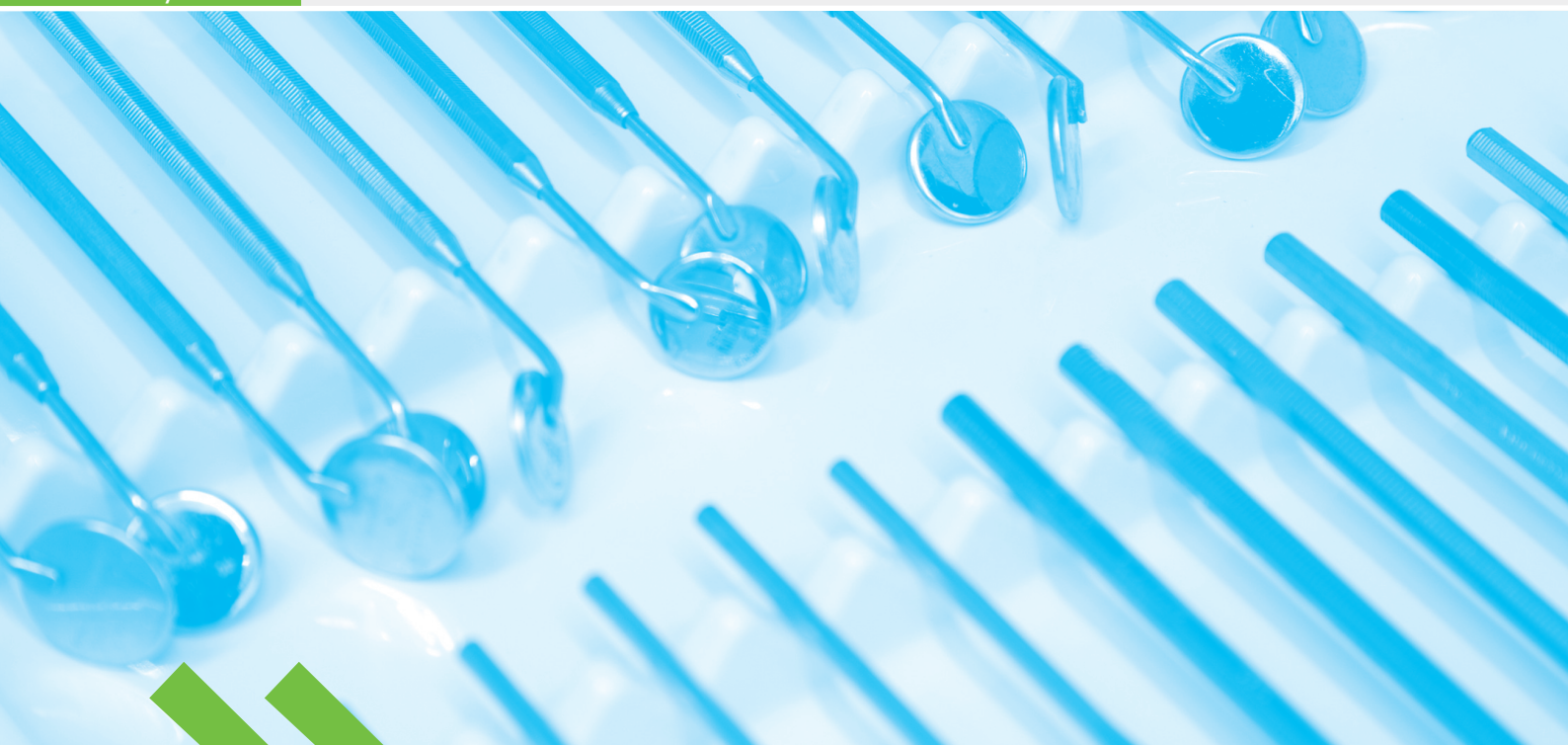


07/2021



Leitfaden für PAR-Gutachterinnen und -Gutachter

im System der gesetzlichen Krankenversicherung

4., überarb. Auflage, 1. Juli 2021

Inhalt

Vorwort	5
1. PAR-Gutachterinnen und -Gutachter in der gesetzlichen Krankenversicherung	6
1.1 Allgemeine Rechtsgrundlagen	6
1.2 Die Rolle von PAR-Gutachterinnen und -Gutachtern	7
2. Ablauf des Gutachterverfahrens	8
2.1 Verfahren bei (Erst-)Gutachten	8
2.2 Verfahren bei Obergutachten	9
3. Durchführung der Begutachtung	10
3.1 Vorbereitung des Gutachtens	10
3.2 Prüfung der Unterlagen auf Vollständigkeit	11
3.3 Prüfung der Behandlungsvoraussetzungen	12
3.4 Überprüfung des Parodontalstatus auf Vollständigkeit und Korrektheit	12
3.5 Weitere Prüfschritte	13
3.6 Prüfung der Behandlungsplanung/Wirtschaftlichkeit	13
3.7 Parodontalbehandlung im Zusammenhang mit der Versorgung mit Zahnersatz	13
4. Inhalt und Aufbau des Gutachtens	16
5. Gutachtergebühren	18
Anhang 1: Rechtsgrundlagen für den PAR-Gutachter	18
1.1 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V)	18
1.2 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)	
1.2.1 Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) in der ab 1. Juli 2021 gültigen Fassung	20
1.2.2 Behandlungsrichtlinie Auszug B.I. Ziffer 2	26
1.2.3 Behandlungsrichtlinie Auszug B. V.	27
1.3 Auszüge aus dem Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z)	29
1.3.1 Anlage 1 Ziffer 5 Behandlungsplanung und Erstellung der Abrechnung	29
1.3.2 Anlage 5 Gutachtervereinbarung	29
1.3.3 Auszug Anlage 14a Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung	34
1.4 BEMA	42
1.4.1 Auszug BEMA-Teil 1	42
1.4.2 BEMA Teil 4	43
Anhang 2: Wissenschaftliche Mitteilungen der Fachgesellschaften und Leitlinien	48
Impressum	50

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Dezember wurde die neue PAR-Richtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen und die Behandlungsrichtlinie aufgrund dessen angepasst. Im April folgte der Beschluss des Bewertungsausschusses zu den neuen PAR-Leistungen, deren Bewertungen und Abrechnungsbestimmungen und am 6. Mai 2021 der Beschluss des G-BA zur Parodontitis-Behandlung von vulnerablen Gruppen.

Die neuen Regelungen sind am 1. Juli 2021 in Kraft getreten.

Mit den neuen Regelungen konnte nach jahrelangen Verhandlungen im G-BA endlich eine Parodontitistherapie ausgerichtet am aktuellen Stand der Wissenschaft in den vertragszahnärztlichen Bereich implementiert werden. In großen Teilen entsprechen dabei die neuen Regelungen dem Therapieprotokoll der S3-Leitlinie für Parodontitis, das von der DG PARO und der DGZMK zusammen mit weiteren Experten Anfang des Jahres in Deutschland veröffentlicht wurde.

Die neuen Richtlinien sind insofern ein Meilenstein im Kampf gegen die Volkskrankheit Parodontitis. Die Umsetzung wird allerdings nicht nur die Zahnärztinnen und Zahnärzte bei der Behandlung vor neue Herausforderungen stellen, sondern auch die Gutachterinnen und Gutachter.

Obwohl manche der bisherigen Regelungen weggefallen und dafür neue Regelungen hinzugekommen sind, müssen Sie wie bisher zukünftig nicht nur die medizinische Notwendigkeit der geplanten Therapiemaßnahmen beurteilen, sondern diese auch im Zusammenhang mit den gesetzlichen Einschränkungen, Richtlinien und BEMA-Bestimmungen bewerten. Wirtschaftlichkeitsgebot und Zweckmäßigkeit der Behandlung stehen gleichberechtigt neben der medizinischen Notwendigkeit. Dies fordert von Ihnen Augenmaß und Abwägung. Jeder Fall ist individuell zu beurteilen.

Der nun in 4. Auflage vorliegende Leitfaden soll helfen, sich im „Dschungel“ von gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen zurechtzufinden. In der Neuauflage sind alle Änderungen berücksichtigt, die sich aus den neuen Regelungen und Bestimmungen für die gutachterliche Tätigkeit ergeben.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Dr. Ute Maier

Fachberaterin der KZBV für Parodontologie



Martin Hendges

Stellv. Vorsitzender des Vorstandes der KZBV

1.1 Allgemeine Rechtsgrundlagen

Grundlage für alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Daneben regeln die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sowie der zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband geschlossene Bundesmantelvertrag die vertragszahnärztliche Versorgung. Folgende Rechtsvorschriften sind für die parodontologische Versorgung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Tätigkeit zentral:

Nach § 27 Abs. 1 SGB V haben gesetzlich Krankenversicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Leistungen der Krankenkassen unterliegen dem in § 12 SGB V verankerten Wirtschaftlichkeitsgebot. Dem entsprechend umfasst die vertragszahnärztliche Versorgung gemäß § 73 Abs. 2 i. V. mit § 28 Abs. 2 SGB V die Tätigkeiten der Zahnärztin oder des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten – also auch Parodontalerkrankungen ausreichend und zweckmäßig sind.

Die neue PAR-Richtlinie des G-BA (**PAR-Richtlinie**) regelt die Rahmenbedingungen der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Behandlung).

Gesetzlich Krankenversicherte haben unter den in § 4 PAR-Richtlinie niedergelegten Voraussetzungen einen grundsätzlichen Anspruch auf Kostenübernahme der systematischen PAR-Behandlung. Entscheidend ist also insbesondere, dass eine der folgenden Diagnosen gestellt wird und dabei eine Sondierungstiefe von 4 mm oder mehr vorliegt:

- Parodontitis,
- Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen oder
- andere das Parodont betreffende Zustände: Generalisierte gingivale Vergrößerungen.

Bei der systematischen Behandlung einer Parodontitis oder anderer Parodontalerkrankungen handelt es sich um eine Behandlung, die der Krankenkasse vorab zu einer leistungsrechtlichen Entscheidung zuzuführen ist. Nach der PAR-Richtlinie kann die Krankenkasse als Regelung zum Qualitätsmanagement die anhand von allgemeiner und parodontitisspezifischer Anamnese sowie klinischer und radiologischer Befundung gestellte Diagnose – gemäß der aktuellen PAR-Klassifikation – und die daraus abgeleitete Therapieplanung sowie die Verlängerung der Maßnahmen der Unterstützenden Parodontitistherapie begutachten lassen. Das Nähere über die Ausgestaltung der Begutachtung ist zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband im BMV-Z in § 4 in Verbindung mit der Anlage 5 vertraglich vereinbart.

Mit der Behandlung soll gemäß den vertraglichen Bestimmungen erst dann begonnen werden, wenn die Leistungszusage der Krankenkasse vorliegt. Hier-von ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen. Die Be-gutachtung einer bereits begonnenen oder durchgeführten systematischen Parodontitisbehandlung ist vertraglich nicht vorgesehen.

1.2 Die Rolle von PAR-Gutachterinnen und -Gutachtern

Als Gutachter oder Gutachterin und Obergutachter oder Obergutachterin für Parodontologie werden im GKV-System vertragszahnärztlich tätige Zahnärz-tinnen und Zahnärzte von den KZVen bzw. der KZBV (Obergutachter) im Ein-vernehmen mit den Krankenkassen benannt. Aufgabe der Gutachterinnen und Gutachters ist es, der Krankenkasse mit der Stellungnahme die fachliche Ba-sis für eine korrekte leistungsrechtliche Entscheidung zu liefern. Eine positive gutachterliche Stellungnahme dient zugleich dem behandelnden Zahnarzt zur Bestätigung der korrekten medizinischen Indikationsstellung sowie der richt-linienkonformen Behandlungsplanung unter Berücksichtigung des SGB V.

Die Gutachterin ist unabhängig in der Beurteilung. Grundlage der Stellung-nahme sind ausschließlich der medizinische Sachverhalt sowie die einschlä-gigen Rechtsvorschriften. Neben medizinischer Fachkompetenz sind deshalb Kenntnisse der aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen unabdingbar.

Die Krankenkassen können entsprechend § 4 Abs. 9 BMV-Z anstelle des ver-traglich vereinbarten Gutachterverfahrens das Begutachtungsverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) wählen. Die Verfah-ren stehen gleichberechtigt nebeneinander.

Die beiden unterschiedlichen Begutachtungsverfahren dürfen allerdings nicht vermengt werden. Somit ist es nicht zulässig, nach einem MDK-Gutachten in zweiter Instanz das vertraglich vereinbarte Obergutachterverfahren durchzu-führen. Umgekehrt kann auch ein Vertragsgutachten nicht durch den MDK zweitbegutachtet bzw. überprüft werden.

Im Sinne der Erhaltung planbarer Verhältnisse für alle am Begutachtungs-wesen Beteiligten können die Gesamtvertragspartner auf Landesebene ver-einbaren, dass die Krankenkassen in der Regel das vertraglich vereinbarte gutachterliche Verfahren oder das MDK-Verfahren wahrnehmen (vgl. auch das Gemeinsame Rundschreiben von KZBV und GKV-SV vom 19. Juni 2018 sowie § 87 Abs. 1c SGB V).

Insofern können Stand heute unterschiedliche Regelungen auf Länderebene existieren.

2 Ablauf des Gutachterverfahrens

2.1 Verfahren bei (Erst-)Gutachten

Die Begutachtung der geplanten Behandlung einer Parodontitis oder anderer Parodontalerkrankungen richtet sich nach den in der Gutachtervereinbarung getroffenen Regelungen (siehe Anlage 5 zum BMV-Z). Danach gilt für den Ablauf des Verfahrens

... bei Gutachten über eine geplante systematische PAR-Behandlung

Vor Beginn der Behandlung hat die Zahnärztin oder der Zahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen einen Parodontalstatus (Blatt 1, Vordruck 5a und Blatt 2, Vordruck 5b der Anlage 14a zum BMV-Z) zu erstellen und der Krankenkasse zuzuleiten. Wenn im Rahmen der geplanten Behandlung auch prothetische Maßnahmen erforderlich werden, ist dem Parodontalstatus ein Heil- und Kostenplan für die prothetische Behandlung beizufügen.

Sofern die Krankenkasse den Parodontalstatus entsprechend dem vertraglich vereinbarten Gutachterverfahren begutachten lassen möchte, erteilt sie einem oder einer von der KZV im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. Ersatzkassen bestellten Gutachterin oder Gutachter einen schriftlichen Auftrag unter Verwendung des Vordrucks 6a der Anlage 14a zum BMV-Z. Gleichzeitig unterrichtet die Krankenkasse die Praxis über den beauftragten Gutachter und übersendet ihr beide Blätter des Parodontalstatus. Die Praxis hat dem Gutachter oder der Gutachterin den Parodontalstatus zusammen mit den Befundunterlagen (Röntgenaufnahmen) unverzüglich zuzuleiten. KZV-spezifische Besonderheiten sind gegebenenfalls zu beachten.

Als Ausfluss des Patientenrechtegesetzes ist die Gutachterin oder der Gutachter gem. § 13 Abs. 3a Satz 4 Hs. 2 sowie gem. § 3 Abs. 2 Satz 1 Anlage 5 BMV-Z verpflichtet, das Gutachten nach Vorlage der von der behandelnden Vertragszahnärztin oder vom behandelnden Vertragszahnarzt vorzulegenden Befundunterlagen innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. Eine Verlängerung dieser Frist kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig anzuzeigen. Ein begründeter Ausnahmefall liegt beispielsweise vor, wenn die behandelnde Zahnärztin die erforderlichen Befundunterlagen nicht rechtzeitig übersendet. Der Gutachter sollte die Krankenkasse darüber informieren, wenn ihm die Befundunterlagen nicht innerhalb einer Woche zur Beurteilung übersandt werden.

Der Gutachter nimmt zum Parodontalstatus unter Verwendung des Vordrucks 6b der Anlage 14a zum BMV-Z Stellung. Befürwortet er die Planung, so vermerkt er dies auf dem Parodontalstatus (Blatt 2) und sendet Blatt 1 und 2 der Krankenkasse zu. Die übrigen Unterlagen sendet er der Zahnärztin zurück. Befürwortet der Gutachter den Parodontalstatus nicht, so sendet er Blatt 1 und 2 mit seiner schriftlichen Stellungnahme der Krankenkasse, die übrigen Unterlagen der Zahnärztin zurück. Die Krankenkasse übersendet den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) sowie gegebenenfalls die gutachterliche Stellungnahme der Zahnärztin mit dem Vermerk, ob sie die Kosten übernimmt.

Die Kosten der Begutachtung trägt die Krankenkasse.

... bei Gutachten über eine Verlängerung der Unterstützenden Parodontistherapie (UPT)

Plant die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt eine Verlängerung der Unterstützenden Parodontistherapie, hat sie bzw. er dies der Krankenkasse durch Übersendung des Vordrucks 5d der Anlage 14a zum BMV-Z (wird derzeit noch mit den Krankenkassen abgestimmt) anzuzeigen. Die Krankenkasse kann die geplante Verlängerung der UPT begutachten lassen. Für die Begutachtung gilt das oben beschriebene Verfahren entsprechend.

2.2 Verfahren bei Obergutachten

Gegen die Stellungnahme der Gutachterin oder des Gutachters kann der behandelnde Zahnarzt, aber auch die Krankenkasse, Einspruch einlegen und ein Obergutachten beantragen. Die Patientin oder der Patient ist nicht antragsberechtigt. Das Obergutachterverfahren stellt keine Rechtsmittelinstanz dar, auf die vom Versicherten bei einem ablehnenden Bescheid der Krankenkasse ein Anspruch besteht.

Der Einspruch ist vom Einspruchsführer ausreichend zu begründen und an die KZBV zu richten. Die Frist für die Einlegung des Einspruchs beträgt bei allen Kassenarten einen Monat nach Zugang der Stellungnahme des Gutachters. In der Gutachtervereinbarung wurde konkretisiert, welche Unterlagen der Einspruchsführer der KZBV zur Verfügung zu stellen hat:

- beide Blätter des Parodontalstatus bzw. den Antrag auf Verlängerung der UPT
- das Gutachten und
- die Entscheidung der Krankenkasse, wenn der Vertragszahnarzt Einspruch einlegt.

Nach Eingang des Einspruchs prüft die KZBV, ob die erforderlichen Unterlagen vorliegen und beauftragt sodann eine Obergutachterin oder einen Obergutachter. Bei der Auswahl der Obergutachterin oder des Obergutachters findet im Hinblick auf die körperliche Untersuchung die Wohnortnähe zum Versicherten Berücksichtigung.

Die Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachterinnen und Gutachter gelten sinngemäß auch für die Obergutachterinnen und Obergutachter. Der Obergutachter erstellt das Obergutachten und sendet es an die KZBV. Diese leitet Durchschriften des Obergutachtens an die Praxis, den Gutachter und die Krankenkasse. Die Fachberaterin oder der Fachberater der KZBV bestimmt – im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband – die Höhe der Gebühr und teilt mit, wer die Kosten des Obergutachtens zu tragen hat; die Fachberaterin und der GKV-Spitzenverband erhalten zu diesem Zweck die Fallunterlagen und das

3 Durchführung der Begutachtung

Obergutachten in pseudonymisierter Form. Grundsätzlich hat die Krankenkasse die Kosten zu tragen. Der Vertragszahnarzt trägt die Kosten des Obergutachtens anteilig oder vollständig, wenn er selbst den Einspruch eingelegt hat und dieser in Teilen oder aber insgesamt erfolglos bleibt. Die Höhe der vom Vertragszahnarzt zu tragenden Kosten wird im Einzelfall festgelegt.

Gegen ein erstelltes Obergutachten sind Rechtsmittel nicht möglich, da es sich nicht um einen Verwaltungsakt, sondern lediglich um eine gutachterliche Stellungnahme handelt, auf deren Grundlage die Krankenkasse ihre leistungsrechtliche Entscheidung über die Kostenübernahme treffen kann. Gegen die Entscheidung der Krankenkasse stehen den Versicherten, soweit sie durch diese belastet werden, Rechtsbehelfe in Form von Widerspruch und Klage zur Verfügung.

Die Gutachterin oder der Gutachter hat den Antrag auf die Behandlung einer Parodontitis oder anderer Parodontalerkrankungen auf der Grundlage des allgemein anerkannten Stands zahnmedizinischer Erkenntnisse unter Berücksichtigung der PAR-Richtlinie sowie der im SGB V verankerten Grundsätze der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu beurteilen. Es empfiehlt sich folgendes Vorgehen:

3.1 Vorbereitung des Gutachtens

Nach Erhalt des Gutachtenauftrags durch die Krankenkasse sollte in einem ersten Überblick über den Behandlungsfall entschieden werden, ob der Auftrag – auch unter Beachtung der 4-Wochen-Frist – angenommen werden kann. Insbesondere sind folgende Fragestellungen zu prüfen:

Wurde die Behandlung bereits begonnen?

Nach der zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband getroffenen Vereinbarung darf die Zahnärztin oder der Zahnarzt erst nach Rücksendung des genehmigten Parodontalstatus mit der Behandlung beginnen. Davon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen. Die Begutachtung bzw. Oberbegutachtung einer bereits begonnenen oder durchgeführten PAR-Behandlung ist vertraglich nicht vorgesehen. Sofern sich im Rahmen der Vorbereitung der Begutachtung Hinweise zeigen, dass eine PAR-Behandlung bereits begonnen wurde, ist der Begutachtungsauftrag an die Krankenkasse zurückzugeben.

Persönliche Untersuchung des Patienten

Bei der Begutachtung einer geplanten Parodontistherapie soll grundsätzlich eine körperliche Untersuchung der Patientin oder des Patienten durchgeführt werden, da der tatsächliche Zustand der Parodontien nur so beurteilt werden kann. Den Untersuchungstermin bestimmt der Gutachter oder die Gutachterin in Abstimmung mit dem Versicherten und informiert so-

wohl die Praxis als auch die Krankenkasse über den Termin. Besondere KZV-spezifische Regelungen sind zu beachten. Die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

3.2 Prüfung der Unterlagen auf Vollständigkeit

Die Begutachtung beginnt mit der Durchsicht des Parodontalstatus und der sonstigen überlassenen Unterlagen. Dabei ist zu prüfen, ob diese vollständig vorliegen und insbesondere, ob die Blätter des Parodontalstatus vollständig ausgefüllt sind. Die Gutachterin oder der Gutachter kann fehlende oder ergänzende diagnostische Unterlagen unmittelbar bei der Vertragszahnärztin anfordern. Die Krankenkasse ist davon in Kenntnis zu setzen. Die Kosten sind der Zahnärztin nach dem BEMA von der Krankenkasse zu vergüten.

Röntgenbilder

Eine Stellungnahme durch die Gutachterin oder den Gutachter kann in der Regel nur auf Basis einer ausreichenden Qualität der röntgenologischen Unterlagen erfolgen. Die Aufnahmen sollten in der Regel nicht älter als zwölf Monate sein. Sie müssen alle zahntragenden Kieferbereiche erfassen, also auch diejenigen, die nicht behandelt werden sollen. Jeder Zahn muss deutlich dargestellt sein, ebenso die interdentalen Bereiche. Die bewährte Technik ist die intraorale Aufnahme in der Rechtwinkeltechnik. Panoramaaufnahmen oder Orthopantomogramme können zur Röntgendiagnostik der parodontalen Erkrankungen ebenfalls herangezogen werden, wenn sie eine entsprechend genaue Beurteilung ermöglichen. Soweit die vorgelegten Röntgenaufnahmen nicht zur sicheren Diagnostik geeignet sind, kann die Gutachterin oder der Gutachter ergänzende Aufnahmen anfordern. Röntgenbilder müssen zweifelsfrei der Patientin oder dem Patienten zugeordnet werden können durch eindeutige Beschriftung mit Aufnahmedatum, Name des Patienten, Zahnbezeichnung und Zahnarzt. Die Qualität digitaler Aufnahmen muss denen herkömmlicher Verfahren entsprechen. Ausdrucke auf Papier sind möglich. Die entsprechende DIN-Norm (DIN 6868-160) wurde Mitte 2011 eingeführt (siehe auch BZÄK: Verwendung des Testbilds nach DIN 6868-160 für die Datenweitergabe digitaler Röntgenbilder als Ausdruck).

<https://www.bzaek.de/service/positionen-statements/einzelansicht/verwendung-des-testbilds-nach-din-6868-160-fuer-die-datenweitergabe-digitaler-roentgenbilder-als-ausdruck.html>

Angaben zur prothetischen Planung

Nach den Zahnersatzrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses hat die notwendige konservierend-chirurgische und parodontale Behandlung des Restgebisses der Versorgung mit Zahnersatz voranzugehen. Werden im Rahmen einer systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen prothetische Maßnahmen erforderlich, so ist in der Regel ein Heil- und Kostenplan für Zahnersatz beizufügen. Fehlt dieser, kann

die Gutachterin oder der Gutachter die Unterlagen von der Vertragszahnärztin oder vom Vertragszahnarzt nachfordern, soweit sie/er sie aus fachlichen Gründen als erforderlich ansieht. Stellt der Zahnarzt die Unterlagen nicht zur Verfügung, kann die Behandlung nicht befürwortet werden.

3.3 Prüfung der Behandlungsvoraussetzungen

Hauptaufgabe der Gutachterin bzw. des Gutachters ist es festzustellen, ob bei dem Patienten die entsprechend § 4 der PAR-Richtlinie vorgegebene Behandlungsbedürftigkeit für die systematische Behandlung einer Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung vorliegt.

Die Richtlinie nennt folgende zwingende Voraussetzungen:

- Vorliegen
 - einer Parodontitis
 - einer Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen
 - anderer das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen
- Sondierungstiefe von 4 mm und mehr
- Spezifikation der Parodontitis durch die Beschreibung des Stadiums und des Grades der Erkrankung

Die früheren Voraussetzungen, wie das Fehlen von Zahnstein und sonstiger Reizfaktoren sowie die Überprüfung der Mitarbeit des Patienten sind nicht mehr in der Richtlinie aufgeführt und somit als Voraussetzung weggefallen.

3.4 Überprüfung des Parodontalstatus auf Vollständigkeit und Korrektheit

Entsprechend § 3 der neuen PAR-Richtlinie ist die Grundlage der Therapie die allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese, der klinische Befund ergänzt in Abhängigkeit von der rechtfertigenden Indikation durch Röntgenaufnahmen und Röntgenbefund, die Diagnose auf Grundlage der aktuellen PAR-Klassifikation und die vertragszahnärztliche Dokumentation. Die in § 4 der PAR-Richtlinie geregelte Spezifikation wird auf dem PAR-Status ebenfalls berücksichtigt.

Demzufolge ist folgendes von der Gutachterin bzw. vom Gutachter zu prüfen:

1. Allgemeine Anamnese
2. Parodontitisspezifische Anamnese:
 - Diabetes mellitus (wird im Weiteren im Grading berücksichtigt)
 - Tabakkonsum (wird im Weiteren im Grading berücksichtigt)
3. Die Dokumentation des klinischen Befundes:
 - Überprüfung der Sondierungstiefen und Sondierungsblutung (mindestens zwei Stellen pro Zahn, eine davon mesioapproximal)

und eine davon distoapproximal). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass bei Sondierungstiefen zwischen zwei Millimetermarkierungen der Wert auf den nächsten ganzen Millimeter aufgerundet wird.

- Zahnlockerung
 - Furkationsbefall
 - Zahnverlust aufgrund Parodontitis (ist im Grading verortet)
4. Der Röntgenbefund umfasst:
 - den röntgenologischen Knochenabbau
 - sowie die Angabe Knochenabbauindex (%/Alter)
 5. Prüfung auf korrekte Einteilung hinsichtlich Staging, Ausmaß und Grading
 6. Überprüfung der Diagnose

3.5 Weitere Prüfschritte

a) Konservierend-chirurgische Maßnahmen

Nach der PAR-Richtlinie sind konservierend-chirurgische Maßnahmen einschließlich des Glättens überstehender Füllungs- und Kronenränder je nach Indikation vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie durchzuführen. Mit dieser Formulierung bleibt es weitgehend der behandelnden Zahnärztin oder dem behandelnden Zahnarzt überlassen, den zeitlichen Ablauf der Behandlungsschritte festzulegen. Dennoch ist es Aufgabe der Gutachterin oder des Gutachters, zu prüfen, ob einzelne Behandlungen zugunsten der anstehenden Parodontitistherapie aus fachlichen Gründen vorher durchgeführt werden sollten. In Betracht kommen hier neben einer ggf. erforderlichen Kariestherapie, endodontische Maßnahmen sowie ggf. die Extraktion oder operative Entfernung von Zähnen.

b) Zähne mit weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75 Prozent oder einem Furkationsbefall von Grad III bei gleichzeitigem Vorliegen eines Lockerungsgrades III

Diese sind in der Regel von der systematischen Parodontitistherapie ausgeschlossen. In der Regel ist die Entfernung solcher Zähne angezeigt.

c) Definitive prothetische Versorgung

Die definitive prothetische Versorgung soll in der Regel erst nach der Parodontitistherapie erfolgen; ein vorher eingegliedert Zahnersatz kann zur Ablehnung der Parodontitistherapie durch den Gutachter führen.

3.6 Prüfung der Behandlungsplanung/ Wirtschaftlichkeit

Hat die Gutachterin oder der Gutachter das Vorliegen einer Parodontitis oder anderer Parodontalerkrankung gemäß der PAR-Richtlinie bestätigt, muss er/sie noch prüfen, ob die geplante Therapie den Kriterien „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots gem. § 12 Abs. 1 SGB V entspricht. In diesem Zusammenhang ist neben den geplanten Therapiemaßnahmen auch die Prognose der Behandlung relevant.

Therapeutische Maßnahmen

Die systematische Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen umfasst den Richtlinien entsprechend die Antiinfektiöse Therapie (AIT) und – bei entsprechender Indikation – im Anschluss hieran die Chirurgische Parodontitistherapie (CPT). Die Antiinfektiöse Therapie geht bei der systematischen Parodontitisbehandlung immer der chirurgischen Parodontitistherapie voraus. Da die Entscheidung zur Durchführung einer chirurgischen Parodontitistherapie der Krankenkasse nur noch mitgeteilt wird und nicht mehr genehmigt werden muss, hat die Gutachterin oder der Gutachter ausschließlich die geplanten Maßnahmen im Rahmen der AIT zu betrachten, um die geplanten Behandlungsmaßnahmen befürworten oder nicht befürworten zu können.

Die Einzelheiten einer Begutachtung im Rahmen der Verlängerung der UPT-Maßnahmen (gemäß § 13 Abs. 4 der PAR-Richtlinie) werden noch zwischen den Bundesmantelvertragspartnern ausgestaltet.

Der behandelnden Zahnärztin steht die Wahl der therapeutischen Mittel frei. Meinungsverschiedenheiten zwischen Gutachterin und behandelnder Zahnärztin sollten in kollegialer Weise geklärt werden. Insbesondere bei schwerwiegenden Meinungsverschiedenheiten bzw. gravierenden Änderungsvorschlägen zur Behandlungsplanung empfiehlt sich ein klärendes Gespräch. Die kollegiale Klärung bedeutet jedoch nicht, dass zwischen behandelnder Zahnärztin und Gutachterin Einvernehmen hergestellt werden muss. Letztlich hat der Gutachter oder die Gutachterin die Entscheidung nach fachlichen und rechtlichen Gesichtspunkten auf den konkreten Einzelfall bezogen zu treffen.

Prognose der Behandlung

Das Ziel der Behandlung einer Parodontitis oder anderer Parodontalerkrankungen ist es, Entzündungen zum Abklingen zu bringen, einem weiteren Attachment- und Zahnverlust und damit der Progredienz der Erkrankung vorzubeugen und den Behandlungserfolg langfristig zu sichern. Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung hat der Behandlungsaufwand aus Wirtschaftlichkeitsgründen in einem sinnvollen Verhältnis zur Prognose und der erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes der Patientin oder des Patienten zu stehen. Der Gutachter hat deshalb zu prüfen, ob die geplante

Therapie einen langfristigen Erhalt der zu behandelnden Zähne erwarten lässt. Dies gilt insbesondere für Zähne mit weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75 Prozent oder einem Furkationsbefall von Grad III bei gleichzeitigem Vorliegen eines Lockerungsgrades III; diese sind in der Regel von der systematischen Parodontitistherapie ausgeschlossen, regelmäßig ist die Entfernung solcher Zähne angezeigt. Grundsätzlich ist der Gutachter gefordert, jeweils den individuellen Fall einzuschätzen.

3.7 Parodontalbehandlung im Zusammenhang mit der Versorgung mit Zahnersatz

Nach Buchstabe C, Ziffer 11 der Richtlinien über die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen hat die notwendige konservierend-chirurgische und parodontale Behandlung des Restgebisses der Versorgung mit Zahnersatz voranzugehen. In der Regel ist nach den geltenden Verträgen dem Parodontalstatus ein Heil- und Kostenplan für Zahnersatz beizufügen, wenn prothetische Leistungen erforderlich werden. Nur für den Fall, dass zum Zeitpunkt der geplanten systematischen Parodontitistherapie nicht absehbar ist, ob und ggf. welche prothetische Versorgung erforderlich wird, kann der Heil- und Kostenplan entfallen. In Fällen, in denen die Parodontitistherapie im Zusammenhang mit einer Zahnersatzbehandlung geplant wird, kann die Begutachtung insgesamt durch die PAR-Gutachterin oder den PAR-Gutachter erfolgen. Wenn beide Gutachten von der Krankenkasse in Auftrag gegeben wurden, fallen zwei Gebühren an. Erteilt die Krankenkasse nur einen Auftrag zur Begutachtung des Parodontalstatus, ist wie folgt zu verfahren:

Kommt der PAR-Gutachter oder die PAR-Gutachterin bei der Begutachtung einer geplanten systematischen Parodontitistherapie zu der Erkenntnis, dass auch eine gutachterliche Stellungnahme zum prothetischen Heil- und Kostenplan erforderlich ist, sollte er bzw. sie bei der Krankenkasse nachfragen, ob zur prothetischen Behandlungsplanung Stellung bezogen werden soll.

4 Inhalt und Aufbau des Gutachtens

Ein Gutachten muss die Krankenkasse in die Lage versetzen, eine Entscheidung über die Leistungsübernahme bzw. über das weitere Vorgehen treffen zu können. Das gelingt nur, wenn das Gutachten nachvollziehbar und plausibel ist. Führt die klinische Untersuchung der Patientin oder des Patienten eindeutig zur Bestätigung der von der Zahnärztin oder dem Zahnarzt gestellten Diagnose, und gibt es zur Behandlungsplanung keine Beanstandungen, ist die Erklärung „Gutachterlich befürwortet“ auf dem Parodontalstatus Blatt 2 zu vermerken und zusätzlich das Begutachtungsformular gemäß Vordruck 6b der Anlage 14a zum BMV-Z auszufüllen.

Hält die Gutachterin die vorgesehenen Behandlungsmaßnahmen für unzureichend, kann sie Ergänzungen und Änderungen empfehlen, die sie begründen sollte. Kann die Gutachterin oder der Gutachter den Behandlungsmaßnahmen ggf. auch nach kollegialer Aussprache nicht zustimmen, so muss sie bzw. er die Nichtbefürwortung fachlich begründen. Die Begründung für eine Nichtbefürwortung sollte auf dem Gutachterformular (Vordruck 6b der Anlage 14a zum BMV-Z) kurz und verständlich abgegeben werden. Persönliche Bemerkungen, fachliche Ratschläge usw. sind nicht Gegenstand des Gutachtens.

Zur Sicherung der Qualität des Gutachtens sollte eine zusätzliche schriftliche Begründung eindeutig formuliert werden. Sofern dies in einem separaten Schreiben erfolgt, empfiehlt sich in der Regel folgende Struktur:

- (1) Briefkopf (Anschrift, Absender, Datum), auch auf Anlageblättern
- (2) Betreff (Name und Anschrift der Patientin oder des Patienten und der behandelnden Zahnärztin oder des behandelnden Zahnarztes, Auftraggeber, Aktenzeichen)
- (3) Auflistung der diagnostischen Unterlagen, auf die sich das Gutachten stützt
- (4) Darstellung des Sachverhalts ohne Wertungen
 - mit Feststellung, ob eine körperliche Untersuchung stattgefunden hat
 - mit Anamnese und ggf. Untersuchungs- sowie Röntgenbefund
- (5) Gutachterliche Beurteilung
 - Bezugnahme auf die vorgelegte Planung
 - Feststellung, ob
 - a) eine Behandlungsbedürftigkeit gemäß § 4 der PAR-Richtlinie vorliegt,
 - b) die Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Rahmen der GKV gegeben ist
 - Ggf. Empfehlungen oder Ergänzungen der Behandlungsplanung mit Begründung
- (6) Zusammenfassendes Ergebnis der Beurteilung
- (7) Eigenhändige Unterschrift und ggf. Stempel des Gutachters

Gutachter sowie Obergutachter können entsprechend § 6 der Anlage 5 zum BMV-Z Gebühren in Rechnung stellen. Diese errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils KZV-spezifischen Punktwerten. Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.

- a) Gutachten zu einer Behandlungsplanung oder zu zu einem Antrag auf Verlängerung der UPT nach Auswertung von Röntgenaufnahmen, bei ablehnender Stellungnahme mit fachlicher Begründung: 80 Punkte
- b) Für die körperliche Untersuchung des Patienten 18 Punkte
- c) Für Obergutachten wird die Gebühr jeweils vom Fachberater für Parodontologie der KZBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband festgesetzt.

Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 12,20 EUR je Gutachten abgegolten.

Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. Die GOÄ-Nrn. 7700 oder 7750 können nicht zusätzlich abgerechnet werden.

Die Umsatzsteuer kann bei Umsatzsteuerpflicht ebenfalls auf dem Vordruck **6d: Abrechnung Begutachtung** eingetragen werden.

Soweit neben dem Parodontalstatus auch ein Heil- und Kostenplan für Zahnersatz begutachtet wird, gilt Anlage 6 zum BMV-Z.

Für die Abrechnung der Gebühren ist der Vordruck 6d der Anlage 14a zum BMV-Z vom Gutachter zu verwenden.

1.1 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V)

Auszug:

§ 1 Solidarität und Eigenverantwortung

(3) Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.

§ 2 Leistungen

(4) Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

§ 27 Krankenbehandlung

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst

1. [...],
2. zahnärztliche Behandlung,
 - 2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
3. [...]

§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

(1) [...]

(2) Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. [...]

§ 73 Kassenärztliche Versorgung

(1) [...]

(2) Die vertragsärztliche Versorgung umfasst die

1. [...]
2. zahnärztliche Behandlung und kieferorthopädische Behandlung nach Maßgabe des § 28 Abs. 2,

2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, soweit sie § 56 Abs. 2 entspricht.

3. [...]

§ 87 SGB V Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte

1(c) Die Krankenkassen können in den in § 275 Absatz 1, 2 und 3 geregelten Fällen insbesondere

1. bei kieferorthopädischen Maßnahmen,
2. bei der Behandlung von Parodontopathien,
3. bei der Versorgung von Zahnersatz und Zahnkronen, einschließlich der Prüfung der Gewährleistung nach § 136a Absatz 4 Satz 3,
4. für implantologische Maßnahmen bei Ausnahmeindikationen gemäß § 28 Absatz 2 Satz 9

abweichend von § 275 Absatz 1, 2 und 3 statt einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes eine gutachterliche Stellungnahme im Wege des nach Satz 2 im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterverfahrens einholen. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag das Nähere zu einem Gutachterverfahren für Zahnärzte insbesondere zur Bestellung der Gutachter, zur Einleitung des Gutachterverfahrens und zur Begutachtung sowie die Maßnahmen und Behandlungen die Gegenstand des Gutachtenverfahrens sein können. Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowie für ihren regionalen Zuständigkeitsbereich die Partner der Gesamtverträge können vereinbaren, dass die Krankenkassen einheitlich für die im Bundesmantelvertrag näher bestimmten Maßnahmen und Behandlungen ausschließlich das nach Satz 2 vorgesehene Gutachterverfahren anwenden oder ausschließlich die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst vornehmen lassen. Der behandelnde Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von der Krankenkasse benannten vertragszahnärztlichen Gutachter die für die gutachterliche Stellungnahme erforderlichen Daten zu übermitteln. Der vertragszahnärztliche Gutachter darf die vom Vertragszahnarzt übermittelten Daten nur zur Erstellung der in Satz 1 genannten gutachterlichen Stellungnahme verarbeiten. Im Übrigen gelten § 275 Absatz 5, § 276 Absatz 1, 2 Satz 2 und Absatz 3 und § 277 Absatz 1 Satz 1 bis 3 für das im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehene Gutachterwesen entsprechend.

§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten [...]. Er soll insbesondere Richtlinien beschließen über die

1. [...]
2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlung,
3. [...]

1.2 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

1.2.1 Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) in der ab 1. Juli 2021 gültigen Fassung

§ 1 Regelungsgegenstand

Diese Richtlinie regelt gemäß § 28 Absatz 2 Satz 1, § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) die Voraussetzungen zur Erbringung von Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Richtlinie dient der Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der zahnmedizinischen Erkenntnisse und des zahnmedizinischen Fortschrittes.

§ 2 Grundlagen der Erkrankung und Ziele der Behandlung

(1) Parodontitis ist eine chronisch entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparats (Parodont). Das Parodont besteht aus dem Zahnfleisch (Gingiva), dem Wurzelzement, der Wurzelhaut (Desmodont) und dem Alveolarknochen. Bakterielle Zahnbeläge (dentaler Biofilm) können eine Entzündung der Gingiva hervorrufen. Folge der Entzündungsreaktion ist eine Gingivitis. Durch eine Veränderung des Biofilms und bestimmter, teilweise durch die Betroffenen beeinflussbare Risikofaktoren, beispielsweise Rauchen, Diabetes mellitus und psychosoziale Belastungen, kann es zur Progression der Entzündung kommen, die schließlich zu einer Parodontitis führt. Die entzündungsbedingten Veränderungen des Saumepithels führen zu einer Ausdehnung des Biofilms in den subgingivalen Bereich. Etabliert sich die Entzündung, entstehen Zahnfleischtaschen, die die Vermehrung der parodontopathogenen Bakterien weiter begünstigen. Durch die Abwehrreaktion des Körpers kommt es zum Attachment- und Alveolarknochenverlust. Schreitet der Abbauprozess weiter fort, führt dieser zu einer Zahnlockerung und gegebenenfalls zu Zahnstellungsveränderungen bis hin zum Zahnverlust.

(2) Die Ziele der systematischen Behandlung von Parodontitis sind es, entzündliche Veränderungen des Parodonts zum Abklingen zu bringen, einem weiteren Attachment- und Zahnverlust und damit der Progredienz der Erkrankung vorzubeugen und den Behandlungserfolg langfristig zu sichern.

§ 3 Anamnese, Befund, Diagnose und Dokumentation (Parodontalstatus)

(1) Grundlage für die Therapie sind die allgemeine und die parodontitisspezifische Anamnese, der klinische Befund ergänzt in Abhängigkeit von der rechtfertigenden Indikation durch Röntgenaufnahmen und Röntgenbefund, die Diagnose und die vertragszahnärztliche Dokumentation.

(2) Die parodontitisspezifische Anamnese umfasst die Erhebung von Risikofaktoren für Parodontitis:

1. Diabetes mellitus mit Angabe des HbA1c-Werts,

2. Tabakkonsum (< 10 Zigaretten/Tag, ≥ 10 Zigaretten/Tag oder äquivalenter Konsum anderer Tabakerzeugnisse oder verwandter Erzeugnisse).

(3) Die Dokumentation des klinischen Befunds umfasst:

1. Sondierungstiefen und Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn, eine davon mesioapproximal und eine davon distoapproximal. Liegt die Sondierungstiefe zwischen zwei Millimetermarkierungen, wird der Wert auf den nächsten ganzen Millimeter aufgerundet,
2. Zahnlockerung:
 Grad 0 = normale Zahnbeweglichkeit,
 Grad I = gering horizontal (0,2 mm – 1 mm),
 Grad II = moderat horizontal (mehr als 1 mm),
 Grad III = ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und in vertikaler Richtung,
3. Furkationsbefall:
 Grad 0 = keine Furkationsbeteiligung sondierbar,
 Grad I = bis 3 mm in horizontaler Richtung sondierbar,
 Grad II = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung, jedoch nicht durchgängig sondierbar,
 Grad III = durchgängig sondierbar,
4. Zahnverlust aufgrund Parodontitis.

(4) Der Röntgenbefund erfordert aktuelle (in der Regel nicht älter als zwölf Monate) auswertbare Röntgenaufnahmen. Der Röntgenbefund umfasst den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe Knochenabbau (%/Alter).

(5) Die Diagnosen sind gemäß der jeweils gültigen Klassifikation der Parodontalerkrankungen der maßgeblichen parodontologischen wissenschaftlichen Fachgesellschaft anzugeben.

(6) Bei Versicherten, die Leistungen nach § 22a SGB V erhalten, soll der Dokumentationsbogen gemäß § 8 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) in die Planung der Therapie einbezogen werden.

§ 4 Behandlungsbedürftigkeit der Parodontitis

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

1. Parodontitis

a) Staging:

aa) Basierend auf Schweregrad und Komplexität des Managements

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

bb) Ausdehnung und Verteilmuster, Beschreibung:

- lokalisiert: <30% der Zähne,
- generalisiert: ab 30% der Zähne,
- Molaren-Inzisiven-Muster,

b) Grading:

Hinweis oder Risiko für rasche Progression, erwartetes Behandlungsergebnis

Grad A: langsame Progressionsrate,

Grad B: moderate Progressionsrate,

Grad C: rasche Progressionsrate,

2. Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen,

3. Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen.

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

§ 5 Begutachtung und Genehmigung

Die Durchführung der systematischen Parodontitistherapie und eine Verlängerung nach § 13 Absatz 4 bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Der Antrag wird der Krankenkasse mittels eines zwischen den Bundesmantelvertragspartnern vereinbarten Datensatzes übermittelt. Die Krankenkasse kann vor der Kostenübernahmeentscheidung die diagnostischen Unterlagen und die Versicherten begutachten lassen.

§ 6 Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch

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),
2. die Information über die Bedeutung von gesundheitsbewusstem Verhalten zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren (zum Beispiel Verweis auf ärztliche Behandlung bei Versicherten, bei denen die allgemeine Anamnese Hinweise auf nicht adäquat behandelte Allgemeinerkrankungen gibt, Rat zur Einstellung oder Einschränkung von Tabakkonsum),
3. die Information über Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen.

§ 7 Konservierend-chirurgische Maßnahmen

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

§ 8 Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung

Im zeitlichen Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie nach § 9 erfolgt zur Sicherung eines langfristigen Behandlungserfolgs eine patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung des oder der Versicherten. Die Mundhygieneunterweisung umfasst:

1. eine Mundhygieneaufklärung; hierbei soll in Erfahrung gebracht werden, über welches Wissen zu parodontalen Erkrankungen die oder der Versicherte verfügt, wie ihre oder seine Zahnpflegegewohnheiten aussehen und welche langfristigen Ziele bezogen auf ihre oder seine Mundgesundheit die oder der Versicherte verfolgt,
2. die Bestimmung des Entzündungszustandes der Gingiva,
3. das Anfärben von Plaque,
4. eine individuelle Mundhygieneinstruktion,
5. die praktische Anleitung zur risikospezifischen Mundhygiene; hierbei sollten die individuell geeigneten Mundhygienehilfsmittel bestimmt und deren Anwendung praktisch geübt werden.

Die Mundhygieneunterweisung soll in einer die jeweilige individuelle Versicherungssituation berücksichtigenden Weise erfolgen. Bei Versicherten, die Leistungen nach § 22a SGB V erhalten, sollen bereits erfolgte Maßnahmen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) berücksichtigt werden.

§ 9 Antiinfektiöse Therapie (geschlossenes Vorgehen)

Die antiinfektiöse Therapie dient der Beseitigung der entzündlichen Prozesse; Blutung bzw. Suppuration auf Sondierung sollen weitgehend eliminiert werden. Die antiinfektiöse Therapie erfolgt im Rahmen eines geschlossenen Vorgehens und sollte nach Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen abgeschlossen werden. Dabei werden bei Zahnfleischtaschen mit einer Sondierungstiefe von 4 mm und mehr alle supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkremente) entfernt.

§ 10 Adjuvante Antibiotikatherapie

(1) Bei besonders schweren Formen der Parodontitis, die mit einem raschen Attachmentverlust einhergehen, können systemisch wirkende Antibiotika im zeitlichen Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie verordnet werden.

(2) Eine mikrobiologische Diagnostik sowie eine lokale Antibiotikatherapie sind nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

§ 11 Befundevaluation

Drei bis sechs Monate nach Beendigung der antiinfektiösen Therapie erfolgt die erste Evaluation der parodontalen Befunde. Die hierzu notwendige Dokumentation des klinischen Befunds umfasst:

1. Sondierungstiefen und Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn, eine davon mesioapproximal und eine davon distoapproximal. Liegt die Sondierungstiefe zwischen zwei Millimetermarkierungen, wird der Wert auf den nächsten ganzen Millimeter aufgerundet,
2. Zahnlockerung:
Grad 0 = normale Zahnbeweglichkeit,
Grad I = gering horizontal (0,2 mm – 1 mm),
Grad II = moderat horizontal (mehr als 1 mm),
Grad III = ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und in vertikaler Richtung.
3. Furkationsbefall:
Grad 0 = keine Furkationsbeteiligung sondierbar,
Grad I = bis 3 mm in horizontaler Richtung sondierbar,
Grad II = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung, jedoch nicht durchgängig sondierbar,
Grad III = durchgängig sondierbar.

Der Röntgenbefund umfasst den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe Knochenabbau (%/Alter). Der Vergleich mit den Befunddaten erlaubt die zielgenaue Planung des weiteren Vorgehens.

§ 12 Chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)

(1) Nach dem geschlossenen Vorgehen ist zu prüfen, ob die zahnmedizinische Notwendigkeit besteht, an einzelnen Parodontien zusätzlich ein offenes Vorgehen durchzuführen. Dies kann für Parodontien angezeigt sein, bei denen im Rahmen der Befundevaluation gemäß § 11 eine Sondierungstiefe von ≥ 6 mm gemessen wurde. Die Entscheidung, ob ein offenes Vorgehen durchgeführt werden soll, trifft die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt nach gemeinsamer Erörterung mit der oder dem Versicherten. Im Frontzahnbereich besteht aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen. Sofern auf Grundlage der Entscheidung nach Satz 3 ein offenes Verfahren durchgeführt wird, gibt die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt diese Entscheidung der Krankenkasse zur Kenntnis.

(2) Drei bis sechs Monate nach Beendigung der chirurgischen Therapie erfolgen eine erneute Befundevaluation und deren Erörterung. § 11 gilt entsprechend.

§ 13 Unterstützende Parodontistherapie (UPT)

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

(2) Die UPT umfasst

1. die Mundhygienekontrolle,
2. soweit erforderlich eine erneute Mundhygieneunterweisung,
3. die vollständige supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen,
4. bei Sondierungstiefen von ≥ 4 mm und Sondierungsbluten sowie an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von ≥ 5 mm die subgingivale Instrumentierung an den betroffenen Zähnen,
5. ab dem zweiten Jahr einmal im Kalenderjahr die Untersuchung des Parodontalzustands; die hierzu notwendige Dokumentation des klinischen Befunds umfasst:

a) Sondierungstiefen und Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn, eine davon mesioapproximal und eine davon distoapproximal. Liegt die Sondierungstiefe zwischen zwei Millimetermarkierungen, wird der Wert jeweils auf den nächsten ganzen Millimeter aufgerundet,

b) Zahnlockerung:

Grad 0 = normale Zahnbeweglichkeit,

Grad I = gering horizontal (0,2 mm – 1 mm),

Grad II = moderat horizontal (mehr als 1 mm),

Grad III = ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und in vertikaler Richtung,

c) Furkationsbefall:

Grad 0 = keine Furkationsbeteiligung sondierbar,

Grad I = bis 3 mm in horizontaler Richtung sondierbar,

Grad II = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung, jedoch nicht durchgängig sondierbar,

Grad III = durchgängig sondierbar,

d) röntgenologischer Knochenabbau sowie die Angabe Knochenabbau (%/Alter).

(3) Die in Absatz 2 geregelten Maßnahmen der UPT sollen für einen Zeitraum von zwei Jahren regelmäßig erbracht werden. Die Frequenz der Erbringung der Maßnahmen der UPT richtet sich nach dem gemäß § 4 Nummer 1 Buchstabe b festgestellten Grad der Parodontalerkrankung:

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.

(4) Soweit über diesen Zeitraum hinaus eine Verlängerung der UPT-Maßnahmen zahnmedizinisch erforderlich ist, bedarf diese Verlängerung, die in der

Regel nicht länger als sechs Monate sein darf, einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Die Krankenkasse prüft den Antrag unter Beachtung der Vorgaben des § 13 Absatz 3a SGB V.

§ 14 Evaluation

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

1.2.2 Behandlungs-Richtlinie Auszug B.I. Ziffer 2

B. Vertragszahnärztliche Behandlung

I. Befunderhebung und Diagnose einschließlich Dokumentation; Parodontaler Screening-Index (PSI)

...

2. Versicherte haben einmal innerhalb von zwei Jahren Anspruch auf Erhebung des Parodontalen Screening-Index (PSI). Der PSI bietet einen orientierenden Überblick über das mögliche Vorliegen oder die Schwere einer parodontalen Erkrankung und den Behandlungsbedarf. Sind Anzeichen einer parodontalen Erkrankung festgestellt worden, ist eine gezielte Diagnostik nach § 3 der Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) erforderlich. Die Messung des PSI erfolgt bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr an den Indexzähnen 11, 16, 26, 31, 36, 46 bzw. bei deren Fehlen an den benachbarten bleibenden Zähnen. Der Durchbruch dieser Zähne sollte abgeschlossen sein. Bei Erwachsenen erfolgt die Messung an allen vorhandenen Zähnen mit Ausnahme der Weisheitszähne. Die Befundung wird mittels einer Mess-Sonde (WHO-Sonde) mit halbkugelförmiger Spitze und Markierung (schwarzes Band zwischen 3,5 und 5,5 mm) durchgeführt. Zur Erhebung ist das Gebiss in Sextanten eingeteilt. Aufgezeichnet wird der höchste Wert pro Sextant:

Code 0 =

schwarzes Band bleibt vollständig sichtbar (Sondierungstiefe < 3,5 mm), keine Blutung, kein Zahnstein und keine defekten Restaurationsränder,

Code 1 =

schwarzes Band bleibt vollständig sichtbar (Sondierungstiefe < 3,5 mm), Blutung auf Sondieren, kein Zahnstein und keine defekten Restaurationsränder,

Code 2 =

schwarzes Band bleibt vollständig sichtbar (Sondierungstiefe < 3,5 mm), Zahnstein und/oder defekte Restaurationsränder,

Code 3 =

schwarzes Band bleibt teilweise sichtbar (Sondierungstiefe 3,5 – 5,5 mm),

Code 4 =
schwarzes Band verschwindet ganz (Sondierungstiefe > 5,5 mm).

Wird an einem Parodontium ein Wert von Code 4 gemessen, wird für den Sextanten die Messung beendet und für den Sextanten ein Wert von Code 4 eingetragen. Sextanten ohne oder mit nur einem Zahn werden mit einem „X“ kenntlich gemacht. Klinische Abnormitäten (z. B. Furkationsbeteiligungen, mukogingivale Probleme, Rezessionen $\geq 3,5$ mm, Zahnbeweglichkeit etc.) werden mit einem Stern „*“ gekennzeichnet und eine Einordnung in den nächsthöheren als den per Messung festgestellten Code vorgenommen.

Die Information der Versicherten über das Untersuchungsergebnis, den möglichen Behandlungsbedarf sowie die Notwendigkeit einen klinischen und einen röntgenologischen Befund zu erstellen sowie die Diagnose zu stellen, erfolgt auf einem von der Vertragszahnärztin oder dem Vertragszahnarzt auszufüllendem Vordruck. Der oder die Versicherte erhält eine Kopie des ausgefüllten Vordrucks. Die Einzelheiten zum Format des Vordrucks werden vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vereinbart. Der Vordruck ist patientenverständlich zu fassen.

1.2.3. Behandlungs-Richtlinie Auszug B. V.

B. Vertragszahnärztliche Behandlung

V. Behandlung von Parodontalerkrankungen außerhalb der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen

1. Neben der Behandlung nach der Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) gehört zur vertragszahnärztlichen Versorgung die Behandlung von

1. Parodontalabszessen,
2. nekrotisierenden Parodontalerkrankungen,
3. endodontal-parodontalen Läsionen. Dieser Behandlung geht in der Regel eine endodontische Behandlung voraus.

Nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehört die Behandlung der Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten angewachsenen Schleimhaut.

2. Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) erhalten

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

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

Die Leistungen erhalten die Versicherten nach Satz 1 wie folgt:

a) Erhebung von Anamnese, Befund und Diagnose nach § 3 PAR-Richtlinie als Grundlage für die Therapie, sofern dies aufgrund der individuellen Situation der Versicherten oder des Versicherten nicht vollständig möglich ist, zumindest die Messung der Sondierungstiefen an mindestens zwei Stellen pro Zahn (mesioapproximal und distoapproximal) in Millimetern,

b) bei Sondierungstiefen von ≥ 4 mm Behandlung der Parodontitis mittels antiinfektiöser Therapie nach § 9 PAR-Richtlinie.

Bei Versicherten, die einer Behandlung in Allgemeinnarkose bedürfen, kann in Ausnahmefällen an Zähnen mit einer Sondierungstiefe von ≥ 6 mm anstelle der antiinfektiösen Therapie eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen) erfolgen. Die Entscheidung, ob ein offenes Vorgehen durchgeführt wird, trifft die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt nach gemeinsamer Erörterung mit der oder dem Versicherten oder ihrer oder seiner Bezugsperson. Im Frontzahnbereich besteht aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen.

c) adjuvante systemische Antibiotikatherapie entsprechend § 10 PAR-Richtlinie

d) drei bis sechs Monate nach Beendigung der antiinfektiösen oder gegebenenfalls der chirurgischen Therapie, für die Dauer von zwei Jahren einmal je Kalenderhalbjahr mit einem Mindestabstand von fünf Monaten:

- die Messung der Sondierungstiefen an mindestens zwei Stellen pro Zahn (mesioapproximal und distoapproximal) in Millimetern sowie die Erhebung von Sondierungsbluten und
- die subgingivale Instrumentierung an den betroffenen Zähnen, mit einer Sondierungstiefe von ≥ 4 mm und Sondierungsbluten sowie an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von ≥ 5 mm, sowie
- die vollständige supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anheftenden Biofilmen und Belägen.

1.3 Auszüge aus dem Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z)

1.3.1 Anlage 1 Ziffer 5 – Behandlungsplanung und Erstellung der Abrechnung

**Vereinbarung zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband
In der Fassung vom 25.04.2018, Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018
Zuletzt geändert am 16.08.2021, mit Wirkung ab dem 01.07.2021**

5. Planung und Abrechnung von Leistungen bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen (BEMA-Teil 4)

5.1 Behandlungsplanung

¹Für die Planung der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen (BEMA-Teil 4) gilt Anlage 5 zum BMV-Z. ²Ab der Einführung des elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahrens gewährleistet die unveränderliche Antragsnummer die Erzeugung sog. Parodontalfälle.

5.2 Abrechnung

¹Die Abrechnung der parodontologischen Leistungen erfolgt im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern. ²Die erste Abrechnung erfolgt frühestens nach Abschluss der antiinfektiösen Therapie (AIT) über die Monatsabrechnung. ³Ab diesem Zeitpunkt ist jede weitere Leistung monatlich abrechenbar. ⁴Zu jeder Leistung ist der Behandlungstag anzugeben. ⁵Der Zwei-Jahres-Zeitraum der UPT beginnt am Tag der Erbringung der ersten UPT-Leistung. ⁶Im Falle einer Verlängerung der UPT können die Leistungen abgerechnet werden, die innerhalb des genehmigten Verlängerungszeitraums erbracht wurden. ⁷Bei der Abrechnung ist der am Tag der jeweiligen Leistungserbringung gültige Punktwert für die Leistung anzusetzen. ⁸Leistungen, die zur Behandlung von Parodontitis außerhalb der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen bei den anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V erbracht werden, sind mit dem Buchstaben „S“ zu kennzeichnen. ⁹Leistungen der UPT, die im Rahmen der Verlängerung erbracht werden, sind mit dem Buchstaben „V“ zu kennzeichnen.

1.3.2 Anlage 5 – Gutachtervereinbarung

Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen

**zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband
In der Fassung vom 25.04.2018, Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018
Zuletzt geändert am: 16.08.2021, mit Wirkung ab dem 01.07.2021**

§ 1 Antrags- und Genehmigungsverfahren

(1) ¹Vor Beginn einer systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen ist vom Vertragszahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Parodontalstatus (Blatt 1 – Vordruck 5a und Blatt 2 – Vordruck 5b der Anlage 14a zum BMV-Z) zu erstellen. ²Der Vertragszahnarzt sendet den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) der Krankenkasse zu.

(2) ¹Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse zügig, spätestens nach Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) mit der Kostenübernahmeerklärung an den Vertragszahnarzt zurück. ²Mit der Behandlung soll erst nach Eingang der Kostenübernahmeerklärung begonnen werden; hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen. ³Der Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) ist dem Vertragszahnarzt auch dann zurückzusenden, wenn eine Kostenübernahme nicht erfolgt. ⁴Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund des Parodontalstatus die Kosten übernommen hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.

(3) Stellt sich nach Abschluss der antiinfektiösen Therapie (geschlossenes Verfahren) im Rahmen der Befundevaluation heraus, dass eine chirurgische Therapie (offenes Verfahren) an einzelnen Parodontien erforderlich ist, ist diese vom Vertragszahnarzt unter Verwendung des Vordrucks 5c der Anlage 14a zum BMV-Z der Krankenkasse zur Kenntnis zu geben.

(4) ¹Die Kostenübernahmeerklärung gemäß Absatz 2 Satz 1 schließt Maßnahmen der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren ein. ²Eine Verlängerung der UPT-Maßnahmen über diesen Zeitraum hinaus ist vom Vertragszahnarzt unter Verwendung des Vordrucks 5d der Anlage 14a zum BMV-Z möglichst zeitnah nach Erbringung der letzten UPT-Leistung bei der Krankenkasse zu beantragen. ³Die Verlängerung darf in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten; der Verlängerungszeitraum beginnt mit dem Tag der Kostenübernahmeerklärung zu laufen. ⁴Der Vertragszahnarzt sendet den Antrag auf Verlängerung der Krankenkasse zu. ⁵Im Übrigen gelten die Regelungen von Absatz 2 sinngemäß.

(5) Werden im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen prothetische Maßnahmen oder Maßnahmen zur Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen erforderlich, so ist ein Heil- und Kostenplan für die prothetische Behandlung bzw. ein Behandlungsplan bei Kiefergelenkserkrankungen beizufügen.

§ 2 Einleitung des Gutachterverfahrens

(1) ¹Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Parodontalstatus sowie den Antrag auf Verlängerung der UPT begutachten lassen. ²Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. ³In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für

die geplante Behandlung übernimmt. ⁴Kann die Krankenkasse die Frist nach Satz 3 nicht einhalten, teilt sie dies dem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. ⁵Sie erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung des Vordrucks 6a der Anlage 14a zum BMV-Z.

(2) ¹Die Krankenkasse sendet den Parodontalstatus (Blatt 1 – Vordruck 5a und Blatt 2 – Vordruck 5b der Anlage 14a zum BMV-Z) an den Vertragszahnarzt zurück und informiert ihn über die Einleitung des Gutachterverfahrens durch Übermittlung eines Exemplars des Vordrucks 6a. ²Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von ihr benannten Gutachter beide Blätter des Parodontalstatus zusammen mit den Befundunterlagen (Röntgenaufnahmen) unverzüglich zuzuleiten.

(3) ¹Die Krankenkasse sendet den Antrag auf Verlängerung der UPT-Maßnahmen (Vordruck 5d der Anlage 14a zum BMV-Z) an den Vertragszahnarzt zurück und informiert ihn über die Einleitung des Gutachterverfahrens durch Übermittlung eines Exemplars des Vordrucks 6a. ²Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem von ihr benannten Gutachter den Verlängerungsantrag zusammen mit der Dokumentation der erneuten Untersuchung des Parodontalzustands nach BEMA-Nr. UPT g bzw. bei Grad B und C mit der Dokumentation der erneuten Messung der Sondierungstiefen und Sondierungsblutung nach BEMA-Nr. UPT d und – falls zwischenzeitlich angefertigt – aktuelle Röntgenbilder der zu behandelnden Zähne unverzüglich zuzuleiten.

§ 3 Begutachtung

(1) ¹Der Gutachter nimmt zum Parodontalstatus unter Verwendung des Vordrucks 6b der Anlage 14a zum BMV-Z Stellung. ²Soweit erforderlich, empfiehlt der Gutachter Ergänzungen und Änderungen des Parodontalstatus. ³Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalls sind in kollegialer Weise zu klären.

(2) ¹Der Gutachter ist verpflichtet, den eingehenden Parodontalstatus nach Vorlage der vom behandelnden Zahnarzt vorzulegenden Befundunterlagen innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. ²Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. ³Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochen-Frist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. ⁴Die Befundunterlagen sind dem behandelnden Vertragszahnarzt unmittelbar zurückzusenden.

(3) ¹Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. ²Der Gutachter setzt die Krankenkasse hiervon in Kenntnis. ³Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) von der Krankenkasse zu vergüten.

(4) ¹Der Gutachter kann eine Untersuchung des Versicherten durchführen. ²Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicher-

ten festgelegt. ³Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind hiervon vom Gutachter zu unterrichten. ⁴Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

(5) ¹Befürwortet der Gutachter den Parodontalstatus, so vermerkt er dies auf dem Parodontalstatus (Blatt 2) und sendet Blatt 1 und 2 der Krankenkasse zu. ²Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. ³Befürwortet er den Parodontalstatus nicht, so sendet er Blatt 1 und 2 mit seiner schriftlichen Stellungnahme der Krankenkasse, die übrigen Unterlagen dem Vertragszahnarzt zurück. ⁴Die Krankenkasse übersendet beide Blätter des Parodontalstatus sowie ggf. die gutachterliche Stellungnahme dem Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die Kosten übernimmt.

(6) Die vorstehenden Absätze 1 bis 5 gelten für die Begutachtung eines Antrags auf Verlängerung der UPT i. S. d. § 1 Absatz 4 entsprechend.

§ 4 Obergutachten

(1) ¹Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Parodontalstatus oder zum Antrag auf Verlängerung der UPT können Vertragszahnarzt oder Krankenkasse innerhalb eines Monats nach Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der KZBV Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. ²Der Einspruch ist ausreichend zu begründen.

(2) Der Vertragszahnarzt bzw. die Krankenkasse übersendet der KZBV beide Blätter des Parodontalstatus bzw. den Antrag auf Verlängerung der UPT, das Gutachten und – wenn der Vertragszahnarzt Einspruch eingelegt hat – die Entscheidung der Krankenkasse.

(3) Im Übrigen gelten die Bestimmungen der §§ 2 und 3 entsprechend.

§ 5 Kostentragung

¹Die Kosten für die Begutachtung der Behandlungsplanung trägt die Krankenkasse. ²Die Kosten des Obergutachtens trägt die Krankenkasse, es sei denn, der Einspruch des Vertragszahnarztes gegen die Stellungnahme des Gutachters bleibt erfolglos. ³In diesem Fall hat der Vertragszahnarzt die Kosten des Obergutachtens vollständig oder anteilig zu tragen.

§ 6 Gutachtergebühren

(1) ¹Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. ²Die Punktwerte für Gutachten werden durch die Gesamtvertragspartner vereinbart. ³Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.

a) Gutachten zu einer Behandlungsplanung oder zu einem Antrag auf Verlängerung der UPT nach Auswertung von Röntgenaufnahmen, bei ablehnender Stellungnahme mit fachlicher Begründung: 80 Punkte

b) Für die körperliche Untersuchung des Patienten: 18 Punkte

c) Für Obergutachten wird die Gebühr jeweils vom Fachberater für Parodontologie der KZBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband festgesetzt.

(2) Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 12,20 EUR je Gutachten abgegolten.

(3) ¹Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. ²Die Nrn. 7700 und 7750 können nicht zusätzlich abgerechnet werden.

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

PARODONTALSTATUS Blatt 1

vom _____

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

Diagnose <input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen _____ <input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen

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

Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)		
<input type="checkbox"/> Lokalisiert (< 30 % der Zähne)	<input type="checkbox"/> Generalisiert (≥ 30 % der Zähne)	<input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster

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

Anschrift Krankenkasse

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

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Vordr. 5a (2001 07.2001) "Vordruck 5a, 2. Auflage gültig" - SCHÜTZERBUCH 34 (01/19 07/21 41) www.kassensystem.de

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

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

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

Folgende Leistungen werden angezeigt:

Geb.-Nr.	Zahnangabe
CPT a	
CPT b	

Vordr. 5c (2008 07.2011) "Verordn. u. z. Abw. p.d.Ä." - SCHÜTZDRUCK 74.9111/18.11.14 www.kv-bw.de

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

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

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

vom _____

Begründung:

- Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene
- Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit
- Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – geschlossenes Vorgehen
- Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – offenes Vorgehen an Zähnen mit ST \geq 6 mm (an den Zähnen, bei denen ein offenes Vorgehen erforderlich ist, erfolgt dieses anstelle der AIT)

Folgende Leistungen werden angezeigt:

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

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Name und Anschrift der Krankenkasse

Je ein Exemplar für den Gutachter, den Zahnarzt und die Krankenkasse

Auftrag zur Begutachtung

Name und Anschrift des Gutachters

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
Versichertennummer	
Name des Zahnarztes	
Anschrift des Zahnarztes	

Wir bitten um Begutachtung der

- vorgesehenen prothetischen Versorgung nach dem Heil- und Kostenplan vom _____ Zutreffendes ankreuzen

ZE
- ausgeführten prothetischen Leistungen, eingegliedert am _____

Mä
- vorgesehenen Behandlung von Kiefergelenkerkrankungen nach dem Behandlungsplan vom _____

KB
- vorgesehenen kieferorthopädischen Behandlung:

KFO

 - Behandlungsplan vom _____
 - Verlängerungsantrag vom _____
 - Therapieänderung vom _____
 - KIG-Einstufung vom _____
 - Antrag auf nachträgliche Leistungen vom _____
- vorgesehenen PAR-Behandlung nach dem PAR-Status vom _____

PAR
- vorgesehenen Verlängerung der UPT nach dem Verlängerungsantrag vom _____

PAR

Wir bitten um gutachterliche Stellungnahme zu folgenden Fragen:

(Ort / Datum)

(Stempel der Krankenkasse und Unterschrift)

Hinweis an den Zahnarzt:

Sie werden gebeten, die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen) gemäß § 2 Abs. 2 der Anlage 4 bzw. 5, § 2 Abs. 4 der Anlage 6 zum BMV-Z dem Gutachter unverzüglich zuzuleiten.

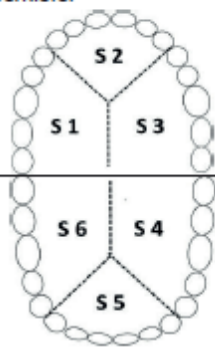
Vordr. 6a (Page 10 of 2020) - 04/18/2018 - 14.04.2018 - 14.04.2018

Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)

Vorname: _____

Name: _____

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

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

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

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

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

Sonstiges/weitere Empfehlung: _____

Ort, Datum _____ Zahnarztstempel _____

1.4 BEMA

1.4.1 Auszug BEMA Teil 1

Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen

04 Erhebung Parodontaler Screening-Index

12

1. Die Messung des Parodontalen Screening-Index (PSI) bei Versicherten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres erfolgt an den Indexzähnen 11, 16, 26, 31, 36, 46 bzw. bei deren Fehlen an den benachbarten bleibenden Zähnen. Der Durchbruch dieser Zähne sollte abgeschlossen sein. Die Messung des PSI bei Versicherten ab Vollendung des 18. Lebensjahres erfolgt an allen vorhandenen Zähnen mit Ausnahme der Weisheitszähne.

2. Die Befunderhebung wird mittels einer Messsonde (WHO-Sonde) mit halbkugelförmiger Spitze und Markierung (schwarzes Band zwischen 3,5 und 5,5 mm) durchgeführt. Zur Erhebung ist das Gebiss in Sextanten eingeteilt. Aufgezeichnet wird der höchste Wert je Sextant:

Code 0 =

schwarzes Band bleibt vollständig sichtbar (Sondierungstiefe < 3,5 mm), keine Blutung, kein Zahnstein und keine defekten Restaurationsränder,

Code 1 =

schwarzes Band bleibt vollständig sichtbar (Sondierungstiefe < 3,5 mm), Blutung auf Sondieren, kein Zahnstein und keine defekten Restaurationsränder,

Code 2 =

schwarzes Band bleibt vollständig sichtbar (Sondierungstiefe < 3,5 mm), Zahnstein und/oder defekte Restaurationsränder,

Code 3 =

schwarzes Band bleibt teilweise sichtbar (Sondierungstiefe 3,5 - 5,5 mm)

Code 4 =

schwarzes Band verschwindet ganz (Sondierungstiefe > 5,5 mm).

Wird an einem Parodontium ein Wert von Code 4 gemessen, wird für den Sextanten die Messung beendet und für den Sextanten ein Wert von Code 4 eingetragen. Sextanten ohne oder mit nur einem Zahn werden durch ein „X“ kenntlich gemacht. Klinische Abnormitäten (z. B. Furkationsbeteiligungen, mukogingivale Probleme, Rezessionen von 3,5 mm und mehr, Zahnbeweglichkeit) werden durch einen Stern „*“ gekennzeichnet.

3. Der Versicherte erhält eine Information über das Untersuchungsergebnis, den möglichen Behandlungsbedarf, die Notwendigkeit zur Erstellung eines

klinischen und eines röntgenologischen Befunds sowie zur Stellung der Diagnose. Diese Informationen erfolgen in einer für den Versicherten verständlichen Art und Weise auf dem Vordruck 11 der Anlage 14a zum BMV-Z.

4. Die Leistung nach Nr. 04 kann in einem Zeitraum von zwei Jahren einmal abgerechnet werden. Sie kann nicht während einer systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen abgerechnet werden.

1.4.2 BEMA Teil 4

Systematische Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen

In diesem Teil nicht aufgeführte Leistungen können nach den anderen Teilen abgerechnet werden.

4 Befunderhebung und Erstellen eines Parodontalstatus 44

ATG Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch 28

1. Das Parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch umfasst die Information des Versicherten über den Befund und die Diagnose, die Erörterung von gegebenenfalls bestehenden Therapiealternativen und deren Bedeutung zur Ermöglichung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung über die nachfolgende Therapie einschließlich der Unterstützenden Parodontitistherapie, die Information über die Bedeutung von gesundheitsbewusstem Verhalten zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren sowie die Information über Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen.

2. Neben der Leistung nach Nr. ATG kann eine Leistung nach Nr. Ä1 in derselben Sitzung nicht abgerechnet werden.

MHU Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung 45

1. Die Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung erfolgt im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. AIT und umfasst folgende Leistungen:

- Mundhygieneaufklärung; hierbei soll in Erfahrung gebracht werden, über welches Wissen zu parodontalen Erkrankungen der Versicherte verfügt, wie seine Zahnpflegegewohnheiten aussehen und welche langfristigen Ziele bezogen auf seine Mundgesundheit der Versicherte verfolgt.
- Bestimmung des Entzündungszustands der Gingiva
- Anfärben von Plaque
- Individuelle Mundhygieneinstruktion
- Praktische Anleitung zur risikospezifischen Mundhygiene; hierbei sollten die individuell geeigneten Mundhygienehilfsmittel bestimmt und deren Anwendung praktisch geübt werden

2. Die Mundhygieneunterweisung soll in einer die jeweilige individuelle Versichertensituation berücksichtigenden Weise erfolgen.

3. Neben der Leistung nach Nr. MHU kann eine Leistung nach Nr. Ä1 in derselben Sitzung nicht abgerechnet werden.

AIT Antiinfektiöse Therapie

a) je behandeltem einwurzeligen Zahn 14

b) je behandeltem mehrwurzeligen Zahn 26

1. Gegenstand der antiinfektiösen Therapie ist die Entfernung aller supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkremente) bei Zahnfleischtaschen mit einer Sondierungstiefe von 4 mm oder mehr. Die Maßnahme erfolgt im Rahmen eines geschlossenen Vorgehens und sollte nach Möglichkeit innerhalb von vier Wochen abgeschlossen werden.

2. Bei besonders schweren Formen der Parodontitis, die mit einem raschen Attachmentverlust einhergehen, kann im zeitlichen Zusammenhang mit der Antiinfektiösen Therapie die Verordnung systemisch wirkender Antibiotika angezeigt sein.

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

4. Die Gingivektomie oder Gingivoplastik sind mit der Nr. AIT abgegolten.

BEV Befundevaluation

a) nach AIT 32

b) nach CPT 32

1. Die Evaluation der parodontalen Befunde im Rahmen der systematischen Parodontitistherapie erfolgt grundsätzlich drei bis sechs Monate nach Beendigung der Antiinfektiösen Therapie gemäß Nr. AIT. Im Falle eines gegebenenfalls erforderlichen offenen Vorgehens erfolgt eine weitere Evaluation grundsätzlich drei bis sechs Monate nach Beendigung der Chirurgischen Therapie gemäß Nr. CPT.

2. Die Dokumentation des klinischen Befunds umfasst die Sondierungstiefen und die Sondierungsblutung, die Zahnlockerung, den Furkationsbefall, den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe des Knochenabbaus in Relation zum Patientenalter (%/Alter). Die erhobenen Befunddaten werden mit den Befunddaten des Parodontalstatus verglichen. Dem Versicherten wird der Nutzen der UPT-Maßnahmen erläutert und es wird mit ihm das weitere Vorgehen besprochen.

3. Neben der Leistung nach Nr. BEV kann eine Leistung nach Nr. Ä1 in derselben Sitzung nicht abgerechnet werden.

CPT	Chirurgische Therapie	
	a) je behandeltem einwurzeligen Zahn	22
	b) je behandeltem mehrwurzeligen Zahn	34
<p>1. Die Chirurgische Therapie erfolgt im Rahmen eines offenen Vorgehens und umfasst die Lappenoperation (einschließlich Naht und/oder Schleimhautverbände) sowie das supra- und subgingivale Debridement.</p> <p>2. Der Chirurgischen Therapie hat ein geschlossenes Vorgehen im Rahmen der Antiinfektiösen Therapie vorauszugehen. Die zahnmedizinische Notwendigkeit für ein offenes Vorgehen kann für Parodontien angezeigt sein, bei denen im Rahmen der Befundevaluation eine Sondierungstiefe von 6 mm oder mehr gemessen wird.</p> <p>3. Mit der Leistung nach Nr. CPT sind während oder unmittelbar danach erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105, 107 und 107 a abgegolten.</p>		
UPT	Unterstützende Parodontistherapie	
	a) Mundhygienekontrolle	18
	b) Mundhygieneunterweisung (soweit erforderlich)	24
	c) Supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen, je Zahn	3
	d) Messung von Sondierungsbluten und Sondierungstiefen, abrechenbar bei Versicherten mit festgestelltem Grad B der Parodontalerkrankung gemäß § 4 PAR-RL im Rahmen der zweiten und vierten UPT gemäß § 13 Abs. 3 PAR-RL, bei Versicherten mit festgestelltem Grad C im Rahmen der zweiten, dritten, fünften und sechsten UPT gemäß § 13 Abs. 3 PAR-RL	15
	e) Subgingivale Instrumentierung bei Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten sowie an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von 5 mm oder mehr, je einwurzeligem Zahn	5
	f) Subgingivale Instrumentierung bei Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten sowie an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von 5 mm oder mehr, je mehrwurzeligem Zahn	12
	g) Untersuchung des Parodontalzustands, die hierzu notwendige Dokumentation des klinischen Befunds umfasst die Sondierungstiefen und die Sondierungsblutung, die Zahnlockerung, den Furkationsbefall, den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe des Knochenabbaus in Relation zum Patientenalter (%/Alter). Die erhobenen Befunddaten werden mit den Befunddaten der Untersuchung nach Nr. BEV oder nach Nr. UPT d verglichen. Dem Versicherten werden die Ergebnisse erläutert und es wird mit ihm das weitere Vorgehen besprochen. Die Leistung nach Nr. UPT g ist ab dem Beginn des zweiten Jahres der UPT einmal im Kalenderjahr abrechenbar.	32

Anhang 2

Wissenschaftliche Mitteilungen der Fachgesellschaften und Leitlinien

Die Fachgesellschaften der DGZMK erstellen zu ihren Fachgebieten eigene Informationstexte, deren Aktualisierung den Fachgesellschaften selbst obliegt. Die DGZMK empfiehlt, die Mitteilungen nicht älter als fünf Jahre werden zu lassen.

Die Verantwortung für die wissenschaftlichen Mitteilungen liegt bei den Fachgesellschaften!

Weitere Informationen sind unter folgendem Link veröffentlicht:

<https://www.dgzmk.de/mitteilungen>

S-3 Leitlinie zur Behandlung von Parodontitis

S3-Leitlinie (Langversion) Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III
Die deutsche Implementierung der S3-Leitlinie „Treatment of Stage I–III Periodontitis“ der European Federation of Periodontology (EFP)
AWMF-Registernummer: 083-043 Stand: Dezember 2020
Gültig bis: November 2025

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/083-043l_S3_Behandlung-von-Parodontitis-Stadium-I-III_2021-02_2.pdf

Impressum

Herausgeber

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Universitätsstraße 73
50931 Köln

Telefon 0221 40 01-0

Fax 0221 40 40 35

E-Mail post@kzbv.de

Website www.kzbv.de

Facebook facebook.com/vertragszahnaerzte

Twitter twitter.com/kzbv

YouTube youtube.com/diekbv

Newsletter-Anmeldung www.kzbv.de/newsletter

Partnerwebsites

www.cirsdent-jzz.de

www.informationen-zum-zahnersatz.de

www.patientenberatung-der-zahnaerzte.de

www.idz.institute

www.zm-online.de

Redaktion

Abteilung Vertrag

Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Gestaltung

atelier wieneritsch

Titelbild

© erikdegraaf / www.fotosearch.de

4., überarb. Auflage, Köln, Juli 2021

Für mehr Informationen unter
www.kzbv.de/leitfaeden-gutachter
scannen Sie bitte den QR-Code
mit Ihrem Smartphone.



