



Klare Regeln

FAQ zur neuen PAR-Richtlinie

Die am 1. Juli in Kraft getretene PAR-Richtlinie führt zu einem hohen Informationsbedarf in den Praxen. Wir geben Antworten auf die häufigsten Fragen.

Allgemeines

Welche Übergangsregeln gelten?

Es gibt einen harten Wechsel ab dem 1. Juli 2021:

- Genehmigungsdatum und Therapiebeginn (Bema-Nrn. P200 bis P203) vor dem 1. Juli 2021: Diese Behandlungen werden nach den alten Regelungen durchgeführt und abgerechnet. Dies gilt auch für eventuell notwendige Therapieergänzungen nach den Bema-Nrn. 202/203 (offenes Vorgehen), welche innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten

nach Durchführung des geschlossenen Vorgehens (P200, P201) zu erfolgen haben. Die Therapieergänzungen sind wie bisher in diesen Fällen genehmigungspflichtig. Werden Behandlungen nach den alten Regelungen abgerechnet, besteht für den Patienten im Rahmen der GKV kein Anspruch auf Leistungen nach UPT.

- Genehmigungsdatum vor dem 1. Juli 2021, aber kein Therapiebeginn bis zum 30. Juni 2021: Wenn bereits ein Antrag nach den bisherigen Regelungen gestellt und genehmigt wurde, der Therapiebeginn aber erst ab Juli erfolgen wird, ist ein neuer Antrag (nach der neuen PAR-Richtlinie) zu stellen und bei der Krankenkasse einzureichen. - CAVE: Der neue Antrag muss als Ausstellungsdatum 1. Juli 2021 oder später haben.

- Für den alten Antrag kann keine Gebühr abgerechnet werden.

- Theoretischer Sonderfall: Auch von einer Krankenkasse (versehentlich) nach dem 1. Juli 2021 genehmigte PAR-Pläne auf altem Formular sind zurückzunehmen und nach den neu geltenden Regelungen zu erstellen.

Laut der neuen PAR-Richtlinie soll die Beantragung in elektronischer Form erfolgen. Wie wird die PAR-Therapie beantragt?

§5 der PAR-Richtlinie sieht vor, dass der Zahnarzt den Antrag zur Durchführung einer systematischen Parodontitistherapie nach festgestellter Diagnose mittels eines Datensatzes an die Krankenkasse zu übermitteln hat. Der Datensatz wird zwischen den Bundesmantelvertragspartnern vereinbart.

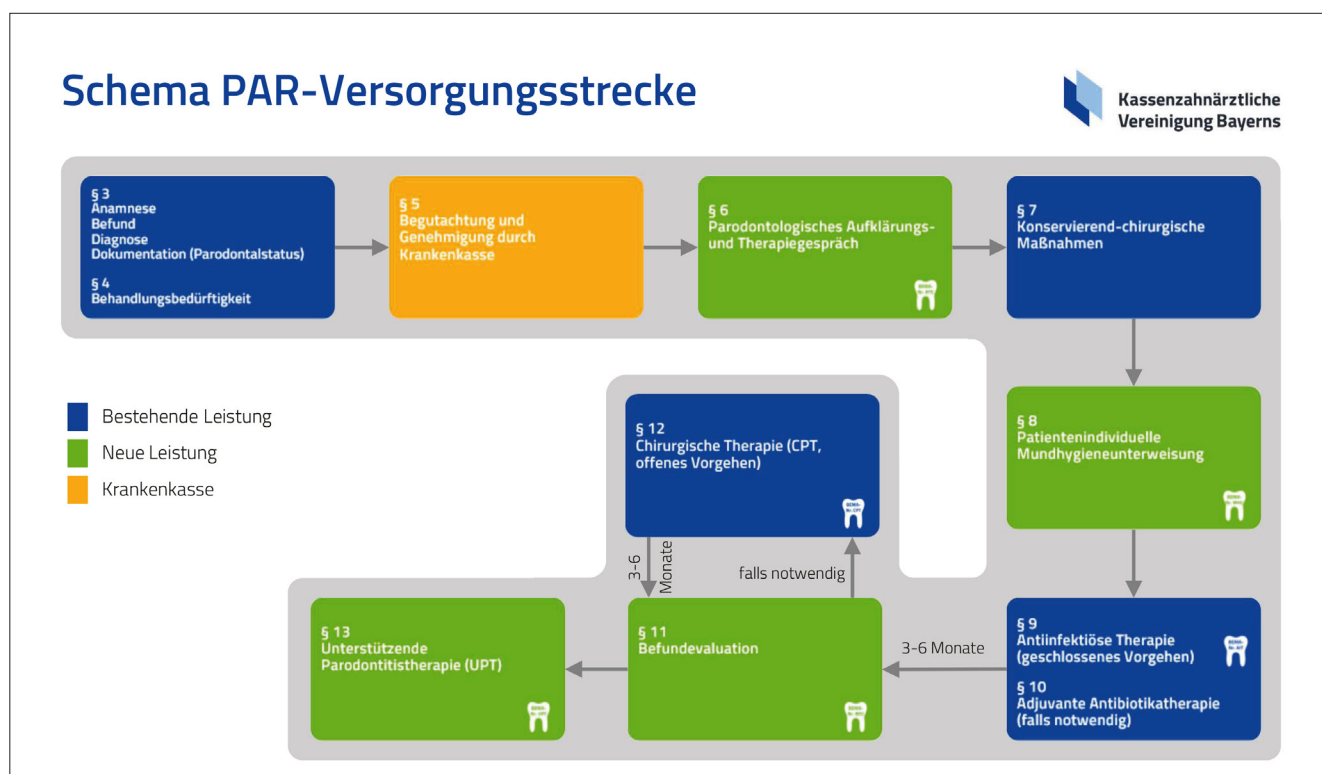


Abbildung: KZVB

Dieses Verfahren wird erst im Laufe des Jahres 2022 zur Verfügung stehen. Anträge sind bis dahin in ausgedruckter Form der Krankenkasse zur Genehmigung vorzulegen. Die entsprechenden Papier-Vordrucke können in der KZVB, wie üblich, angefordert werden.

Wo finde ich Informationen zu den neuen PAR-Vordrucken (Formulare)?

In unserem VirtiClip (Erklärfilm) erläutern wir Ihnen ausführlich mit Beispielen, wie die Formulare ausgefüllt werden. Diese finden Sie unter abrechnungsmappe.kzvb.de und auch auf der Homepage der KZVB.

- VirtiClip – Parodontalstatus Blatt 1: <https://youtu.be/yyUfA2lGyhk>
- VirtiClip – Parodontalstatus Blatt 2: <https://youtu.be/oSr4xhPDKP8>

Als Erstausrüstung haben wir bereits die neuen Formulare (Vordruck 5a – Parodontalstatus Blatt 1, Vordruck 5b – Parodontalstatus Blatt 2 und Vordruck 5c – Mitteilung über eine chirurgische Therapie) an Ihre Praxisadresse versandt.

Wo finde ich Informationen zur PAR-Versorgungsstrecke?

Die PAR-Versorgungsstrecke berücksichtigt den derzeit anerkannten medizinischen Standard und ergibt sich aus den neuen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Auf unserer Homepage finden Sie hierzu in Kürze ein Erklärfilm.

Welche Leistungen sind im Rahmen der Vorbehandlung zu erbringen?

Das „Fehlen von Zahnstein und sonstiger Reizfaktoren“ ist nicht mehr als zwingende Voraussetzung für eine zu beantragende PAR-Therapie beschrieben. Das „Glätten überstehender Füllungs- und Kronenränder“ wurde jedoch in die Regelung des §7 zur konservierend-chirurgischen Therapie explizit aufgenommen. Je nach Indikation ist diese Maßnahme vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie zu erbringen.

Auch die bisher geforderte Mitwirkung des Patienten (Compliance) ist nicht mehr Voraussetzung für eine PAR-Therapie.

Welche Fristen gelten für die neuen PAR-Leistungen?

- **Antimikrobiöse Therapie (AIT)**
 Die antimikrobiöse Therapie (AIT) erfolgt im Rahmen eines geschlossenen Vorgehens und sollte nach Möglichkeit innerhalb von vier Wochen abgeschlossen werden. Die Frist beginnt mit Tag der ersten AIT und endet mit dem Tag der letzten AIT. Die erstmalige Abrechnung erfolgt mit Abschluss der AIT. Alle weiteren Leistungen können danach jeweils monatlich abgerechnet werden.
- **Befundevaluation (BEVa/BEVb)**
 Drei bis sechs Monate nach Beendigung der AIT erfolgt die Evaluation der parodontalen Befunde nach Bema-Nr. BEV a.
 Drei bis sechs Monate nach Beendigung der gegebenenfalls notwendigen CPT (offenes Vorgehen) erfolgt die Evaluation der parodontalen Befunde nach Bema-Nr. BEV b.
- **Unterstützende Parodontitistherapie (UPT)**
 Drei bis sechs Monate nach Abschluss des geschlossenen beziehungsweise

Frequenz der UPT

	Kalenderjahr		Kalenderjahr								
Grad A	UPT a,b,c,e,f		mind. 10 Monate	UPT a,b,c,e,f g							
Grad B	UPT a,b,c,e,f	mind. 5 Monate	UPT a,b,c,e,f d	mind. 5 Monate	UPT a,b,c,e,f g	mind. 5 Monate	UPT a,b,c,e,f d				
Grad C	UPT a,b,c,e,f	mind. 3 Monate	UPT a,b,c,e,f d	mind. 3 Monate	UPT a,b,c,e,f d	mind. 3 Monate	UPT a,b,c,e,f g	mind. 3 Monate	UPT a,b,c,e,f d	mind. 3 Monate	UPT a,b,c,e,f d

Legende:

- UPT a,b,c,e,f:** Mundhygienekontrolle, ggf. -unterweisung, Reinigung aller Zähne, subgingiv. Instrumentierung
- UPT d:** Messung von Sondierungsbluten und Sondierungstiefen
- UPT g:** Untersuchung des Parodontalzustands einschl. röntgenlogischer Knochenabbau (%/Alter)

offenen Vorgehens kann mit der UPT begonnen werden. Die Maßnahmen nach Nrn. UPT a bis g sollen für einen Zeitraum von zwei Jahren regelmäßig erbracht werden. Es besteht die Möglichkeit einer Verlängerung der UPT-Maßnahmen, die in der Regel nicht länger als sechs Monate sein darf. Der Verlängerungsantrag bedarf der vorherigen Genehmigung der Krankenkasse. Der Zweijahreszeitraum der UPT beginnt am Tag der Erbringung der ersten UPT-Leistung.

Was ist der Unterschied zwischen Staging und Grading?

Die Stadien-Einteilung (Staging) bezieht sich auf die Schwere und Komplexität der Erkrankung bei der Erstvorstellung. Die Angaben zum marginalen Knochenabbau (KA) anhand von Röntgenbildern und zum Zahnverlust aufgrund von Parodontitis liefern erste Hinweise auf die Schwere der Erkrankung und die Einordnung in ein bestimmtes Stadium. Komplexitätsfaktoren können eine Höherstufung des Stadiums bewirken.

Die Grad-Einteilung (Grading) beinhaltet die Abschätzung des zukünftigen Risikos für ein Voranschreiten (Progressionsrate) der Parodontitis und das voraussichtliche Ansprechen auf Therapie. Der Grad muss bei Vorhandensein von Risikofaktoren Diabetes und Rauchverhalten nach oben modifiziert werden.

CAVE: Entscheidend für die Frequenz der UPT ist der jeweils festgestellte Grad der Parodontalerkrankung. Eine Änderung im Rahmen der späteren Befundevaluation hinsichtlich des Gradings führt nicht zu einem veränderten Leistungsanspruch der UPT-Frequenz.

Muss über Therapiealternativen aufgeklärt werden? Welche Therapiealternativen gibt es außer der Exaktion?

Nach den Vorgaben des Patientenrechtgesetzes sind GKV-Patienten über alle zahnmedizinisch sinnvollen Therapiealternativen aufzuklären. Dies beinhaltet je nach Indikation die Aufklärung über die unterschiedlichen GKV-Leistungen inklusive gegebenenfalls notwendiger Extraktionen bis hin zu außervertrag-

lichen Maßnahmen wie Knochenaufbau mit Membrantechnik und so weiter.

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

Zum Beispiel können Lappenoperationen zu Gingivaretraktionen und insofern zu ästhetischen Beeinträchtigungen führen. Hierüber muss aufgeklärt werden. Die Entscheidung, ob ein offenes Vorgehen durchgeführt werden soll, trifft der Vertragszahnarzt nach gemeinsamer Erörterung mit dem Patienten. Im Frontzahnbereich besteht aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen. Eine Dokumentation der Inhalte der Aufklärung sowie der Einwilligung/Ablehnung des Patienten ist erforderlich.

Klinische und medizinische Befunde

Wie werden die Messwerte für Taschentiepen gerundet?

Die neue PAR-Richtlinie sieht vor, dass ganze Millimeterangaben einzutragen



Digitalisierung in Deutschland: Eigentlich sollte die Beantragung der neuen PAR-Leistungen papierlos erfolgen. Da dies derzeit noch nicht möglich ist, verschickte die KZVB an alle Praxen eine Erstausrüstung der notwendigen Formulare.

sind. Die bisherigen 0,5 mm-Schritte werden im PAR-Status deshalb nicht mehr eingetragen, sondern auf den nächsten ganzen Millimeter gerundet.

Wie ist der röntgenologische Knochenabbau (KA) zu ermitteln?

Auf dem Röntgenbild wird der Bereich der Dentition bestimmt, der den stärksten Knochenabbau (horizontaler/vertikaler Abbau) aufweist. Dieser Befund wird als prozentualer Knochenabbau in Bezug zur Wurzellänge in der Zeile „Röntg. Knochenabbau (KA)“ dokumentiert. Dieser Wert kann geschätzt werden.

CAVE: Innerhalb der PAR-Versorgungsstrecke ist der röntgenologische Knochenabbau sowie der Wert für den Knochenabbau (%/Alter) zu erheben bei:

- Anamnese und Befund nach Bema-Nr. 4
- Befundevaluation nach Bema-Nrn. BEVa/BEVb
- Unterstützende Parodontitistherapie nach Bema-Nr. UPTg

Wann ist der CAL (clinical attachment loss - klinisch interdentaler Attach-

mentverlust) auf den Parodontalstatus Blatt 1 anzugeben?

Für die Festlegung des Stadiums werden die Schwere und die Komplexität der Erkrankung ermittelt. In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass ein richtlinienkonformes Röntgenbild zur Bestimmung des Knochenabbaus nicht zur Verfügung steht und nicht angefertigt werden kann. In diesen Fällen ist anstelle des Knochenabbaus der interdental klinische Attachmentverlust (CAL) auf den PAR-Statusblatt anzugeben.

CAVE: Bei der Bestimmung des Grades muss dann in diesen Fällen für den Knochenabbauindex auf Röntgenbilder zurückgegriffen werden, die gegebenenfalls älter als zwölf Monate sind.

Ist die Aufnahme des HbA_{1c}-Wertes verpflichtend?

Im Rahmen der Anamnese muss nach einer Diabeteserkrankung und in diesem Zusammenhang auch nach dem HbA_{1c}-Wert gefragt werden. Der HbA_{1c}-Wert ist zur Einschätzung des Risikos für die zukünftige Progression der Parodontitis relevant. Er trägt als „Modifikator“ zur Einstufung des Krankheitsgrads bei.

Diabetiker können den HbA_{1c}-Wert über ihren Hausarzt in Erfahrung bringen.

Leistungen

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

Aus der Darstellung der Behandlungstrecke ergibt sich, dass das ATG im zeitlichen Zusammenhang mit der Aufstellung des Parodontalstatus stattfinden soll. Es kann durchaus in derselben Sitzung wie die Erhebung des Parodontalstatus erfolgen. Es macht nur Sinn, das Gespräch nach der Erhebung des Parodontalstatus durchzuführen, da die Befunde und Diagnosen sowie die Erörterung von eventuell bestehenden Therapiealternativen Leistungsinhalt des Aufklärungs- und Therapiegesprächs sind.

Kann die MHU sitzungsgleich mit der Leistung AIT erbracht werden?

Die patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung erfolgt im zeitlichen Zusammenhang nach Nr. AIT. Die Systematik

der wissenschaftlich anerkannten PAR-Behandlungstrecke muss eingehalten werden. Inwieweit eine sitzungsgleiche Abrechnung im Einzelfall(!) dieser wissenschaftlichen Systematik entspricht, obliegt der Entscheidung des Zahnarztes.

Die UPTe/UPTf beschreiben die subgingivale Instrumentierung bei Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr und Sondierungsbluten sowie an Stellen mit einer Sondierungstiefe von 5 mm oder mehr. Kann hierfür die erforderliche Anästhesie durchgeführt und abgerechnet werden?

In der Regel ist in diesen Fällen eine Anästhesie erforderlich und abrechenbar.

Welcher Befund (Sondierungstiefe) ist ausschlaggebend für die Erbringung der Leistung CPT (chirurgisches Vorgehen)?

Die zahnmedizinische Notwendigkeit für ein offenes Vorgehen kann von Parodontien angezeigt sein, bei denen im Rahmen der Befundevaluation eine Sondierungstiefe von 6 mm oder mehr gemessen wird. Die Durchführung der CPT setzt zwingend ein vorheriges geschlossenes Vorgehen nach der Bema-Nr. AIT voraus. Die Entscheidung, ob ein offenes Vorgehen durchgeführt werden soll, trifft der Vertragszahnarzt nach gemeinsamer Erörterung mit dem Patienten. Im Frontzahnbereich besteht aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen.

Keinesfalls kann ohne die Einwilligung des Patienten eine Leistung (hier die chirurgische Therapie), durchgeführt werden. Bei Nicht-Einwilligung kann die UPT im weiteren Behandlungsablauf dennoch durchgeführt werden.

Ist die PZR „tot“?

Die PZR ist eine prophylaktische Leistung, die UPT eine therapeutische, die an enge Voraussetzungen geknüpft ist und die nur im Krankheitsfall zum Tragen kommt. Sowohl weit vor einer PAR-Behandlung – um diese zu verhindern – als auch nach ihr wird die PZR weiterhin existenzielle Bedeutung haben. Auch während der

Phase der UPT kann die PZR durchaus Sinn machen. Die PZR lebt.

Welche Privatleistungen können neben der Bema-Nr. AIT möglicherweise anfallen?

Die Durchführung der antiinfektiösen Therapie beinhaltet die geschlossene mechanische Therapie (GMT). Zusätzliche selbständige Leistungen, die nicht Bestandteil der Bema-Nr. AIT sind, sind mit dem Patienten vor Beginn der Behandlung privat zu vereinbaren. Hierunter fallen zum Beispiel:

- Desinfektion der Zahnfleischtaschen mit Laser
- Desinfektion der Zahnfleischtaschen mit Ozon
- Mikrobiologische Diagnostik (§10 Abs.2 PAR-Rili LINK)
- Lokale Antibiotikatherapie
- Einsatz von Langzeit-Desinfektionstherapeutika, wie Perio-Chip oder Ähnliche
- Durchführung eines DNA-Keim-Testes oder Ähnliche
- Auffüllen von Knochentaschen und Knochendefekten oder Einbringen von Proteinen

Folgeanpassung der Behandlungsrichtlinien

Die Erstfassung der PAR-Richtlinie ziehen Folgeanpassungen der Behandlungsrichtlinien nach sich. Welche Auswirkungen haben diese Änderungen?

Röntgenuntersuchungen

„Für Röntgenuntersuchungen finden die Vorgaben des Strahlenschutzgesetzes und der Strahlenschutzverordnung Anwendung.“ (Abschnitt B. II, Nr. 5, Satz 1)

- Für die Diagnose einer Parodontalerkrankung ist die Durchführung einer Röntgendiagnostik unverzichtbar, da nur durch sie sowohl Zahnwurzeln und Knochen detailliert dargestellt werden.
- Damit kann auch das Ausmaß eines eventuellen Knochenverlustes beurteilt und die therapeutische

Notwendigkeit, die Wahl der besten Behandlungsoption bis hin zur Frage der Erhaltungswürdigkeit eines Zahns geklärt werden.

Parodontaler Screening-Index (PSI)

Regelungen zum Parodontalen Screening-Index werden in die Behandlungsrichtlinie aufgenommen (Abschnitt B.I.). Diese liegen der jeweils maßgeblichen Veröffentlichung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) zu Grunde und entspricht den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse.

- Die Abrechnungsbestimmungen zur Leistung PSI geben die Inhalte zur Durchführung der Untersuchung wieder. Die Messung des PSI erfolgt bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr an den Indexzähnen 11, 16, 26, 31, 36, 46 beziehungsweise bei deren Fehlen an den benachbarten bleibenden Zähnen. Der Durchbruch dieser Zähne sollte abgeschlossen sein. Bei Erwachsenen hingegen erfolgt die Messung an allen vorhandenen Zähnen mit Ausnahme der Weisheitszähne. Damit scheidet die Messung des PSI an Milchzähnen aus.
- Der Patient erhält ab 1. Juli 2021 eine Information über das Untersuchungsergebnis und deren Bedeutung (Vordruck 11).

Parodontitis im Zusammenhang mit endodontischen Läsionen

„Bei endodontal-parodontalen Läsionen ist die Erhaltung der Zähne im Hinblick auf die parodontale und endodontische Prognose kritisch zu prüfen.“ (Abschnitt III., Nr. 9.5)

- Der Behandlung muss in der Regel eine endodontische Behandlung vorausgehen, weil deren Erfolg zunächst gesichert sein muss.
- Die parodontale und endodontische Prognose ist im Hinblick auf den Erhalt der Zähne kritisch zu prüfen.

Redaktion KZVB