und Senioren von 65 bis 74 Jahren sind es bereits zwei Drittel. Bei den 75- bis 100-Jährigen weisen 90 Prozent eine moderate oder schwere Parodontitis auf. Die Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie prognostiziert einen weiter steigenden Behandlungsbedarf aufgrund der demografischen Entwicklung.

Zugleich hat sich die Lücke zwischen einer „State of the Art“-Versorgung von Parodontitispatientinnen und -patienten und dem vertragszahnärztlichen Leistungsrecht immer weiter vergrößert. Die noch gültige Behandlungsrichtlinie ist längst überholt und ihre Defizite vielfältig: Angefangen von der im BEMA nicht abgebildeten Vorbehandlung bis hin zur fehlenden Nachsorge.

Ziel der zahnärztlichen Wissenschaft und der Berufsorganisationen war es deshalb, eine neue PAR-Richtlinie zu etablieren, die das aktuelle zahnärztliche Wissen und Können in der vertragszahnärztlichen Versorgung abbildet. Formuliert wurde dieser Ansatz im Jahr 2017 von KZBV, BZÄK und der DG PARO im „PAR-Versorgungskonzept“. Zwei ihrer Kernforderungen: Ein parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch soll als eigener Therapieschritt verankert werden, um das Verständnis über die Auswirkungen der Erkrankung zu schaffen und das Mitwir-

### Download der S3-Leitlinie



„Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ unter [www.awmf.org/leitlinien/detail/II/083-043.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/083-043.html)

### Download der Richtlinie

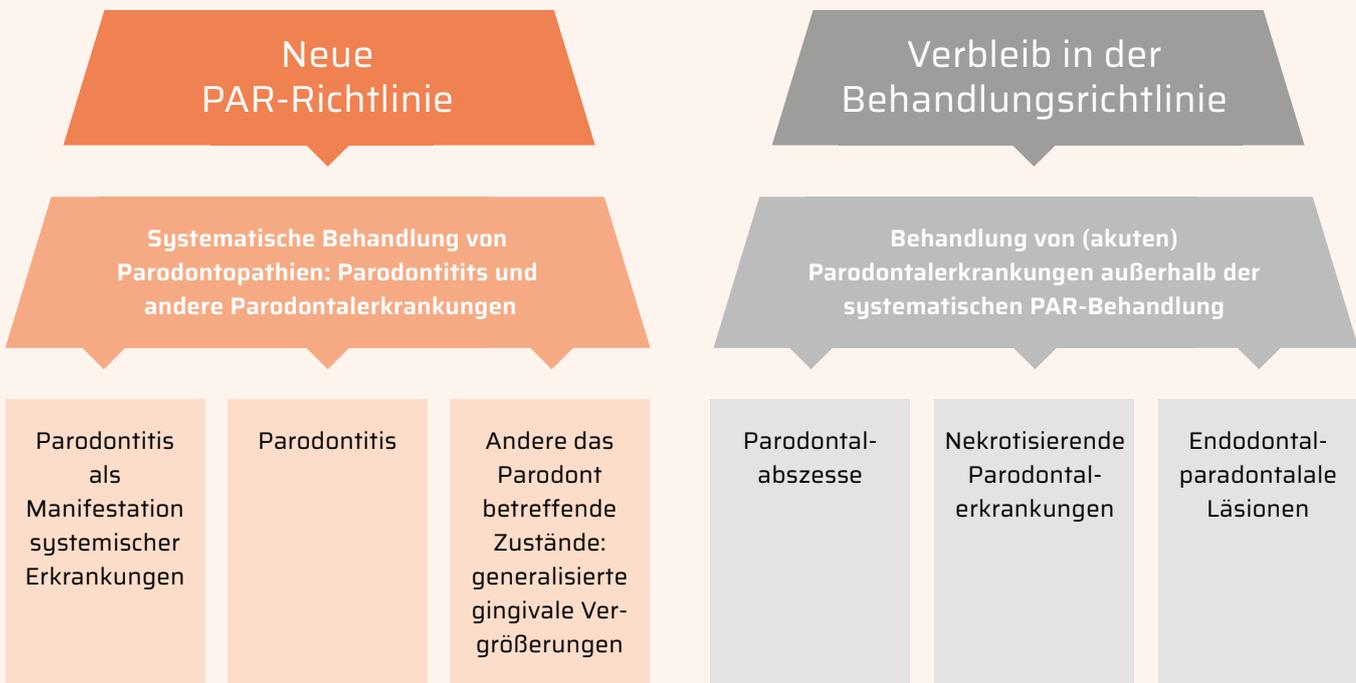


für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) unter [www.g-ba.de/richtlinien/32/](http://www.g-ba.de/richtlinien/32/)

### Informationen für Zahnarztpraxen

Auf unserer Internetseite [www.kzvrlp.de](http://www.kzvrlp.de) - Webcode 0424 finden Sie das Skript zu den Seminaren „Neue PAR-Richtlinie 2021“, einen Fragen-Antworten-Katalog sowie den Richtlinien-text und den Beschluss des Bewertungsausschusses zu den neuen BEMA-Gebühren.

## Parodontale Erkrankungen und Zustände



ken der Patientinnen und Patienten und damit die dringend erforderliche Patientenadhärenz zu stärken. Zudem soll eine strukturierte Nachsorge eingeführt werden, um den Behandlungserfolg langfristig zu sichern.

### Download des PAR-Versorgungskonzeptes



unter  
[www.kzbv.de/  
par-versorgungskonzept.1191.  
de.html](http://www.kzbv.de/par-versorgungskonzept.1191.de.html)

Auftrieb erhielten die Bemühungen der Berufsorganisationen von den Patientenvertretern im Gemeinsamen Bundesausschuss, die eine Überprüfung der Methodik der systematischen Behandlung von Parodontopathien forderten, von einer grundlegend neuen Klassifikation der parodontalen und periimplantären Erkrankungen sowie von vier neuen S3-Leitlinien für die parodontologische Therapie. Diese Leitlinien sind inzwischen in einer neuen Leitlinie der European

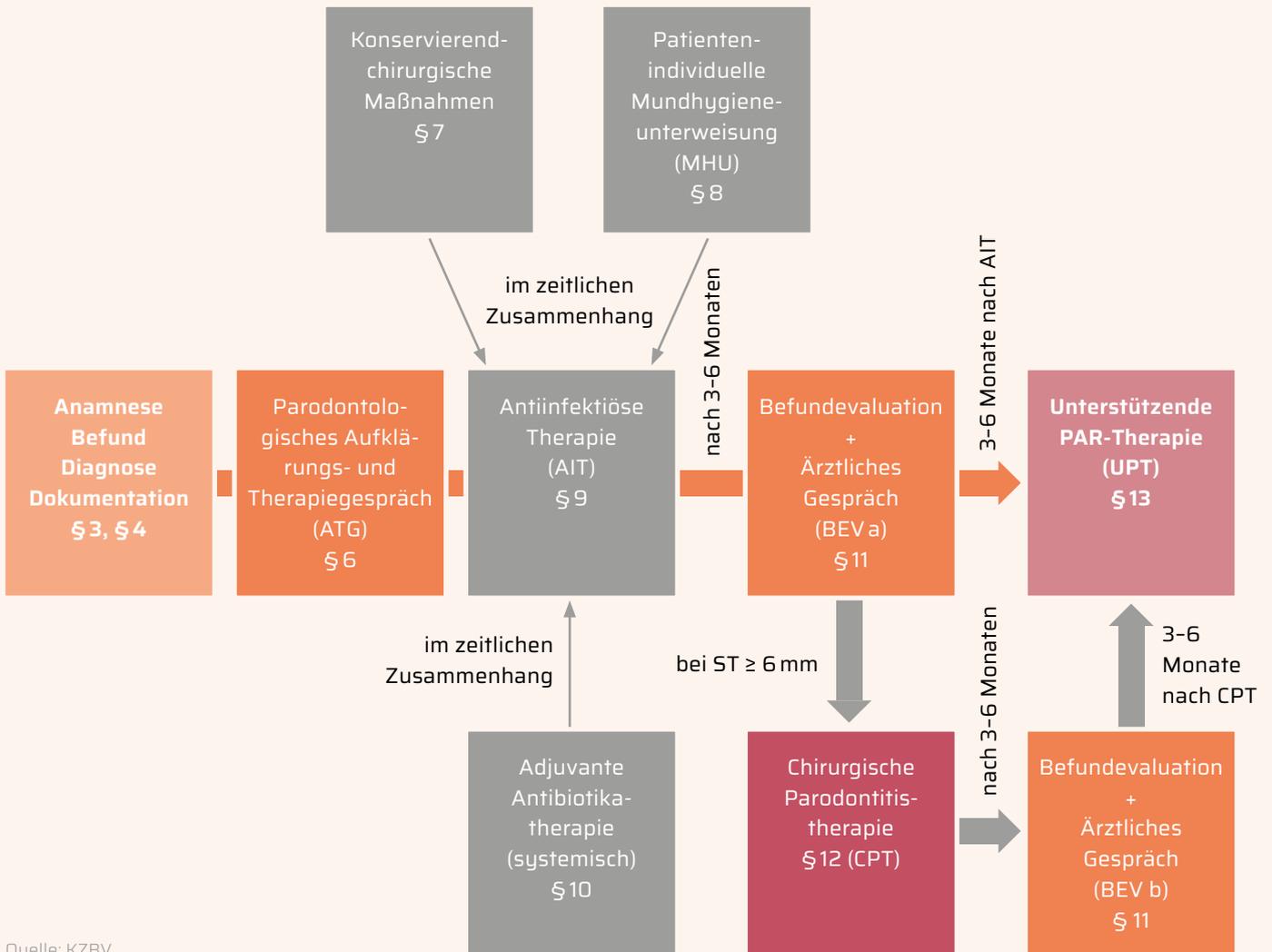
Federation of Periodontology (EFP) aufgegangen und an die Verhältnisse in Deutschland angepasst worden.

Mit der nun vorliegenden eigenständigen PAR-Richtlinie haben die Berufsorganisationen ihr Ziel einer modernen Parodontitistherapie in der vertragszahnärztlichen Versorgung erreicht. Hierbei gilt es zu beachten: Nur die systematische Behandlung von Parodontopathien wird in die neue, eigenständige PAR-Richtlinie überführt. Die vertragszahnärztliche Versorgung von parodontalen Erkrankungen, die nicht der systematischen Behandlung zuzuordnen sind, verbleibt in der bisherigen Behandlungsrichtlinie. Akutformen werden nicht nach der neuen Behandlungstrecke therapiert.

### Die neue PAR-Therapiestrecke

Die neue Richtlinie regelt die Voraussetzungen zur Erbringung von Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontopathien in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Unter den neuen Rahmenbedingungen unterliegt die PAR-Behandlung weiterhin dem Wirtschaftlichkeitsgebot. So heißt es in § 1 der Richtlinie: „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.“

## Die neue Therapiestrecke



Quelle: KZBV

### § 3 Anamnese, Befund, Diagnose und Dokumentation

Die Anforderungen an die Dokumentation wurden erweitert und in § 3 der Richtlinie wird sie neben Anamnese, Befund und Diagnose explizit als Grundlage der Therapie erwähnt. Neu auch: Risikofaktoren und Wechselwirkungen der Parodontitis mit anderen Erkrankungen und deren Bedeutung für die Therapie werden stärker gewürdigt. So zählt zur parodontitisspezifischen Anamnese künftig die Abfrage und Dokumentation des HbA1c-Wertes bei Patienten mit bekanntem Diabetes mellitus und des Rauchverhaltens.

### BEMA-Nr. 4

Mit der Gebühren-Nr. 4 werden Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Dokumentation sowie die Beantragung der AIT abgerechnet. Der mit der neuen Leistung im Vergleich zur gegenwärtigen Leistungsposition verbundene höhere Aufwand wird durch eine Anhebung der Punktzahl von 39 auf 44 berücksichtigt.



## Neue Rolle für den Parodontalen Screening-Index (PSI)

Die Bedeutung des PSI als Instrument zur Früherkennung wurde in der neuen Richtlinie gestärkt. Sind Anzeichen einer parodontalen Erkrankung festgestellt worden, erfolgt ein gezielter Verweis zur Diagnostik nach § 3 der PAR-Richtlinie. Ein Wert von 3 oder 4 dient als Einstieg in die neue Therapiestrecke. Der PSI gilt allerdings nicht als Eingangsvoraussetzung für eine systematische PAR-Behandlung. Neu: Der Patient ist über den PSI-Befund, Diagnosen und notwendige weitere Maßnahmen zu informieren. Die PSI-Erhebung wird auf einem Formblatt dokumentiert, eine Kopie erhält der Patient (Formblatt 11).

Aus medizinisch-wissenschaftlichen Erwägungen ist zukünftig die Erhebung des PSI für Patienten im Zusammenhang mit einer systematischen PAR-Behandlung ausgeschlossen worden. Er ist ein Screening-Instrument und dient nicht der Therapie.

Auch nach Ablauf der Wartezeit von zwei Jahren kann er nicht abgerechnet werden, wenn sich der Patient innerhalb der systematischen PAR-Therapiestrecke befindet. Dies wird ausdrücklich im BEMA ausgeschlossen. Der PSI bleibt weiterhin in der bisherigen Behandlungsrichtlinie verortet, siehe hierzu deshalb Abschnitt B.I. Nr. 2 Behandlungsrichtlinie.

Patienten außerhalb der systematischen PAR-Behandlung haben weiterhin einmal innerhalb von zwei Jahren Anspruch auf eine Erhebung.

## Neue Vordrucke und PVS-Module ab 1. Juli 2021

Für die neue systematische Parodontitistherapie wird es vier neue Vordrucke geben, die in den Bundesmantelvertrag aufgenommen sind:

- 5a - Parodontalstatus Blatt 1
- 5b - Parodontalstatus Blatt 2
- 5c - Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)
- 11 - Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)

Nach Auskunft der KZBV können die neuen Vordrucke und PAR-Module nicht vollständig rechtzeitig zum 1. Juli in die Praxisverwaltungssysteme (PVS) integriert werden. Der neue Ablauf der PAR-Behandlung sowie die hiermit einhergehenden neuen Leistungen und das neue Abrechnungsverfahren erfordern einen umfangreichen und tiefgreifenden Eingriff in die Datenstrukturen der Systeme und somit einen enormen Entwicklungsaufwand sowie ausreichende Testzeiten für die PVS-

Hersteller. Die neuen PAR-Module und die im PVS integrierten Blanko-Formulare zum Ausdrucken sollen ab Oktober 2021 zur Verfügung stehen.

Als Übergangslösung arbeitet die KZBV gemeinsam mit den PVS-Herstellern daran, digital ausfüllbare PDF-Formulare für die Beantragung der PAR-Behandlung anzubieten, damit diese - soweit möglich - mithilfe des PVS ausgefüllt und ausgedruckt werden können. Zudem liegen jeweils zehn Exemplare der neuen Vordrucke dieser Ausgabe *KZV aktuell* bei. Weitere Exemplare sind bei uns erhältlich. Den entsprechend geänderten Bestellschein laden Sie bitte unter [www.kzvrp.de](http://www.kzvrp.de) - Webcode 0424 herunter.

Die Befunddokumentation umfasst Sondierungstiefen und Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn, Zahnlockerung, Furkationsbefall sowie Zahnverlust durch Parodontitis. Der Röntgenbefund erfordert aktuelle (**laut Beschluss des G-BA (§ 3 Satz 4) in der Regel nicht älter als 12 Monate**) auswertbare aus-

wertbare Röntgenaufnahmen. Er umfasst den röntgenologischen Knochenabbau sowie dessen altersbezügliche Wichtung (Prozent/Alter).

#### § 4 Behandlungsbedürftigkeit der Parodontitis

Die systematische Behandlung einer Parodontopathie ist nach der neuen Richtlinie angezeigt, wenn eine der folgenden Diagnosen gestellt wird und dabei eine Sondierungstiefe von vier 4 mm oder mehr vorliegt:

1. Parodontitis
2. Parodontitis als (direkte) Manifestation systemischer Erkrankungen
3. Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen

Die neue Richtlinie fußt auf der 2018 vorgestellten aktuellen Klassifikation der parodontalen Erkrankungen. Entsprechend muss jeder Fall einer Parodontitis nach Stadium (Staging) und Grad (Grading)

der Erkrankung individuell eingestuft werden. Das **Staging** unterscheidet vier Stadien. Die Zuordnung erfolgt zunächst über den Schweregrad der Erkrankung (Attachmentverlust/Knochenabbau). Die Komplexität des Krankheitsbildes kann aber zu einer höheren Einstufung führen.

- Stadium I: initiale Parodontitis
- Stadium II: moderate Parodontitis
- Stadium III: schwere Parodontitis mit Potenzial für weiteren Zahnverlust
- Stadium IV: schwere Parodontitis mit Potenzial für Verlust der Dentition

Parodontitis Stadium (STAGING)		Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
<b>Schweregrad</b>	<b>Interdentaler CAL</b> an der Stelle mit dem größten Verlust	1-2 mm	3-4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	<b>Röntgenologischer Knochenabbau KA</b>	koronales Drittel (<15%)	koronales Drittel (15-33%)	mittleres bis apikales Drittel	mittleres bis apikales Drittel
	<b>Zahnverlust</b> aufgrund von PA	kein Zahnverlust aufgrund von Parodontitis		Zahnverlust aufgrund von Parodontitis von ≤ 4 Zähnen	Zahnverlust aufgrund von Parodontitis von ≥ 5 Zähnen
<b>Komplexität</b>	lokal	maximale Sondierungstiefe ≤ 4 mm  vorwiegend horizontaler Knochenabbau	maximale Sondierungstiefe 4-5 mm  vorwiegend horizontaler Knochenabbau	<b>Zusätzlich zur Komplexität des Stadiums II:</b> » Sondierungstiefe ≥ 6 mm » vertikaler Knochenabbau ≥ 3 mm » Furkationsbefall Grad II oder III moderater Kammdefekt	<b>Zusätzlich zur Komplexität des Stadiums III:</b> Notwendigkeit einer komplexen, interdisziplinären Rehabilitation aufgrund von: » mastikatorischer Dysfunktion mit sekundärem okklusalem Trauma » (Zahnbeweglichkeit ≥ Grad 2) » ausgeprägter Kammdefekt » Verlust der Bisshöhe, Zahnwanderungen, Auffächerung der Front weniger als 20 Restzähne mit 10 okkludierenden Paaren
<b>Ausdehnung und Verteilung</b>	wird zur genaueren Beschreibung des Stagings verwendet	für jedes Stadium Ausdehnung als lokalisiert (< 30% der Zähne), generalisiert oder als Molaren-/Inzisiven-Muster beschreiben			

Quelle: Papapanou, Sanz et al. Konsensusbericht 2018; Tonetti et al. 2018 Falldefinition 2018

Befundet wird an dem am schwersten betroffenen Zahnzwischenraum. Komplexitätsfaktoren sind Kriterien, die die Diagnose hin zu einem höheren Stadium verändern können. Faktoren wie Sondierungstiefen, Art des Knochenverlustes (vertikal und/oder horizontal), Furkationsbeteiligung, erhöhte Zahnmobilität, Bisskollaps und Verlust der Kaufunktion werden mit einbezogen.

Beim **Grading** werden die Evidenz und das Risiko der Progression eingeschätzt sowie die wahrscheinliche Reaktion auf die Therapie. Der korrekten Einstufung in Grad A, B oder C kommt eine besondere Bedeutung zu: Der Grad bestimmt die Anzahl der UPT-

Sitzungen, die der Patient in Anspruch nehmen kann.

Ausgehend von einem mittleren Progressionsrisiko (Grad B) kann eine Nachjustierung anhand individueller Risikofaktoren erfolgen. Einige sind in der Tabelle genannt. Ein Risiko für einen systemischen Einfluss kann sich neben dem erhöhten hsCRP-Wert an weiteren Faktoren zeigen, beispielsweise an einem frühen Erkrankungsbeginn, anderen Entzündungskrankheiten des Patienten

Parodontitis: Grad (GRADING)			Grad A langsame Progression	Grad B moderate Progression	Grad C schnelle Progression
<b>Primäre Kriterien</b>	<b>direkte Evidenz für Progression</b>	longitudinale Daten (CAL oder röntgenologischer Knochenverlust)	Evidenz für keinen Verlust in den letzten 5 Jahren	< 2 mm über 5 Jahre	≥ 2 mm über 5 Jahre
	<b>indirekte Evidenz für Progression</b>	% Knochenverlust/Alter	< 0,25	0,25–1,0	> 1,0
	<b>Phänotyp des Falls:</b>		viel Biofilm, wenig parodontaler Abbau	parodontaler Abbau entsprechend Biofilmmenge	parodontaler Abbau übersteigt Biofilmmenge, Perioden schneller Progression, früher Krankheitsbeginn, fehlendes Ansprechen auf Standardtherapie
<b>Modifikatoren</b>	<b>Risikofaktoren</b>	<b>Raucher?</b>	Nichtraucher	Raucher < 10 Zigaretten/Tag	Raucher > 10 Zigaretten/Tag
		<b>Diabetes?</b>	kein Diabetes, normoglykämisch	Diabetes; HbA1c < 7,0 %	Diabetes; HbA1c ≥ 7,0 %
<b>Risiko für systemischen Einfluss</b>	<b>systemische Entzündungsbelastung</b>	<b>hsCRP (high sensity CRP)</b>	< 1 mg/l	1–3 mg/l	> 3 mg/l

Quelle: Papapanou, Sanz et al. Konsensusbericht 2018; Tonetti et al. 2018 Falldefinition 2018

(rheumatoide Arthritis, COPD, M. Crohn etc.). Auch Hinweise für einen genetischen Einfluss (z. B. Parodontalerkrankungen in der Familie) sprechen für eine proentzündliche Reaktionsbereitschaft des Immunsystems.

Anamnese, Befundung und individualisierte Diagnose (§§ 3 und 4) werden auf den Vordrucken 5a und 5b dokumentiert und mit der Beantragung der AIT an die Krankenkassen übermittelt.

### § 6 Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG)

Essentielle Voraussetzung für den Beginn der Therapie ist die Aufklärung des Patienten über seine Erkrankung. Im Anschluss an die Anamnese, Diagnose, Prognose und Therapieplanung findet daher neben der Information über Befund und Diagnose ein risikospezifisches parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch statt. Hierin werden Therapiealternativen, die Bedeutung von gesundheitsbewusstem Verhalten zur Reduktion von Risikofaktoren sowie Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen mit dem Patienten erörtert. Mit dem ATG findet erstmals die „sprechende Zahnmedizin“ Eingang in die vertragszahnärztliche Versorgung.

#### BEMA-Nr. ATG

Die Gebühren-Nr. ATG beinhaltet das parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch nach § 6 PAR-RL. Die Leistung ist mit 28 Punkten bewertet. Da es sich um eine Leistung mit Gesprächs- und Beratungsinhalten handelt, kann die Leistung nach BEMA-Nr. Ä1 in derselben Sitzung nicht abgerechnet werden.

### § 7 Konservierend-chirurgische Maßnahmen

Die Entfernung von Plaque, Zahnstein und fest haftenden Belägen ist keine Leistungsvoraussetzung mehr für die antiinfektiöse Therapie. Dieser Vorbehandlungsschritt ist in die Behandlungsstrecke integriert und kann daher wie konservierend-chirurgische Maßnahmen einschließlich des Glättens überstehender Füllungsänder je nach Indikation vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der AIT durchgeführt werden.

### § 8 Mundhygieneunterweisung (MHU)

Auch die Mundhygieneinstruktion ist nicht mehr verpflichtend vor Antragsstellung durchzuführen, sondern findet als eigener Therapieschritt in der Versorgungsstrecke im zeitlichen Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie statt. Sie soll den Patienten zur Mitarbeit motivieren und zur Sicherung eines langfristigen Behandlungserfolgs beitragen.

Die neue Richtlinie vollzieht hier einen bemerkenswerten Paradigmenwechsel: Der Zugang zur PAR-Therapie ist nicht mehr vom individuellen Verhalten des Patienten abhängig. Eine gute Mundhygiene und Mitarbeit des Patienten werden zwar als Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie gewertet und sollen durch den Eingang der „sprechenden Zahnmedizin“ gefördert werden. Sie sind jedoch dessen ungeachtet nicht

mehr Voraussetzung für die Durchführung der antiinfektiösen Therapie. Die Mundhygieneunterweisung umfasst eine Mundhygieneaufklärung, die Bestimmung des Entzündungszustandes der Gingiva, das Anfärben von Plaque, eine individuelle Mundhygieneinstruktion sowie die praktische Anleitung mit Übungen zur risikospezifischen Mundhygiene.

#### **BEMA-Nr. MHU**

Über die Gebühren-Nr. MHU wird die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung nach § 8 PAR-RL abgerechnet. Sie ist mit 45 Punkten bewertet. Im Rahmen der Relationierung sind bestehende BEMA-Leistungen, die Aufklärungs- und Instruktionsleistungen enthalten, vergleichend herangezogen worden.

### **§ 9 Antiinfektiöse Therapie (AIT)**

Die antiinfektiöse Therapie dient der Beseitigung der entzündlichen Prozesse, Blutung bzw. Suppuration auf Sondierung sollen weitestgehend eliminiert werden. Die AIT erfolgt im Rahmen des geschlossenen Vorgehens und sollte nach Möglichkeit innerhalb von vier 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.

#### **BEMA-Nr. AIT**

Über die Gebühren-Nr. AIT wird die antiinfektiöse Therapie nach § 9 PAR-RL abgebildet. Sie ersetzt die BEMA-Nrn. P200 und P201 und differenziert entsprechend zwischen der Behandlung von einwurzeligen (AIT a) und mehrwurzeligen (AIT b) Zähnen. Die Leistungen sind mit 14 bzw. 26 Punkten bewertet.

### **§ 10 Adjuvante Antibiotikatherapie**

Weiterhin gilt: Bei besonders schweren Formen der Parodontitis, die mit einem raschen Attachmentverlust einhergehen, können systemisch wirkende Antibiotika im zeitlichen Zusammenhang mit der AIT verordnet werden. Eine mikrobiologische Diagnostik sowie eine lokale Antibiotikatherapie sind kein Bestandteil der vertragszahnärztlichen Behandlung.

### **§ 11 Befundevaluation (BEV)**

Drei bis sechs Monate nach Beendigung der AIT findet eine erste Überprüfung der Ergebnisse der antiinfektiösen Therapie statt. Die Befundevaluation dient der Verlaufskontrolle sowie der Planung der weiteren Therapieschritte. Gegebenenfalls folgt eine zweite Evaluation der parodontalen Befunde im Anschluss an die chirurgische Therapie. Dementsprechend werden zwei getrennte Gebührennummern geschaffen; die BEMA-Nr. BEV a kommt nach Durchführung der AIT, die BEMA-Nr. BEV b nach Durchführung der chirurgische Therapie zum Tragen.

Die notwendige Dokumentation des klinischen Befundes umfasst Sondierungstiefen und Sondierungsblutung (an mindestens zwei Stellen pro Zahn, eine davon mesioapproximal und eine davon distoapproximal), Zahnlockerung, Furkationsbefall und Röntgenbefund. Der Vergleich mit den Befunddaten erlaubt die zielgenaue Planung des weiteren Vorgehens.

#### **BEMA-Nr. BEV**

Es werden zwei getrennte Gebühren-Nummern geschaffen. Die Nr. BEV a kommt nach Durchführung der AIT und die Nr. BEV b nach Durchführung der CPT zum Tragen. Beide sind identisch mit 32 Punkten bewertet.

### **§ 12 Chirurgische Therapie (CPT)**

Nach der AIT ist zu prüfen, ob es notwendig ist, an einzelnen Parodontien zusätzlich ein offenes Vorgehen durchzuführen. Dies kann für Parodontien angezeigt sein, bei denen bei der Befundevaluation eine Sondierungstiefe von  $\geq 6$  mm gemessen wurde, wobei in der Front eine besonders enge Indikation für eine chirurgische Therapie gilt. Die Entscheidung, ob ein offenes Vorgehen durchgeführt werden soll, trifft die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt in Absprache mit dem Patienten. Im Unterschied zur aktuellen Rechtslage setzt die Durchführung der chirurgischen Therapie zwingend ein vorheriges geschlossenes Vorgehen nach der BEMA-Nr. AIT voraus. Die chirurgische Therapie muss künftig nicht mehr bei der Krankenkasse beantragt, sondern lediglich nach der Befundevaluation, aber vor der Abrechnung angezeigt werden (Formblatt 5c). Drei bis sechs Monate nach Beendigung der chirurgischen Therapie wird der Befund erneut gemäß § 11 evaluiert (BEV b).

#### **BEMA-Nr. CPT**

Die Gebühren-Nr. CPT a bzw. b regeln die Abrechnung der chirurgischen Therapie und differenzieren wie die bisherigen Gebühren-Nr. P202 und P203 zwischen der Behandlung einwurzeliger und mehrwurzeliger Zähne. Sie stimmen mit der bisherigen Bewertung überein (22 bzw. 34 Punkte).

Mit der Leistung nach BEMA-Nr. CPT sind während oder unmittelbar danach erbrachte Leistungen nach den BEMA-Nrn. 105, 107 und 107a abgebildet.

### **BEMA-Nrn. 108 und 111**

**Diese Gebührennummern sind bei unveränderter Bewertung aus dem gegenwärtigen BEMA übernommen worden.**

Eine Leistung nach BEMA-Nr. 108 kann nicht im Zusammenhang mit konservierenden, prothetischen und chirurgischen Leistungen abgerechnet werden. Leistungen nach BEMA-Nrn. 38 und 105 können nicht neben Leistungen nach BEMA-Nr. 111 abgerechnet werden, soweit Maßnahmen in derselben Sitzung an derselben Stelle erfolgen.

**5. ab dem zweiten Jahr einmal im Kalenderjahr die Untersuchung des Parodontalzustands (UPT g)**

Bei der Abrechnung der Messung von Sondierungstiefen wurde berücksichtigt, dass diese Parameter im ersten Jahr bei Patienten aller Erkrankungsgrade bereits bei der Befundevaluation gemessen werden. Zu Beginn des zweiten Jahres erfolgt dies im Rahmen der Untersuchung des Parodontalzustands (UPT g).

Nur bei Patienten mit Grad B und C kann die Messung von Sondierungstiefen weitere Male in anderen UPT-Sitzungen als **UPT d** abgerechnet werden (Grad B: bei zweiter und vierter UPT, Grad C: bei zweiter, dritter, fünfter und sechster UPT).

Zusätzliche UPT-Termine können mit dem Patienten privat vereinbart und durchgeführt werden.

### **§ 13 Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)**

Die Aufnahme der unterstützenden Parodontitistherapie in den BEMA ist eine zentrale Neuerung in der PAR-Behandlung. Die UPT ist ein wesentlicher Therapieschritt, um die Ergebnisse der antiinfektiösen und gegebenenfalls chirurgischen Therapie zu sichern, die Patientenmotivation zu fördern sowie Neu- und Reinfektionen frühzeitig zu erkennen.

Mit der UPT soll drei bis sechs Monate nach Abschluss der aktiven Behandlungsphase im Anschluss an die Befundevaluation begonnen werden. Die Einhaltung einer Frist zwischen Befundevaluation und erster UPT ist nicht erforderlich. Die UPT-Phase beginnt am Tag der Erbringung der ersten UPT-Leistung und läuft über zwei Jahre. Sie kann einmalig um sechs Monate verlängert werden. Die Frequenz der UPT richtet sich nach dem festgestellten Grad der Parodontalerkrankung (Grading) und liegt zwischen ein- und dreimal pro Jahr. Eine Änderung des Grading bei der Befundevaluation führt nicht zu einem veränderten Leistungsanspruch der UPT-Frequenz.

Die UPT umfasst:

- 1. die Mundhygienekontrolle (UPT a)**
- 2. soweit erforderlich eine erneute Mundhygieneunterweisung (UPT b)**
- 3. die vollständige supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftendem Biofilm und Belägen (UPT c)**
- 4. bei Sondierungstiefen von  $\geq 4$  mm und Sondierungsbluten sowie an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von  $\geq 5$  mm die subgingivale Instrumentierung an den betroffenen Zähnen (UPT e: einwurzelige Zähne; UPT f: mehrwurzelige Zähne)**

### **BEMA-Nr. UPT**

Die in § 13 Abs. 2 PAR-RL aufgeführten Leistungsbestandteile sind in jeweils eigenständigen Gebühren a bis g abgebildet.

Sie sind wie folgt bewertet:

UPT a: 18 Punkte

UPT b: 24 Punkte

UPT c: 3 Punkte/Zahn

UPT d: 15 Punkte

UPT e: 5 Punkte/Zahn

UPT f: 12 Punkte/Zahn

UPT g: 32 Punkte

**Zuordnung  
des Patienten  
gemäß § 4 Nr. 1  
Buchstabe b**

### **Grad A**

**1 x im Kalender-  
jahr mit einem  
Mindestabstand  
von 10 Monaten**

### **Grad B**

**1 x im Kalender-  
halbjahr mit einem  
Mindestabstand  
von 5 Monaten**

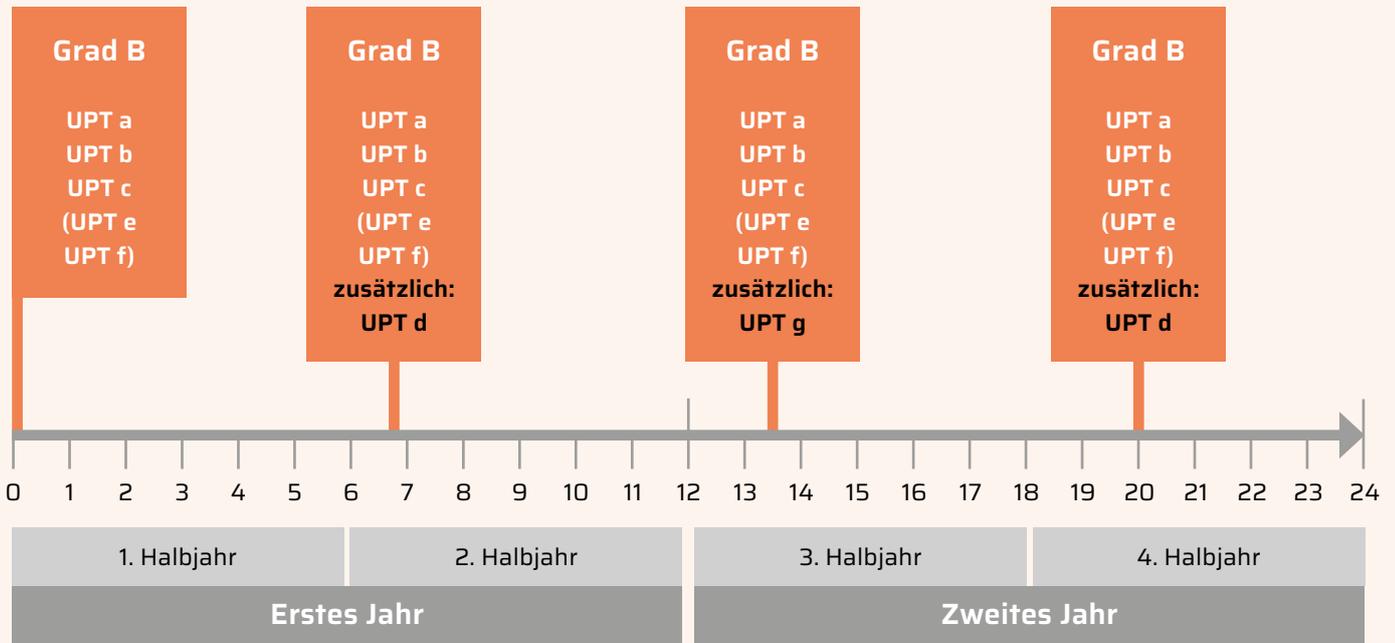
### **Grad C**

**1 x im Kalender-  
tertial mit einem  
Mindestabstand  
von 3 Monaten**

## BEMA-Positionen, Recall-Intervalle und Inhalte der UPT bei Grad B

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

Beginn bei allen Graden zwischen 3 und 6 Monaten nach Ende AIT/CPT



### Ende der UPT - und dann?

Eine UPT ist nach maximal 30 Monaten beendet. Danach kann sie nur als Privatleistung fortgeführt werden. Im Fall eines Rezidivs und der Notwendigkeit, wieder in die Therapiephase einzutreten, kann der gesamte Zyklus neu begonnen werden. Ein Wiedereinstieg in die Therapiephase ist vor Ende der UPT-Phase nicht möglich.

### § 5 Begutachtung und Genehmigung

Die systematische Parodontitistherapie und eine Verlängerung der UPT bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Der Antrag wird der Krankenkasse mittels eines noch zwischen den KZBV und GKV-Spitzenverband zu vereinbarenden Datensatzes übermittelt. Die Krankenkasse kann vor der Entscheidung über die Kostenübernahme die diagnostischen Unterlagen und die Patienten begutachten lassen. Hierbei gilt: Vor der Leistungszusage der Krankenkasse bzw. der Befürwortung der antiinfektiösen Therapie durch den Gutachter sollte nicht mit der Behandlung begonnen werden.

Im Rahmen eines AIT-Antrags werden der Patient sowie die diagnostischen Unterlagen begutachtet: Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Parodontopathie nach § 4 der PAR-Richtlinie, klinische Befunde, Röntgenbefunde (Aktualität, Auswertbarkeit, Befund Knochenabbau, Dokumentation zu Staging und Grading, Wirtschaftlichkeit der Behandlung).

Im Rahmen eines Antrags zur Verlängerung der UPT wird begutachtet: Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Parodontopathie, Diagnose (Staging, Grading), Röntgenbefunde, Abschluss der im zeitlichen Zusammenhang zu erbringenden Leistungen nach §§ 7 und 8 der PAR-Richtlinie sowie medizinische Notwendigkeit der Verlängerung.

Derzeit wird der Leitfaden für PAR-Gutachter von der KZBV überarbeitet und an die neue Richtlinie adaptiert.

## Parodontitistherapie bei vulnerablen Patientengruppen

Pflegebedürftige oder Menschen mit Beeinträchtigungen, bei denen die systematische Behandlung gemäß PAR-Richtlinie nicht in vollem Umfang durchgeführt werden kann, haben ab Juli Anspruch auf eine modifizierte und speziell auf die Bedürfnisse dieser Patientengruppe zugeschnittene Behandlung ohne Antrags- und Genehmigungsverfahren. Eine Behandlung ist der Krankenkasse lediglich anzuzeigen. Die Behandlungsrichtlinie wurde entsprechend geändert. Die Leistungen umfassen neben Anamnese, Befund und Diagnose die Messung der Sondierungstiefen, eine antiinfektiöse und gegebenenfalls chirurgische Therapie sowie die Reinigung aller Zähne einmal im Kalenderhalbjahr über einen Zeitraum von zwei Jahren. ■



Download der  
Behandlungsrichtlinie  
unter  
[www.g-ba.de/richtlinien/32/](http://www.g-ba.de/richtlinien/32/)

## Gibt es für PAR-Altfälle eine Übergangsregelung?

PAR-Behandlungen, die ab dem 01.07.2021 begonnen werden, sind gemäß den ab dem 01.07.2021 geltenden Regelungen durchzuführen und abzurechnen.

Werden ab dem 01.07.2021 noch PAR-Pläne gemäß den bis zum 30.06.2021 geltenden Regelungen bei der Krankenkasse eingereicht, wird der Zahnarzt aufgefordert, einen PAR-Plan gemäß den neuen Regelungen zu erstellen. Eine Gebühr für die Erstellung des alten PAR-Planes kann in diesem Fall nicht abgerechnet werden.

PAR-Behandlungen, die bis zum 30.06.2021 begonnen werden (maßgebend ist die erste therapeutische Maßnahme P200-P203), sind gemäß den bis zum 30.06.2021 geltenden Regelungen durchzuführen und abzurechnen.

## Was gilt für die Abrechnung?

Die erbrachten PAR-Leistungen werden nicht mehr am Ende der Behandlung abgerechnet. **Die erste Abrechnung erfolgt frühestens nach Abschluss der AIT über die Monatsabrechnung. Ab diesem Zeitpunkt ist jede weitere Leistung monatlich abrechenbar.** Zu jeder Leistung ist der Behandlungstag anzugeben.

