

## AAZ Abrechnung aktuell

# PAR-Update 2025

Aktuelle Änderungen der PAR-Richtlinie  
kennen und sicher anwenden

SONDERAUSGABE

### Abrechnungswissen

Anpassung der PAR-Richtlinie zum 01.07.2025 – UPT-Frequenzen und Evaluation .....	1
Anpassung der PAR-Richtlinie zum 01.07.2025 – Bewertungsausschuss fasst BEMA-Nr. UPT neu.....	5
So vermeiden Sie Kürzungen bei einer PAR-Therapie .....	9

### Abrechnungsorganisation

PAR-Behandlung HVM-freundlich gestalten: Potenziale erkennen und ausschöpfen .....	14
Strukturierte parodontale Nachsorge: Diese Leistungen sind berechnungsfähig .....	18
Strukturierte parodontale Nachsorge – drei Abrechnungsbeispiele .....	23

### Leserforum

Anästhesien in der PAR-Behandlung: Leser fragen – Experten antworten .....	25
Umfasst die UPTc auch die Reinigung von Implantaten und Brückengliedern? .....	28
Ist während der UPT die BEMA-Nr. 01 separat berechnungsfähig?.....	29

### Recht

PAR-Richtlinie ist als untergesetzliche Norm verbindlich! .....	30
--	----

### Leserservice

PAR-Richtlinie ist als untergesetzliche Norm verbindlich! .....	32
--	----



Stefan Lemberg M. A.  
Redakteur

## Liebe Leserin, lieber Leser,

zum 01.07.2025 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Neufassung der PAR-Richtlinie beschlossen. Sie soll vor allem die Planung und Durchführung der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) vereinfachen. Die bisherigen Vorgaben zu Fristen und Zeitabständen konnten – je nach Datum des Behandlungsbeginns – bei unterschiedlichen Versicherten zu unterschiedlichen Leistungsansprüchen führen. Diese Unwägbarkeiten sind nun durch die Neuregelung beseitigt.

Die vorliegende Sonderausgabe ist eine überarbeitete Fassung der Sonderausgabe „Update PAR-Behandlung“ (Stand: Mai 2024; siehe Leserservice auf Seite 28 dieser Ausgabe). Hier erfahren Sie,

- welche Regelungen zur UPT für die Neufassung der PAR-Richtlinie beschlossen wurden,
- was die Änderungen für die Frequenz der Leistungserbringung bedeuten und
- welche Gebührenpositionen nach der aktualisierten Richtlinie wie oft berechnet werden dürfen.

Aber auch andere Teilthemen im Rahmen der PAR-Behandlung werfen immer wieder Fragen in unserer Leserschaft auf:

- Wie vermeide ich bei einer PAR-Therapie Kürzungen durch die Krankenkasse?
- Welche privaten Zusatzleistungen sind zusätzlich zu den Leistungen gemäß PAR-Richtlinie vereinbarungs- und berechnungsfähig?
- Wie können Anästhesien in der PAR-Behandlung abgerechnet werden?
- Welche Teilleistungen sind im Rahmen der UPT abgegolten bzw. wie sind sie zu dokumentieren?
- Gilt bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung immer die aktuelle Version der PAR-Richtlinie?

Spannende Fragen – spannende Antworten, die diese Sonderausgabe für Sie bereithält.

Ich wünsche viel Nutzen aus der Lektüre!

Stefan Lemberg M. A. | Redakteur

PS: Falls Sie Fragen, Anregungen zur Berichterstattung haben oder Kritik üben möchten, freue ich mich auf Ihre Mail an [aaz@iww.de](mailto:aaz@iww.de).

## PARODONTOLOGIE

## Anpassung der PAR-Richtlinie zum 01.07.2025 – UPT-Frequenzen und Evaluation

| Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 19.12.2024 Anpassungen in der PAR-Richtlinie beschlossen. Hierüber informiert die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) am 20.12.2024 in einem Rundschreiben (online [www.de/s12403](http://www.de/s12403)). |

### In der Anpassung geht es um zwei Themen

In der PAR-Richtlinie war von vornherein vorgesehen, nach zwei Jahren eine Evaluation der Richtlinie vorzunehmen. Bereits vorliegende Erfahrungen hierfür haben zwei Dinge gezeigt:

1. Es besteht Bedarf an einer Klarstellung der Regelungen in § 13 der Richtlinie zur Erbringung der Maßnahmen der Unterstützenden Parodontitis-therapie (UPT; vgl. AAZ 05/2024, Seite 1, Abruf-Nr. 49991126).
2. Der in § 14 der Richtlinie vorgesehene Evaluationszeitraum von zwei Jahren nach Inkrafttreten zur Evaluation der Richtlinie insgesamt ist nicht ausreichend.

### 1. Regelung zu den UPT-Frequenzen wurde präzisiert

Nach § 13 Abs. 3 der PAR-Richtlinie sollen die Maßnahmen der UPT für einen Zeitraum von zwei Jahren regelmäßig erbracht werden. Die Frequenz zur Erbringung der Maßnahmen der UPT richtet sich nach dem festgestellten Grad der Parodontalerkrankung:

- Grad A: einmal im Kalenderjahr, Mindestabstand von zehn Monaten,
- Grad B: einmal im Kalenderhalbjahr, Mindestabstand von fünf Monaten
- Grad C: einmal im Kalendertertial, Mindestabstand von drei Monaten

Man sei bei der Erstellung der Erstfassung der PAR-Richtlinie von Erbringungsfrequenzen der UPT in Abhängigkeit vom Erkrankungsgrad A/B/C in Höhe von 2/4/6 UPTs ausgegangen. Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Regelung hätten jedoch gezeigt, dass die Auslegung des Regelungswortlauts unklar sein könne.

Einerseits könnte auf das Jahr der UPT-Maßnahmen, welches ab der ersten erbrachten UPT-Leistung beginnt („UPT-Jahr“), abgestellt werden. Andererseits könnte bezüglich der Frequenzen/Mindestabstände auf das Kalenderjahr abgestellt werden. Dadurch konnte die Häufigkeit einzelner Leistungen in bestimmten Konstellationen davon abhängen, zu welchem kalendari-schen Datum mit den UPT-Maßnahmen jeweils begonnen wurde.

### Die Neuregelungen zu Dauer und Frequenz der UPT

Deshalb wurde nun die Regelung in § 13 Abs. 3 der PAR-Richtlinie klarer gefasst. Für die nun erfolgte Anpassung der Richtlinie bedeutet dies:



IHR PLUS IM NETZ

KZBV-  
Rundschreiben  
online



ARCHIV

Hier mobil  
in AAZ 05/2024  
weiterlesen



Auslegung der  
PAR-Richtlinie zur  
UPT-Frequenz war  
bisher unklar

Zählt das  
„UPT-Jahr“ oder  
das Kalenderjahr?

So sieht die  
Regelung nach § 13  
Abs. 3 PAR-Richtlinie  
nun aus

Je nach Grad der  
Erkrankung ergeben  
sich diese Frequen-  
zen

Eine dritte, fünfte  
oder siebte UPT im  
Zweijahreszeitraum  
ist nicht vorgesehen

- Der UPT-Zeitraum beträgt unverändert zwei Jahre ab Erbringung der ersten UPT-Leistung.
- Die Frequenz richtet sich auch weiterhin nach dem festgestellten Grad der Parodontalerkrankung A/B/C.
- Hinsichtlich des einzuhaltenden Abstands der Leistungen zueinander beschränkt sich die Regelung nunmehr auf die bekannten Mindestabstände.
- Die Zuordnung zu bestimmten Kalenderzeiträumen entfällt.
- Unverändert bleibt die Regelung, dass die festgelegten Mindestabstände auch im Rahmen der UPT-Verlängerung gelten.

Für die Frequenz der Leistungserbringung bedeutet diese Änderung:

- Grad A: bis zu zweimal mit einem Mindestabstand von zehn Monaten zur zuletzt erbrachten identischen UPT-Leistung,
- Grad B: bis zu viermal mit einem Mindestabstand von fünf Monaten zur zuletzt erbrachten identischen UPT-Leistung,
- Grad C: bis zu sechsmal mit einem Mindestabstand von drei Monaten zur zuletzt erbrachten identischen UPT-Leistung.

Aus den vorgenannten Formulierungen „bis zu zweimal“, „bis zu viermal“ und „bis zu sechsmal“ ergibt sich nun aber auch, dass der Diskussion, ob – je nach Grading – eine dritte, fünfte oder siebte UPT im Zweijahreszeitraum möglich ist, jegliche Grundlage entzogen wurde. Dies ist nicht vorgesehen.

### Praxisbeispiel 1: UPT bei einem Grad-B-Patienten

Wie sich diese Änderungen an einem Grad-B-Patienten auswirken, zeigt dieses Beispiel:

#### ■ Patient mit Grad B, Beginn der UPT am 01.07.2025

Datum	Leistung(en)	Bemerkungen
23.06.2025	BEVa	Keine CPT erforderlich; next UPT
01.07.2025	UPTa UPTb UPTc (23 x) UPTe (3 x)	
01.12.2025	UPTa UPTc (23 x) UPTd UPTe (2 x)	Das ist die zweite UPT-Sitzung im selben Kalenderhalbjahr; das ist aber künftig unerheblich. Die Fünfmonats-Frist ist gewahrt.
01.05.2026	UPTa UPTb UPTc (23 x) UPTd	
01.10.2026	UPTa UPTc (23 x) UPTg	Nach strenger Auslegung der bestehenden Regelungen zur Nr. UPTg wäre diese nun erst in dieser vierten UPT möglich, da erst am 01.07.2026 „das zweite Jahr“ der UPT begonnen hat. Es bleibt abzuwarten, ob die Folgeänderungen im BEMA diesbezüglich Änderungen mit sich bringen werden.

**Erläuterungen zu Beispiel 1:**

- Für einen Grad-B-Patienten wäre das o. g. Szenario die minimale vorstellbare Zeitschiene.
- Eine Verlängerung kann trotzdem erst zum Ende des Zweijahreszeitraums hin mit Beginn zum 01.07.2027 beantragt werden.
- Innerhalb des regelhaften Verlängerungszeitraums von sechs Monaten könnten nun auch bei Grad B zwei UPT-Sitzungen erfolgen, da auch hier nur auf den Fünfmonatsabstand und nicht mehr auf das Kalenderhalbjahr abgestellt wird.

**Praxisbeispiel 2: UPT nach vorheriger CPT**

Dieses Beispiel zeigt den Beginn einer UPT nach einer vorausgegangenen chirurgischen Parodontitistherapie.

**■ Patientin mit Grad C, Beginn der UPT am 15.08.2025, nach vorheriger CPT**

Datum	Leistung(en)	Bemerkungen
...	CPTa/b	... und anschließende 111
15.08.2025	BEVb UPTa UPTb UPTc (23 x) UPTe (5 x) UPTf (3 x)	UPT kann sofort beginnen
15.11.2025	UPTa UPTc (23 x) UPTd UPTe (3 x) UPTf (2 x)	
15.02.2026	UPTa UPTc (23 x) UPTd	
15.05.2026	UPTa UPTb UPTc (23 x) UPTd	
15.08.2026	UPTa UPTb UPTc (23 x) UPTg UPTe (3 x) UPTf (2 x)	Nach strenger Auslegung der bestehenden Regelungen zur Nr. UPTg wäre diese nun erst in dieser fünften UPT möglich, da erst am 15.08.2026 „das zweite Jahr“ der UPT begonnen hat. Es bleibt abzuwarten, ob die Folgeänderungen im BEMA diesbezüglich Änderungen mit sich bringen werden.
15.11.2026	UPTa UPTb UPTc (23 x) UPTd	

**Erläuterungen zu Beispiel 2:**

- Auch für den Grad-C-Patienten soll das Zeitschema mit den minimal vorstellbaren Abständen die wichtigste Änderung darstellen. Es stellt sich

natürlich die Frage nach einer zahnmedizinisch-fachlichen Sinnhaftigkeit der oben angegebenen Stauchung der Zeitschiene. Eine Gleichverteilung dient eher der Erreichung des langfristigen Zieles einer UPT.

- Eine Verlängerung kann nämlich auch hier erst zum Ende des Zweijahreszeitraums hin mit Beginn zum 15.08.2027 beantragt werden. Das würde bedeuten, dass vom 15.11.2026 bis zum 15.08.2027 kein Anspruch auf eine vertragszahnärztliche PAR-Leistung bestünde.
- Innerhalb des regelhaften Verlängerungszeitraums von sechs Monaten könnten hier nach wie vor bei Grad C zwei UPT-Sitzungen erfolgen, auch wenn nun auf den Dreimonatsabstand und nicht mehr auf das Kalenderhalbjahr abgestellt wird.

### Neuregelung zur UPT tritt voraussichtlich zum 01.07.2025 in Kraft

Die geschilderte Richtlinienänderung muss noch vom Bundesministerium für Gesundheit freigegeben werden. Dann wird sie zum 01.07.2025 in Kraft treten. Das bedeutet, dass für die entsprechenden Folgeanpassungen im BEMA, den Programmänderungen im Praxisverwaltungssystem sowie in den Praxen genügend Vorlaufzeit besteht.

Insoweit stehen die beschriebenen Änderungen und Beispiele ebenfalls noch unter dem Vorbehalt der anstehenden BEMA-Änderungen. Dies betrifft insbesondere die Frage, wann eine UPTg möglich ist und ob in einer sechsmonatigen Verlängerung u. U. mehrere UPT-Zyklen denkbar sind.

## 2. Evaluation der PAR-Richtlinie wird mangels Daten auf den 01.07.2026 vertagt

Bezüglich der vorgesehenen Beauftragung einer unabhängigen wissenschaftlichen Institution mit der Evaluation der PAR-Richtlinie und der damit verbundenen Überprüfung von Inanspruchnahme, Wirkungen und Notwendigkeit der Verlängerungsoption der UPT wurde Folgendes festgestellt:

Es lägen derzeit nicht genügend Abrechnungsdaten für eine tragfähige Evaluation vor. Deshalb habe die KZBV im G-BA durchgesetzt, dass eine Evaluation erst dann erfolgt, wenn valide Abrechnungsdaten vorliegen und auch die epidemiologischen Daten aus der DMS-VI-Studie zur Verfügung stehen. Ziel sei es, die erfolgreich implementierte PAR-Strecke zu überprüfen und insbesondere die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (FinStG) auf die Versorgung herauszuarbeiten. Deshalb habe man den Beginn der Evaluation auf den 01.07.2026 verlegt.

### WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- KZBV kündigt Anpassung der PAR-Richtlinie an und veröffentlicht klarstellende Information zur UPT (AAZ 05/2024, Seite 1, Abruf-Nr. 49991126)
- AAZ-Sonderausgabe „Update PAR-Behandlung“, Mai 2024, Abruf-Nr. 50044065

Für die o. g. Regelungen muss auch der BEMA geändert werden

Es fehlen noch valide Abrechnungsdaten und die Daten aus der DMS-VI-Studie

#### ARCHIV



Hier mobil in AAZ 05/2024 weiterlesen



#### DOWNLOAD



Sonderausgabe „Update PAR“





## PARODONTOLOGIE

## Anpassung der PAR-Richtlinie zum 01.07.2025 – Bewertungsausschuss fasst BEMA-Nr. UPT neu

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Anpassung der PAR-Richtlinie zum 01.07.2025 betraf vor allem die veränderte Fristenregelung bei den UPT-Maßnahmen (AAZ 03/2025, Seite 3 ff.). Nun hat auch der Bewertungsausschuss per Beschluss vom 12.03.2025 im BEMA die Änderungen nachvollzogen, die der G-BA im Dezember 2024 für die PAR-Richtlinie vorgenommen hatte. Auch die BEMA-Änderungen sollen zum 01.07.2025 in Kraft treten, soweit das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die beschlossenen Änderungen nicht beanstandet. Was die Änderungen für die Planung der UPT-Strecke in der Zahnarztpraxis bedeutet, erläutert dieser Beitrag. |

### Das sind die wichtigsten beschlossenen Änderungen der BEMA-Nr. UPT

- Die wesentlichste Änderung ist die Aufhebung der bisher durch § 13 der PAR-Richtlinie vorgegebenen Kalenderzeiträume, innerhalb derer die Leistungen nach den BEMA-Nrn. UPT zu erbringen waren. Das bedeutet für die Praxis einen wesentlichen Zuwachs an Flexibilität für die zeitliche Planung der systematischen PAR-Nachsorge.
- Künftig ist es somit der Praxis überlassen, die UPT-Leistungen möglichst gleichmäßig über den Zwei-Jahres-Zeitraum zu verteilen. Die Praxis ist dabei nicht an das Kalenderjahr, Kalenderhalbjahr oder Kalendertertial gebunden. Es müssen lediglich noch die vorgegebenen Mindestabstände beachtet werden. Die Verlängerung der UPT bleibt unverändert möglich.
- Explizit wurde geregelt, dass die Leistungen nach den BEMA-Nrn. UPT a, b, c, e und f innerhalb des Zwei-Jahres-Zeitraums – abhängig vom Grad der Erkrankung – zweimal, viermal oder sechsmal erbracht werden können. Interpretationsspielräume, wonach diese Leistungen bei geschickter Anordnung auch dreimal, fünfmal oder siebenmal möglich sein sollten, bestehen damit nicht mehr.
- Die Messung der Sondierungstiefen nach BEMA-Nr. UPTd ist, wie bisher auch, bei Patienten mit Grad B zweimal und mit Grad C viermal möglich. Hier ist ebenfalls die Bindung an die zeitlichen Intervalle entfallen, sodass allein die vorgegebenen Mindestabstände einzuhalten sind. Die vollständige Untersuchung des Parodontalzustands nach BEMA-Nr. UPTg kann innerhalb des Zwei-Jahres-Zeitraums einmal erfolgen.

### Der Beschluss im Wortlaut

Nachfolgend die exakten Formulierungen der Leistungsbeschreibungen und Abrechnungsbestimmungen, wie sie ab dem 01.07.2025 umzusetzen sind:



Hier mobil  
in AAZ 03/2025  
weiterlesen

ARCHIV



Vorgegebene  
Kalenderzeiträume  
entfallen ...

... es sind nur noch  
die vorgegebenen  
Mindestabstände zu  
beachten

Wie oft welche  
Leistungen erbracht  
werden kann, wurde  
explizit geregelt

Messung der  
Sondierungstiefen:  
Bindung an Zeit-  
intervalle entfällt

„I. Die BEMA-Nr. UPT wird wie folgt gefasst:

UPT	Unterstützende Parodontitistherapie	Bew.-Zahl
	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 Sondierungstiefen und Sondierungsbluten	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. UPTd verglichen. Dem Versicherten werden die Ergebnisse erläutert und es wird mit ihm das weitere Vorgehen besprochen.	32
	1. Der UPT-Zeitraum beträgt zwei Jahre; in diesem Zeitraum sollen die Leistungen nach Nrn. UPT a, b, c, e und f regelmäßig erbracht werden. Der UPT-Zeitraum beginnt am Tag der Erbringung der ersten UPT-Leistung. Im UPT-Zeitraum richtet sich die Frequenz der Erbringung der in Satz 1 genannten UPT-Leistungen nach dem festgestellten Grad der Parodontalerkrankung: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Grad A: bis zu zweimal mit einem Mindestabstand von zehn Monaten zur zuletzt erbrachten identischen UPT-Leistung,</li> <li>■ Grad B: bis zu viermal mit einem Mindestabstand von fünf Monaten zur zuletzt erbrachten identischen UPT-Leistung,</li> <li>■ Grad C: bis zu sechsmal mit einem Mindestabstand von drei Monaten zur zuletzt erbrachten identischen UPT-Leistung.</li> </ul>	
	2. Die Leistung nach Nr. UPTd kann bei festgestelltem Grad B der Parodontalerkrankung zweimal erbracht werden, erstmals mit einem Mindestabstand von fünf Monaten zur Erbringung der ersten UPT-Leistung, danach mit einem Mindestabstand von fünf Monaten entweder zur zuletzt erbrachten Leistung nach Nr. UPTd oder zur Leistung nach Nr. UPTg. Die Leistung nach Nr. UPTd kann bei festgestelltem Grad C der Parodontalerkrankung viermal erbracht werden, erstmals mit einem Mindestabstand von drei Monaten zur Erbringung der ersten UPT-Leistung, danach mit einem Mindestabstand von drei Monaten entweder zur zuletzt erbrachten Leistung nach Nr. UPTd oder zur Leistung nach Nr. UPTg.  Die Leistung nach Nr. UPTg kann mit einem Mindestabstand von zehn Monaten zur Erbringung der ersten UPT-Leistung einmal erbracht werden; bei Grad B mit einem Mindestabstand von fünf Monaten, bei Grad C mit einem Mindestabstand von drei Monaten zur zuletzt erbrachten Leistung nach Nr. UPTd.	
	3. Die Leistungen nach Nrn. UPTa bis g können über den UPT-Zeitraum von zwei Jahren hinaus verlängert werden, soweit dies zahnmedizinisch indiziert ist. Die Verlängerung darf in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten. Im Verlängerungszeitraum können die UPT-Leistungen unter Beachtung der Mindestabstände nach Ziffern 1 und 2 erbracht werden, die Mindestabstände für die jeweils ersten im Verlängerungszeitraum erbrachten Leistungen beziehen sich dabei auf die innerhalb des UPT-Zeitraums zuletzt erbrachten identischen Leistungen.	
	4. Neben der Leistung nach Nr. UPTb kann eine Leistung nach Nr. Ä1 in derselben Sitzung nicht abgerechnet werden.	
	5. Mit der Leistung nach Nr. UPTc sind während oder unmittelbar danach erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105, 107 und 107a abgegolten.	

II. Einführungszeitpunkt

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 01.07.2025 in Kraft.“



## So wirken sich die Änderungen auf die Terminplanung aus

Wie im Beitrag zur Anpassung der PAR-Richtlinie (AAZ 03/2025, Seite 3 ff.) schon dargestellt, besteht nun durch den Wegfall der Bindung an Kalenderzeiträume eine größere Flexibilität in der Terminplanung. Ausgehend von dem jeweils minimalen Abstand zwischen zwei UPT-Zyklen entsteht innerhalb des Zwei-Jahres-Zeitraums ein wesentlich größerer Spielraum für die Anordnung der Termine oder für das Reagieren auf Ausfälle durch Absagen der Patienten.

**MERKE |** Die letzte UPT-Maßnahme könnte rein theoretisch bei einem Grad-C-Patienten bereits nach reichlich 15 Monaten stattfinden. Das ist jedoch aus zahnmedizinischer Sicht im Sinne der langfristigen Erhaltungstherapie nicht unbedingt sinnvoll. Zudem muss bei einer eventuellen Verlängerung immer noch der komplette Zwei-Jahres-Zeitraum abgewartet werden, beginnend mit dem Datum der ersten UPT-Maßnahme.

**Wichtig |** Unabhängig von der Frage der Abstände der verschiedenen UPT-Zyklen muss betrachtet werden, wann künftig die Befundaufnahmen im Sinne der BEMA-Nr. UPTd bzw. UPTg möglich sind. Im Gegensatz zu der bisherigen Festlegung ist die Erbringung der BEMA-Nr. UPTd nun nicht mehr fest an die zweite und vierte UPT (Grad B) bzw. an die zweite, dritte, fünfte und sechste UPT (Grad C) gebunden.

Folgende Aussagen können zur BEMA-Nr. UPTd zusammengefasst werden:

- Sie kann – wie gehabt – nur bei Grad B oder C stattfinden.
- Sie kann – wie gehabt – niemals in der ersten UPT-Sitzung stattfinden (da hier die Befunde nach der Nr. BEV a oder BEV b genutzt werden).
- In der zweiten UPT-Sitzung findet sie nun mindestens fünf Monate (Grad B) oder drei Monate (Grad C) nach der ersten UPT-Maßnahme statt.
- In den weiteren UPT-Sitzungen muss der gleiche Mindestabstand immer zur vorausgegangenen UPTd oder zur UPTg beachtet werden.

Für die BEMA-Nr. UPTg gilt nun:

- Die erste UPTg kann frühestens zehn Monate nach der ersten UPT-Maßnahme stattfinden (bisher mindestens 365 Tage).
- Es muss immer erst mindestens eine UPTd vorausgegangen sein; erst danach kann die UPTg mit einem Abstand von drei bzw. fünf Monaten folgen. Damit kann sie nie in der ersten oder zweiten UPT stattfinden.
- Danach kann sie in jeder UPT stattfinden.
- Wenn der Zahnarzt die umfangreiche Untersuchung nach Nr. UPTg nutzen möchte, um am Ende der zweijährigen UPT eine finale Verlaufskontrolle zu haben, ist das nun möglich.

## Beispiele für die Platzierung der UPTg

Die BEMA-Nr. UPTg ist nun nicht mehr an eine bestimmte UPT-Sitzung innerhalb des Zwei-Jahres-Zyklus gebunden. Unter Berücksichtigung der vorgenannten Prämissen sind folgende Varianten denkbar:

Zahnarztpraxen  
können nun flexibler  
planen

Wann sind nun die  
Befundaufnahmen  
(BEMA-Nrn. UPTg, d)  
möglich?

Das gilt für die  
BEMA-Nr. UPTd

Das gilt für die  
BEMA-Nr. UPTg

Vor jeder UPTg  
immer eine UPTd!

Bei UPTg in der  
sechsten Sitzung  
nächste UPTg erst in  
der achten möglich

Auch die Software  
muss angepasst  
werden

#### ARCHIV



Hier mobil  
in AAZ 03/2025  
weiterlesen



#### ■ Grad-B-Patient

1. UPT	BEVa/b	BEVa/b		falsch: BEVa/b
2. UPT	UPTd	UPTd		falsch: <b>UPTg</b>
3. UPT	<b>UPTg</b>	UPTd		falsch: UPTd
4. UPT	UPTd	<b>UPTg</b>		falsch: UPTd

Die Variante in der rechten Spalte ist **nicht** möglich, weil der UPTg immer erst eine UPTd im entsprechenden Abstand vorausgegangen sein muss.

#### ■ Grad-C-Patient

1. UPT	BEVa/b	BEVa/b	BEVa/b	BEVa/b
2. UPT	UPTd	UPTd	UPTd	UPTd
3. UPT	<b>UPTg</b>	UPTd	UPTd	UPTd
4. UPT	UPTd	<b>UPTg</b>	UPTd	UPTd
5. UPT	UPTd	UPTd	<b>UPTg</b>	UPTd
6. UPT	UPTd	UPTd	UPTd	<b>UPTg</b>

#### ■ ... und für die Verlängerungsphase:

7. UPT	<b>UPTg</b>	<b>UPTg</b>	<b>UPTg</b>	UPTd
8. UPT	UPTd	UPTd	UPTd	<b>UPTg</b>

Wenn in der regulären UPT-Zeit die UPTg in der sechsten Sitzung stattfindet (Variante ganz rechts), kann in der Verlängerung die UPTg erst wieder in der achten Sitzung folgen, weil auch da wieder eine UPTd vorausgehen muss (siebte Sitzung).

Beim Grad-A-Patienten findet die UPTg wie gehabt in der zweiten UPT statt, also nun mindestens zehn Monate nach der ersten UPT-Maßnahme.

### Die Änderung soll ohne Übergangsphase in Kraft treten – auch für laufende Behandlungen

Es ist keine Übergangsregelung vorgesehen. Deshalb werden die Neuregelungen ab dem 01.07.2025 auch für laufende PAR-Behandlungen bzw. UPT-Strecken anzuwenden sein.

Der Verordnungsgeber geht davon aus, dass noch ausreichend Zeit bis zum Juli dieses Jahres besteht, damit die Softwarehersteller in den Praxisverwaltungssystemen die notwendigen technischen Änderungen umsetzen. Das betrifft insbesondere die „UPT-Planer“. Die geänderten Prüfregelein für das Abrechnungsmodul werden von der KZBV vorgegeben und sollten zeitnah zum Inkrafttreten mit dem Update zur Verfügung gestellt werden.

#### ➤ WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Anpassung der PAR-Richtlinie zum 01.07.2025 – UPT-Frequenzen und Evaluation [AAZ 03/2025, Seite 3 ff.]

## WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG

## So vermeiden Sie Kürzungen bei einer PAR-Therapie

von Isabel Baumann, Betriebswirtin (Dipl. VWA), Praxismanagerin, Mülsen, [praxiskonzept-baumann.de](http://praxiskonzept-baumann.de)

Seit dem 01.07.2021 gilt die aktuelle PAR-Richtlinie. Sie hat Zahnarztpraxen zwar neue Abrechnungspotenziale eröffnet, aber auch zahlreiche Fragen aufgeworfen (vgl. AAZ-Sonderausgaben online unter den Abruf-Nrn. 47715640, 48023542, 49030380 und 50044065). Daran hat sich auch in den mehr als zwei Jahren, die die Richtlinie nun in Kraft ist, kaum etwas geändert. Der Teufel steckt oft im Detail: Ein häufiges Ärgernis für Zahnarztpraxen sind Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die zu nachträglichen Kürzungen bei bereits genehmigten PAR-Behandlungen führen. Was die häufigsten Ursachen sind und wie Sie Kürzungen vorbeugen, zeigt dieser Beitrag.

### Diese Rechtsgrundlagen gelten für PAR-Behandlungen

Grundlage jeder PAR-Behandlung und damit jeder Wirtschaftlichkeitsprüfung bei PAR-Behandlungen ist Abschnitt B. V. der Behandlungsrichtlinie (online unter [iww.de/s11671](http://iww.de/s11671)) in Verbindung mit der PAR-Richtlinie (online unter [iww.de/s11672](http://iww.de/s11672)). Dort sind alle Bestimmungen zur Diagnose, Dokumentation, zu den Vorbehandlungen und Nachkontrollen aufgeführt.

Die Ziele der systematischen Behandlung von Parodontitis sind es,

- entzündliche Veränderungen des Parodonts zum Abklingen zu bringen,
- einem weiteren Attachment- und Zahnverlust und damit dem Fortschreiten der Erkrankung vorzubeugen und
- den Behandlungserfolg langfristig zu sichern.

### Die fünf häufigsten Kürzungsgründe

Missachtung des o. g. Regelwerks führt in den meisten Fällen dazu, dass die Vergütung für die Behandlung gekürzt wird. Ursache ist oft die fehlende oder unzureichende Dokumentation erbrachter Leistungen. Denn auch bei PAR-Behandlungen gilt: Nur was dokumentiert ist, kann auch abgerechnet werden.

#### 1. Röntgenaufnahmen und Diagnostik sind unzureichend

Sind Röntgenunterlagen zu alt, nicht vorhanden oder nicht brauchbar/auswertbar, so ist eine PAR-Behandlung nicht zulasten der GKV möglich. Im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung droht die Kürzung um die gesamte PAR-Behandlung (Antinfektiöse Therapie und unterstützende Parodontaltherapie).

**PRAXISTIPP** | Achten Sie daher auf vollständig auswertbare und technisch einwandfreie Röntgenbilder und OPGs. Die Röntgenaufnahmen dürfen nicht älter als 12 Monate sein. Können bei hinreichender Aufnahmequalität einzelne Bereiche nicht sicher beurteilt werden, so sind zusätzlich Einzelaufnahmen notwendig.



DOWNLOAD

Sonderausgaben  
zum Thema



IHR PLUS IM NETZ

G-BA-  
Behandlungs-  
richtlinie



IHR PLUS IM NETZ

PAR-  
Richtlinie



Im Zweifel droht die Kürzung um die gesamte Vergütung der Behandlung

Röntgenaufnahmen dürfen höchstens 12 Monate alt sein

Passt das Ergebnis  
Ihrer Auswertung zu  
den Vorgaben laut  
Richtlinien?

4 mm Sondierungs-  
tiefe und eine dieser  
Indikationen müssen  
gegeben sein

In diesem Fall ist der  
betroffene Zahn zu  
entfernen

IHR PLUS IM NETZ



PAR-Leitfaden  
online



Erklären Sie dem  
Patienten, dass er  
am Behandlungser-  
folg mitwirken muss

Die Auswertung der Röntgenaufnahmen ist zu dokumentieren. Dabei sollte sichergestellt werden, dass diese Auswertungen mit den Werten des PSI vereinbar sind und den Richtlinien entsprechen. Der Röntgenbefund umfasst den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe des Knochenabbaus in Prozent und den Knochenabbauindex (KA%/Alter). Eine behandlungsbedürftige Parodontopathie liegt vor, wenn ein PSI-Wert von Code 3 oder 4 erhoben und dabei Sondierungstiefen von 4 mm und mehr vorliegen. Zusätzlich umfasst die parodontitispezifische Anamnese die Erhebung von Risikofaktoren für Parodontitis:

1. Diabetes mellitus mit Angabe des HbA1c-Wertes,
2. Tabakkonsum (< 10 Zigaretten/Tag, > 10 Zigaretten/Tag oder äquivalenter Konsum anderer Tabakerzeugnisse oder verwandter Erzeugnisse).

## 2. Eine PAR-Behandlung ist laut Richtlinie nicht angezeigt

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: basierend auf Schweregrad und Komplexität des Managements und die Ausdehnung und das Verteilungsmuster
  - b) Grading
2. Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen,
3. Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen.

Bei weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75 Prozent oder einem Furkationsbefall von Grad III ist bei gleichzeitigem Vorliegen eines Lockerungsgrades III in der Regel die Entfernung des Zahnes angezeigt. Hier ist entsprechend das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Sozialgesetzbuch (SGB) V zu beachten.

**MERKE** | Gemäß PAR-Leitfaden der KZBV sind die „früheren Voraussetzungen, wie das Fehlen von Zahnstein und sonstiger Reizfaktoren sowie die Überprüfung der Mitarbeit des Patienten nicht mehr in der Richtlinie aufgeführt und somit als Voraussetzung weggefallen“ (vgl. Leitfaden für PAR-Gutachterinnen und -Gutachter, überarbeitete Fassung vom 01.07.2021, online unter [www.de/s11673](http://www.de/s11673) > Leitfaden und Konzept > Leitfaden für PAR-Gutachterinnen und -Gutachter).

## 3. Der Patient wird trotz bekannter unzureichender Compliance behandelt

Der Patient ist nach wie vor auf die Notwendigkeit seiner Mitwirkung hinzuweisen und über die richtige Mundhygiene aufzuklären. Das ergibt sich auch aus den Bestimmungen zum Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG) und der Mundhygieneunterweisung (MHU). Achtung: Das ATG und die MHU sind erst nach der Genehmigung zu erbringen und abrechenbar.

**PRAXISTIPP** | Ist im Voraus klar, dass der Patient eine schlechte Compliance hat (z. B. Patient hat in der Vergangenheit mehrfach Termine nicht eingehalten), prüfen Sie streng entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 (SGB) V, ob eine PAR-Therapie zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) infrage kommt.

#### 4. Die Behandlungsschritte werden in der falschen Reihenfolge durchgeführt

Im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung ist die Einhaltung der in der Richtlinie vorgeschriebenen Reihenfolge einzuhalten. Es ist erst die konservierende Behandlung (Kons) durchzuführen, dem folgen die chirurgischen Leistungen. Erst im Anschluss kommt die PAR-Behandlung gefolgt von der prothetischen Versorgung.

1. Kons
2. Chirurgie
3. PAR-Behandlung
4. Prothetik

##### PRAXISTIPPS |

- Stellen Sie im Rahmen der eingehenden Untersuchung einen insuffizienten Kronenrand fest, welcher für das Parodontium einen externen Reiz darstellt, so ist es ratsam, bei der Krankenkasse einen Heil- und Kostenplan (HKP) unter Vorbehalt einzureichen, um der Kasse die Möglichkeit einer gutachterlichen Überprüfung zu geben.
- Auf dem HKP sollten die Hinweise auf die PAR-Therapie sowie zur Kenntnisnahme oder HKP unter Vorbehalt der PAR-Therapie vermerkt werden.
- Nicht erhaltungswürdige bzw. nicht therapiewürdige Zähne sind vor der PAR-Behandlung zu extrahieren. Bei einer Prüfung werden in diesem Fall in der Regel „nur“ die Leistungen an den nicht therapiewürdigen Zähnen gekürzt.
- Zum Ausschluss von Pseudotaschen ist eine professionelle Zahnreinigung vor der Taschentiefenmessung empfehlenswert, aber gemäß Richtlinie nicht zwingend notwendig.

#### 5. Nachbehandlung und Nachkontrollen sind unzureichend

Im Rahmen der PAR-Therapie sind Nachbehandlungen erforderlich. Sie dienen der Sicherung des Behandlungserfolgs. Eine unzureichende Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen der Nachbehandlung führt zu Kürzungen im Rahmen einer Prüfung.

Unzureichende Dokumentation führt zu Kürzungen

**MERKE |** Aktive Maßnahmen können beispielsweise das Einbringen von Salben oder das Spülen mit desinfizierenden Substanzen, das Entfernen von Nähten und weitere Maßnahmen sein. Bei Abrechnungsberatungen stelle ich häufig fest, dass lediglich die BEMA-Nr. 111 dokumentiert wurde, ohne Angabe der durchgeführten Maßnahmen oder verwendeten Materialien/Medikamente. Im Falle einer Prüfung werden diese Behandlungsleistungen entsprechend gekürzt.

Die Befundevaluation erfolgt drei bis sechs Monate nach Abschluss der anti-infektiösen Therapie. Die hierzu notwendige Dokumentation des klinischen Befunds umfasst:

1. Sondierungstiefen und Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn von 0,5 mm oder darüber sind aufzurunden
2. Zahnlockerung
3. Furkationsbefall

Diese Parameter sind bei der Evaluation zu dokumentieren

Der Röntgenbefund umfasst den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe Knochenabbau (%/Alter) und der Vergleich mit den Befunddaten des Ausgangsbefunds sowie die zielgenaue Planung des weiteren Vorgehens. Beim Röntgenbefund sind die Strahlenschutzbestimmungen zu beachten und es ist ggf. auf eine vorhandene Röntgenaufnahme zurückzugreifen.

## ■ So läuft eine systematische PAR-Behandlung ab

1. **Erstellen eines Gesamtbefundes und Diagnose Parodontitis:** Dazu zählt der lokale Befund, der Parodontale Screening Index sowie die Auswertungen der Röntgenaufnahmen und deren Dokumentation.
2. **Professionelle Zahnreinigung** zur Beseitigung von Pseudotaschen (Privatvereinbarung gem. § 8 Abs. 7 BMV-Z)
3. **PAR-Status:** Erstellen des Parodontalstatus inklusive aller notwendigen Angaben (Sondierungstiefen, Zahnlockerungen, Furkationsbefall, Staging und Grading etc.), Befund Dokumentation, vorhandene Röntgenaufnahmen sollten nicht älter als 12 Monate sein.
4. **Behandlungsbeginn nach erfolgter Genehmigung:** Aufklärungs- und Therapiegespräch (nicht neben der antiinfektiösen Therapie in der gleichen Sitzung) und anschließender Mundhygieneunterweisung, gefolgt von der Antiinfektiösentherapie inkl. Nachkontrollen und ggf. einer adjuvanten Antibiotikatherapie
5. **Befundevaluation und Beginn der unterstützenden Parodontaltherapie**

## Abrechnungsbeispiel: So kann eine PAR-Behandlung aussehen

Das folgende Beispiel zeigt, wie ein Betreuungskonzept für einen gesetzlich versicherten PAR-Patienten sachgerecht dokumentiert und abgerechnet wird.

## ■ Betreuungskonzept eines PAR-Patienten (GKV)

Datum	Zahn	Leistung	BEMA	GOZ
01.07.	–	Halbjährliche Kontrolluntersuchung eingehender Befund (Zahnstein massiv)	01 (U)	–
	–	PSI erhoben (Code 3–4), Vordruck ausgehändigt	04 (PSI)	–
	–	Aufklärung des Patienten über vorhandene Zahnfleischtaschen, Entstehung von Parodontitis, Behandlungsmöglichkeiten und Gefahr des Zahnverlustes bei Nichtbehandlung	–	–
	OK/UK	OPG angefertigt und ausgewertet	Ä935d (OPG)	–
	17–27, 37–47	Zahnstein und harte Beläge entfernt	107 (Zst)	–
	16	Scharfe Kante an vorhandener Krone zervikal-distal entfernt	106 (sK)	–
	–	Intensive Beratung über außervertragliche Leistungen (Mundhygienestatus, Professionelle Zahnreinigung)	–	Ä1
	–	Erstellen eines Kostenvoranschlags und der Privatvereinbarung nach § 8 Abs. 7 BMV-Z	–	0030
09.07.	–	Patientenunterlagen werden dem Patienten erläutert und mitgegeben	–	–
	17–27, 37–47	Mundhygienestatus erstellt, Schwachstellen mit Patient besprochen, API und SBI erhoben, Hinweise zur Mundhygiene und Putztechnik gegeben (Dauer: 27 Min.)	–	1000
	–	Motivation PAR-Therapie, Mitarbeit und Einschränkung Zigarettenkonsum	–	–
	17–27, 37–47	Professionelle Zahnreinigung	–	28 x 1040
	26	Füllungspolitur	–	2130
	27	scharfkantigen Füllungsrand geglättet	sK (106)	–
26.07.	16, 46, 45	Zahnfleischtasche – CHX-Gel appliziert	–	3 x 4025
	–	Kontrolluntersuchung – Mundhygiene ist deutlich besser geworden, Patient gibt an, weniger zu rauchen. Im Molarenbereich noch weiche Beläge, nochmalige Aufklärung über Schwachstellen und Putztechnik	–	1010



noch 26.07.	17, 27, 46, 47, 36, 37	Nachkontrolle und Nachreinigung nach Zahnsteinentfernung	–	6 x 4060
	–	Erneut PSI erhoben, zur Kontrolle (Code 3–4)	–	4005
	–	Aufklärung über PAR Notwendigkeit – Motivation	–	–
	16	CHX-Gel appliziert		4025
	–	Erstellung des PA-Status – Sondierungstiefen, Sondierungsbluten, Lockerungsgrad, Furkationsbefall, Staging und Grading, Angabe von Diabetes, Tabakkonsum und systemischen Erkrankungen	4	–
01.08.	–	Genehmigter PA-Status von Krankenkasse zurück	–	–
05.08.	–	Aufklärungs- und Therapiegespräch	ATG	–
14.08.	–	Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung über Bestimmung des Entzündungszustandes, Anfärben der Zähne, individuelle Mundhygieneinstruktion, praktische Anleitung zur Mundhygiene	MHU	–
	OK	Oberflächenanästhesie	–	2 x 0080
	17–27	Infiltrationsanästhesie	8 x 40 (I)	–
	17–27	Geschlossenes Vorgehen: Entfernung aller supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkrement), Gingivektomie/Gingivoplastik	8 x AITa 6 x AITb	–
	17, 16, 27, 24	CHX-Gel appliziert	–	4 x 4025
15.08.	37–47	Oberflächenanästhesie	–	2 x 0080
	37–47	Leitungsanästhesie	2 x 41a (L1)	–
	37–47	Geschlossenes Vorgehen: Entfernung aller supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkrement), Gingivektomie/Gingivoplastik	10 x AITa 4 x AITb	–
	37–47	Dekontamination der Zahnfleischtaschen mittels Laser, je Zahn	–	§ 6 Abs. 1
	17–27	Nachbehandlung Taschenspülung und Applikation CHX-Gel	111	–
19.08.	17–27, 37–47	Nachbehandlung Taschenspülung und Applikation CHX-Gel	111	–
26.08.	17–27, 37–47	Nachbehandlung Taschenspülung und Applikation CHX-Gel	111	–
02.12.	–	Evaluation der parodontalen Befunde im Rahmen der systematischen PAR-Therapie. Klinische Befundung (Sondierungstiefen, Sondierungsbluten, Zahnlockerung und Furkationsbefall, röntgenologischer Knochenabbau, Vergleich der erhobenen Daten mit den Befunddaten des Parodontalbefundes. Erläuterung Ablauf und Nutzen der Unterstützenden Parodontaltherapie	BEVa	–
	17	Einzelzahnaufnahme, Referenzzahn	Ä925a (Rö2)	–
06.12.	–	1. UPT-Sitzung	–	–
	–	Mundhygienekontrolle (API, SBI erhoben)	UPTa	–
	–	Mundhygieneunterweisung	UPTb	–
	17–27, 37–47	Supragingivale/gingivale Reinigung aller Zähne	28 x UPTc	–
	45, 44, 25	Subgingivale Reinigung, einwurzelige Zähne	3 x UPTe	–
	47, 46, 27, 26	Subgingivale Reinigung, mehrwurzelige Zähne	4 x UPTf	–
	–	Taschenspülung mit CHX-Lösung	–	–

## PARODONTOLOGIE

## PAR-Behandlung HVM-freundlich gestalten: Potenziale erkennen und ausschöpfen

von Jasmin Klecker, ZMV, Dent-K, dent-k.de

### DOWNLOAD



AAZ-  
Sonder-  
ausgabe



### ARCHIV



Gratis-  
Leseprobe  
im ZR 04/2021



S3-Leitlinie:  
Eine einzige PZR  
reicht oft nicht

Compliance nicht per  
Behandlungsricht-  
linie gefordert, aber  
zwingend nötig!

Vorteile des  
dreiphasigen  
Aufbaus

Inhalt Phase 1

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) für die Parodontitis-(PAR-) Behandlung nach der seit Juli 2021 geltenden Richtlinie (AAZ-Sonderausgabe, Abruf-Nr. 47715640, Leseprobe im ZR 04/2021, Seite 15 f.) reduziert den Wert der großzügig angelegten Behandlungsstrecke in einzelnen Regionen extrem. Daher ist unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots gemäß § 12 Sozialgesetzbuch (SGB) V im Vorfeld zu evaluieren, ob das Therapieziel nach den Vorgaben der S3-Leitlinie erreicht werden kann. Insbesondere die Vorbehandlung spielt dabei eine entscheidende Rolle. |

### Nutzen der PAR-Vorbehandlung

Die PAR-Vorbehandlung ist mit der S3-Leitlinie aus dem Behandlungsfokus gerückt. Warum Sie sie jedoch schnellstmöglich wieder in Ihren Praxisalltag integrieren sollten, liegt nahe! Eine einzelne professionelle Zahnreinigung (PZR) als Vorbehandlung wird oft nicht reichen, um zu überprüfen, ob Sie das Ziel einer nach S3-Leitlinie durchzuführenden Behandlung erreichen.

Zwar ist die Compliance der Patienten nicht mehr in der Behandlungsrichtlinie manifestiert, dennoch ist die Mitarbeit zwingend erforderlich. Erste Regresse haben sich bereits angekündigt, da die Patienten die UPT-Termine nicht einhalten, die Befundevaluation zu spät erfolgt oder auch andere Kriterien seitens der gesetzlichen Krankenversicherungen kritisiert werden.

### Aufbau in drei Phasen

Die PAR-Vorbehandlung sollte wie die unterstützende Parodontitis Therapie (UPT) in einem längeren Zyklus erfolgen. Eine dreiphasige Therapie kann zur Einleitung, aber auch zur Abwendung einer PAR-Therapie als erstrebenswertes Konzept umgesetzt werden. Die Vorteile eines solchen Konzepts sind:

- Compliance-Check
- Reduktion von Sondierungstiefen bereits vor Beginn der PAR-Behandlung zwecks Steigerung des Behandlungserfolgs
- keine Budgetbelastung bzw. Abzüge aufgrund des HVM

#### 1. Mundhygienediagnostik, Tiefenreinigung und Informationsaustausch

- Beläge sichtbar machen durch Anfärben
- Plaque- und Blutungsindex erfassen
- Informationsaustausch und Demonstration von Putztechniken und Hilfsmitteln
- intensive Zahnreinigung
- ggf. medikamentöse Therapie, sofern diese in das Behandlungskonzept der Praxis passt

Zwischen Phase 1 und Phase 2 liegt ein Zeitraum von 4 bis 8 Wochen.

## 2. Reevaluation, bei Bedarf Nachreinigung

- Mundhygienediagnostik und Vergleich mit der Ausgangssituation
- Zahnsteinkontrolle
- bei Bedarf grundständige PZR

Zwischen Phase 2 und Phase 3 liegt ein Zeitraum von 4 bis 8 Wochen.

## 3. Mundhygienediagnostik, PSI und Beratung durch den Zahnarzt

In Phase 3 entscheidet der Zahnarzt, ob eine PAR-Therapie über die gesetzliche Krankenversicherung nötig ist oder ob man mit einem engmaschigen Prophylaxekonzept weiterbehandelt. Nach Verbesserung der Situation können die Intervalle patientenindividuell gestreckt werden. Eine gute Referenz für Intervalle bieten die Zyklusleistungen Nrn. 1000 und 1010 GOZ (siehe Zeitplanung am Ende des Beitrags).

Ansonsten entspricht Phase 3 weitgehend Phase 2 (Mundhygienediagnostik/Vergleich mit der Ausgangssituation, Zahnsteinkontrolle, ggf. PZR; s. o.).

**Wichtig |** Die dargestellten Phasen enthalten private Zusatzleistungen, die mit dem Patienten privat vereinbart und nach GOZ abgerechnet werden müssen.

PAR-Behandlung  
oder Prophylaxe-  
konzept? Zahnarzt  
entscheidet!

## Musterabrechnung für die Phasen 1 bis 3

Die folgende Musterabrechnung verzichtet auf eine Faktorvorgabe. Der Steigerungsfaktor sollte auf Grundlage des Stundensatzes gewählt werden. Da das Vorgehen in Phase 3 in weiten Teilen der Phase 2 entspricht, werden in der Musterabrechnung für Phase 3 nur die zusätzlich zu Phase 2 hinzugekommenen Positionen ausführlich beschrieben.

Wählen Sie Ihren  
Steigerungsfaktor  
nach Ihrem  
Stundensatz!

### ■ Musterabrechnung für Phase 1

Gebührenposition	Leistungsinhalt	Zeitaufwand
Nr. 1000 GOZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Beläge anfärben</li> <li>■ Plaque- und Blutungsindex erfassen und dokumentieren</li> <li>■ Vorstellung des Ist-Zustands mit Spiegel, ggf. Kamera</li> <li>■ Vorstellung des Therapieziels, z. B. SBI unter 30 Prozent</li> <li>■ Erläuterung der passenden Putztechnik sowie die Hilfsmittel</li> </ul>	≥ 25 Minuten
Nr. XXXXa GOZ	■ Intraorale Fotografie zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken	≥ 5 Minuten
Nr. 1040 GOZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vorreinigung mit dem ZEG</li> <li>■ Intensivreinigung mittels Scaler/Kürretten</li> <li>■ Anwendung von Pulverstrahlgerät, je nach Technik und Pulver auch subgingival</li> <li>■ Mehrphasige Polituren</li> <li>■ Refluoridierungsmaßnahmen</li> </ul>	30–50 Minuten
Nr. 4020 GOZ	■ Supragingivale Medikamentöse Therapie	ca. 2 Minuten
Nr. 4025 GOZ	■ Subgingivale antibakterielle Therapie mit z. B. CHX-Gel, Ligosan, Perio-Chip oder Ähnliche	ca. 2–10 Minuten
BEB*	■ Hygienische Überarbeitung vorhandener Prothesen und Schienen	

\* Nach praxisinterner Kalkulation

**Nr. 1000 GOZ:**  
So erreichen Sie die  
Mindestdauer  
von 25 Minuten

Sicher stellt sich bei der Nr. 1000 GOZ die Frage: Wie soll ich die Mindestdauer von 25 Minuten erreichen? Wie in der Musterabrechnung für Phase 1 (s. o.) dargestellt, enthält die Nr. 1000 GOZ mehr als das Sichtbarmachen von Belägen und die dazugehörige Kommunikation. Eine ausführliche Diagnostik durch die Prophylaxefachkraft sowie die noch ausführlichere Dokumentation sind zwar für den Patienten auf den ersten Blick nicht als Bestandteil erkennbar. Mithilfe einer praxisspezifischen Patienteninformationsbroschüre, gut dokumentierten Beratungen und als schriftlich fixierte Arbeitsanweisung im Rahmen eines praxisinternen Qualitätsmanagements kann man diesen Zeitaufwand und die Leistungsinhalte allerdings extern wie intern überzeugend kommunizieren.

### ■ Musterabrechnung für Phase 2

Gebührenposition	Leistungsinhalt	Zeitaufwand
Nr. 1010 GOZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Wichtigste Fragen:               <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Spüren Sie eine Veränderung?</li> <li>■ Was haben Sie geändert?</li> </ul> </li> <li>■ Selektives oder vollständiges Anfärben der Beläge</li> <li>■ Plaque- und Blutungsindex erfassen und dokumentieren</li> <li>■ Vorstellung des Ist-Zustands mit Spiegel, ggf. Kamera und Vergleich mit Phase 1</li> <li>■ Prüfung des Therapieziels und Dokumentation</li> <li>■ Remotivation ggf. Anpassung der Hilfsmittel</li> </ul>	Mind. 15 Minuten
Nr. XXXXa GOZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Intraorale Fotografie zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken, ggf. einschließlich Vergleich mit Referenzbildern zur Feindiagnostik</li> </ul>	5–10 Minuten (da Referenzaufnahmen jetzt vergleichbar)
Nr. 1040 GOZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vorreinigung mit dem ZEG</li> <li>■ Intensivreinigung mittels Scaler/Kürretten</li> <li>■ Anwendung von Pulverstrahlgerät je nach Technik und Pulver aus subgingival anzuwenden.</li> <li>■ Mehrphasige Polituren</li> <li>■ Refluoridierungsmaßnahmen</li> </ul>	20–30 Minuten
<b>Optional statt der Nr. 1040 GOZ</b>		
Nr. 4060 GOZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Einphasige Politur minimaler Beläge</li> </ul>	
Nr. 4050 GOZ/ Nr. 4055 GOZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Entfernung von harten und weichen Belägen</li> </ul>	
Nr. 4020 GOZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Supragingivale Medikamentöse Therapie</li> </ul>	ca. 2 Minuten
Nr. 4025 GOZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Subgingivale antibakterielle Therapie mit z. B. CHX-Gel, Ligosan, Perio-Chip oder Ähnliche</li> </ul>	ca. 2–10 Minuten
BEB*	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Hygienische Überarbeitung vorhandener Prothesen und Schienen</li> </ul>	

\* Nach praxisinterner Kalkulation

**Analogleistung  
zur intraoralen  
Fotografie**

**PRAXISTIPP** | Was die in der Musterabrechnung für die Phasen 1 und 2 genannte Analogleistung zur intraoralen Fotografie betrifft, wählen Sie eine Leistung, die Sie ggf. mit einem niedrigeren Steigerungsfaktor in der ersten Behandlungssitzung anwenden können. Das Steigern der Analogleistung ist aufgrund des zusätzlichen Vergleichs ebenfalls denkbar und auf Grundlage der GOZ möglich. Optional legen Sie eine zweite, besser bewertete Position an.

## ■ Musterabrechnung für Phase 3

Gebührenposition	Leistungsinhalt	Zeitaufwand
Nr. 1010 GOZ	■ s. o.	Mind. 15 Minuten
Nr. 4005 GOZ	■ Parodontal Screening Index (PSI) zur Evaluation der weiteren Therapie und Erfolgskontrolle	5 Minuten
GOÄ 70	■ Ausdruck des PSI	
Nr. XXXXa GOZ	■ Intraorale Fotografie (s. o.)	5–10 Minuten (da Referenzaufnahmen jetzt vergleichbar)
Nr. 1040 GOZ	■ s. o.	20–30 Minuten
Optional statt der Nr. 1040 GOZ		
Nr. 4060 GOZ	■ Einphasige Politur minimaler Beläge (s. o.)	
Nr. 4050/55 GOZ	■ Entfernung von harten und weichen Belägen (s. o.)	
Nr. 4020 GOZ	■ Supragingivale medikamentöse Therapie	ca. 2 Minuten
Nr. 4025 GOZ	■ Subgingivale antibakterielle Therapie (s. o.)	ca. 2–10 Minuten
BEB*	■ Hygienische Überarbeitung vorhandener Prothesen und Schienen	
Ä1**	■ Beratung bzw. Mitteilung der Auswertung des PSI	

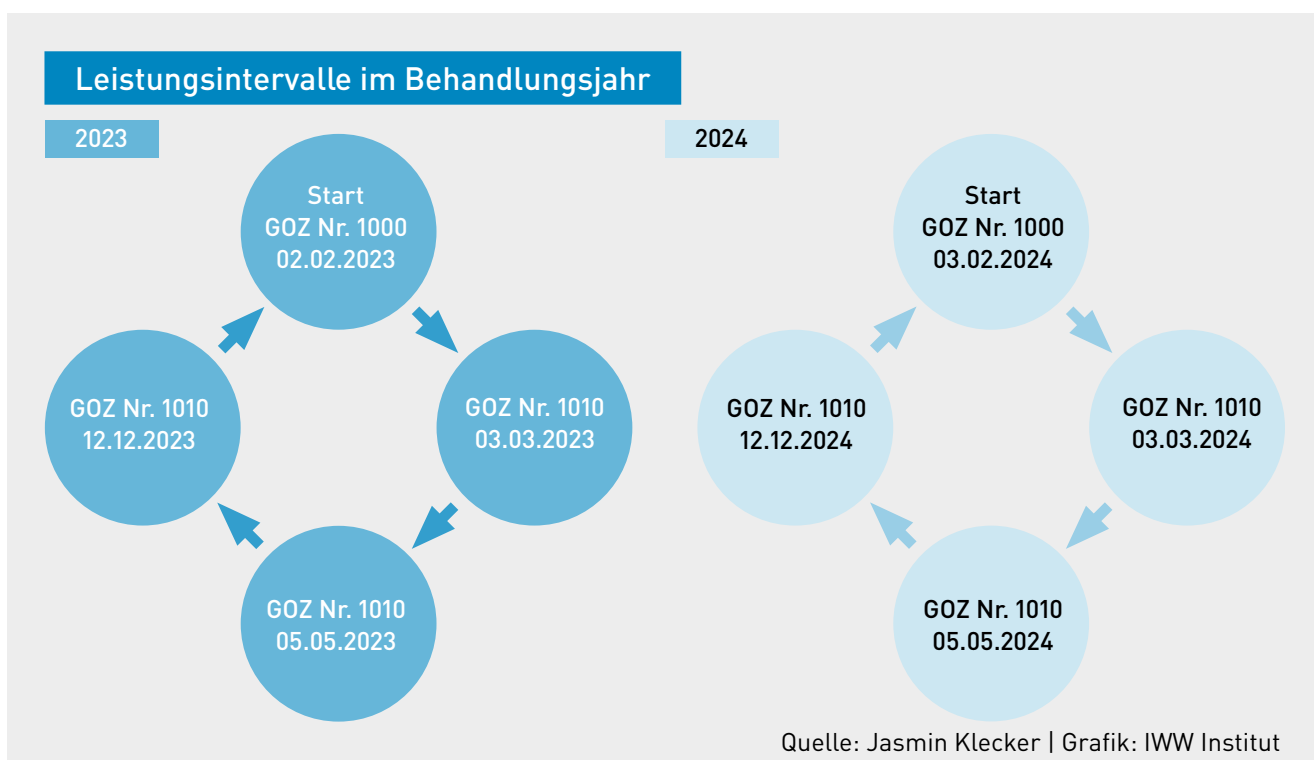
\* Nach praxisinterner Kalkulation

\*\* Da die Erhebung des PSI gemäß Nr. 4005 GOZ erfolgt, ist es legitim, die Mitteilung über das Diagnostikergebnis und die Behandlungsempfehlung privat zu liquidieren.

## Zeitplanung der Behandlungsintervalle

Das Behandlungsjahr beginnt mit dem Erbringen der Nr. 1000 GOZ und endet im darauffolgenden Jahr, einen Tag später.

Beginn und Ende des  
Behandlungsjahrs



## PARODONTOLOGIE

## Strukturierte parodontale Nachsorge: Diese Leistungen sind berechnungsfähig

von Dental-Betriebswirtin Birgit Sayn, ZMV, [sayn-rechenart.de](http://sayn-rechenart.de)

## SIEHE AUCH

Folgebeitrag in AAZ



Parodontal erkrankte Patienten benötigen nach Abschluss der aktiven Parodontal-(PAR-)Therapie und UPT-Phase eine spezifisch angepasste unterstützende lebenslange Nachsorge. Diese besteht aus einer Kombination von präventiven und therapeutischen Maßnahmen. Die Betreuung sollte in regelmäßigen und an die Bedürfnisse des Patienten angepassten Intervallen erfolgen. Wie die lebenslange Nachsorge aufgebaut ist, welche Maßnahmen dabei infrage kommen und wann sie delegiert werden können, fasst dieser Beitrag zusammen. Ein Folgebeitrag veranschaulicht die Abrechnung an drei Beispielen (Abruf-Nr. 49745886). |

## ARCHIV



Leseprobe  
im ZR 04/2021



### Die S3-Leitlinie gibt keine konkreten Empfehlungen

Nach der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ sollen nach Abschluss der parodontalen Therapie die Empfehlungen zur ersten Therapiestufe Anwendung finden, die die Langzeitstabilität des Therapieergebnisses darstellen. Detaillierte Empfehlungen finden sich dort nicht (S3-Leitlinie online unter [www.de/s4681](http://www.de/s4681), vgl. Leseprobe im ZR 04/2021, Seite 15).

### Klinische Empfehlung zur ersten Therapiestufe (S3-Leitlinie, Seite 36)

*„Das Ziel der ersten Therapiestufe ist es, den Parodontitispatienten mit adäquaten Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung vertraut zu machen, damit seine Adhärenz bezüglich der Therapie und die Vorhersagbarkeit eines adäquaten Ergebnisses steigen. Diese Stufe umfasst nicht nur die Implementierung einer Patientenmotivation und Verhaltensänderung mit dem Ziel einer adäquaten häuslichen Mundhygiene, sondern auch die Kontrolle der beeinflussbaren lokalen und systemischen Risikofaktoren, die eine Parodontitis signifikant beeinflussen. Obwohl diese erste Stufe in der Behandlung eines Parodontitispatienten nicht hinreichend ist, stellt sie die notwendige Basis für ein optimiertes Ansprechen auf die Behandlung und für die Langzeitstabilität des Therapieergebnisses dar.“*

*Zur ersten Therapiestufe gehören neben den aufklärenden und präventiven Interventionen zur Reduktion gingivaler Entzündung durch den Patienten auch die professionelle mechanische Entfernung von supragingivaler Plaque (Biofilm) und Zahnstein sowie von lokalen retentiven Faktoren (Reizfaktoren).“*

## ARCHIV



Hier mobil  
in AAZ 07/2023  
weiterlesen



### Zahnärzte können UPT bei Bedarf verlängern

Die Maßnahmen der UPT können verlängert werden, soweit dies zahnmedizinisch indiziert ist (vgl. AAZ 07/2023, Seite 2 ff.). Aufschluss hierüber geben die Untersuchungsergebnisse nach den BEMA-Nrn. UPT d bzw. UPT g. Der Zahnarzt hat auf dieser Grundlage zu entscheiden, inwieweit nach Ablauf von zwei Jahren das Ziel, den Behandlungserfolg langfristig zu sichern, erreicht werden konnte. Entscheidend ist also immer die zahnmedizinische Begründung. Besteht nach Ablauf der zwei Jahre weiterer Behandlungsbedarf, kann eine Verlängerung der UPT beantragt werden. Andernfalls wird der Patient entsprechend seiner Progression regelmäßig zur PAR-Nachsorge einbestellt, die nicht der Budgetierung unterliegen.



## Für GKV-Patienten ist die Nachsorge privat zu vereinbaren

Jeder Patient, der Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist, hat einerseits Anspruch auf eine gute, hochwertige und den medizinischen Erkenntnissen entsprechende Versorgung. Andererseits muss diese dem Gebot der Wirtschaftlichkeit nach § 12 Sozialgesetzbuch (SGB) V entsprechen. Insofern gilt es, den gesetzlich definierten Leistungsanspruch klar von den darüber hinausgehenden Therapiealternativen und Ergänzungen abzugrenzen und damit den vom Gesundheitssystem garantierten Sachleistungsanspruch von der Eigenverantwortung des Patienten zutreffend zu trennen.

Vor der Erbringung von Privatleistungen ist der GKV-Patient über die Kosten aufzuklären und eine schriftliche Privatvereinbarung nach § 8 Abs. 7 Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z) vorzunehmen. Mit dieser Vereinbarung erklärt der gesetzlich versicherte Patient sein Einverständnis, private Leistungen in Anspruch zu nehmen.

GKV-Sachleistungsanspruch ist klar von der Eigenverantwortung zu trennen

Rechtsgrundlage der Privatvereinbarung ist § 8 Abs. 7 BMV-Z

## PZR und gute Ratschläge reichen zur Nachsorge nicht immer

Die Befundaufnahme soll als Teil der PAR-Nachsorge den Heilerfolg halten und/oder geeignete Maßnahmen zur Verbesserung auf den Weg bringen. Eine professionelle Zahnreinigung (PZR) und gute Ratschläge reichen nicht immer aus, um die Parodontitis zu heilen bzw. unter Kontrolle zu halten. Erneute Behandlungen einzelner Zähne, ggf. mit Lokalanästhesien, können indiziert sein.

Je nach Schwere der Erkrankung werden in der Regel ein bis vier PAR-Nachsorgetermine pro Jahr empfohlen, für die jeweils ein Zeitaufwand von 45 bis 60 Minuten einzuplanen ist. Die genaue Zeitdauer hängt ab von der Anzahl an Zähnen und ggf. Implantaten. Dabei ist stets zu prüfen, wie viele Zeiteinheiten beim Zahnarzt und beim Fachpersonal zu terminieren sind. Die Intervalle sind nach jedem Termin dem Befund anzupassen.

Ggf. müssen einzelne Zähne erneut behandelt werden

Empfohlen sind ein bis vier Nachsorgetermine à 45 bis 60 min

### ■ Dokumentation und Bewertung der Erkrankungsentwicklung

- Sind Veränderungen der Taschentiefen zu verzeichnen (Rezidiv?)?
- Zeigt sich ein Attachmentverlust bzw. eine Veränderung?
- Zeigt sich beim Knochenabbau eine Entzündungsaktivität (Mundhygiene- und Entzündungsindizes, BOP, Biofilm)? Als Maß für die Effektivität der häuslichen Mundhygiene: Erkennen von Risikofaktoren (insbesondere Rauchen, schlecht eingestellter Diabetes etc.).
- Wiederholung einer antiinfektiösen Therapie mit Instrumentierung erkrankter Zähne, wenn die Sondierungstiefen mit BOP positiv über 4 mm liegen, bei mehr als 5 mm auch ohne Entzündungszeichen.
- Adjuvante medikamentöse Therapie: Wenn Entzündungen durch bisherige Maßnahmen nicht erfolgreich behandelt werden konnten (persistierende entzündliche Taschen), kann die Anwendung von antibakteriell wirksamen Medikamenten in Zahnfleischtaschen den Behandlungserfolg unterstützen.

## Diese Leistungen sind privat vereinbarungsfähig

Es folgt eine Übersicht über in der PAR-Nachsorge abrechenbare Gebührenziffern aus GOÄ und GOZ sowie analog berechnungsfähige Leistungen und zahntechnische Leistungen. Die Abrechnungsbestimmungen werden jeweils als bekannt vorausgesetzt, daher wird nur Wesentliches kommentiert.

### Leistungen nach GOÄ in der PAR-Nachsorge

Folgende Leistungen der GOÄ können im Rahmen der PAR-Nachsorge angewandt werden:

#### ■ PAR-Nachsorge: Diese GOÄ-Gebührenpositionen kommen infrage

GOÄ	Leistungstext und Erläuterungen	Euro (2,3-fach)
Ä1	Beratung	10,72
Ä3	Eingehende Beratung (Dauer mind. 10 min)	20,11
Ä5	Symptombezogene Untersuchung  ■ Viele Praxisteams berechnen die GOÄ-Nr. 5 nach den Abrechnungsbestimmungen der GOÄ-Nr. 1. Das ist nicht korrekt. Die Leistung nach der GOÄ-Nr. 5 ist neben Leistungen nur nach den Abschnitten C. bis O. der GOÄ im Behandlungsfall einmal berechnungsfähig. Eine mehrfache Berechnung auch innerhalb desselben Behandlungsfalles ist möglich, wenn keine zusätzlichen Leistungen aus den Abschnitten C. bis O. (Gebührensatz 200-5000 f.) der GOÄ erbracht werden, so z. B. bei einer PAR-Verlaufskontrolle.	10,72
Ä297	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung – ggf. einschließlich Fixierung  ■ Die GOÄ-Nr. 297 kann für die Entnahme von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung je Entnahmestelle und Bürstenabstrich für eine Exfoliativzytologie berechnet werden.	6,03
Ä298	Entnahme und ggf. Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung, ggf. einschließlich Fixierung, je Entnahmestelle  ■ Die GOÄ-Nr. 298 kann für die Entnahme von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung je Entnahmestelle – auch zweimal je Zahn bei mesialer und distaler Entnahme am Zahn berechnet werden. ■ Zur Mikrobiologie zählen neben Bakterien auch Pilze. Daher kann die Entnahme von Abstrichmaterial zum Nachweis von Pilzen auch nach dieser Gebührensatznummer berechnet werden. Die GOÄ-Nr. 298 ist bei mikrobiologischen Markerkeimanalysen mit Auswertung im Fachlabor, z. B. beim Interleukin-Test GenoType IL-1, ansatzfähig. Neben der Honorarleistung werden dem Patienten die Testkosten in Rechnung gestellt.	5,36
Ä1508	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus dem Rachen oder Mund  ■ Fremdkörper können aus Nahrungsbestandteilen wie z. B. Knochensplintern, Knorpel oder Fischgräten stammen. Eingespießt werden können Fremdkörper auch beim Zerbeißen von Gegenständen, die nicht der Nahrungsaufnahme dienen, wie etwa Stifte und Kunststoffbestandteile von Verpackungen. Die Entfernung kann auch abgebrochene Zahnstocher oder eingeklemmte Fragmente von Zahnseide im Zahnzwischenraum umfassen.	12,47

### Leistungen nach GOZ in der PAR-Nachsorge

Folgende Leistungen der GOZ können im Rahmen der PAR-Nachsorge angewandt werden:

#### ■ PAR-Nachsorge: Diese GOZ-Gebührenpositionen kommen infrage

GOZ	Leistungstext und Erläuterungen	Euro (2,3-fach)
0030	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans nach Befundaufnahme und ggf. Auswertung von Modellen  ■ Die Leistungen der PAR-Nachsorge sind auch bei gesetzlich Versicherten privat zu bezahlen. Daher ist die Nr. 0030 GOZ bei Therapieplanung durch Approbierte abrechenbar.	25,97

0065	Optisch-elektronische Abformung einschließlich vorbereitender Maßnahmen, einfache digitale Bissregistrierung und Archivierung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich  ■ Im Rahmen der PAR-Nachsorge kann der Patient mit Unterstützung der digitalen Abformung seine Zähne auf dem Monitor sehen und Reinigungsdefizite optimal erläutert werden. Die Beratung zur effektiveren Zahn-/Implantatreinigung erfährt dadurch eine andere Dimension, die i. d. R. mithilfe modernster Technik zu einer deutlich höheren Motivation und Akzeptanz der Patienten für PAR-Nachsorgemaßnahmen führt.	10,35
0080	Intraorale Oberflächenanästhesie, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	3,88
0090	Intraorale Infiltrationsanästhesie	7,76
0100	Intraorale Leitungsanästhesie.  ■ Bei den GOZ-Nrn. 0090–0100 sind die Materialkosten berechenbar, bei der Nr. 0080 nur in Einzelfällen (Zumutbarkeitsgrenze).	9,05
1000	Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten	25,87
1010	Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten  ■ Da die Leistungen nach den Nrn. 1000 und 1010 in der GOZ bereits existent sind, kann für die BEMA-Nr. UPTa und b keine Analogziffer nach der GOZ berechnet werden.	12,94
4000	Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus	20,70
4005	Erhebung mindestens eines Gingivalindex und/oder eines Parodontalindex (z. B. des Parodontalen Screening-Index PSI)  ■ In der GKV ist die BEMA-Nr. 04 (PSI) nur alle zwei Jahre berechenbar. Ist die Erhebung des PSI in der Zwischenzeit notwendig, kann je die GOZ-Nr. 4005 berechnet werden.	10,35
4025	Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation, je Zahn zzgl. Materialkosten  ■ Eine unterstützende Antibiotikatherapie kann bei besonders schweren Formen der Parodontitis, die mit einem raschen Attachmentverlust einhergehen, als antiinfektiöse Therapie angezeigt sein. Direkt im Anschluss an die Entfernung aller supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Scaling und Root-planing) erfolgt die Applikation des Gels in die Zahnfleischtasche.	1,94
4030	Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	4,53
4050	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge, gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, auch Brückenglied	1,29
4055	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge, gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem mehrwurzeligen Zahn	1,68
4060	Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge oder professioneller Zahnreinigung nach der Nummer 1040 mit Nachreinigung einschließlich Polieren, je Zahn oder Implantat, auch Brückenglied	0,91
4110	Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Aufbaumaterial (Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial), auch Einbringen von Proteinen zur regenerativen Behandlung parodontaler Defekte, ggf. einschließlich Materialentnahme im Aufbaubereich, je Zahn oder Parodontium oder Implantat  ■ Die Kosten für Knochenersatzmaterial und Proteine sind z. B. gesondert berechenbar.	23,28
6190	Beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen  ■ Diese Gebührensnummer ist mitunter bei einer Beratung über die negative Wirkung von Nikotinkonsum unter Hinwirken auf einen Rauchverzicht ansatzfähig.	18,11

Muss herausnehmbarer Zahnersatz gereinigt werden?

### Analogleistungen in der PAR-Nachsorge

- Intensive Ernährungsberatung
- Aufzeigen der Zusammenhänge zwischen Ernährungsgewohnheiten und möglichen Erkrankungen der Zähne sowie des Zahnhalteapparats. Die Beratung mit Erstellen und Auswerten eines Ernährungstagebuchs umfasst auch individuelle Ernährungstipps (z. B. Analyse von Ernährungsgewohnheiten (Folgen allgemeiner Erkrankungen, Zahnerkrankungen, Nikotin, etc.)
- Parodontitis-Risiko-Test
- Früherkennungs-Schnelltest zum Nachweis des Enzyms ammp-8
- Antimikrobielle Photodynamische Therapie (aPDT)
- Subgingivale Instrumentierung
- Desinfektion der Zahnfleischtaschen mit Laser
- Desinfektion der Zahnfleischtaschen mit Ozon
- Wangen- und Zungenreinigung
- Keimreduktion in den Zahnfleischtaschen per Laser bei geschlossener PAR
- Anwendung elektromechanischer Verfahren zur Parodontaldiagnostik (z. B. Gerät zur Messung von Lockerungsgraden)
- Foto intraoral
- Foto extraoral ohne kieferorthopädische Auswertung
- Demontage von Implantatteilen zur Reinigung
- Lokale Anwendung von Medikamenten mittels individueller Schiene zur Parodontalprophylaxe

### Zahntechnische Leistungen in der PAR-Nachsorge

In der Recall-Phase ist bei Patienten mit herausnehmbarem Zahnersatz intervallmäßig zu prüfen, ob eine Reinigung dieses Zahnersatzes notwendig ist. Je nach Befund und Therapie kann der Zahnersatz in der Praxis oder im Partnerlabor gereinigt werden. In der BEB ist die Nr. 8123 dafür vorgesehen, wobei der Leistungstext individuell zu gestalten ist.

#### ■ Beispiele für die Beschreibung der BEB-Nr. 8123

- Prothesenreinigung
- Klebereste Prothesenbasis entfernen (inkl. Reinigung)
- Reinigung Prothese, Wartung von Verbindungselementen, Auftragen bakterienreduzierender Schutzlack

### Teilleistungen dürfen delegiert werden

Rechtsgrundlage für die Delegation ist § 1 Abs. 5 und 6 Zahnheilkundengesetz. Grundsätzlich sind Approbierte zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet und übernehmen die persönliche Verantwortung und Haftung. Verschiedene Teilleistungen können – je nach Qualifikationsstand der ZFA – an nicht zahnärztliches Fachpersonal delegiert werden. Diese Rechtsgrundlagen gelten auch für die Delegation von PAR-Leistungen, denn weder der G-BA, der die PAR-Richtlinie beschlossen hat, noch der Bewertungsausschuss noch die Bundesmantelvertragspartner haben Aussagen zur Delegation zahnärztlicher Tätigkeiten in der PAR-Nachsorge getroffen. Die Zahnärztekammer Niedersachsen hat allerdings eine Übersicht delegationsfähiger Leistungen veröffentlicht. AAZ 04/2022, Seite 7 f.

ARCHIV



Hier mobil  
in AAZ 04/2022  
weiterlesen



## PARODONTOLOGIE

## Strukturierte parodontale Nachsorge – drei Abrechnungsbeispiele

von Dental-Betriebswirtin Birgit Sayn, ZMV, [sayn-rechenart.de](http://sayn-rechenart.de)

In der strukturierten PAR-Nachsorge bei gesetzlich versicherten Patienten müssen die jeweils anfallenden zahnärztlichen Maßnahmen privat vereinbart werden (vgl. Abruf-Nr. 49740453). Erst dann können sie nach GOZ/GOÄ, analog oder nach der BEB berechnet werden. Wie die Abrechnung aussehen kann, zeigen drei Beispiele.

**Wichtig** Eine Entfernung von Zahnstein ist jeweils bereits im Laufe des Kalenderjahres erbracht und nach BEMA-Nr. 107 berechnet worden. Der BEMA-PSI ist aufgrund der Abrechnungsbestimmungen bei den Beispielen nicht abrechenbar, da die Zweijahresphase noch nicht erfüllt ist. Achten Sie auf die erforderliche Dokumentation. Die genannten Leistungen und Gebührensätze sind dem jeweiligen Behandlungsfall anzupassen.



Hier mobil  
in AAZ 11/2023  
weiterlesen

ARCHIV



In den Beispielen  
unberücksichtigt:  
**BEMA-Nr. 107 und  
BEMA-PSI**

### ■ 1. Beispiel PAR-Nachsorge

Befund: Fehlende Zähne 18, 28, 38, 48 PAR-Nachsorge: 2 Behandlungstermine					
Zahn	Geb. Nr.	Leistungsbeschreibung Kurzform	Faktor	Anz.	Euro
	Ä1	Beratung	2,3	1	10,72
	Ä5	Symptombezogene Untersuchung	2,3	1	10,72
[ggf.]	0030	Therapieplan	2,3	1	25,87
	4005	PSI	2,3	1	10,35
	1000	Mundhygienestatus	2,3	1	25,87
17, 16, 14, 24 26, 27, 37, 36 46, 47	4055	Entfernung Zahnbeläge an einem mehrwurzeligen Zahn	2,3	10	16,80
15, 13-23, 25, 35-45	4050	Entfernung Zahnbeläge an einem einwurzeligen Zahn	2,3	18	23,22
17-47	1040	Professionelle Zahnreinigung	2,3	28	101,36
	1010	Kontrolle des Übungserfolgs	2,3	1	12,94
	6190	Beratendes und belehrendes Gespräch	2,3	1	18,11
	Ä5	Symptombezogene Untersuchung	2,3	1	10,72

### ■ 2. Beispiel: Verwendung von lokalen Antibiotika

Befund: Fehlende Zähne 18, 17, 25, 27, 28, 38, 48 Verbindungselement: 26 Geschiebe Lokales Antibiotikum: 16-14, 24, 26, 37-34, 44-47 PAR-Nachsorge: 4 Behandlungstermine					
Zahn	Geb. Nr.	Leistungsbeschreibung Kurzform	Faktor	Anz.	Euro
	Ä1	Beratung	2,3	1	10,72

	Ä5	Symptombezogene Untersuchung	2,3	1	10,72
	0030	Therapieplan	2,3	1	25,87
	1000	Mundhygienestatus	2,3	1	25,87
16, 14, 26, 24 37, 36, 46, 47	4055	Entfernung Zahnbeläge an einem mehrwurzeligen Zahn	2,3	8	13,44
15, 13-23, 35-45	4050	Entfernung Zahnbeläge an einem einwurzeligen Zahn	2,3	17	21,93
16-47	1040	Professionelle Zahnreinigung	2,3	25	90,50
26	1040a	Professionelle Zahnreinigung (PZR) an Verbindungselementen entsprechend Geb.-Nr. 1040 PZR	2,3	1	3,62
	1010	Kontrolle des Übungserfolgs	2,3	1	12,94
	Ä5	Symptombezogene Untersuchung	2,3	1	10,72
	1010	Kontrolle des Übungserfolgs	2,3	1	12,94
17, 27, 37, 47	0080	Oberflächenanästhesie	2,3	4	15,52
37, 47	0100	Leitungsanästhesie	2,3	2	18,10
16, 14, 24	0090	Infiltrationsanästhesie	2,3	2	15,52
16, 14, 24, 26, 37, 36, 46, 47	4075	Parodontalchirurgische Therapie an einem mehrwurzeligen Zahn	2,3	8	134,56
15, 35, 34 44, 45	4070	Parodontalchirurgische Therapie an einem einwurzeligen Zahn	2,3	5	64,70
16-14, 24-26, 37-34 44-47	4025	Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalanplikation	3,5	13	38,35
	Ä5	Symptombezogene Untersuchung	2,3	1	10,72
16-47	4060	Nachkontrolle und Nachreinigung	2,3	25	22,75
	Mat	Anästhetikum			xy
	Mat	Lokales Antibiotikum			xy

### ■ 3. Beispiel: Testverfahren

Der Befund: Fehlende Zähne 18, 28, 38, 48

Entnahmestelle Test: 17, 15, 11, 27, 37, 31, 43, 47 (jeweils mesial und distal)

PAR-Nachsorge: 3 Behandlungstermine

Zahn	Geb. Nr.	Leistungsbeschreibung Kurzform	Faktor	Anz.	Euro
	Ä1	Beratung	2,3	1	10,72
	Ä5	Symptombezogene Untersuchung	2,3	1	10,72
	0030	Therapieplan	2,3	1	25,87
	4005	Parodontaler Screening-Index (PSI)	2,3	1	10,35
	1000	Mundhygienestatus	2,3	1	25,87
	1040	Professionelle Zahnreinigung	2,3	28	101,36
	1010	Kontrolle des Übungserfolgs	2,3	1	12,94
26,37	2130	Kontrolle, Finieren/Polieren einer Restauration	2,3	2	26,90
17, 15, 11, 27 37, 31, 43, 47	Ä298	Entnahme und ggf. Aufbereitung von Abstrichmaterial	2,3	16	85,76
	Mat	Testkosten inkl. Auswertung		1	xy
	Ä3	Beratung mehr als 10 Min.	2,3	1	20,11



## PARODONTOLOGIE

## Anästhesien in der PAR-Behandlung: Leser fragen – Experten antworten

| In den letzten Wochen und Monaten erreichten die AAZ-Redaktion mehrere Leserfragen zu Anästhesien bei Parodontitis-(PAR-)Behandlungen. Da PAR-Behandlungen zum Tagesgeschäft in der Zahnarztpraxis gehören und das Thema somit viele unserer Leserinnen und Leser betrifft, haben wir die Fragen samt Antworten hier veröffentlicht. |

### PAR-Behandlung ohne Anästhesie eine Vertragsleistung?

**FRAGE:** „Kann eine PAR-Behandlung nur dann als Vertragsleistung abgerechnet werden, wenn eine Anästhesie durchgeführt wird? Oder ist die Behandlung ausnahmsweise auch ohne Anästhesie möglich?“

**ANTWORT:** Die Erbringung und Abrechnung der Anästhesien ist zwar keine zwingende Abrechnungsvoraussetzung für die antiinfektiöse Therapie, stellt aber den Regelfall dar.

Denn eine PAR-Behandlung im Sinne der BEMA-Nrn. AITa/b, also die Antiinfektiöse Therapie, ist ein chirurgischer Eingriff. In der Regel ist dieser ohne Schmerzausschaltung nicht durchführbar. Daher ist eine Anästhesie für die Durchführung der AIT grundsätzlich erforderlich. Jeder Patient hat ein Recht auf eine schmerzfreie Behandlung. Insoweit stellt auch die Anästhesie eine Vertragsleistung dar.

**MERKE |** Es sind jedoch Ausnahmesituationen vorstellbar, bei denen eine Durchführung der AIT a/b auch ohne Anästhesie möglich ist. Das ist zum Beispiel der Fall bei einer sehr guten Initialbehandlung, bei der durch eine oder mehrere professionelle Zahnreinigungen die Entzündungen bereits erheblich reduziert werden konnten.

Anästhesie ist kein  
Muss, aber die Regel

Diese Ausnahmen  
sind denkbar

### Welche Form der Anästhesie ist bei PAR-Behandlungen am wirtschaftlichsten?

**FRAGE:** „Welche Anästhesie ist die wirtschaftlichste Variante im Zusammenhang mit der Parodontitisbehandlung?“

**ANTWORT:** Auch für die Abrechnung der Anästhesien ist grundsätzlich das Wirtschaftlichkeitsgebot im Sinne des § 12 Sozialgesetzbuch (SGB) V zu beachten. Danach müssen die Leistungen im vertragszahnärztlichen Bereich ausreichend und zweckmäßig sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Zudem sind die Abrechnungsbestimmungen zur Leitungsanästhesie nach BEMA-Nr. 41a zu beachten:

## ■ Aus den Abrechnungsbestimmungen zur BEMA-Nr. 41a

„(...)“

2. Die Abrechnung einer Leistung nach der Nr. 41 kann nur erfolgen, wenn die Infiltrationsanästhesie (Nr. 40) nicht ausreicht. Dies ist gegeben:
  - im Unterkiefer in der Regel,
  - im Oberkiefer bei entzündlichen Prozessen, die die Anwendung der Infiltrationsanästhesie nicht gestatten, oder bei größeren chirurgischen Eingriffen, nicht bei Nrn. 43 bis 46, 49 und 50.
3. Bei chirurgischen und parodontal-chirurgischen Leistungen können in begründeten Ausnahmefällen die Nr. 41 und die Nr. 40 nebeneinander abgerechnet werden, wenn nur so eine ausreichende Anästhesietiefe oder die Ausschaltung von Anastomosen erreicht werden kann.
4. Bei lang dauernden Eingriffen ist die Nr. 41 ein zweites Mal abrechnungsfähig.“

Bei einzelnen  
Parodontien  
auch Infiltrations-  
anästhesie denkbar

### Die Leitungsanästhesie ist grundsätzlich die wirtschaftlichste

Aus dieser Kombination von Regelungen ergibt sich, dass bei einer PAR-Behandlung im Unterkiefer grundsätzlich die Leitungsanästhesie das wirtschaftliche Vorgehen darstellt. Werden jedoch nur einzelne Parodontien behandelt, kann auch die Infiltrationsanästhesie im Sinne der BEMA-Nr. 40 wirtschaftlich sein.

Das liegt insoweit an den unterschiedlichen Abrechnungsmodi. Die Infiltrationsanästhesie nach BEMA-Nr. 40 wird für den Bereich von zwei nebeneinanderstehenden Zähnen nur einmal je Sitzung, also je Zahnpaar, abgerechnet. Dabei gelten die beiden mittleren Schneidezähne ausnahmsweise nicht als ein Bereich von zwei nebeneinanderstehenden Zähnen.

Die Leitungsanästhesie wird je Nervenbahn abgerechnet, also praktisch je Kieferhälfte.

Beachten Sie die  
zahnmedizinischen  
Sachverhalte

**PRAXISTIPP** | Trotzdem müssen auch zahnmedizinische Sachverhalte beachtet werden. Dies schlägt sich in den weiteren genannten Abrechnungsbestimmungen nieder. Insbesondere bei der offenen PAR-Therapie, also bei der Lappenoperation, kann es erforderlich sein, zusätzlich zur Leitungsanästhesie noch eine Infiltrationsanästhesie zu setzen, um eine Blutleere bzw. eine entsprechende Anästhesietiefe zu erreichen. Die zusätzliche Anästhesie nach der BEMA-Nr. 40 zur Ausschaltung von Anastomosen kann nur abgerechnet werden, wenn nicht gleichzeitig eine gesamte Betäubung des Kiefers oder eine Betäubung des Frontzahnbereichs der anderen Kieferhälfte erforderlich ist. Dann können die BEMA-Nrn. 40 und 41a für den gleichen Bereich nebeneinander berechnet werden.

BEMA-Nr. 40 bei  
zwei nebeneinander-  
stehenden Zähnen  
zweimal ansatzfähig

### Intraligamentäre Anästhesien sind sorgfältig zu begründen

Die intraligamentäre Anästhesie stellt eine Sonderform der Infiltrationsanästhesie dar. Dabei werden einzelne Zähne ohne Beteiligung des umliegenden Weichgewebes betäubt. Nach der vierten Abrechnungsbestimmung zur BEMA-Nr. 40 ist die intraligamentäre Anästhesie nach Nr. 40 abrechnungsfähig. Werden im Ausnahmefall zwei nebeneinanderstehende Zähne intraligamentär anästhesiert, so kann die Nr. 40 je Zahn einmal abgerechnet werden.

Für die Frage, ob diese Form der Anästhesie wirtschaftlich sein kann, wird auf das oben Ausgeführte sinngemäß verwiesen. Handelt es sich jedoch bei dieser Form der Anästhesie um eine Behandlung auf speziellen Wunsch des Patienten, ist zusätzlich zu bewerten, ob diese Anästhesie auch zahnmedizinisch indiziert ist oder nicht. Bei einer reinen Wunschbehandlung wäre die Anästhesie gegebenenfalls außervertraglich zu vereinbaren und nach GOZ privat abzurechnen.

#### PRAXISTIPPS |

- Eine spezielle Begründung in Form einer Übermittlung zahnmedizinischer Sachverhalte ist nicht vorgesehen. Trotzdem ist es notwendig, die intraligamentäre Anästhesie im Rahmen der Abrechnung mit der KZV speziell zu kennzeichnen, denn diese wird eben nicht je Zahnpaar, sondern je Zahn abgerechnet. **Wichtig |** Um Rückfragen zu vermeiden, muss die Kennzeichnung im Feld „KZV intern“ erfolgen. Dies kann jedoch ganz kurz sein, zum Beispiel über das Kürzel „iA“.
- Die ausführliche Begründung, warum man sich für diese Form der Anästhesie entschieden hat, muss jedoch in der Patientendokumentation hinterlegt werden. Wie immer gilt, dass besonders beim Abweichen vom Standardvorgehen eine noch ausführlichere Dokumentation erforderlich ist als sonst.

Prüfen Sie: Ist die Leistung notwendig oder ist sie eine Verlangensleistung?

Vergessen Sie den Vermerk im Feld „KZV intern“ und die Begründung nicht!

## Wie ist eine Anästhesie mit Oraqix® berechnungsfähig?

**FRAGE:** „Kann die Anästhesie auch mit speziellen Anästhesieverfahren wie bspw. Oraqix® durchgeführt werden? Wie ist dann die wirtschaftliche Abrechnungsweise?“

**ANTWORT:** Das Oraqix® Parodontal-Gel ist ein intrasulculär aufzutragendes Anästhesie-Gel. Es stellt keine Form der vertragszahnärztlichen Anästhesie dar, auch nicht die der intraligamentären Anästhesie.

Anästhesie mit Oraqix® ist keine Vertragsleistung

Der BEMA enthält für diese Anästhesieform keine Gebührensiffer. Eine private Berechnung ist alternativ nach Aufklärung und Einverständnis des Patienten gestattet. Das Zuzahlungsverbot wird nicht verletzt, da diese Therapieform – wie auch bspw. die PZR – nicht Bestandteil des BEMA ist. Sind bei gesetzlich Versicherten außervertragliche Leistungen vorgesehen, ist eine schriftliche Privatvereinbarung nach § 8 Abs. 7 Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z) vor Behandlungsbeginn mit dem Patienten bzw. Versicherten zu treffen. Die Kosten dieser privaten Leistung inklusive Materialkosten trägt der Patient nach vorheriger schriftlicher Privatvereinbarung.

**PRAXISTIPP |** Für die Abrechnung dieser Anästhesie-Variante gibt es unterschiedliche Empfehlungen, sowohl vom Hersteller als auch von den verschiedenen Zahnärztekammern. Diese reichen von einer Abrechnung als Oberflächenanästhesie nach Nr. 0080 GOZ über die Abrechnung als Infiltrationsanästhesie nach Nr. 0090 GOZ bis hin zur Abrechnung als Analogleistung. Die letztgenannte Variante wird am meisten empfohlen. Welche Analogleistung dabei ausgewählt wird, richtet sich danach, wie hoch der Aufwand im konkreten Fall ist. Dabei spielt insbesondere die Anzahl der behandelten Zähne die entscheidende Rolle.

Empfohlen wird die Analogabrechnung nach § 6 Abs. 1 GOZ

## PAR-BEHANDLUNG

## Umfasst die UPTc auch die Reinigung von Implantaten und Brückengliedern?

beantwortet von Dental-Betriebswirtin und ZMV Birgit Sayn, Leverkusen,  
sayn-rechenart.de

**FRAGE:** „Die UPTc umfasst die Reinigung der supragingivalen und gingivalen Beläge aller Zähne, auch von natürlichen Zähnen, die zuvor nicht einer AIT unterzogen wurden. Im Gegensatz zur korrespondierenden GOZ-Ziffer (Nr. 1040 GOZ) fehlt ein Hinweis auf die Reinigung von Implantaten und Brückengliedern. Dass die Reinigung von Implantaten eine Privatleistung darstellt, ist eindeutig. Wie steht es jedoch um die Reinigung von Brückengliedern?“ |

UPTc nur für Zähne,  
Reinigung von  
Brückengliedern ist  
privat zu berechnen!

**ANTWORT:** Die Leistungsinhalte der UPTc beziehen sich nur auf Zähne, das ist korrekt. Denn der Leistungstext zur UPTc lautet: „Supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen, je Zahn“ [Hervorhebung der Redaktion]. Auch die Entfernung harter Beläge nach den BEMA-Nrn. 107 bzw. 107a ist nur für Zähne berechnungsfähig. Die Entfernung harter Beläge an Implantaten, Brückengliedern, Geschieben und herausnehmbarem Zahnersatz ist dort auch nicht enthalten und vergleichbar mit der Reinigung von Brückengliedern im Rahmen der UPTc nach entsprechender Aufklärung und Vereinbarung privat zu berechnen (z. B. wenn eine PZR erfolgt nach der Nr. 1040 GOZ je Implantat bzw. Brückenglied).

Sachleistungs-  
anspruch ist von  
Eigenverantwortung  
zu trennen!

Jeder gesetzlich Versicherte hat einerseits Anspruch auf eine gute, hochwertige und den medizinischen Erkenntnissen entsprechende Versorgung, die andererseits dem Gebot der Wirtschaftlichkeit nach § 12 Sozialgesetzbuch (SGB) V entsprechen muss. Insofern gilt es, eine genaue Grenze zwischen diesem Leistungsanspruch und darüber hinausgehenden Therapiealternativen und Ergänzungen zu ziehen und damit den Sachleistungsanspruch von der Eigenverantwortung zutreffend zu trennen.

Im Rahmen einer prothetischen Neuversorgung ist es beispielsweise aus medizinischer und rechtlicher Sicht wichtig, einen CMD-Kurzbefund zu erheben, der keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) darstellt. Ob der gesetzlich Versicherte das Geld dafür aufbringen kann oder nicht – es ist keine Leistung der GKV und dennoch medizinisch notwendig. Gleiches gilt für die Reinigung von Brückengliedern im Rahmen der UPTc bei GKV-Patienten als Selbstzahlerleistung oder die Reinigung von herausnehmbarem Zahnersatz bei einer genehmigten PAR-Therapie. Die dabei entstehenden Kosten, um ein optimales Hygienemanagement zu gewährleisten, sind gleichfalls vollumfänglich vom Patienten zu tragen.

**PRAXISTIPP |** Regional kann es KZVen geben, die eine Reinigung von Brückengliedern, befestigt an Zahnkronen im Rahmen der UPTc als „Zahn“ akzeptieren, obwohl die Leistungsbeschreibung nur den Zahn umfasst. Formulieren Sie Ihre Frage schriftlich und richten Sie diese an Ihre zuständige KZV. Bitten Sie um schriftliche Antwort, da mündliche Aussagen bei einer evtl. späteren Prüfung nichtig sind.

## PARODONTOLOGIE

## Ist während der UPT die BEMA-Nr. 01 separat berechnungsfähig?

**| FRAGE:** „Darf man neben den UPT-Leistungen eine eingehende Untersuchung nach BEMA-Nr. 01 abrechnen?“ |

**ANTWORT:** Ja, die „Eingehende Untersuchung“ nach BEMA-Nr. 01 kann neben den diversen UPT-Leistungen abgerechnet werden. Es gibt keine diesbezüglichen Ausschlüsse in den Abrechnungsbestimmungen.

### UPT und BEMA-Nr. 01 haben verschiedene Zielrichtungen

Die Frage ist aber durchaus berechtigt, denn im Rahmen der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) können nicht nur die diversen therapeutischen Maßnahmen, sondern auch beratende und diagnostische Leistungen durchgeführt werden. Insofern muss betrachtet werden, ob es Leistungsüberschneidungen gibt. Leistungsinhalt der BEMA-Nr. 01 ist die „Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung“. Sie zielt also auf die Feststellung aller behandlungsbedürftigen Befunde zum Zeitpunkt der Untersuchung ab, nicht nur der PAR-Befunde. Die UPT hat eine andere Zielrichtung:

### ■ Bestandteile der UPT und ihre Zielrichtung

- Die Mundhygienekontrolle nach **BEMA-Nr. UPTa** umfasst das Anfärben von Plaque und die Bestimmung des Entzündungszustands der Gingiva.
- Die Mundhygieneunterweisung nach **BEMA-Nr. UPTb** umfasst (je nach Notwendigkeit) die patientenindividuelle Mundhygieneaufklärung, eine individuelle Mundhygieneinstruktion sowie praktische Anleitung und Übung.
- Die **BEMA-Nr. UPTd** beschreibt die Messung von Sondierungsbluten und Sondierungstiefen.
- Bei der **BEMA-Nr. UPTg** wird der gesamte klinische Befund bezüglich der Parodontitis erfasst und dokumentiert. Zusätzlich zur Messung von Sondierungstiefen und Sondierungsbluten werden noch Zahnlockerungen, Furkationsbefall sowie der röntgenlogische Knochenabbau und die Angabe des Knochenabbaus in Relation zum Patientenalter (Prozent/Alter) festgestellt und dokumentiert.

**Wichtig |** Letztlich besteht also keine Überlappung mit dem Leistungsinhalt der BEMA-Nr. 01. Die Möglichkeit der Nebeneinanderberechnung ist auch wegen der Zeitdauer der UPT von mindestens zwei Jahren sinnvoll. Sonst könnten im gesamten Zeitraum keine anderen Erkrankungen festgestellt werden.

### Oft übersehen: Während der UPT ist die BEMA-Nr. 04 nicht ansatzfähig

Nicht unerwähnt bleiben soll allerdings, dass eine weitere Untersuchungsleistung, nämlich die Feststellung des Parodontalen Screening Index nach BEMA-Nr. 04 während der gesamten Dauer der Parodontitisbehandlung, also einschließlich der zweijährigen UPT-Phase nicht abgerechnet werden kann. Das wird häufig übersehen und führt zu Berichtigungsanträgen.

Inhalte der BEMA-Nrn. 01 und UPT überlappen sich nicht

Oft Berichtigungsanträge wegen Ansatz der BEMA-Nr. 04 während UPT

## WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG

**PAR-Richtlinie ist als untergesetzliche Norm verbindlich!**

von RA, FA für MedR und Zahnarzt Dr. Stefan Droste, LL. M.,  
Kanzlei am Ärztehaus, Münster, [kanzlei-am-aerztehaus.de](http://kanzlei-am-aerztehaus.de)

Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit einer Parodontitis-(PAR)-Behandlung ist nicht auf die aktuellste, sondern auf die im Zeitraum der Behandlung gültige Richtlinie abzustellen. Diese ist als untergesetzliche Norm für die Beteiligten verbindlich. Ein Zahnarzt wehrte sich daher erfolglos gegen den Kürzungsbescheid der Krankenkasse (SG Marburg, Urteil vom 12.06.2024, Az. S 12 KA 218/23). |

**Krankenkasse fordert Honorar für PAR-Behandlung zurück**

Die DAK-Gesundheit stellte bei einem Zahnarzt einen Antrag auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragszahnärztlichen Versorgung bei der zuständigen Prüfungsstelle für das Quartal II/2021. Den Antrag begründete sie damit, dass im Behandlungsfall einer Patientin die vertraglichen Regelungen nicht eingehalten worden seien. Entsprechend der seinerzeit gültigen PAR-Richtlinie seien zur Diagnostik Röntgenaufnahmen erforderlich. Diese sollten in der Regel nicht älter als 6 Monate sein. Ihre Feststellungen hätten ergeben, dass im Zeitraum von 18 Monaten vor Ausstellung des Behandlungsplans keine Röntgenaufnahmen zur Abrechnung gebracht worden seien. Daher sei davon auszugehen, dass diese wesentliche Voraussetzung zur Durchführung einer regelgerechten PAR-Behandlung nicht gegeben gewesen sei. Aus diesem Grunde forderte die DAK-Gesundheit die Kosten der Behandlung i. H. v. 347,30 Euro zurück.

**Zahnarzt klagt erfolglos gegen den Kürzungsbescheid**

Der behandelnde Zahnarzt trug im Verfahren vor, dass er im streitgegenständlichen Behandlungsfall keine (neuen) Röntgenaufnahmen angefertigt hätte, da er keinen diagnostischen Informationsgewinn und schon gar keine therapierelevanten Informationen erwartet hätte. Eine erfolgreiche erste PAR-Therapie sei bei der Patientin im Jahr 2004 durchgeführt worden. Der Umstand, dass er keine aktuellen Röntgenaufnahmen angefertigt habe, hätte weder auf die Notwendigkeit noch auf die ordnungsgemäße Durchführung der PAR-Therapie Einfluss gehabt. Auch sei nach § 3 Abs. 1 der aktuellen PAR-Richtlinie die Röntgenuntersuchung nur ergänzend und nur dann durchzuführen, wenn eine rechtfertigende Indikation im Sinne des Strahlenschutzes vorliegen würde. Ferner würde die einschlägige S3-Leitlinie keine zwingenden Röntgenaufnahmen vorsehen. Das Gericht wies die Klage ab.

**So begründet das Gericht die Klageabweisung**

Das Gericht begründete die Abweisung der Klage des Zahnarztes gegen den Kürzungsbescheid wie folgt:

Zahnarzt hatte schon  
18 Monate keine  
Röntgenaufnahmen  
mehr erstellt

Zahnarzt beruft sich  
u. a. auf aktuelle  
PAR-Richtlinie



### Zahnärzte müssen das Wirtschaftlichkeitsgebot § 91 Abs. 6 SGB V befolgen

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nimmt der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende Zahnarzt die Stellung eines Leistungserbringers ein. Er versorgt die Mitglieder der Krankenkassen mit zahnärztlichen Behandlungsleistungen und unterfällt damit dem Gebot, sämtliche Leistungen im Rahmen des Wirtschaftlichen zu erbringen. Konkretisiert wird das Wirtschaftlichkeitsgebot im Bereich der systematischen PAR-Behandlung gemäß § 91 Abs. 6 Sozialgesetzbuch (SGB) V durch die Richtlinien für die systematische Behandlung von Parodontopathien (PAR-Behandlung).

Der Zahnarzt ist ein Leistungserbringer im System der GKV

### Für den streitgegenständlichen Fall ist die neue PAR-Richtlinie irrelevant

Entgegen der Auffassung des Klägers kommt vorliegend nicht die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen in der zum Zeitpunkt der gerichtlichen Entscheidung geltenden Fassung zur Anwendung. Diese aktualisierte PAR-Richtlinie ist erst nach Abschluss der streitgegenständlichen Behandlung in Kraft getreten. Eine Rückwirkung der neuen PAR-Richtlinie ist nach Ansicht der Kammer ausgeschlossen. Der Zahnarzt verkenne den Charakter der Richtlinie als untergesetzliche Norm, die in ihrem Geltungszeitraum unter anderem für die Versicherten und Leistungserbringer verbindlich sei. Eine Rückwirkung der aktuellen Richtlinie ist nicht geregelt.

Eine Rückwirkung der aktuellen Richtlinie ist nicht geregelt

### Auch Strahlenschutznormen oder die S3-Leitlinie rechtfertigen keine Unterlassung von Röntgenaufnahmen

Auch lässt sich nach Auffassung der Kammer eine Ausnahme von der Verpflichtung zur Anfertigung von Röntgenbildern nicht aus den Normen des Strahlenschutzes oder der S3-Leitlinie ableiten. So stellt das Gericht unmissverständlich klar, dass die vom Zahnarzt aufgeführte S3-Leitlinie im Gegensatz zur PAR-Richtlinie unverbindlich sei. Ferner sei davon auszugehen, dass dem G-BA die aus radiologischen Untersuchungen ergebene Strahlenbelastung bekannt war.

Vom Kläger angeführte S3-Leitlinie ist unverbindlich

Eine Regelungslücke der PAR-Richtlinie, die durch die (analoge) Anwendung der strahlenschutzrechtlichen Normen geschlossen werden müsste, läge damit nicht vor. Dies auch deshalb, weil die PAR-Richtlinie zwar die Anfertigung von aktuellen Röntgenbildern zur Grundvoraussetzung für Abrechenbarkeit der PAR-Behandlung mache, jedoch durch die Formulierung „in der Regel“ gleichzeitig genügend Raum lasse, um im Einzelfall von der Anfertigung (aktueller) Röntgenbilder abzusehen. Ein solcher Ausnahmefall müsse aber vom Vertragsarzt ausreichend in seiner Dokumentation begründet werden. Hieran fehle es vorliegend, da der Zahnarzt in seiner ansonsten sehr ausführlichen Dokumentation jegliche Auseinandersetzung mit der grundsätzlichen Notwendigkeit der Anfertigung von Röntgenbildern vermissen ließe.

Es liegt keine Regelungslücke in der PAR-Richtlinie vor

**FAZIT |** Die im Behandlungszeitraum jeweils gültige Richtlinie ist verbindlich und bindend. Der behandelnde Zahnarzt hat sich an die dort aufgestellten Anforderungen zu halten. Sollten Richtlinien des G-BA Raum für Abweichungen enthalten, so sind die Gründe hierfür zu dokumentieren. Der Zahnarzt hat es durch eine lückenlose Dokumentation selbst in der Hand, Regresse zu vermeiden.

## DOWNLOAD

AAZ-Sonderausgabe  
Mai 2024

## DOWNLOAD

AAZ-Sonderausgabe  
Januar 2023

## DOWNLOAD

AAZ-Sonderausgabe  
Februar 2022

## DOWNLOAD

AAZ-Sonderausgabe  
Oktober 2021

## SIEHE AUCH

Beitrag auf Seite 1  
dieser Ausgabe

## IHR PLUS IM NETZ

Hier AAZ-  
Newsletter  
abonnieren!

## IHR PLUS IM NETZ

Besuchen  
Sie uns auf  
Facebook!

## IHR PLUS IM NETZ

Zur  
Abrechnungs-  
gruppe

IN EIGENER SACHE

## Unsere bisherigen AAZ-Sonderveröffentlichungen zum Thema „PAR-Richtlinie“

■ Bereits seit Oktober 2021 berichtet AAZ regelmäßig in Sonderausgaben über die neue PAR-Richtlinie und ihre Umsetzung. Die folgenden Veröffentlichungen können Sie alle unter [iww.de/aaz](http://iww.de/aaz) > Sonderausgaben herunterladen bzw. im Archiv einsehen. |

## Sonderausgaben

- Sonderausgabe „Update PAR-Behandlung“ (Stand: Mai 2024), Abruf-Nr. 50044065
- Sonderausgabe: PAR-Behandlung planen und abrechnen (Stand: Januar 2023), Abruf-Nr. 49030380
- Sonderausgabe „Neues zur PAR-Abrechnung“ (Stand: Februar 2022), Abruf-Nr. 48023542
- Sonderausgabe „Neue PAR-Abrechnung optimal umsetzen - so geht's“ (Stand: Oktober 2021), Abruf-Nr. 47715640

## Schwerpunktbeitrag

- Anpassung der PAR-Richtlinie zum 01.07.2025 – UPT-Frequenzen und Evaluation (AAZ 03/2025, Seite 3 ff.)

## ■ Bleiben Sie informiert – mit dem AAZ-Newsletter!

Sie wollen keinen Beitrag mehr zum Thema verpassen? Dann abonnieren Sie den kostenlosen AAZ-Newsletter! Alle 14 Tage informieren wir sie regelmäßig über

- Kassenabrechnung (BEMA, BEL)
- Privatliquidation (GOZ, GOÄ, BEB)
- Abrechnung „Sonstige Kostenträger“ (GUV, Bundespolizei, Bundeswehr)

Weitere Informationen und Anmeldung online unter <https://www.iww.de/aaz> > Newsletter

## ■ Leserservice: Fragen zur Berichterstattung? – Schreiben Sie uns!

Unser Team aus Fachautoren beantwortet Ihre Fragen zu unserer Berichterstattung. Schreiben Sie uns an [aaz@iww.de](mailto:aaz@iww.de), faxen Sie Ihr Anliegen (02596 922-80) oder nutzen Sie Facebook zur Kontaktaufnahme ([facebook.com/aaz.iww](https://facebook.com/aaz.iww))! Wir freuen uns auf Ihre Anregungen und Fragen!

## ■ Treten Sie unserer Facebook-Abrechnungsgruppe bei!

In unserer Facebook-Gruppe „Abrechnung in der Zahnarztpraxis“ finden Sie kompetente Antworten auf Ihre Fragen rund um BEMA und GOZ. Jetzt beitreten unter [facebook.com/groups/abrechnungzahnarzt](https://facebook.com/groups/abrechnungzahnarzt)

**REDAKTION** | Sie haben Fragen oder Anregungen zur Berichterstattung? Schreiben Sie an IWW Institut, Redaktion „AAZ“

Aspastr. 24, 59394 Nordkirchen

Fax: 02596 922-80, E-Mail: [aaz@iww.de](mailto:aaz@iww.de)

Als Fachverlag ist uns individuelle Rechtsberatung nicht gestattet.

**ABONNENTENBETREUUNG** | Fragen zum Abonnement beantwortet Ihnen der

IWW Institut Kundenservice, Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

Telefon: 0931 4170-472, Fax: 0931 4170-463, E-Mail: [kontakt@iww.de](mailto:kontakt@iww.de)

Bankverbindung: DataM-Services GmbH, Postbank Nürnberg

IBAN: DE80 7601 0085 0007 1398 57, BIC: PBNKDEFFXXX



**IHR PLUS IM NETZ** | Online – Mobile – Social Media

**Online:** Unter [aaz.iww.de](http://aaz.iww.de) finden Sie

- Downloads (Arbeitshilfen, Sonderausgaben, Musterschreiben u.v.m.)
- Archiv (alle Beiträge seit 2001)
- Rechtsquellen (Urteile, Gesetze, Beschlüsse, Verordnungen u.v.m.)

Vergrößern Sie Ihren Wissensvorsprung: Registrieren Sie sich auf [iww.de/registrieren](http://iww.de/registrieren), schalten Sie Ihr Abonnement frei und lesen Sie aktuelle Fachbeiträge früher.

Rufen Sie an, wenn Sie Fragen haben: 0931 4170-472.

**Mobile:** Lesen Sie „AAZ“ in der myIWW-App für Smartphone/Tablet-PC.

- Appstore (iOS)
- Google play (Android) → Suche: myIWW oder scannen Sie den QR-Code



**Social Media:** Folgen Sie „AAZ“ auch auf [facebook.com/aaz.iww](https://facebook.com/aaz.iww)

**NEWSLETTER** | Abonnieren Sie auch die kostenlosen IWW-Newsletter für Gesundheitsberufe auf [iww.de/newsletter](http://iww.de/newsletter):

- AAZ-Newsletter
- BGH-Leitsatz-Entscheidungen
- IWW kompakt für Zahnärzte

## ABRECHNUNG AKTUELL (ISSN 0948-0633)

**Herausgeber und Verlag** | IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH, Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen, Geschäftsführer: Bernhard Münster, Günter Schürger, Telefon: 02596 922-0, Fax: 02596 922-80, E-Mail: [info@iww.de](mailto:info@iww.de), Internet: [iww.de](http://iww.de), Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

**Redaktion** | Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur); Stefan Lemberg M. A. (Redakteur, verantwortlich)

**Bezugsbedingungen** | Der Informationsdienst erscheint monatlich. Er kostet pro Monat 19,00 Euro einschließlich Versand und Umsatzsteuer. Das Abonnement ist jederzeit zum Monatsende kündbar.

**Hinweise** | Alle Rechte am Inhalt liegen beim IWW Institut. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des IWW Instituts erlaubt. Der Inhalt des Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität des Themas und der ständige Wandel der Rechtsmaterie machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichten wir auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d). Dies beinhaltet keine Wertung.

**Bildquellen** | Titelbild © Eric Fahrner - [stock.adobe.com](https://stock.adobe.com)

**Druck** | H. Rademann GmbH Print + Business Partner, 59348 Lüdinghausen

**Zentrale Anlaufstelle für Fragen zur Produktsicherheit** | Bernhard Münster, Tel. 02596 922-13, E-Mail: [produktsicherheit@iww.de](mailto:produktsicherheit@iww.de)

**GOGREEN**

Wir versenden klimafreundlich  
mit der Deutschen Post

IMPRESSUM

# IHR ABO KANN MEHR!

Ohne zusätzliche Kosten.  
Jetzt weitere Nutzer freischalten!

**1 Abo =  
3 Nutzer**

## Holen Sie jetzt alles aus Ihrem Abo raus!

*AAZ Abrechnung aktuell* unterstützt Sie optimal im beruflichen Alltag. Aber nutzen Sie in Ihrer Praxis auch das ganze Potenzial?

Unser Tipp: Nutzen Sie den Informationsdienst an möglichst vielen Arbeitsplätzen und schalten Sie die digitalen Inhalte für zwei weitere Kollegen frei! Das kostet Sie nichts, denn in Ihrem digitalen Abonnement sind **automatisch drei Nutzer-Lizenzen** enthalten.

Der Vorteil: Ihre Kollegen können selbst nach Informationen und Arbeitshilfen suchen – **und Sie verlieren keine Zeit** mit der Abstimmung und Weitergabe im Team.

**Und so einfach geht's:** Auf [iww.de](http://iww.de) anmelden, weitere Nutzer eintragen, fertig!

**IWW INSTITUT**

**In Ihrem Abonnement enthalten:**  
Drei Nutzer-Lizenzen für die digitalen Inhalte

Direkt umsetzbare Empfehlungen, anschauliche Musterfälle, grafische Arbeitshilfen u. v. m. – Ihr Abonnement bietet digital umfangreiche Fachinhalte zu Ihrem Arbeitsgebiet. Aber nicht nur das: Ihr Abonnement enthält automatisch auch drei Lizenzen für Nutzer in Ihrer Praxis/Praxis. Sie können auch Kollegen und Mitarbeiter auf die digitalen Inhalte zugreifen – ganz ohne weitere Kosten.

Hier erfahren Sie, wie es geht.

**Schritt 1: Anmeldung**

Melden Sie sich mit Ihren Zugangsdaten an unter  
[www.de/anzmelden](http://www.de/anzmelden)  
 Sie haben noch kein IWW Konto?  
 Dann registrieren Sie sich zunächst unter  
[www.de/registrierung](http://www.de/registrierung)

**Anmeldung**

Ich bin schon beim IWW Institut registriert.  
 max.muellermann@kancel.de  
 \*\*\*\*\*  
☐ Angemeldet bleiben

**Mein Konto** ☐ Letzte Aktivitäten

Sobald Sie angemeldet sind, finden Sie Ihre derzeit aktiven Abonnements unter  
[www.de/registrierung](http://www.de/registrierung)  
 oder geben Sie den Link [www.de/kundencenter](http://www.de/kundencenter) ein.

**Kurzanleitung  
herunterladen unter:  
[www.iww.de/s7219](http://www.iww.de/s7219)**

