

Neue PAR-Richtlinie des G-BA und neue BEMA-Positionen ab 01.07.2021

FAQ: Umgang mit den neuen Regelungen in der zahnärztlichen Praxis

(Stand: 30.07.2021)

1. Befundaufnahme und Vorbehandlung

1. Kann der PSI weiterhin im Milchgebiss berechnet werden?

Der PSI ist bei Kindern und Jugendlichen grundsätzlich abrechenbar. Die Indikatorzähne sind die Zähne 11, 16, 26, 31, 36, 46. Sofern diese Zähne fehlen, wird die Messung an den jeweils benachbarten bleibenden Zähnen durchgeführt.

Parodontalerkrankungen bei Kindern stellen allerdings eher die Ausnahme dar. Die ersten Anzeichen zeigen sich meist erst in der Pubertät.

Im reinen Milchgebiss ist eine Berechnung nicht möglich.

2. Ist die Aufnahme des HbA1c-Wertes verpflichtend?

Im Rahmen der Anamnese muss nach einer Diabeteserkrankung und in diesem Zusammenhang auch 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 Erkrankungsgrads bei. Sofern die Patientin oder der Patient weiß, dass eine Erkrankung mit Diabetes besteht und der HbA1c-Wert bekannt ist, wird das entsprechende Kästchen angekreuzt.

3. Muss ich die Patientin / den Patienten an den Hausarzt verweisen, wenn sie / er ihren / seinen HbA1c-Wert nicht kennt?

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

4. **NEU:** Was ist, wenn die Patientin / der Patient ihren / seinen HbA1c-Wert nicht angeben möchte?

Der HbA1c-Wert ist einer der Parameter, die für die Frequenz der UPT ausschlaggebend sind. Die Angabe des HbA1c-Wertes ist Voraussetzung für die Antragstellung auf systematische PAR-Therapie.

Möchte der Versicherte trotz bestehender Diabeteserkrankung und trotz entsprechender Aufklärung den Wert nicht mitteilen, kann kein Antrag auf eine PAR-Behandlung gestellt werden.

Deshalb sollte unbedingt der Wert in Erfahrung gebracht werden. Die Zahnärztin oder der Zahnarzt kann in Abstimmung mit der Patientin oder dem Patienten den Wert im Rahmen eines Konsils auch direkt beim Hausarzt erfragen.

5. Was ist im Rahmen der Vorbehandlung zu erbringen?

Die neue PAR-Richtlinie sieht vor, dass Vorbehandlungsmaßnahmen nicht mehr zwingend vor dem Beginn der eigentlichen Behandlung abgeschlossen werden müssen. Sowohl die in der alten Behandlungsrichtlinie geforderte Mitwirkung der Patient*innen (B.V.4) als auch das Fehlen von Zahnstein (B.V.1) als Voraussetzung für die PAR-Behandlung wurden gestrichen. Konservierend-chirurgische Maßnahmen sind wie bisher je nach Indikation vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie durchzuführen. Neu aufgenommen wurde, dass das Glätten überstehender Füllungs- und Kronenränder je nach Indikation ebenfalls vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie zu erfolgen hat.

6. Muss Zahnstein im Rahmen der Vorbehandlung entfernt werden?

Das Fehlen von Zahnstein ist nicht mehr Voraussetzung für die zu beantragende Parodontitistherapie.

7. Wie werden die Messwerte für die Taschentiefen gerundet?

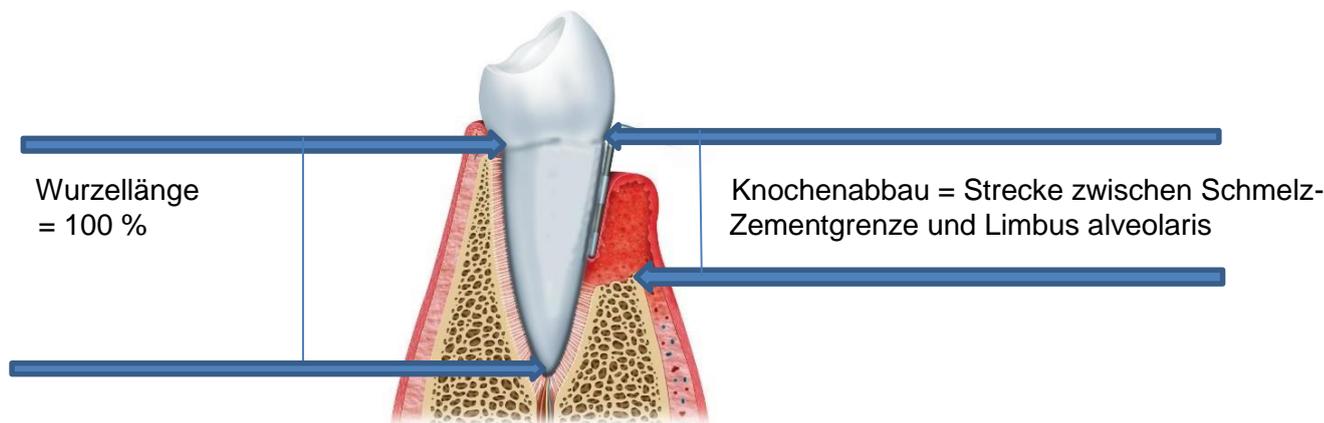
Die neue Richtlinie sieht vor, dass ganze Millimeterangaben einzutragen sind. Die bisherigen 0,5 mm-Schritte werden im PAR-Status deshalb nicht mehr eingetragen, sondern ab einem Messwert zwischen zwei Millimetermarkierungen von $\geq 0,5$ mm auf den nächsten ganzen Millimeter aufgerundet. Bei Messwerten zwischen zwei Millimetermarkierungen unter 0,5 Millimetern oder unter der 0,5 mm-Marke der WHO-Sonde findet keine Aufrundung statt!

8. Ist der Zusammenhang zwischen Knochenabbau in Prozent und Alter der Patientin / des Patienten eine zahnbezogene Größe oder insgesamt zu betrachten?

Grundlage für diesen Wert bildet die Beurteilung des am stärksten parodontal geschädigten Zahnes. Der Prozentwert für den Knochenabbau bezieht sich auf den approximalen Knochenabbau in Relation zur Wurzellänge nach folgender Formel:

Strecke Schmelz-Zementgrenze zum Limbus alveolaris x 100%

Wurzellänge



Der Prozentwert kann abgeschätzt werden.

Für den **Knochenabbauindex** wird der röntgenologische Knochenabbau in Prozent der Wurzellänge dividiert durch das Alter der Patientin bzw. des Patienten in Jahren.

9. Ist das parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG) vor oder nach der Aufstellung des Parodontalstatus zu erbringen?

In den Richtlinien heißt es zum ATG: „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:

1. die Erörterung von gegebenenfalls bestehenden Therapiealternativen und deren Bedeutung zur Ermöglichung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung über die nachfolgende Therapie einschließlich der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT), ...“

Da die Befunde und Diagnosen und die Erörterung von eventuell bestehenden Therapiealternativen Leistungsinhalt des Aufklärungs- und Therapiegesprächs sind und lt. Richtlinien text das ATG im Anschluss an die Durchführung von Anamnese, Diagnose, Prognose und Therapieplanung zu erfolgen hat, ist das ATG insofern eindeutig nach der Erhebung des Parodontalstatus durchzuführen.

Lt. KZBV kann das ATG, da es sich um eine Maßnahme handelt, die der Genehmigung unterliegt, erst nach der Befürwortung des PAR-Behandlungsplanes durch die Krankenkasse durchgeführt und abgerechnet werden.

10. Muss über Therapiealternativen aufgeklärt werden? Welche Therapiealternativen gibt es außer der Extraktion?

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

Eine nicht vollständige Aufklärung kann dazu führen, dass die Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten in die Behandlung unwirksam ist.

11. Ein genehmigter Plan liegt vor, die Behandlung kann erst am 2. Juli beginnen. Muss auf die neue Genehmigung gewartet werden, oder kann die Behandlung beginnen, da der Plan schon einmal genehmigt wurde?

Liegen Behandlungen, die ab dem 01.07.2021 begonnen werden, noch Genehmigungen zugrunde, die nach den bis zum 30.06.2021 geltenden Regelungen erteilt worden sind, so hat der Zahnarzt einen neuen PAR-Plan nach den ab dem 01.07.2021 geltenden Vorgaben zu erstellen und bei der zuständigen Krankenkasse einzureichen. Die Krankenkasse entscheidet daraufhin unter Anwendung der ab dem 01.07.2021 geltenden Regelungen über den PAR-Plan und hebt die Genehmigungsentscheidung über den alten PAR-Plan auf. Eine Gebühr für die Erstellung des alten PAR-Plans kann in diesen Fällen nicht abgerechnet werden.

Das bedeutet, dass die Behandlung nicht begonnen werden kann. Da der Patient ab 01.07.2021 weitergehende Leistungsansprüche hat, muss der PAR-Plan erneut von der Krankenkasse genehmigt und die Genehmigungsentscheidung über den alten PAR-Plan aufgehoben werden. Sofern zeitnah zum Inkrafttreten der neuen Richtlinie und Leistungen eine Behandlung terminiert ist, empfehlen wir Ihnen, mit der Krankenkasse wegen der Genehmigung des neuen Behandlungsplanes Kontakt aufzunehmen.

Mit der AOK BW konnten wir hierzu aktuell eine pragmatische Lösung abstimmen: Die AOK BW wird Ihnen eine nachträgliche Genehmigung vorab am Telefon zusagen, damit bereits vereinbarte Termine nicht abgesagt werden müssen und mit der Behandlung nach neuem Recht begonnen werden kann. Voraussetzung hierfür ist, dass Ihnen bereits ein genehmigter alter PAR-Plan vorliegt, Sie vor Behandlungsbeginn telefonisch Kontakt mit der AOK BW aufnehmen und den neuen Plan zeitnah zur Genehmigung nachreichen.

Alle anderen Krankenkassen haben sich dieser Lösung leider nicht angeschlossen.

Daher bitten wir um Beachtung, dass bei diesen Krankenkassen weiterhin zuerst die Genehmigung des neuen Behandlungsplanes abgewartet werden muss, bevor Sie mit der Behandlung beginnen. Dies schließt das Parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch mit ein, weil es genehmigungspflichtig ist.

Allerdings haben uns der vdek BW, der BKK Landesverband Süd, die IKK classic, die KNAPPSCHAFT und die SVLFG-LKK informiert, dass inzwischen die kassenseitige Software an die neuen PAR-Richtlinien angepasst wurde.

Wir gehen daher davon aus, dass eine rasche Genehmigung dieser neuen Behandlungspläne realisiert werden kann.

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

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

13. NEU: Wo werden die verloren gegangenen Zähne im PAR- Status eingetragen?

Fehlende Zähne werden unabhängig vom Grund für das Fehlen im Befundschema des PAR-Status auf Blatt 2 des PAR-Status mit einem großen X durchgekennzeichnet. Bei der Feststellung des Stadiums der Erkrankung (Staging) auf Blatt 1 des PAR-Status ist die Zahl der wegen Parodontitis verloren gegangenen Zähne darüber hinaus gesondert anzugeben.

14. NEU: Kann die BEMA-Nr. 04 auch abgerechnet werden, wenn der Patient nach dem Verlassen der Praxis sein PSI-Formular wegwirft?

Der Leistungsinhalt der BEMA-Nr. 04 sieht die Ausstellung des Formblatts vor. Nach der allgemeinen Behandlungsrichtlinie, Nr. B. I. 2., ist vorgesehen, dass der oder die Versicherte eine Kopie des ausgefüllten Vordrucks erhält. Zudem erhält der Patient die Informationen über die Bedeutung der Inhalte des Formulars. Wenn dies erfüllt ist, steht dem Vertragszahnarzt die Vergütung zu. Wie der Patient mit diesen Unterlagen später umgeht, spielt für die Frage der Berechnungsfähigkeit keine Rolle.

15. NEU: Muss das Formular PSI vom Patienten unterschrieben und von der Praxis in Kopie aufbewahrt werden?

Das PSI-Formular sieht die Unterschrift des Zahnarztes vor. Eine Unterschrift des Patienten ist nicht vorgesehen. Nach den Behandlungsrichtlinien erhält der Patient eine Kopie des Formulars. Demzufolge ist das Original in der Patientendokumentation aufzubewahren.

16. NEU: Wie wird der Konsum von E-Zigaretten bei der Frage des Rauchens berücksichtigt?

Der Konsum von E-Zigaretten, Zigarren, Pfeifen usw. muss bei der Aufnahme der Anamnese im PAR-Status Blatt 1 und insbesondere bei der Einstufung des Progressionsgrades entsprechend in vergleichbarer Menge berücksichtigt werden. Über das Äquivalent gibt es allerdings nur wenige Veröffentlichungen. Derzeit wird darüber diskutiert, ob unabhängig von der Menge eine Einstufung in Grad B zu erfolgen hat.

2. Beantragung

1. Wer hat Anspruch auf eine PAR-Behandlung?

Jede Patientin bzw. jeder Patient hat gemäß der neuen PAR-Richtlinie Anspruch auf eine PAR-Behandlung, wenn sie medizinisch indiziert ist, auch losgelöst von ihrer/seiner im Vorfeld festgestellten (fehlenden) Adhärenz.

2. Wie wird die PAR-Behandlung beantragt?

Der Text der neuen Richtlinie geht von einem (digitalen) Datensatz aus, welcher elektronisch an die Krankenkasse zu übermitteln ist. Da die technischen Voraussetzungen derzeit noch nicht bestehen, gibt es zumindest vorübergehend ein an die neuen Richtlinien und Leistungsbeschreibungen angepasstes Papierformular (Parodontalstatus Blatt 1 und Blatt 2) für das Antragsverfahren. Für die Abrechnung gibt es kein Papierformular, da diese gemäß BMV-Z elektronisch erfolgt.

3. Ist eine Übergangsregelung für PAR-Behandlungen vorgesehen, die vor dem 01.07.2021 begonnen und nach dem 30.06.2021 abgeschlossen werden? Betrifft insbes. den Wegfall der Genehmigungspflicht des offenen Vorgehens.

PAR-Behandlungen, die bereits genehmigt wurden oder vor dem 01.07.2021 genehmigt werden und bei denen bis zum 30.06.2021 mit der chirurgischen Behandlung begonnen wurde bzw. wird, sind nach den bisherigen Regelungen durchzuführen und abzurechnen. Das gilt auch für eventuell notwendige Therapieergänzungen. D.h. Therapieergänzungen sind in diesen Fällen genehmigungspflichtig. Es besteht kein Anspruch auf eine UPT.

PAR-Pläne, die vor dem 01.07.2021 genehmigt wurden bzw. werden und bei denen mit der chirurgischen Therapie bis zum 30.06.2021 nicht begonnen wird, sind zurückzunehmen und ein neuer PAR-Plan nach Maßgabe der Neuregelungen ist zu beantragen. In diesen Fällen haben die Patient*innen Leistungsansprüche nach den neuen Richtlinien. Die entsprechenden BEMA-Positionen können angesetzt und abgerechnet werden. Für den „alten“ PAR-Plan kann allerdings keine Gebühr abgerechnet werden.

4. **NEU: Muss für die MHU ein genehmigter PAR-Plan vorliegen?**

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

5. **NEU: Gibt es im Zusammenhang mit speziellen Krankheitsbildern (Diabetes) Situationen, in denen eine PAR-Behandlung vonseiten des Zahnarztes zurückgewiesen werden kann oder muss? Welchen Einfluss haben Lifestyle und Rauchen?**

Grundsätzlich haben gesetzlich Versicherte Anspruch auf Durchführung der systematischen PAR-Behandlung, wenn gemäß der §§ 3 und 4 PAR-RL eine entsprechende Diagnose gestellt wird und die jeweiligen Sondierungstiefen vorliegen. Die Beurteilung, inwieweit eine Behandlung im Einzelfall durchgeführt werden kann bzw. ob nach begonnener Therapie ein Abbruch erfolgen muss, obliegt immer dem behandelnden Zahnarzt.

6. **NEU: Mit welcher Gebührennummer wird der Behandlungsbeginn festgelegt?**

Die systematische PAR-Behandlung beginnt mit der Befunderhebung und dem Erstellen des Parodontalstatus (BEMA-Nr. 4). Sobald der PAR-Status genehmigt ist, kann die weitere Behandlung durchgeführt werden. In der Abrechnung wird jede Leistung mit einem Tagesdatum versehen, wie dies auch in anderen Leistungsbereichen erfolgt. Da jeder Leistung ein konkretes Datum zugeordnet ist, entfällt das bisherige Problem des sogenannten Mischpunktwerts im Falle eines Punktwertwechsels während der laufenden Behandlungstrecke.

7. **NEU: Die PAR-Richtlinie und Leistungsbeschreibung zur BEMA-Leistung MHU fordern die Bestimmung des Entzündungszustands der Gingiva. Wie genau ist der Entzündungszustand zu bestimmen und zu dokumentieren?**

Der Entzündungszustand der Gingiva ist in der Praxis zu bestimmen und zu dokumentieren. Es gibt keine konkreten Vorgaben, mit welchem Index der Entzündungszustand der Gingiva dokumentiert werden muss. So könnte z. B. der Sulcus-Blutungs-Index oder ähnliche Indices in der Praxis verwendet werden. Wir empfehlen während der gesamten Behandlungstrecke wegen der Vergleichbarkeit nicht unterschiedliche Indices zu verwenden.

8. **NEU: Wann ist nach vorausgegangener PAR-Therapie eine neue PAR-Therapie zulässig?**

Für die PAR-Therapie gibt es weder eine bestimmte Vorgabe, wann mit einer neuen Behandlungstrecke begonnen werden kann noch eine Gewährleistung. Diese ist im SGB V nur für Zahnersatz und Füllungen vorgesehen. Insofern entscheidet die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt im Einzelfall unter fachlichen Gesichtspunkten, ob und wann eine erneute PAR-Therapie unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots indiziert und zulasten der GKV abrechenbar ist.

3. Begutachtung

1. Wann wird eine Begutachtung eingeleitet?

Der Zeitpunkt, zu dem eine Begutachtung seitens der Krankenkasse eingeleitet werden kann, ist nach wie vor der Eingang des Antrags (Parodontalstatus) bei der Krankenkasse. Eine weitere Begutachtung kann im Rahmen der evtl. notwendigen Verlängerung der UPT erfolgen.

2. Gibt es weiterhin die Begutachtung bei der Beantragung einer Therapieergänzung?

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

3. Gibt es ein neues Begleitblatt für die Begutachtung eines Parodontalstatus?

Das Begleitblatt für die Begutachtung einer PAR-Behandlung nach der neuen Behandlungsstrecke wird den neuen Gegebenheiten angepasst werden. Es wird zeitnah zum Inkrafttreten der neuen Regelungen auf der Internetseite der KZV BW zum Download bereitstehen.

4. Wie würdigt die Gutachterin / der Gutachter Lifestyle-Faktoren / Krankheiten?

In der Richtlinie wird ein besonderer Schwerpunkt in der Anamnese auf die Erkrankung mit Diabetes mellitus und den Tabakkonsum gelegt.

Ein erhöhter HbA1c-Wert und/oder Tabakkonsum führen zu einer Einstufung in Grad B oder C und haben insofern Auswirkungen auf die Frequenz der UPT. Sie führen jedoch zu keiner Einschränkung des Anspruchs auf die Behandlung. Im Rahmen des **Parodontologischen Aufklärungs- und Therapiegespräch** muss 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) und die Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen informiert werden.

In Bezug auf die Diabetes mellitus-Erkrankung und den Tabakkonsum sind auf den PAR-Status Angaben zu machen. Diese werden im Rahmen der Begutachtung überprüft, da sie Auswirkungen auf die Frequenz der UPT haben.

5. Wie wird die Beantragung des offenen Verfahrens bei Oberkieferfrontzähnen beurteilt?

Bei der Behandlung von Frontzähnen besteht wie bisher aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen.

6. Muss die Gutachterin / der Gutachter die Frequenz der UPT (gem. § 13 (3); je Kalenderjahr/- halbjahr/-terial) überprüfen, also das Grading nachprüfen?

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

7. Gibt es eine nachgelagerte Begutachtung (bspw. bei falsch eingestuftem Grading o.ä.)?

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

8. Ist bezüglich § 8 der Richtlinie (Mundhygieneunterweisung) eine Überprüfung im Rahmen der Qualitätsprüfungsrichtlinie angedacht?

Nein.

9. Unter welchen Bedingungen kann eine Krankenkasse eine PAR-Behandlung ablehnen?

Die Ablehnung einer PAR-Behandlung kann in der Regel nur nach Einschaltung einer vertragszahnärztlichen Gutachterin oder eines vertragszahnärztlichen Gutachters erfolgen.

4. **Antiinfektiöse Therapie (AIT)**

1. **Ist Voraussetzung für die AIT, das vorher die Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (MHU) durchgeführt wurde?**

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

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

2. **NEU: Ist für eine Befundevaluation (BEV) zwingend wieder eine Röntgenuntersuchung erforderlich?**

Die regelhaft zu erhebenden Befunde im Rahmen der Befundevaluation sind in den entsprechenden §§ 11 – dies gilt auch wenn eine CPT gemäß § 12 PAR-RL erfolgt ist – und § 13 Abs. 2 Ziffer 5 der PAR-RL geregelt.

Für die in der Befundevaluation geforderte Röntgenbefundung – röntgenologischer Knochenabbau sowie röntgenologischer Knochenabbau (%)/Alter – ist keine aktuelle Röntgenuntersuchung erforderlich, vielmehr werden die bereits bei der Erstellung des PAR-Status (BEMA Nr. 4) erhobenen Werte zum röntgenologischen Knochenabbau sowie dem röntgenologischen Knochenabbau (%)/Alter übernommen.

Sollten allerdings aufgrund weiterer Behandlungsmaßnahmen aktuellere Röntgenbilder vorliegen, sind diese ggf. zu berücksichtigen.

3. **Kann eine AIT auch ohne Anästhesie durchgeführt und abgerechnet werden?**

Eine Anästhesie ist für die Durchführung der AIT grundsätzlich erforderlich. Im Ausnahmefall ist eine Durchführung auch ohne Anästhesie möglich.

4. **NEU: Gibt es ein gesondertes Formular für die Dokumentation der BEV?**

Nein, die Befunde, die sich aus der Befundevaluation ergeben, sind in der Patientendokumentation zu vermerken. Für die Dokumentation der Sondierungstiefen und des Sondierungsblutens kann hilfsweise das Formblatt PAR-Status verwendet werden. Für die Dokumentation der verschiedenen Indices bieten die Praxisverwaltungssysteme entsprechende Erhebungsschemata an.

5. Chirurgische Therapie (CPT)

1. Welcher Befund ist ausschlaggebend für die Beantragung der CPT?

Es ist die Messung der Sondierungstiefen bei der Befundevaluation nach der AIT ausschlaggebend.

2. Eine Patientin / ein Patient hat Taschentiefen größer 6 mm, lehnt jedoch eine chirurgische Therapie ab. Kann die PAR-Therapie insgesamt trotzdem weitergeführt werden?

Vor der Chirurgischen Therapie (CPT) wird immer zuerst eine Antiinfektiöse Therapie (AIT) durchgeführt. Bestehen auch nach der AIT noch Sondierungstiefen ≥ 6 mm, ist lt. den PAR-Richtlinien zu prüfen, ob die zahnmedizinische Notwendigkeit besteht, an einzelnen Parodontien zusätzlich ein offenes Vorgehen durchzuführen. Die Entscheidung, ob ein offenes Vorgehen durchgeführt werden soll, trifft die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt **nach gemeinsamer Erörterung** mit der oder dem Versicherten. Im Frontzahnbereich besteht aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen.

Keinesfalls kann ohne die Einwilligung der Patient*innen eine Leistung, hier die chirurgische Therapie, durchgeführt werden. Die Nicht-Einwilligung ist zu dokumentieren. Die UPT kann dennoch durchgeführt werden.

3. Was bedeutet „strenge Indikation zum offenen Vorgehen“ im Frontzahnbereich?

Lappenoperationen können zu Gingivaretraktionen führen und insofern zu ästhetischen Beeinträchtigungen. Hierüber muss aufgeklärt werden. Nach gemeinsamer Erörterung ist die Entscheidung, ob im Frontzahnbereich dennoch ein offenes Vorgehen durchgeführt werden soll, von der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt zu treffen.

4. **NEU:** Kann ein Überweisungsempfänger (Chirurg) für seine Dokumentation noch einmal die BEVa nach der AIT durch den HZA ansetzen?

Die BEMA-Nr. BEV a ist in der Behandlungsstrecke einmal vorgesehen. Die Entscheidung, ob eine chirurgische Therapie erforderlich ist, erfolgt bei der Befundevaluation nach der AIT. Sofern die Chirurgische Therapie in einer anderen Praxis erfolgen soll, werden die bisher erhobenen Befunde im Rahmen der Überweisung an die neue Praxis übermittelt. Die erneute Abrechnung der BEMA-Nr. BEV a ist dementsprechend nicht möglich.

Dort kann eine Ä1 oder eine 01 abgerechnet werden.

6. Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)

1. Wann beantrage ich eine UPT?

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

2. Was ist, wenn sich der Grad während der Behandlung ändert, zum Beispiel wenn die Patientin bzw. der Patient aufhört zu rauchen?

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

3. Wie wird die UPT von einem nachbehandelnden Zahnarzt weitergeführt?

In analoger Anwendung der Regelungen zur KFO-Behandlung steigt eine nachbehandelnde Praxis in die genehmigte Behandlung ein. Die erstbehandelnde Praxis übermittelt die Daten an die nachbehandelnde Praxis. Im Praxisverwaltungssystem wird zukünftig für diese Situationen eine Möglichkeit vorgesehen werden, die eine Abrechnung der Leistungen auch ohne genehmigten PAR-Plan zulässt.

Diese Regelung gilt grundsätzlich auch für Patienten, die die Behandlung aufgrund von Vertrauensverlust abrechnen.

4. Kann bei einer UPT im Rahmen einer fortgeschrittenen Parodontitis eine Anästhesie erbracht und abgerechnet werden?

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

5. Gibt es eine Frist nach der AIT oder nach der UPT, wann (umfangreicherer) Zahnersatz beantragt werden kann.

Es gibt keine Bestimmung dahingehend, dass die UPT-Strecke abgeschlossen sein muss, bevor Zahnersatz beantragt werden kann. Bei dringender prothetischer Versorgungsnotwendigkeit ist das angesichts der Dauer der UPT auch nicht sinnvoll. Die AIT und die chirurgische Phase sollten abgeschlossen sein, bevor eine ZE-Behandlung durchgeführt wird.

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

Im ersten Jahr der UPT kann die Befundevaluation in gleicher Sitzung wie die UPT-Leistungen UPT a-c und UPT e und UPT f erbracht werden. Im zweiten Jahr der UPT ist dies nicht möglich, da die BEMA-Nr. BEV 3 – 6 Monate nach Abschluss der AIT bzw. CPT stattfindet und anstatt der BEV im zweiten Jahr der UPT die BEMA-Nr. UPT g) „Untersuchung des Parodontalzustands“ zur Verfügung steht.

7. Eine Patientin / ein Patient wünscht häufigere Zahnreinigungen, als die UPT zulässt. Wie kann das vereinbart und abgerechnet werden?

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

Als rein vertragszahnärztliche Maßnahmen können unter Berücksichtigung der Abrechnungsbestimmungen einmal die hierfür vorgesehenen UPT-Leistungen und für die weitere Entfernung harter Zahnbeläge im selben Jahr die BEMA-Nr. 107 „Entfernung harter Zahnbeläge, je Sitzung“ oder bei Menschen mit Behinderungen und pflegebedürftigen Menschen die BEMA-Nr. 107a „Entfernung harter Zahnbeläge bei Versicherten, die einem Pflegegrad nach §15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach §53 SGB XII erhalten, je Sitzung“ abgerechnet werden.

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

8. **NEU:** Was ist, wenn der Versicherte einen oder mehrere Termine der UPT versäumt und das Intervall somit größer wird als angegeben? Kann die UPT fortgeführt werden? Verlängert sich der Zeitraum nach hinten? Wenn dadurch ein Intervall über den maximalen Abstand verlängert wurde, kann oder soll danach das nächste Intervall unter den Mindestabstand verkürzt werden?

Die PAR-Richtlinie regelt folgende Frequenzen der UPT:

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 Kalendertriertel mit einem Mindestabstand von drei Monaten.

Bei Terminversäumnis kann ein neuer Termin für die UPT vereinbart werden, solange er innerhalb des Kalenderjahrs (Grad A), des Kalenderhalbjahrs (Grad B) oder des Kalendertriertals (Grad C) liegt. Bei Überschreiten dieser Frist tritt keine Verlängerung des UPT-Intervalls ein. Der Versicherte kann stattdessen, unter Beachtung des Mindestabstands, zur nächsten UPT eingeladen werden. Ggf. kann nach Ablauf der zwei Jahre eine Verlängerung der UPT beantragt werden.

9. Welcher Befund zum Sondierungsbluten ist maßgebend, ob der Patient Leistungsansprüche nach BEMA-Nr. UPT d) bzw. e) hat. Dort spielt das Sondierungsbluten bei Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr eine Rolle. Geht es um den Ausgangsbefund anlässlich der Erhebung des Parodontalstatus oder um den Zeitpunkt der Befundevaluation?

Für die Frequenz der UPT ist die Einstufung in die Grade A-C bei der Erstellung des Parodontalstatus ausschlaggebend. Diese erfolgt in Abhängigkeit von der Höhe des Knochenabbauindex, dem Vorhandensein und der Schwere einer Diabeteserkrankung sowie dem täglichen Tabakkonsum/äquivalenter Konsum anderer Tabakerzeugnisse. Versicherte mit einer Einstufung in Grad A haben im Verlauf der Behandlungstrecke keinen Anspruch auf die UPT d). Die Messung der Sondierungstiefen und Sondierungsblutung erfolgt bei diesen Patient*innen im Rahmen der Befundevaluation und im zweiten Jahr der UPT über die UPT g).

Bei Versicherten mit einer Einstufung in Grad B kann die UPT d) bei der zweiten und vierten UPT abgerechnet werden und bei Versicherten mit festgestelltem Grad C im Rahmen der zweiten, dritten, fünften und sechsten UPT.

Sofern bei den Untersuchungen (Befundevaluation, Untersuchung nach UPT d) oder UPT g)) eine Sondierungstiefe von 4 mm und dabei auch eine Sondierungsblutung festgestellt wird, ist an diesem Zahn eine subgingivale Instrumentierung entsprechend UPT e) durchführ- und abrechenbar. Ebenso ist eine UPT e) an allen Zähnen mit einer Sondierungstiefe von 5 mm oder mehr möglich.

10. Was passiert, wenn der Patient nicht zur UPT kommt und dadurch der Erfolg der PAR-Behandlung nicht gewährleistet werden kann?

Es wird immer wieder einmal zu Behandlungsabbrüchen durch Versicherte kommen. In diesen Fällen ist der Abbruch der Behandlung durch den Patienten und dessen mangelnde Adhärenz gut zu dokumentieren. Ein Patient kann nicht zur Weiterbehandlung gezwungen werden. Allerdings wird noch zu klären sein, inwiefern eine mangelnde Adhärenz im Rahmen einer erneut notwendigen PAR-Behandlung zu bewerten ist (Wirtschaftlichkeitsgebot).

11. Kann die UPT auch schon vor der AIT durchgeführt werden?

Nein, die UPT ist in der Behandlungstrecke nach der AIT und ersten Befundevaluation oder nach der CPT und der darauf folgenden Befundevaluation vorgesehen. Bei der UPT handelt es sich um die medizinisch notwendige Erhaltungstherapie nach der aktiven Parodontitistherapie.

12. Kann man die Leistungsinhalte der verschiedenen BEMA-Nrn. UPT a bis g auch in mehrere Sitzungen aufteilen oder müssen die Leistungen immer in einer Sitzung erbracht werden?

Die verschiedenen Leistungsinhalte der UPT sind vom Ordnungsgeber in mehrere BEMA-Nummern aufgeteilt worden. Dadurch besteht zwar die Möglichkeit, diese auf verschiedene Sitzungen verteilen zu können. Allerdings stellt sich die Frage, ob dies im Rahmen des Praxiskonzeptes sinnvoll ist. Auf alle Fälle ist darauf zu achten, dass die Sitzungstermine so kombiniert werden, dass die Leistungsansprüche der Patientinnen und Patienten für alle Leistungen entsprechend dem jeweiligen Turnus der UPT (2x, 4x, 6x) erhalten bleiben.

13. NEU: Was können Gründe für eine Verlängerung der UPT sein?

Die Maßnahmen der UPT können verlängert werden, soweit dies zahnmedizinisch indiziert ist. Aufschluss hierüber geben die Untersuchungsergebnisse nach BEMA-Nrn. UPT d bzw. UPT g. Der Zahnarzt hat auf dieser Grundlage zu entscheiden, inwieweit nach Ablauf von 2 Jahren das Ziel, den Behandlungserfolg langfristig zu sichern, erreicht werden konnte. Entscheidend ist also immer die zahnmedizinische Begründung. Das Versäumnis eines Termins während der Behandlungstrecke kann nicht als Begründung herangezogen werden. Ein neuer PAR-Antrag kommt vor Abschluss der UPT einschließlich Verlängerungsoption nicht in Betracht.

14. NEU: Was passiert, wenn der Patient die Behandlung grundlos abbricht?

Wird die Behandlung abgebrochen, können alle bis dahin erbrachten Leistungen gem. § 23 Abs. 4 BMV-Z abgerechnet werden.

Eine Mitteilung des Behandlungsabbruchs an die Krankenkasse ist nicht vorgesehen.

15. NEU: Ist die UPT auch an Implantatkronen und oder -brücken möglich? Der Patient erhält ja auch einen Festzuschuss für implantatgetragenen Zahnersatz?

Bei den Festzuschüssen handelt es sich im Gegensatz zur UPT um befundbezogene Zuschüsse, der konkrete Sachleistungsbezug wie bei allen anderen Leistungsbereichen fehlt. Der Festzuschuss bei Zahnersatz richtet sich bei vorhandenen Implantaten nach der Befundsituation vor dem Setzen der Implantate. Die Leistungsbeschreibungen der verschiedenen BEMA-Nrn. für die UPT sprechen zudem eindeutig von „Zähnen“. Die Reinigung der Implantatkrone und die Behandlung von erhöhten Taschentiefen an Implantaten sind deshalb weiterhin als Privatleistungen abzurechnen.

16. NEU: Kann die PZR in der UPT-Phase privat vereinbart und abgerechnet werden an Zähnen, bei denen keine AIT durchgeführt wurde?

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

17. **NEU:** Falls es im 2-Jahreszeitraum der UPT zu einem Lokalrezidiv kommt, ist eine chirurgische Intervention möglich oder wird das über die UPT abgedeckt oder ist eine neue Beantragung erforderlich?

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

7. **Spezielle Fragen zu behinderten und pflegebedürftigen Patient*innen im Sinne von § 22a SGB V**

1. **Kann bei diesen Patient*innen eine chirurgische Therapie in Narkose sofort erfolgen, ohne vorherige antiinfektiöse Therapie?**

Im Gegensatz zu den grundsätzlichen Neuregelungen in der PAR-Richtlinie gilt bei diesen Patientengruppen gemäß der Behandlungsrichtlinie ausnahmsweise, dass im Falle einer Behandlung in Narkose beim Vorliegen von Sondierungstiefen von 6 mm und mehr eine chirurgische Parodontitistherapie sofort ohne vorherige AIT durchgeführt werden kann.

Das Genehmigungsverfahren entfällt bei Versicherten nach § 22a SGB V, wenn

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

In diesen Fällen können diese Versicherten anstelle der systematischen Behandlung gemäß der PAR-Richtlinie Leistungen in einem bedarfsgerecht modifizierten Umfang zur Behandlung einer Parodontitis erhalten. Die PAR-Behandlung muss dem Kostenträger dann lediglich angezeigt werden.

2. **NEU:** Viele unserer überwiesenen Patienten sind Angstpatienten, bei denen eine PAR-Therapie nur unter Sedierung möglich ist. Ist bei diesen auch ein unbürokratisches Vorgehen möglich?

Nein, der niedrighschwellige Zugang zu PAR-Leistungen ist nur für Patient*innen vorgesehen, die die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen (siehe Punkt 1). Es geht also um die Patientengruppen der pflegebedürftigen Menschen und der Menschen mit Behinderungen.

8. Abrechnung

1. Wann gilt eine Parodontitisbehandlung als "abgeschlossen"? Wann kann die Praxis abrechnen? Wie gehab nach der letzten BEMA-Nr. 111 oder muss sie zwei Jahre auf ihr Honorar warten (UPT)?

Nach wie vor gilt, dass die auf dem Parodontalstatus beantragten Leistungen nach der AIT incl. der hierfür erforderlichen Nachbehandlungen im Sinne der BEMA-Nr. 111 abgerechnet werden können.

Danach können alle anderen Leistungen der PAR-Behandlungsstrecke, wie die BEV, die chirurgische Parodontitistherapie oder Leistungen aus der UPT jeweils gesondert über die Monatsabrechnung abgerechnet werden.

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

In den Sitzungen, in denen die antiinfektiöse Therapie oder die Nachbehandlungen nach dem parodontalchirurgischen Eingriff im Sinne der BEMA-Nr. 111 erbracht werden, können die Leistungen nach den Nrn. 105, 107 oder 107a nicht abgerechnet werden, da sich einzelne Leistungsinhalte überschneiden würden.

Die Nrn. 105, 107 oder 107a können also erst dann wieder erbracht und abgerechnet werden, wenn die letzte Nachbehandlung nach BEMA-Nr. 111 erfolgt ist und in Folgesitzungen wieder eine entsprechende medizinische Notwendigkeit besteht. Je kürzer der zeitliche Abstand ist, desto wichtiger ist eine ausreichende Dokumentation, aus der die Notwendigkeit hervorgeht.

3. Was ist zu tun, wenn die Patientin / der Patient die Behandlung abbricht? Was kann abgerechnet werden?

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

Es wird empfohlen im Hinblick auf mögliche Nachfragen die Gründe bzw. Umstände für den Abbruch zu dokumentieren und der KZV im Zusammenhang mit der Monatsabrechnung einen entsprechenden Hinweis zu geben.

4. Können in einer Sitzung die BEMA-Nr. ATG und 4 sowie die Privatleistung nach GOZ-Nr. 1040 (PZR) erbracht werden?

Das Fehlen von Zahnstein oder sonstiger Reizfaktoren ist keine Voraussetzung mehr für die zu beantragende Parodontitistherapie. Insofern kann die Durchführung der Parodontitistherapie nicht von einer vorherigen Durchführung einer PZR abhängig gemacht bzw. die PZR mit der Notwendigkeit einer entsprechenden Vorbehandlung verknüpft werden. Sofern die Praxis im Rahmen ihres Prophylaxekonzepts und mit entsprechender Aufklärung eine PZR der Patientin bzw. dem Patienten angeboten und diese mit ihr / ihm vereinbart hat, kann die PZR durchgeführt werden

5. Können in einer Sitzung die BEMA-Nrn. AIT, MHU sowie die Privatleistung nach GOZ-Nr. 1040 (PZR) erbracht werden – für beantragte bzw. nicht beantragte Zähne?

Die Reinigung der Zahn- und Wurzeloberflächen von Zahnstein und Konkrementen ist Leistungsinhalt der BEMA-Nr. AIT. Insofern kann die PZR nicht für dieselben Zähne vereinbart werden, an denen die AIT erfolgt. An den Zähnen, an denen keine AIT beantragt wurde, kann eine in derselben Sitzung stattfindende Zahnreinigung erfolgen und über die GOZ-Nr. 1040 abgerechnet werden.

Die Abrechnung der BEMA-Nr. 107 oder 107a sind in derselben Sitzung nicht möglich, da diese beiden Leistungen je Sitzung abgerechnet werden und es so zu Leistungsüberschneidungen mit der AIT käme. Die Abrechnungsbestimmung sieht insofern auch keine Möglichkeit der Erbringung der BEMA-Nr. 107 oder 107a während oder in unmittelbar nach der AIT vor.

Die MHU ist vor, während oder in Anschluss an die AIT erbringbar. Insofern kann diese auch in derselben Sitzung wie die AIT erbracht werden.

6. Wo wird in Zukunft die BEMA-Nr. 111 eingetragen?

Die BEMA-Nr. 111 muss nicht mehr beantragt werden und ist deshalb nicht mehr auf dem PAR-Status Blatt 2 einzutragen. Bei der übergangsweise vorgesehenen Abrechnung über das demnächst zur Verfügung stehende beschreibbare PDF- oder Papierabrechnungsformular (Blatt 3) wird die Bema-Nr. 111 mit der entsprechenden Anzahl eingetragen, bei einer Abrechnung per DTA die Daten elektronisch an die KZV übermittelt.

7. Wie oft kann die BEMA-Nr. 111 abgerechnet werden?

Die BEMA-Nr. 111 muss nicht mehr beantragt werden. Unabhängig davon unterliegt ihre Erbringung und Abrechnung dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Die Leistung kann so oft durchgeführt und abgerechnet werden, wie es medizinisch notwendig und wirtschaftlich ist. Die Gründe für eine häufigere Abrechnung sollten dokumentiert werden.

8. Können in einer Sitzung die BEMA-Nrn. MHU und 4 berechnet werden?

Nein. Die MHU ist eine genehmigungspflichtige Leistung und soll im zeitlichen Zusammenhang mit der AIT stattfinden. Sie kann deshalb nicht in derselben Sitzung wie die Befunderhebung und Erstellung des Parodontalstatus, sondern erst nach Genehmigung der PAR-Behandlung durch die Krankenkasse erbracht werden.

9. Ist die Full Mouth Desinfektion zusätzlich abrechenbar?

Ja, die Leistung ist zusätzlich und dann analog zu berechnen.

10. NEU: Im Zusammenhang mit einer genehmigten PAR-Behandlung nach den neuen Richtlinien fallen auch Leistungen an, die über den BEMA-Teil 1 "KCH" abzurechnen sind. Müssen diese Leistungen, wie z.B. die BEMA-Nr. 40 (Infiltrationsanästhesie) immer in dem Quartal abgerechnet werden in dem auch die PAR-Leistungen zur Abrechnung KZV übermittelt werden?

Die neuen PAR-Leistungen werden wie gehabt über die Monatsabrechnung PAR abgerechnet. Die konservierend-chirurgischen Begleitleistungen, wie die Anästhesien, sind quartalsweise über KCH abzurechnen. Allein dadurch ergibt sich ein gewisser zeitlicher Versatz, der jedoch kein Problem darstellt.

Grundsätzlich gilt, dass nach den vertraglichen Vorschriften die Zahnarztpraxen die Leistungen des jeweils zurückliegenden Abrechnungszeitraums (Quartal bzw. Monat) abrechnen sollen. Aus den Regelungen im Bundesmantelvertrag (Zahnärzte) und der Auszahlungs- und Abrechnungsordnung der KZV BW ergibt sich zusätzlich, dass Leistungen spätestens nach einem Jahr, gerechnet vom Ende des Quartals, in dem sie erbracht wurden, abgerechnet werden müssen.

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

Ja. Das „Kalenderjahr“ betrifft den Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember eines Jahres. Insofern ist das in der Frage beschriebene Szenario korrekt. Wichtig ist, dass jeweils die Mindestabstände von 10 (Grad A), 5 (Grad B) bzw. 3 (Grad C) Monaten eingehalten werden.

12. NEU: Können in einer Sitzung die BEMA Nrn. 01 und UPT (a-g) abgerechnet werden?

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

13. NEU: Ist es nach wie vor möglich, bei einzelnen Parodontien anstelle einer systematischen PAR-Behandlung eine Exc2 in Ansatz zu bringen?

Grundsätzlich besteht bei Vorliegen einer Parodontitis Anspruch auf eine PAR-Behandlung entsprechend den Richtlinien (PAR-Richtlinie oder Behandlungsrichtlinie [Ausnahmefälle § 22a]) Dies gilt auch, wenn nur einzelne Zähne behandelt werden müssen.

Sofern eine systematische PAR-Behandlung nicht indiziert oder nicht möglich ist, z.B. in akuten Schmerzsituationen oder wenn ein Krankenhausaufenthalt oder ein längerer Auslandsaufenthalt ansteht, können auch weiterhin einzelne – höchstens jedoch 3 – Zähne, über die „Hilfsleistungen“ Exc1 bzw. Exc2 behandelt und abgerechnet werden.

Hierbei ist zu beachten, dass in diesen Fällen kein Leistungsanspruch auf die UPT und weitere PAR-Leistungen aus der Behandlungstrecke besteht.

9. Delegation

1. Welche Leistungen bzw. Leistungsbestandteile dürfen zahnärztliche Mitarbeiter*innen (ZFA, ZMF, ZMV, DH) erbringen?

Es gelten die Vorgaben des Delegationsrahmens der Bundeszahnärztekammer. Weitere zu beachtende Aspekte entnehmen Sie bitte der „**Musterverfahrensweisung: Delegation in der Zahnarztpraxis**“ der LKZ BW.

10. Fachliche Fragen

1. **Gibt es im Zusammenhang mit speziellen Krankheitsbildern (Diabetes) Situationen, in denen eine PAR-Behandlung verweigert werden muss? Welchen Einfluss haben Lifestyle und Rauchen?**

Grundsätzlich haben gesetzlich versicherte Patient*innen einen Leistungsanspruch auf eine Parodontitisbehandlung, wenn eine entsprechende Diagnose gestellt wird und die jeweiligen Sondierungstiefen gegeben sind.

Trotzdem unterliegt die durchzuführende Behandlung weiterhin den Vorgaben des Wirtschaftlichkeitsgebots im Sinne des § 12 SGB V.

2. **Ab wann darf nach einer abgeschlossenen UPT-Phase eine erneute komplette PAR-Behandlung beantragt werden?**

Im Bereich der PAR-Behandlung gibt es keine festgeschriebenen Zeiträume, ab wann nach abgeschlossener UPT wieder eine PAR-Behandlung beantragt werden kann. Wenn sich nach einer abgeschlossenen PAR-Behandlung einschließlich UPT bei der nächsten Untersuchung die medizinische Notwendigkeit einer erneuten PAR-Behandlung ergibt, kann diese wieder beantragt werden. Das Wirtschaftlichkeitsgebot ist zu beachten.

3. **Ab wann darf zukünftig mit einer Zahnersatzversorgung nach der PAR begonnen werden? Ist dies erst nach 6-9 Monaten nach der letzten UPT möglich oder schon nach der AIT?**

Nach den Zahnersatzrichtlinien, Nr. C. 11., hat die parodontale Behandlung des Restgebisses der Versorgung mit Zahnersatz voranzugehen. Dies bezieht sich auf die Antiinfektiöse Therapie und die Chirurgische Parodontitistherapie. Die UPT kann sich bis zu zwei Jahre oder länger hinziehen. Eine medizinisch notwendige prothetische Versorgung kann in der Regel nicht so lange zurückgestellt werden. Zahnersatz kann somit nach der Durchführung der AIT und der nachfolgenden Befundevaluation bzw. sofern zusätzlich eine CPT erforderlich ist, nach dieser geplant werden.

4. **NEU: Welche konservierend-chirurgischen oder prothetischen Behandlungen können durchgeführt werden, wenn eine PAR-Therapie laut PSI-Code dringend indiziert wäre, diese durch den Patienten aber abgelehnt wird?**

Die Vorgaben der Allg. Behandlungsrichtlinie oder der Zahnersatz-Richtlinie haben sich durch die Einführung der neuen PAR-Richtlinie nicht verändert. Sofern eine weitere konservierende Behandlung nicht wirtschaftlich ist, weil die Zähne aus parodontaler Sicht nicht erhaltungswürdig und erhaltungsfähig sind, darf die konservierende Behandlung nicht zulasten der gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt werden. Dies gilt auch für die Beantragung von Festzuschüssen für Zahnersatz, wenn die zu versorgenden Pfeiler vorher parodontal zu behandeln wären.