

» Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung

KZBV



Systematische PAR-Behandlung ab 1. Juli 2021

Wichtige Fragen und Antworten

Stand: 31. August 2021

Inhaltsverzeichnis

Seite

Übergangsregelung	5
Sind bereits beantragte und für Juli terminierte Parodontalbehandlungen dann noch abrechenbar oder müssen ab Juli neue Anträge gestellt werden?	5
Werden bei alten Plänen, mit deren Durchführung vor dem 1. Juli 2021 begonnen worden ist, weiterhin die Leistungen P200, P201, P202, P203 abgerechnet? Oder wird während der Behandlung ab dem 1. Juli 2021 auf die neuen Leistungen gewechselt?	5
Beantragung	6
Wer hat Anspruch auf die neue systematische PAR-Behandlung?	6
Wie wird die neue systematische PAR-Behandlung beantragt?	6
Muss für jede Leistung im Rahmen der neuen systematischen PAR-Behandlung (AIT, BEV, CPT, UPT, UPT-Verlängerung) ein separates Formblatt ausgefüllt werden?	7
Muss die CPT (offenes Vorgehen) weiterhin beantragt werden?	7
Muss eine UPT beantragt werden?	8
Wie wird die Verlängerung der UPT um in der Regel 6 Monate beantragt?	8
Muss für die MHU ein genehmigter PAR-Plan vorliegen?	8
Was ist, wenn die Versicherten den zuletzt bei ihnen gemessenen HbA1c-Wert nicht wissen?	8
Muss über Therapiealternativen aufgeklärt werden?	9
Gibt es im Zusammenhang mit speziellen Krankheitsbildern (Diabetes) Situationen, in denen eine PAR-Behandlung vonseiten des Zahnarztes/ der Zahnärztin zurückgewiesen werden kann oder muss? Welchen Einfluss haben Lifestyle und Rauchen?	9
Formulare	10
PAR-Status Blatt 1	10
Welchen Einfluss haben das Staging und Grading auf die Therapie?	10
Was bedeutet Molaren-Inzisiven-Muster?	10

Wann ist im Rahmen des Parodontalstatus Blatt 1 bei Ausmaß/Verteilung ein Kreuz bei Molaren-Inzisiven-Muster zu setzen?	10
Führt die Erkrankung Diabetes mellitus dazu, dass das Kreuz auf dem PAR-Status Blatt 1 bei der Diagnose „Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen“ zu setzen ist?	10
PAR-Status Blatt 2	11
Wird ein Implantat weiterhin als fehlender Zahn gekennzeichnet bzw. ist ein Implantat mit einer Periimplantitis im Rahmen der GKV-Behandlung nicht relevant?	11
Die einzelnen Leistungen	12
BEMA-Nr. 4	12
Was ist im Rahmen der Vorbehandlung zu erbringen?	12
Parodontales Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG)	12
Was genau ist Inhalt des Aufklärungs- und Therapiegesprächs und zu welchem Zeitpunkt innerhalb der PAR-Behandlungsstrecke ist die BEMA-Nr. ATG zu erbringen? Muss hierfür ein genehmigter PAR-Plan vorliegen?	12
Welcher Zeitraum muss zwischen dem Aufklärungs- und Therapiegespräch (BEMA-Nr. ATG) und der Antiinfektiösen Therapie (BEMA-Nr. AIT) liegen?	13
Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (MHU)	14
Können die BEMA-Nrn. 107/107a in derselben Sitzung mit der BEMA-Nr. MHU abgerechnet werden?	14
Antiinfektiöse Therapie (AIT)	14
Kann eine AIT auch ohne Anästhesie durchgeführt und abgerechnet werden?	14
Die AIT sollte nach Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen abgeschlossen werden. Ist damit ein Zeitraum von 4 Wochen ab Genehmigung des PAR-Plans oder ab dem ersten AIT-Termin gemeint? Wie ist vorzugehen, wenn Versicherte die Therapie nicht innerhalb der 4 Wochen wahrnehmen?	14
Chirurgische Therapie (CPT)	15
Muss mit der CPT immer bis nach der AIT und der BEV a gewartet werden?	15
Wie wird das offene Verfahren bei Oberkieferfrontzähnen beurteilt?	15

Wenn der Versicherte eine chirurgische Therapie trotz Taschentiefen von 6 Millimetern oder mehr ablehnt, kann dann die PAR-Therapie insgesamt dennoch durch- bzw. weitergeführt werden?	15
Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)	16
Was können Gründe für eine Verlängerung der UPT sein, zählen Terminversäumnisse der Versicherten dazu?	16
Wie soll die Praxis vorgehen, wenn Versicherte einen oder mehrere Termine der UPT versäumt und das vorgesehene Intervall nicht eingehalten werden kann?	16
Gibt es ein spezielles Befundblatt für die Erhebungsdaten der BEMA-Nr. UPT g?	17
Versicherte nach § 22a SGB V	17
Muss die PAR-Behandlung auch bei Versicherten i.S.v. § 22a SGB V von der Krankenkasse genehmigt werden?	17
Nach welchen Vorgaben werden Versicherte i.S.v. § 22a SGB V behandelt?	17
Kann bei der Behandlung von Versicherten nach § 22a SGB V die erste Leistung bereits im Monat ihrer Erbringung abgerechnet werden?	18
Kann bei diesen Versicherten eine chirurgische Therapie (in Allgemeinnarkose) ohne vorherige Antiinfektiöse Therapie durchgeführt werden?	18
Abrechnung / Dokumentation	18
Werden alle neuen Leistungen über die elektronische PAR-Abrechnung abgerechnet? Gibt es dann noch die Nummer der Einreichung? Wie oft pro Monat ist eine Abrechnung möglich?	18
Sonstiges	19
Gibt es eine Frist nach der AIT oder nach der UPT, wann (umfangreicherer) Zahnersatz beantragt werden kann?	19

Übergangsregelung

Sind bereits beantragte und für Juli terminierte Parodontalbehandlungen dann noch abrechenbar oder müssen ab Juli neue Anträge gestellt werden?

Für Behandlungen, die vor dem 1. Juli 2021 genehmigt, aber noch nicht begonnen wurden, ist ein neuer Antrag nach den neuen Regelungen zu stellen. Liegt der Krankenkasse ein „alter“ Plan vor, über den sie aber erst nach dem 30. Juni 2021 entscheidet, fordert sie den Zahnarzt/die Zahnärztin auf, einen neuen Antrag zu stellen. Die Krankenkassen haben ihren Genehmigungsentscheidungen ab 1. Juli 2021 immer die neue Rechtslage zugrunde zu legen, unabhängig davon, wann der Antrag gestellt worden ist.

Werden bei alten Plänen, mit deren Durchführung vor dem 1. Juli 2021 begonnen worden ist, weiterhin die Leistungen P200, P201, P202, P203 abgerechnet? Oder wird während der Behandlung ab dem 1. Juli 2021 auf die neuen Leistungen gewechselt?

Für alte Pläne, zu denen mit der Behandlung vor dem 1. Juli 2021 begonnen wurde, sind sämtliche Leistungen bis zum Ende der Behandlung nach altem Recht zu erbringen und abzurechnen. Dementsprechend scheiden für diese Fälle die neuen Leistungen gemäß BEMA-Nrn. ATG, MHU, AIT, BEV a, CPT, BEV b, UPT aus. Für diese Fälle ist also insbesondere auch kein Übergang in die UPT möglich.

Beantragung

Wer hat Anspruch auf die neue systematische PAR-Behandlung?

Die am 1. Juli 2021 in Kraft getretene PAR-RL regelt die neue Behandlungstrecke zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen.

PAR-Behandlungen, die ab dem 1. Juli 2021 begonnen werden, sind gemäß den ab 1. Juli 2021 geltenden Regelungen bei allen gesetzlich Versicherten durchzuführen und abzurechnen.

Gemäß § 4 der PAR-RL ist die systematische Behandlung einer Parodontitis angezeigt, wenn eine der folgenden Diagnosen gestellt wird und dabei eine Sondierungstiefe von 4 mm oder mehr vorliegt:

1. Parodontitis
2. Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen
3. Andere das Parodont betreffende Zustände: Generalisierte gingivale Vergrößerungen

Wie wird die neue systematische PAR-Behandlung beantragt?

Der Antrag zur Durchführung einer systematischen PAR-Behandlung – gemäß der neuen PAR-RL – ist unverändert vor Therapiebeginn der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen.

Das Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterverfahren sind im Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z) in § 4 i. V. m. Anlage 5 geregelt. Dort wird auch auf die jeweils zu verwendenden Formulare hingewiesen, die in den Anlagen 14a und 14b BMV-Z vereinbart und mit Ausfüllhinweisen versehen sind.

Für eine Übergangsphase bis zur flächendeckenden, technischen Implementierung in den PVS wurde auf Veranlassung der KZBV eine Absprache mit den PVS-Herstellern getroffen, dass vonseiten der PVS-Hersteller ab 1. Juli 2021 beschreibbare Formulare zur Beantragung im PDF-Format zur Verfügung gestellt werden.

Muss für jede Leistung im Rahmen der neuen systematischen PAR-Behandlung (AIT, BEV, CPT, UPT, UPT-Verlängerung) ein separates Formblatt ausgefüllt werden?

Nein. Mit Erstellen des PAR-Status (gemäß §§ 3 und 4 PAR-RL) werden die auf Blatt 2 des PAR-Status geplanten Leistungen BEMA-Nrn. ATG, MHU, AIT (Anzahl entsprechend des erhobenen klinischen Befundes), BEV a sowie die entsprechend der Gradeinstufung abhängige Frequenz der UPT beantragt.

Die Durchführung einer ergänzenden, chirurgischen Therapie (CPT) im Nachgang zur Antiinfektiösen Therapie (AIT) ist der Krankenkasse auf dem dafür vorgesehenen Formular (Vordruck 5c der Anlage 14a BMV-Z) mitzuteilen.

Die Verlängerung der UPT muss der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden; auch hierfür wird es zukünftig ein gesondertes Formular (Vordruck 5d der Anlage 14a BMV-Z, derzeit noch nicht besetzt) geben.

Muss die CPT (offenes Vorgehen) weiterhin beantragt werden?

Die Durchführung einer chirurgischen Therapie (CPT) muss nicht mehr bei der Krankenkasse beantragt, sondern dieser lediglich auf dem Formular 5c der Anlage 14a BMV-Z mitgeteilt werden. Ein Genehmigungsverfahren einschließlich einer evtl. Begutachtung findet nicht statt. Die Mitteilung an die Krankenkasse hat vor Abrechnung der Leistung zu erfolgen.

Werden die Versicherten zur Durchführung der CPT an einen spezialisierten Zahnarzt/eine spezialisierte Zahnärztin überwiesen, erfolgt die genannte Mitteilung durch die überweisende Praxis. Auf dem hierfür zu verwendenden Formular 5c der Anlage 14a BMV-Z ist die Überweisung im Freitextfeld kenntlich zu machen (z. B. durch die Angabe „CPT erfolgt durch spezialisierten Zahnarzt/durch spezialisierte Zahnärztin“).

Muss eine UPT beantragt werden?

Die UPT ist Bestandteil der Behandlungstrecke und dementsprechend auf Blatt 2 des PAR-Status abgebildet. Sie wird also zusammen mit den anderen geplanten Leistungen vor Beginn der PAR-Behandlung der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt. Ausschlaggebend für die spätere UPT ist damit im Ausgangspunkt der auf dem Parodontalstatus angegebene Erstbefund mit entsprechender Gradeinstufung, die maßgebend ist für die Frequenz der UPT.

Wie wird die Verlängerung der UPT um in der Regel 6 Monate beantragt?

Für die Verlängerung der UPT wird es ein gesondertes Formular geben, welches noch zwischen den Bundesmantelvertragspartnern vereinbart wird. Mit Abschluss der Behandlungstrecke wird dies frühestens im dritten Quartal 2023 benötigt werden.

Muss für die MHU ein genehmigter PAR-Plan vorliegen?

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

Was ist, wenn die Versicherten den zuletzt bei ihnen gemessenen HbA1c-Wert nicht wissen?

Der HbA1c-Wert ist einer der Parameter, die für die Frequenz der UPT ausschlaggebend sind. Die Versicherten sind darüber aufzuklären, dass der HbA1c-Wert zur Einschätzung des Risikos für die zukünftige Progression der Parodontitis relevant ist und der Wert ggf. zu einer höheren Frequenz der UPT führen kann (Dokumentation in der Versichertenakte!). Ist einem Versicherten der zuletzt gemessene HbA1c-Wert nicht bekannt, kann er ihn bei seiner Hausärztin/seinem Hausarzt in Erfahrung bringen. Alternativ kann der Zahnarzt, sofern die/der Versicherte

damit einverstanden ist, den Wert beim Hausarzt im Rahmen eines konsiliarischen Gesprächs erfragen.

Muss über Therapiealternativen aufgeklärt werden?

Wie vor jeder Behandlung sind die Versicherten über die in ihrem Fall zahnmedizinisch in Betracht kommenden Therapiealternativen aufzuklären. Dies beinhaltet je nach Indikation beispielsweise die Aufklärung über ggf. notwendige Extraktionen, aber auch über außervertragliche Maßnahmen wie einen Knochenaufbau mit Membrantechnik. Eine nicht vollständige Aufklärung kann dazu führen, dass die Einwilligung eines Versicherten in die Behandlung unwirksam ist.

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

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

Formulare

PAR-Status Blatt 1

Welchen Einfluss haben das Staging und Grading auf die Therapie?

Grundlage für die Therapie sind die allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese, der klinische Befund ergänzt – in Abhängigkeit von der rechtfertigenden Indikation – durch Röntgenbilder und Röntgenbefund sowie die Diagnose auf Grundlage der aktuellen PAR-Klassifikation und die vertragszahnärztliche Dokumentation.

Basierend auf der neuen PAR-Klassifikation werden künftig der Schweregrad (Staging) und das Ausmaß sowie die Progression (Grading) der Erkrankung – gemäß §§ 3 und 4 der PAR-RL – ermittelt und insbesondere das Grading wird zur Ermittlung der UPT-Frequenz – Anzahl bei Grad A 2x (einmal im Kalenderjahr), bei Grad B 4x (einmal im Kalenderhalbjahr), bei Grad C 6x (einmal im Kalendertertial) – herangezogen.

Was bedeutet Molaren-Inzisiven-Muster?

Von einem Molaren-Inzisiven-Muster spricht man, wenn sich die Parodontitis symmetrisch zuerst vornehmlich an den ersten Molaren und/oder den Inzisiven zeigt und gewöhnlich eine symmetrische Verteilung hat. Das klinische Bild des Molaren-Inzisiven-Musters zeigt sich in der Regel bei Jugendlichen mit einer entzündlichen Parodontalerkrankung.

Wann ist im Rahmen des Parodontalstatus Blatt 1 bei Ausmaß/Verteilung ein Kreuz bei Molaren-Inzisiven-Muster zu setzen?

Nach Bewertung der mit dem Befund erhobenen Informationen fällt die Zahnärztin/der Zahnarzt die Entscheidung/Diagnose, ob ein lokalisiertes oder generalisiertes Ausmaß vorliegt oder ein Molaren-Inzisiven-Muster. Es erfolgt entsprechend auf dem PAR-Status Blatt 1 zum Ausmaß/Verteilung nur eine Angabe.

Führt die Erkrankung Diabetes mellitus dazu, dass das Kreuz auf dem PAR-Status Blatt 1 bei der Diagnose „Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen“ zu setzen ist?

Nein. Gleichwohl der Diabetes mellitus eine systemische Erkrankung ist, lautet die Diagnose „Parodontitis“. Weiterführende Informationen zu systemischen Erkrankungen siehe folgenden Link:

<https://www.zm-online.de/archiv/2019/13/zahnmedizin/systemische-und-andere-parodontale-zustaende/>

PAR-Status Blatt 2

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

Die Behandlung der Periimplantitis ist grundsätzlich eine außervertragliche Leistung. Ein fehlender Zahn, an dessen Stelle sich ein Implantat befindet, ist deshalb mit einem X zu kennzeichnen. Im Bemerkungsfeld kann ggf. notiert werden, dass an dieser Stelle ein Implantat vorhanden ist.

Die einzelnen Leistungen

BEMA-Nr. 4

Was ist im Rahmen der Vorbehandlung zu erbringen?

Die in der alten Behandlungs-RL geforderte Mitwirkung des Versicherten und das Fehlen von Zahnstein sind keine Eingangsvoraussetzungen für die Genehmigung und die Aufnahme einer systematischen PAR-Behandlung. Konservierend-chirurgische Maßnahmen sowie das Glätten überstehender Füllungs- und Kronenränder sind je nach Indikation vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der PAR-Behandlung durchzuführen. Unabhängig davon kann jede Praxis im Rahmen ihres Prophylaxekonzepts prophylaktische Leistungen, wie eine professionelle Zahnreinigung, weiterhin anbieten. Die systematische PAR-Behandlung darf nicht von der Inanspruchnahme privatärztlichen Leistungen abhängig gemacht werden.

Parodontales Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG)

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

Das Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG) ist nur auf der Grundlage eines von der Krankenkasse genehmigten PAR-Plans möglich und erfolgt nach erteilter Kostenübernahmeerklärung. Es baut gemäß § 6 PAR-RL auf der Durchführung von Anamnese, Diagnose, Prognose und der grundsätzlich Therapieplanung auf. Entscheiden sich Versicherte bereits im Vorfeld der Antragstellung bei der Krankenkasse für eine Versorgung außerhalb der GKV, scheidet die weitere Therapieplanung nach BEMA und die Durchführung des Genehmigungsverfahrens selbst-

verständlich aus. Entscheiden sich Versicherte für die Therapiestrecke gemäß PAR-RL, wird das weitere Vorgehen im Rahmen des Aufklärungs- und Therapiegesprächs erörtert und erläutert. Es dient dazu, die Versicherten allgemein, aber auch risikospezifisch über Parodontitis aufzuklären und in ihrer Mundgesundheitskompetenz zu stärken, um sie von Beginn an aktiv in die Therapie einzubinden und die folgende Therapie gemäß den Bestimmungen des BEMA im Einzelnen zu besprechen. Der Fokus liegt dabei insbesondere auf der Bedeutung der unterschiedlichen Therapieschritte, die in Abhängigkeit vom Ausgangsbefund und den späteren Befundevaluationen aufeinander aufbauen und abzustimmen sind. Bedeutung haben dabei auch und besonders die Leistungen der Unterstützenden Parodontitistherapie. Darüber hinaus erfolgt eine Information über die Bedeutung von gesundheitsbewusstem Verhalten zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren sowie die Information über Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen. Es ist sinnvoll, auf die beidseitig gewonnenen Erkenntnisse möglichst zeitnah die Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung gemäß BEMA-Nr. MHU aufzubauen.

Welcher Zeitraum muss zwischen dem Aufklärungs- und Therapiegespräch (BEMA-Nr. ATG) und der Antiinfektiösen Therapie (BEMA-Nr. AIT) liegen?

Ein Mindest- oder Maximalabstand der beiden Leistungen ist nicht vorgegeben. Die optimale Zeit- und Terminplanung obliegt dem Zahnarzt/der Zahnärztin in Abstimmung mit den Versicherten.

Die PAR-RL bestimmt lediglich für die Patienten individuelle Mundhygieneunterweisung (BEMA-Nr. MHU) zur Sicherung eines langfristigen Behandlungserfolgs, dass diese im zeitlichen Zusammenhang mit der Therapie im geschlossenen Vorgehen zu erfolgen hat. Das bedeutet auch, dass die BEMA-Nr. MHU nicht zwingend zwischen BEMA-Nrn. ATG und AIT geschaltet sein muss.

Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung (MHU)

Können die BEMA-Nrn. 107/107a in derselben Sitzung mit der BEMA-Nr. MHU abgerechnet werden?

Die Leistungen nach den BEMA-Nrn. 107 bzw. 107a können grundsätzlich neben der Leistung nach BEMA-Nr. MHU abgerechnet werden, es sei denn, es ergibt sich ein Leistungsausschluss im Verhältnis zu einer im zeitlichen Zusammenhang durchgeführten Antiinfektiösen Therapie (AIT), da mit dieser während oder unmittelbar danach erbrachte Leistungen nach den BEMA-Nrn. 107, 107a abgegolten sind.

Antiinfektiöse Therapie (AIT)

Kann eine AIT auch ohne Anästhesie durchgeführt und abgerechnet werden?

Es ist davon auszugehen, dass die Durchführung einer Lokalanästhesie im Rahmen der AIT grundsätzlich erforderlich ist. Ist das ausnahmsweise nicht der Fall, ist dies entsprechend in der Versichertenakte zu dokumentieren. Entbehrlich kann die Lokalanästhesie beispielsweise bei Versicherten nach § 22a SGB V sein, die in Allgemeinnarkose behandelt werden.

Die AIT sollte nach Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen abgeschlossen werden. Ist damit ein Zeitraum von 4 Wochen ab Genehmigung des PAR-Plans oder ab dem ersten AIT-Termin gemeint?

Gemäß § 9 der PAR-RL sollte die gesamte Antiinfektiöse Therapie (geschlossenes Vorgehen) nach Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen abgeschlossen werden. Der 4-Wochen-Zeitraum beginnt mit der ersten AIT-Sitzung. Es wird empfohlen, die Gründe für eine Überschreitung der 4-Wochen-Frist im Einzelfall (z. B. Erkrankung der Versicherten) in der Versichertenakte zu vermerken.

Chirurgische Therapie (CPT)

Muss mit der CPT immer bis nach der AIT und der BEV a gewartet werden?

Im Rahmen der systematischen PAR-Therapie ist immer zuerst das geschlossene Verfahren nach BEMA-Nr. AIT durchzuführen. Nach erfolgter Befundevaluation (BEMA-Nr. BEV a) entscheidet der Zahnarzt/die Zahnärztin, welche Zähne zusätzlich chirurgisch behandelt werden müssen und teilt dies der Krankenkasse auf dem Formular 5c Anlage 14a BMV-Z mit. Die Notwendigkeit für das offene Vorgehen hängt immer von den im Rahmen der Befundevaluation erhobenen Messwerten ab.

Wie wird das offene Verfahren bei Oberkieferfrontzähnen beurteilt?

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

Wenn der Versicherte eine chirurgische Therapie trotz Taschentiefen von 6 Millimetern oder mehr ablehnt, kann dann die PAR-Therapie insgesamt dennoch durch- bzw. weitergeführt werden?

Die Entscheidung, ob ein offenes Vorgehen durchgeführt werden soll, trifft der Vertragszahnarzt nach gemeinsamer Erörterung mit dem Versicherten. Keinesfalls kann die chirurgische Therapie ohne Einwilligung des Versicherten durchgeführt werden. Die Ablehnung der chirurgischen Therapie ist zu dokumentieren. Die Behandlung kann dann unmittelbar mit der Unterstützenden Parodontitis-therapie (UPT) fortgeführt werden.

Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)

Was können Gründe für eine Verlängerung der UPT sein, zählen Terminversäumnisse der Versicherten dazu?

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/die Zahnärztin 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; nicht – oder in diesem Zusammenhang allenfalls mittelbar – erheblich ist, ob Versicherte einen Termin versäumt haben.

Wie soll die Praxis vorgehen, wenn Versicherte einen oder mehrere Termine der UPT versäumt und das vorgesehene Intervall nicht eingehalten werden kann?

Die PAR-RL 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 Kalendertertial 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 Kalendertertials (Grad C) liegt. Bei Überschreiten dieser Frist tritt keine Verlängerung des UPT-Intervalls ein. Die Versicherten können stattdessen, unter Beachtung des Mindestabstands, zur nächsten UPT eingeladen werden. Besteht nach Ablauf der zwei Jahre weiterer Behandlungsbedarf, kann eine Verlängerung der UPT beantragt werden.

Gibt es ein spezielles Befundblatt für die Erhebungsdaten der BEMA-Nr. UPT g?

Die Dokumentation zur Verlaufskontrolle erfolgt nur in der Versichertenakte. Eine Weitergabe der erhobenen Daten an die KZV oder die Krankenkasse im Rahmen der Abrechnung ist nicht vorgesehen. Dementsprechend ist hierfür ein verbindlich zu verwendendes Formblatt nicht vorgesehen.

Versicherte nach § 22a SGB V

Muss die PAR-Behandlung auch bei Versicherten i.S.v. § 22a SGB V von der Krankenkasse genehmigt werden?

Entscheidet der Zahnarzt/die Zahnärztin, dass bei einem Versicherten i.S.v. § 22a SGB V eine systematische Behandlung gemäß PAR-RL nicht durchgeführt werden kann und wählt stattdessen eine auf die besonderen Bedürfnisse und die Kooperationsfähigkeit des Versicherten angepasste Behandlung nach der Behandlungs-RL, ist dies der Krankenkasse unter Verwendung des entsprechenden Formulars anzuzeigen. Eine Genehmigung ist in diesen Fällen aber nicht erforderlich. Ist demgegenüber eine „normale“ systematische Therapie gemäß PAR-RL möglich, muss diese – wie bei allen anderen Versicherten auch – beantragt und genehmigt werden.

Nach welchen Vorgaben werden Versicherte i.S.v. § 22a SGB V behandelt?

Die Vorgaben sind in Abschnitt B V Nr. 2 der Behandlungs-RL enthalten, die teilweise auch auf die PAR-RL verweist. Die Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei Versicherten nach § 22a SGB V erfolgt auf dem hierfür vereinbarten Formular (Vordruck 5e Anlage 14a BMV-Z). Auf dem Formular sind die geplanten Leistungen (BEMA-Nrn. 4, AIT, CPT) anzuzeigen. Hierbei handelt es sich um die für die systematische PAR-Behandlung vereinbarten Leistungen aus BEMA-Teil 4, die auch in diesem Zusammenhang – in der gemäß den Vorgaben der Behandlungs-RL angepassten Form – erbracht und abgerechnet werden können.

Kann bei der Behandlung von Versicherten nach § 22a SGB V die erste Leistung bereits im Monat ihrer Erbringung abgerechnet werden?

Die Abrechnung der ersten Leistung(en) erfolgt frühestens nach Abschluss der Antiinfektiösen Therapie (AIT).

Kann bei diesen Versicherten eine chirurgische Therapie (in Allgemeinnarkose) ohne vorherige Antiinfektiöse Therapie durchgeführt werden?

Im Gegensatz zu den grundsätzlich Neuregelungen in der PAR-RL kann bei diesen Versicherten gemäß der Behandlungs-RL, im Falle der Notwendigkeit einer Behandlung in Narkose bei Vorliegen von Sondierungstiefen von 6 Millimetern und mehr eine chirurgische Parodontitistherapie sofort anstelle der Antiinfektiösen Therapie durchgeführt werden. Eine antiinfektiöse Therapie scheidet bezogen auf die betreffenden Zähne also aus. Diese Entscheidung über das offene Vorgehen wird nach gemeinsamer Erörterung mit den Versicherten oder den Bezugspersonen getroffen. Auch hier besteht aber im Frontzahnbereich aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen.

Abrechnung / Dokumentation

Werden alle neuen Leistungen über die elektronische PAR-Abrechnung abgerechnet? Gibt es dann noch die Nummer der Einreichung? Wie oft pro Monat ist eine Abrechnung möglich?

Alle Leistungen werden über die elektronische PAR-Abrechnung abgerechnet. Die Bezeichnung der Einreichung innerhalb des Monats (Nummer der Einreichung) wird es weiterhin geben. Es ist ebenfalls weiterhin möglich, bis zu neun Einreichungen innerhalb eines Monats vorzunehmen.

Sonstiges

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 ggf. die chirurgische Phase sollten abgeschlossen sein, bevor eine ZE-Behandlung durchgeführt wird. Entscheidend ist aber immer jeweils der Einzelfall.