

28. Änderungsvereinbarung zum BMV-Z

Die **Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)**, K. d. ö. R., Köln
und der
Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), K. d. ö. R., Berlin

vereinbaren Folgendes:

Redaktionelle Änderung §§ 4, 17, 23

sowie

Änderung der Anlage 1 zum BMV-Z

(Behandlungsplanung und Erstellung der Abrechnung)

sowie

Änderung der Anlage 5 zum BMV-Z

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

sowie

Änderung der Anlage 8a zum BMV-Z

(Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern oder im Wege elektronischer Datenübertragung – DTA-Vertrag)

sowie

Änderung der Anlage 14a zum BMV-Z

(Formulare für die vertragszahnärztliche Versorgung)

sowie

Änderung der Anlage 14b zum BMV-Z

(Erläuterungen und Ausfüllhinweise zu den Formularen)

**hier: Änderungen im Zusammenhang mit der Einführung der PAR-Richtlinie;
Redaktionelle Anpassungen**

Artikel 1

Änderungen Paragraphenteil BMV-Z

- I. § 4 Abs. 1 lit. c wird wie folgt gefasst:
„bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen (BEMA-Teil 4) Anlage 5 zum BMV-Z“
- II. In § 17 Abs. 2 werden die Wörter „bzw. systematischen Behandlungen von Parodontopathien“ gestrichen.
- III. In § 17 Abs. 3 wird das Wort „Parodontopathien“ durch die Wörter „Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen“ ersetzt.
- IV. In § 17 Abs. 6 wird das Wort „Parodontopathien“ durch die Wörter „Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen“ ersetzt.
- V. In § 23 Abs. 4 wird das Wort „Parodontopathien“ durch die Wörter „Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen“ ersetzt.

Artikel 2

Änderung der Anlage 1 BMV-Z

- I. Ziffer 5 wird wie folgt gefasst:
„5. Planung und Abrechnung von Leistungen bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen (BEMA-Teil 4)“
 - 5.1 Behandlungsplanung

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

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

Artikel 3 Änderung der Anlage 5 BMV-Z

Anlage 5 wird wie folgt gefasst:

„Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen zwischen der KZBV und dem GKV-Spitzenverband

**In der Fassung vom 25.04.2018, Datum des Inkrafttretens: 01.07.2018
Zuletzt geändert am [Datum der Unterzeichnung], mit Wirkung ab dem 01.07.2021**

§ 1 Antrags- und Genehmigungsverfahren

- (1) ¹Vor Beginn einer systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen ist vom Vertragszahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Parodontalstatus (Blatt 1 – Vordruck 5a und Blatt 2 – Vordruck 5b der Anlage 14a zum BMV-Z) zu erstellen. ²Der Vertragszahnarzt sendet den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) der Krankenkasse zu.
- (2) ¹Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse zügig, spätestens nach Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) mit der Kostenübernahmeerklärung an den Vertragszahnarzt zurück. ²Mit der Behandlung soll erst nach Eingang der Kostenübernahmeerklärung begonnen werden; hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen. ³Der Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) ist dem Vertragszahnarzt auch dann zurückzusenden, wenn eine Kostenübernahme nicht erfolgt. ⁴Behandlungen, für die die Krankenkasse auf Grund des Parodontalstatus die Kosten übernommen hat, unterliegen keiner nachträglichen Prüfung auf Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit, es sei denn, die abgerechneten Leistungen gehen über den Umfang der genehmigten Leistungen hinaus.
- (3) Stellt sich nach Abschluss der antiinfektiösen Therapie (geschlossenes Verfahren) im Rahmen der Befundevaluation heraus, dass eine chirurgische Therapie (offenes Verfahren) an einzelnen Parodontien erforderlich ist, ist diese vom Vertragszahnarzt unter Verwendung des Vordrucks 5c der Anlage 14a zum BMV-Z der Krankenkasse zur Kenntnis zu geben.
- (4) ¹Die Kostenübernahmeerklärung gemäß Absatz 2 Satz 1 schließt Maßnahmen der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) für einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren ein. ²Eine Verlängerung der UPT-Maßnahmen über diesen Zeitraum hinaus ist vom Vertragszahnarzt unter Verwendung des Vordrucks 5d der Anlage 14a zum BMV-Z möglichst zeitnah nach Erbringung der letzten UPT-Leistung bei der Krankenkasse zu beantragen. ³Die Verlängerung darf in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten; der Verlängerungszeitraum beginnt mit dem Tag der Kostenübernahmeerklärung zu laufen. ⁴Der Vertragszahnarzt sendet den Antrag auf Verlängerung der Krankenkasse zu. ⁵Im Übrigen gelten die Regelungen von Absatz 2 sinngemäß.
- (5) Werden im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen prothetische Maßnahmen oder Maßnahmen zur Behandlung von Kiefergelenkerkrankungen erforderlich, so ist ein Heil- und Kostenplan für die prothetische Behandlung bzw. ein Behandlungsplan bei Kiefergelenkerkrankungen beizufügen.

§ 2 Einleitung des Gutachterverfahrens

- (1) ¹Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Parodontalstatus sowie den Antrag auf Verlängerung der UPT begutachten lassen. ²Der Versicherte ist hierüber zu unterrichten. ³In diesem Fall hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden, ob sie die Kosten für die geplante Behandlung übernimmt. ⁴Kann die Kran-

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

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

§ 3 Begutachtung

- (1) ¹Der Gutachter nimmt zum Parodontalstatus unter Verwendung des Vordrucks 6b der Anlage 14a zum BMV-Z Stellung. ²Soweit erforderlich, empfiehlt der Gutachter Ergänzungen und Änderungen des Parodontalstatus. ³Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalls sind in kollegialer Weise zu klären.
- (2) ¹Der Gutachter ist verpflichtet, den eingehenden Parodontalstatus nach Vorlage der vom behandelnden Zahnarzt vorzulegenden Befundunterlagen innerhalb von vier Wochen zu bearbeiten. ²Die Frist nach Satz 1 wird mit Eingang der Stellungnahme bei der Krankenkasse gewahrt. ³Eine Verlängerung der Bearbeitungsfrist nach Satz 1 kommt nur in begründeten Ausnahmefällen in Betracht und ist der Krankenkasse rechtzeitig, spätestens bis zum Ablauf der Vier-Wochen-Frist mittels schriftlicher Begründung anzuzeigen. ⁴Die Befundunterlagen sind dem behandelnden Vertragszahnarzt unmittelbar zurückzusenden.
- (3) ¹Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. ²Der Gutachter setzt die Krankenkasse hiervon in Kenntnis. ³Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) von der Krankenkasse zu vergüten.
- (4) ¹Der Gutachter kann eine Untersuchung des Versicherten durchführen. ²Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter in Abstimmung mit dem Versicherten festgelegt. ³Der Vertragszahnarzt und die Krankenkasse sind hiervon vom Gutachter zu unterrichten. ⁴Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.
- (5) ¹Befürwortet der Gutachter den Parodontalstatus, so vermerkt er dies auf dem Parodontalstatus (Blatt 2) und sendet Blatt 1 und 2 der Krankenkasse zu. ²Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. ³Befürwortet er den Parodontalstatus nicht, so sendet er Blatt 1 und 2 mit seiner schriftlichen Stellungnahme der Krankenkasse, die übrigen Unterlagen dem Vertragszahnarzt zurück. ⁴Die Krankenkasse übersendet beide Blätter des Parodontalstatus sowie ggf. die gutachterliche Stellungnahme dem Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die Kosten übernimmt.
- (6) Die vorstehenden Absätze 1 bis 5 gelten für die Begutachtung eines Antrags auf Verlängerung der UPT i. S. d. § 1 Absatz 4 entsprechend.

§ 4 Obergutachten

- (1) ¹Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Parodontalstatus oder zum Antrag auf Verlängerung der UPT können Vertragszahnarzt oder Krankenkasse innerhalb eines Monats nach Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der KZBV Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. ²Der Einspruch ist ausreichend zu begründen.
- (2) Der Vertragszahnarzt bzw. die Krankenkasse übersendet der KZBV beide Blätter des Parodontalstatus bzw. den Antrag auf Verlängerung der UPT, das Gutachten und – wenn der Vertragszahnarzt Einspruch eingelegt hat – die Entscheidung der Krankenkasse.
- (3) Im Übrigen gelten die Bestimmungen der §§ 2 und 3 entsprechend.

§ 5 Kostentragung

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

§ 6 Gutachtergebühren

- (1) ¹Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. ²Die Punktwerte für Gutachten werden durch die Gesamtvertragspartner vereinbart. ³Centbeträge sind kaufmännisch zu runden.
 - a) Gutachten zu einer Behandlungsplanung oder zu einem Antrag auf Verlängerung der UPT nach Auswertung von Röntgenaufnahmen, bei ablehnender Stellungnahme mit fachlicher Begründung: 80 Punkte
 - b) Für die körperliche Untersuchung des Patienten: 18 Punkte
 - c) Für Obergutachten wird die Gebühr jeweils vom Fachberater für Parodontologie der KZBV im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband festgesetzt.
- (2) Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von 12,20 EUR je Gutachten abgegolten.
- (3) ¹Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. ²Die Nrn. 7700 und 7750 können nicht zusätzlich abgerechnet werden.“

Artikel 4 Änderung der Anlage 8a BMV-Z

I. § 5 wird wie folgt gefasst:

„§ 5 Art und Inhalt der Abrechnungsunterlagen für PAR-Leistungen

- (1) ¹Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse je Behandlungsfall einen Datensatz mit dem Nachweis der von jedem Vertragszahnarzt und jeder zahnärztlich geleiteten Einrichtung abgerechneten Leistungen (Einzelfallnachweis). ²Dieser enthält folgende Angaben:
 1. KZV-Nummer
 2. Institutionskennzeichen (IK) der Krankenkassen
 3. Krankenversichertennummer

4. bei Ersatzverfahren Name, Vorname und Geburtsdatum des Versicherten
 5. Versichertenart und besondere Personengruppe entsprechend der Kennzeichnung auf dem Versicherungsnachweis, sofern diese Daten in der Praxis erkennbar waren
 6. Zahnarzt Nummer (unverschlüsselt)
 7. Monat der Abrechnung
 8. Fallnummer
 9. Datum der Erstellung des Parodontalstatus (BEMA-Nr. 4), Datum der Kostenübernahmeerklärung der Verlängerung der UPT
 10. geplante und abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Leistungen zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen einschließlich des Tages der Behandlung
 11. Kennzeichen „S“ für abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Leistungen zur Behandlung von Parodontitis außerhalb der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen bei den anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V
 12. Kennzeichen „V“ für abgerechnete Gebührennummern des BEMA für Leistungen der UPT, die im Rahmen der Verlängerung erbracht werden
 13. Datum des Abschlusses der Behandlung
 14. ggf. gesondert abrechenbare Kosten in EUR
 15. Kosten der Behandlung (Fallwert in Punkten oder EUR nach Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit durch die KZV)
- (2) Die KZVen erstellen für jede Krankenkasse eine Gesamtrechnung, bestehend aus:
1. Fallzahl
 2. Punktsummen und jeweils gültigem Punktwert
 3. Summen der gesondert abgerechneten Kosten in EUR
 4. Rechnungsbetrag (Gesamtbetrag errechnet aus 2. und 3.)
 5. Teilrechnungen für besondere Personenkreise nach Kennzeichnung 4, 6, 7, 8 und 9 auf dem Versicherungsnachweis (analog zu 1. bis 4.)
 6. Teilrechnungen nach dem Status M, F, R und für fehlenden Status (analog zu 1. bis 4.)
 7. Datum der Rechnungsstellung“

Artikel 5 Änderung der Anlage 14a BMV-Z

- I. Anlage 14a wird wie folgt geändert:
1. Die Vordrucke 5a und 5b werden wie folgt gefasst:

„Vordruck 5a: Parodontalstatus Blatt 1

Gültig ab 01.07.2021

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td></tr> <tr><td colspan="2"></td><td style="text-align: right;">geb. am</td></tr> <tr><td>Kostenträgerkennung</td><td>Versicherer-Nr.</td><td>Status</td></tr> <tr><td>Abrechnungs-Nr.</td><td>Zahnarzt-Nr.</td><td>Datum</td></tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherer-Nr.	Status	Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<h2 style="text-align: center; margin: 0;">PARODONTALSTATUS Blatt 1</h2> <p style="text-align: center; margin: 0;">vom _____</p>										
Krankenkasse bzw. Kostenträger																										
Name, Vorname des Versicherten																										
		geb. am																								
Kostenträgerkennung	Versicherer-Nr.	Status																								
Abrechnungs-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; padding: 5px;"> Allgemeine und parodontitispezifische Anamnese <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Tabakkonsum </td> <td style="width: 40%; padding: 5px;"> Spezielle Vorgeschichte Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____ </td> </tr> </table>		Allgemeine und parodontitispezifische Anamnese <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Tabakkonsum	Spezielle Vorgeschichte Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____																							
Allgemeine und parodontitispezifische Anamnese <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Tabakkonsum	Spezielle Vorgeschichte Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">Diagnose</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Parodontitis</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen</td> </tr> </table>		Diagnose		<input type="checkbox"/> Parodontitis		<input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen _____		<input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen																		
Diagnose																										
<input type="checkbox"/> Parodontitis																										
<input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen _____																										
<input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="5" style="padding: 5px;">Stadium (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> Stadium I</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> Stadium II</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> Stadium III</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> Stadium IV</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 15 – 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥ 5 mm)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Zahnverlust aufgrund von Parodontitis</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Nein</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)</td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich</td> </tr> </table>		Stadium (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)						<input type="checkbox"/> Stadium I	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	<input type="checkbox"/> Stadium IV	Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	<input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)	<input type="checkbox"/> 15 – 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)	<input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥ 5 mm)		Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne	<input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne	Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)	<input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA		<input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	<input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich
Stadium (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)																										
	<input type="checkbox"/> Stadium I	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	<input type="checkbox"/> Stadium IV																						
Röntg. Knochenabbau (KA) (oder interdentaler CAL)	<input type="checkbox"/> < 15 % <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm)	<input type="checkbox"/> 15 – 33 % <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)	<input type="checkbox"/> > 33 % <input type="checkbox"/> (≥ 5 mm)																							
Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne	<input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne																						
Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)	<input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA		<input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	<input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Lokalisiert (< 30 % der Zähne)</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Generalisiert (≥ 30 % der Zähne)</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster</td> </tr> </table>		Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)			<input type="checkbox"/> Lokalisiert (< 30 % der Zähne)	<input type="checkbox"/> Generalisiert (≥ 30 % der Zähne)	<input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster																			
Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)																										
<input type="checkbox"/> Lokalisiert (< 30 % der Zähne)	<input type="checkbox"/> Generalisiert (≥ 30 % der Zähne)	<input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;">Grad (Progression)</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Grad A</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Grad B</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Grad C</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> < 0,25</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> 0,25 – 1,0</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> > 1,0</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Diabetes</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Kein Diabetes</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Rauchen</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Kein Rauchen</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag</td> </tr> </table>		Grad (Progression)					<input type="checkbox"/> Grad A	<input type="checkbox"/> Grad B	<input type="checkbox"/> Grad C	Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	<input type="checkbox"/> < 0,25	<input type="checkbox"/> 0,25 – 1,0	<input type="checkbox"/> > 1,0	Diabetes	<input type="checkbox"/> Kein Diabetes	<input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %	<input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %	Rauchen	<input type="checkbox"/> Kein Rauchen	<input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag					
Grad (Progression)																										
	<input type="checkbox"/> Grad A	<input type="checkbox"/> Grad B	<input type="checkbox"/> Grad C																							
Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	<input type="checkbox"/> < 0,25	<input type="checkbox"/> 0,25 – 1,0	<input type="checkbox"/> > 1,0																							
Diabetes	<input type="checkbox"/> Kein Diabetes	<input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %	<input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %																							
Rauchen	<input type="checkbox"/> Kein Rauchen	<input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Anschrift Krankenkasse</td> </tr> <tr> <td style="height: 80px;"></td> </tr> </table>	Anschrift Krankenkasse		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Entscheidung der Krankenkasse</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> werden nicht übernommen <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</td> </tr> <tr> <td style="height: 80px; text-align: center; vertical-align: middle; font-size: 2em; color: blue; opacity: 0.5;">Muster</td> </tr> </table>	Entscheidung der Krankenkasse	Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> werden nicht übernommen <input type="checkbox"/>	Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse	Muster																			
Anschrift Krankenkasse																										
Entscheidung der Krankenkasse																										
Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> werden nicht übernommen <input type="checkbox"/>																										
Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse																										
Muster																										

Originalgröße: DIN A4“

2. Folgender Vordruck 5c „Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)“ wird eingefügt:

„Vordruck 5c: Mitteilung über eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen)“

Gültig ab 01.07.2021

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

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

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

Folgende Leistungen werden angezeigt:

Geb.-Nr.	Zahnangabe
CPT a	
CPT b	

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Muster

Vordr. 5c (2000-07/2001) "Notwendigkeit einer chirurg. PAR-Therapie" - schürzenblau.de - www.schürzenblau.de

Originalgröße: DIN A 4“

3. Folgender Vordruck 5e „Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V“ wird eingefügt:

„Vordruck 5e: Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V

Gültig ab 01.07.2021

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">geb. am</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td> <td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Status</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Abrechnung-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Zahnarzt-Nr.</td> <td style="padding: 2px;">Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum	<p>Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V gemäß Abschnitt B V. Ziffer 2 der Behandlungsrichtlinie</p> <p>vom _____</p>			
Krankenkasse bzw. Kostenträger																			
Name, Vorname des Versicherten																			
		geb. am																	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																	
Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Datum																	
<p>Begründung:</p> <p><input type="checkbox"/> Eingeschränkte oder nicht vorhandene Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene</p> <p><input type="checkbox"/> Eingeschränkte oder nicht vorhandene Kooperationsfähigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – geschlossenes Vorgehen</p> <p><input type="checkbox"/> Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – offenes Vorgehen an Zähnen mit ST \geq 6 mm (an den Zähnen, bei denen ein offenes Vorgehen erforderlich ist, erfolgt dieses anstelle der AIT)</p>																			
<p>Folgende Leistungen werden angezeigt:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Geb.-Nr.</th> <th style="width: 60%;">Zahnangabe</th> <th style="width: 30%;">Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="border-top: 1px dashed black;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">AIT a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">AIT b</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">CPT a</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">CPT b</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl	4			AIT a			AIT b			CPT a			CPT b		
Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl																	
4																			
AIT a																			
AIT b																			
CPT a																			
CPT b																			
<p style="font-size: small;">Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>																			

Vordr. 5e (2006-07/2021) KODITZ/BUCK, Nr. 0111/10/114 | www.krankenkassen.de

Originalgröße: DIN A 4“

4. Vordruck 6a „Auftrag zur Begutachtung“ wird wie folgt geändert:

Die Wörter „vorgesehenen PAR-Behandlung/-Therapieergänzung nach dem PAR-Status vom“ werden durch die Wörter „vorgesehenen PAR-Behandlung nach dem PAR-Status vom“ ersetzt.

Die im Abschnitt „Wir bitten um Begutachtung der“ aufgeführte Liste wird um den Listenpunkt „vorgesehenen Verlängerung der UPT nach dem Verlängerungsantrag vom _____“ ergänzt.

5. Vordruck 6b „Ergebnis Begutachtung (KB/KG, PAR, ZE)“ wird wie folgt geändert:

Die im Abschnitt „Die Erstellung des Gutachtens über“ aufgeführten Wörter „die PAR-Therapieergänzung vom“ werden durch die Wörter „die vorgesehene Verlängerung der UPT nach dem Antrag vom“ ersetzt.

Im Abschnitt „Ergebnis“ wird der Text zu Ziffer 1 wie folgt neu gefasst: „1. Der Heil- und Kostenplan, der PAR-Behandlungsplan, die vorgesehene Verlängerung der UPT, der Behandlungsplan bei Kiefergelenkserkrankungen wird befürwortet“.

6. Vordruck 6d „Abrechnung Begutachtung“ wird wie folgt geändert:

Die im Abschnitt „Die Erstellung des Gutachtens über“ aufgeführten Wörter „die PAR-Therapieergänzung vom“ werden durch die Wörter „die vorgesehene Verlängerung der UPT nach dem Antrag vom“ ersetzt.

7. Folgender Vordruck 11 „Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)“ wird eingefügt:

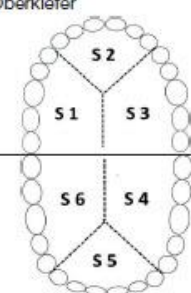
„Vordruck 11: Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)“

Gültig ab 01.07.2021

Ergebnisse Parodontaler Screening-Index (PSI)

Vorname: _____ Name: _____

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

Einteilung von Ober- und Unterkiefer in je drei Sextanten (S 1 – S 6)	Höchster im Sextanten festgestellter Code	Erläuterung der PSI-Codes
Oberkiefer 	S 1 <input style="width: 40px;" type="text"/> S 2 <input style="width: 40px;" type="text"/> S 3 <input style="width: 40px;" type="text"/>	0 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, keine Blutung auf Sondierung, kein Zahnstein, keine überstehenden Füllungs-/Kronenränder 1 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, Blutung auf Sondierung, kein Zahnstein, keine überstehenden Füllungs-/Kronenränder 2 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, Zahnstein und/oder überstehende Füllungs-/Kronenränder 3 Sondierungstiefe 3,5 bis 5,5 mm 4 Sondierungstiefe größer 5,5 mm
Unterkiefer	S 4 <input style="width: 40px;" type="text"/> S 5 <input style="width: 40px;" type="text"/> S 6 <input style="width: 40px;" type="text"/>	
* Auffälligkeiten wie z. B. Zahnfleischrückgang oder Zahnlockerung sind mit einem Stern gekennzeichnet.		

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

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

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

Sonstiges/weitere Empfehlung: _____

Muster

Ort, Datum _____ Zahnarztstempel _____

Vordr. 11 (0204 02/2017) Nachtrag zu Zahnarztstempel 30.01.2017/14 www.merkur.de

Originalgröße: DIN A 4“

8. Die Inhaltsübersicht wird um die in den vorstehenden Ziffern 2, 3 und 7 genannten Vordrucke 5c, 5e und 11 ergänzt. Darüber hinaus wird die Inhaltsübersicht um den Vordruck 5d „Verlängerung UPT“ ergänzt und mit „(nicht besetzt)“ gekennzeichnet.

Artikel 6 Änderung der Anlage 14b BMV-Z

Anlage 14b wird um folgende Ausfüllhinweise ergänzt:

„Vordruck 5a - Parodontalstatus Blatt 1

[Abb. Formular]

1. Parodontalstatus vom _____

Im Datumsfeld ist das Datum der Befunderhebung (BEMA-Nr. 4) anzugeben.

2. Allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese

Die parodontitisspezifische Anamnese umfasst die Erhebung der Risikofaktoren für die Parodontitis – Diabetes mellitus und Rauchen. Sollte diesbezüglich eine positive Anamnese vorliegen, wird dies durch das Ankreuzen des jeweiligen Kästchens kenntlich gemacht.

Diabetes und Rauchen nehmen Einfluss auf die Ermittlung des Grads der Erkrankung. In der Datengruppe „Grad (Progression)“ sind daher genauere Angaben erforderlich (siehe unten).

Für Angaben hinsichtlich der allgemeinen Anamnese ist das Freitextfeld „Sonstiges“ vorgesehen.

3. Spezielle Vorgeschichte

Sofern bereits eine PAR-Therapie durchgeführt wurde, ist die Angabe des Jahres in dem Feld (ggf. geschätzt) einzutragen. Bei einer PAR-Erstbehandlung bleibt das Feld leer.

4. Diagnose

Gemäß § 4 der PAR-Richtlinie besteht eine Behandlungsbedürftigkeit, wenn eine Sondierungstiefe von 4 mm oder mehr vorliegt und eine der Diagnosen „Parodontitis“, „Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen“ und „Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen“ gestellt wird.

Die zutreffende Diagnose ist anzukreuzen.

Bei einer Parodontitis als Manifestation einer systemischen Erkrankung ist die systemische Erkrankung im Freitextfeld einzutragen.

5. Stadium (Schweregrad der Erkrankung)

Für die Festlegung des Stadiums werden die Schwere und die Komplexität der Erkrankung ermittelt. Die Angaben zum marginalen Knochenabbau (KA) anhand von Röntgenbildern und zum Zahnverlust aufgrund von Parodontitis liefern erste Hinweise auf die Schwere der Erkrankung und die Einordnung in ein bestimmtes Stadium. Komplexitätsfaktoren können eine Höherstufung des Stadiums bewirken. Stellt der Zahnarzt das Vorliegen von solchen Faktoren fest, sind entsprechende Angaben zu treffen. Im Ergebnis bemisst sich das Stadium der Erkrankung nach dem höchsten markierten Wert.

Beim Ausfüllen der Datenfelder in der Tabelle ist zu beachten:

- In der Zeile „Röntg. Knochenabbau“ oder der Zeile „oder interdentaler CAL“ muss eine Angabe erfolgen. Die Zeile „oder interdentaler CAL“ ist zu befüllen, wenn das Stadium nicht anhand des röntgenologischen Knochenabbaus ermittelbar ist.
- In der Zeile „Zahnverlust aufgrund von Parodontitis“ muss eine Angabe erfolgen.
- Die Zeile „Komplexitätsfaktoren“ bleibt frei, wenn keiner der Faktoren vorliegt.

Bei allen Kriterien ist der in der Dentition höchste gefundene Wert anzugeben. Ggf. moderatere Befunde in anderen Bereichen der Dentition sind in der Patientendokumentation zu vermerken.

Ermittlung der Schwere:

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

In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass ein richtlinienkonformes Röntgenbild zur Bestimmung des Knochenabbaus nicht zur Verfügung steht und nicht angefertigt werden kann. In diesen Fällen ist anstelle des Knochenabbaus der interdental klinische Attachmentverlust (CAL) anzugeben: In der Zeile „(oder interdentaler CAL)“ ist anzukreuzen, in welchem Millimeterbereich der am höchsten gemessene CAL-Wert liegt. Für die Bestimmung des Grads (Knochenabbauindex) muss dann in diesen Fällen auf Röntgenbilder zurückgegriffen werden, die ggf. älter als 12 Monate sind.

- In der Zeile „Zahnverlust aufgrund von Parodontitis“ ist anzukreuzen, ob und in welcher der angegebenen Größenordnungen dem Patienten Zähne durch Parodontitis verloren gegangen sind. Fehlen dem Patienten Zähne, hat der Zahnarzt die Ursache dafür zu prüfen. Kann die Ursache für Zahnverlust nicht eruiert werden, ist das Kästchen „Nein“ anzukreuzen.

Komplexität:

- Die Zeile „Komplexitätsfaktoren“ enthält Ankreuzfelder für drei Gruppen sogenannter Komplexitätsfaktoren. Zu den Faktoren zählen unter anderem bestimmte Sondierungstiefen, fortgeschrittener Furkationsbefall (Grad II/III) und die Notwendigkeit der Rehabilitation aufgrund mastikatorischer Dysfunktion. Das jeweilig zutreffende Feld ist anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus dieser Gruppe vorliegt. Das bedeutet, dass schon das Vorliegen eines einzigen Komplexitätsfaktors (ggf. nur an einem Zahn) ausreicht, um die Diagnose hin zu einem höheren Stadium zu verändern.

Hinweis zur Abgrenzung von Stadium III und IV: Die Stadien III und IV unterscheiden sich in der Zahl der durch Parodontitis verloren gegangener Zähne und/oder der Notwendigkeit einer komplexen Rehabilitation aufgrund mastikatorischer Dysfunktion. Die Gründe für die Rehabilitation können Auffächerung der Zähne, Zahnwanderung, ausgeprägte Kammdefekte, Verlust der Bisshöhe usw. sein.

6. Ausmaß/Verteilung

Das Ausmaß bzw. die Verteilung der Erkrankung ist für dasjenige Stadium anzugeben, das die Diagnose definiert (also das höchste Stadium).

7. Grad (Progression)

Im Abschnitt „Grad (Progression)“ ist in jeder Zeile eine Angabe erforderlich.

Für die Bestimmung des Knochenabbauindex wird an dem am stärksten betroffenen Zahn der prozentuale Knochenabbau in Bezug zur Wurzellänge durch das Alter des Patienten dividiert [KA (%)/Alter].

Die Risikofaktoren Diabetes und Rauchen haben Einfluss auf die Gradeinteilung. Sie führen aber nur zur Hochstufung des Grads (nur „Upgrade“ möglich). Ist der Patient Diabetiker oder Raucher, wird der Erkrankung mindestens ein Grad B, je nach den Werten ein Grad C zugeordnet (es reicht bereits ein Risikofaktor für die Höherstufung des Grads). Der Patient ist nach seinen Rauchgewohnheiten zu befragen. Diabetiker werden nach dem HbA 1c-Wert befragt, den sie ggf. über ihren Hausarzt in Erfahrung bringen können.

8. Anschrift Krankenkasse

In dieses Feld ist die Anschrift der Krankenkasse einzutragen.

Vordruck 5b - Parodontalstatus Blatt 2

[Abb. Formular]

1. Parodontalstatus vom _____

Im Datumsfeld ist das Datum der Befunderhebung (BEMA-Nr. 4) anzugeben.

2. Angaben im Kasten „Zahnschema“

Sondierungstiefen

Die gemessenen Sondierungstiefen sind im Zahnschema an mindestens zwei Stellen pro Zahn, eine davon mesioapproximal und eine davon distoapproximal, in Millimetern (ganze Zahlen ohne Komma-/Nachkommastellen) einzutragen. Liegt die Sondierungstiefe zwischen zwei Millimetermarkierungen, wird der Wert auf den nächsten ganzen Millimeter aufgerundet.

Für die Angabe der Sondierungstiefen stehen maximal 6 Messstellen zur Verfügung (siehe in der Zahnkrone eingezeichnete Segmente).

Sondierungsblutung

Sollte bei der Messung der Sondierungstiefen an der Messstelle eine Blutung auftreten, ist diese mit einem Sternchen hinter der angegebenen Sondierungstiefe kenntlich zu machen.

Zahnlockerung

Der Grad der Zahnlockerung ist in das zentrale Feld der gezeichneten Zahnkrone wie folgt einzutragen:

Grad 0 = normale Zahnbeweglichkeit

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

Grad II = moderat horizontal (mehr als 1 mm)

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

Die Neuerung, dass nicht nur die pathologischen Befunde, sondern auch der Befund „Grad 0“ anzugeben ist, entspricht der PAR-Richtlinie. In der beschreibbaren PDF-Datei zu Blatt 2 des PAR-Status ist das Feld ebenso wie später im PVS-System mit „0“ vorbelegt, so dass lediglich Abweichungen von „0“ einzutragen sind.

Furkationsbefall (FB)

Oberhalb und unterhalb des Zahnschemas befindet sich je eine Zeile „FB“. Hier ist für jeden infrage kommenden Zahn der höchste Grad des Furkationsbefalls in das dem Zahn zugehörige Kästchen wie folgt einzutragen:

Grad 0 = keine Furkationsbeteiligung sondierbar

Grad I = bis 3 mm in horizontaler Richtung sondierbar

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

Grad III = durchgängig sondierbar

Zur erforderlichen Dokumentation auch des Grades 0 siehe oben.

Fehlender Zahn

Fehlende Zähne sind im Zahnschema durchzukreuzen.

Nicht erhaltungswürdiger Zahn

Nicht erhaltungswürdige Zähne sind im Zahnschema mit drei oder vier horizontalen Linien durchzustreichen.

Antiinfektiöse Therapie (AIT)

Oberhalb und unterhalb des Zahnschemas befindet sich je eine Zeile „AIT“. Die Felder sind an allen Zähnen anzukreuzen, bei denen ein geschlossenes Vorgehen geplant ist. Voraussetzung

dafür ist das Vorliegen einer Sondierungstiefe von größer/gleich 4 mm an mindestens einer Messstelle des betreffenden Zahnes.

3. Bemerkungen

Im Feld „Bemerkungen“ kann z. B. angegeben werden, ob Zähne richtlinienüberschreitend (Knochenabbau > 75 % oder Furkationsbefall von Grad III bei gleichzeitigem Vorliegen von Lockerungsgrad III) auf Wunsch des Versicherten außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung therapiert werden. In diesem Fall sind auch die betroffenen Zähne anzugeben.

4. Geplante Leistungen

Leistungen, die im Rahmen der systematischen PAR-Therapie nur einmalig erbracht werden können, sind sowohl in den gedruckten Papierformularen als auch im PVS-System mit einer Anzahl von 1 vorbefüllt.

Noch einzutragen ist die Anzahl der Leistungen nach AIT a und AIT b.

Ferner ist die Frequenz der UPT anzugeben. Je nach Gradeinteilung ist in der Spalte „Anzahl“ einzutragen:

- bei Grad A (einmal im Kalenderjahr): 2
- bei Grad B (einmal im Kalenderhalbjahr): 4
- bei Grad C (einmal im Kalenderterial): 6

Ggf. weitere zahnärztliche Leistungen (BEMA-Nrn. 108 und 111) sind meist nicht vor der Behandlung planbar und deshalb nicht als geplante Leistungen anzugeben. Die Leistungen sind entsprechend ihrer erbrachten Anzahl abrechnungsfähig.

5. Datum, Unterschrift, Stempel

Der Vertragszahnarzt hat den PAR-Status, Blatt 2, im dafür vorgesehenen Feld mit Datum, Unterschrift und Stempelabdruck zu versehen.

Hinweis zum Verfahren bei offenem Vorgehen

Sollte im Anschluss an die Leistung nach Nr. BEV a ggf. die Notwendigkeit für das offene Vorgehen gegeben sein, ist dieses der Krankenkasse zur Kenntnis zu geben (Vordruck 5c der Anlage 14b BMV-Z).

Vordruck 5c - Mitteilung über eine chirurgische Therapie gemäß § 12 Abs. 1 der PAR-Richtlinie

[Abb. Formular]

1. Parodontalstatus vom _____

Im Datumsfeld ist dasjenige Datum anzugeben, das bei der Antragstellung als Datum des Parodontalstatus angegeben wurde.

2. Anzuzeigende Leistungen

Die Durchführung einer chirurgischen Therapie ist der Krankenkasse lediglich zur Kenntnis zu geben; ein Genehmigungsverfahren findet nicht statt. In der Tabelle ist aufzuführen, an welchen Zähnen Leistungen nach der BEMA-Nr. CPT a und an welchen Zähnen Leistungen nach der BEMA-Nr. CPT b erfolgen. Die Zähne sind grundsätzlich einzeln anzugeben; Gebietsangaben dürfen erfolgen, wenn sämtliche in dem benannten Gebiet liegenden Zähne eine CPT erhalten und die Anzahl der behandelten Zähne eindeutig aus dem Gebiet erkennbar ist.

3. Datum, Unterschrift und Stempel

Die Mitteilung über eine chirurgische Therapie (CPT) ist mit Datum, Unterschrift und Stempel zu versehen.

4. Hinweis auf Überweisung

Die Mitteilung über die CPT ist von der Praxis vorzunehmen, die die systematische PAR-Behandlung durchführt. Wird der Patient an eine andere Praxis zwecks Vornahme der CPT überwiesen, ist dies in der Freifläche im Formular anzugeben, z. B. durch die Angabe: „CPT erfolgt durch spezialisierten Zahnarzt“.

Vordruck 5e - Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei anspruchsberechtigten Versicherten nach § 22a SGB V

[Abb. Formular]

1. Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei Versicherten nach § 22a SGB V [...] vom _____

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat für Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX erhalten, Leistungen in einem bedarfsgerecht modifizierten Umfang zur Behandlung einer Parodontitis festgelegt, die anstelle der systematischen Behandlung gemäß der PAR-Richtlinie erbracht werden können. Die Leistungen ermöglichen eine niedrigschwellige Behandlung, wenn eine systematische Behandlung der Parodontitis, wie sie in der PAR-Richtlinie geregelt ist, nicht möglich ist. Die Behandlung ist nicht genehmigungspflichtig, sie muss aber der Krankenkasse angezeigt werden.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Der Versicherte ist einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet oder erhält Eingliederungshilfe nach § 99 SGB IX (die Anspruchsberechtigung sollte vom Zahnarzt in der Patientenakte dokumentiert werden).
- Bei dem Versicherten ist die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene oder die Kooperationsfähigkeit eingeschränkt oder nicht gegeben oder es besteht die Notwendigkeit der Behandlung in Allgemeinnarkose.
- Es liegen Sondierungstiefen von 4 mm oder mehr vor.

Im Datumsfeld ist das Datum anzugeben, zu dem das Formular „Anzeige“ ausgefüllt wird.

2. Begründung

Mindestens einer der im Abschnitt „Begründung“ aufgeführten Gründe muss vorliegen, um die modifizierte PAR-Behandlung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung vornehmen zu können. Je nach Vorliegen können mehrere Gründe angekreuzt werden.

Nach Abschnitt B V Nr. 2 b der Behandlungsrichtlinie kann bei Versicherten, die einer Behandlung in Allgemeinnarkose bedürfen, in Ausnahmefällen an Zähnen mit einer Sondierungstiefe von 6 mm oder mehr anstelle der antiinfektiösen Therapie eine chirurgische Therapie (offenes Vorgehen) erfolgen.

Daraus ergibt sich, dass – anders als bei der systematischen Behandlung – dem offenen kein geschlossenes Vorgehen vorausgeht. Damit können unterschiedliche Zähne in derselben Sitzung je nach Indikation im Wege einer AIT bzw. im Wege einer CPT behandelt werden, sodass eine erneute Allgemeinnarkose vermieden wird. Die CPT ist bezogen auf einen Zahn immer anstelle der AIT durchzuführen, nicht zusätzlich zu dieser.

Wenn im Ausnahmefall des offenen Vorgehens zeitgleich Zähne eine Behandlung mit geschlossenem Vorgehen erhalten sollen, ist sowohl die Begründung „Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – geschlossenes Vorgehen“ als auch die Begründung „Ausnahmefall: Behandlung in Allgemeinnarkose notwendig – offenes Vorgehen an Zähnen mit ST \geq 6 mm“ anzukreuzen.

Versicherte nach § 22a SGB V mit eingeschränkter oder fehlender Mundhygiene- oder Kooperationsfähigkeit, die nicht einer Behandlung in Allgemeinnarkose bedürfen, haben, sofern für

sie nach dem Formular „Anzeige“ Leistungen außerhalb der systematischen PAR-Therapie angezeigt werden, keinen Anspruch auf eine CPT.

3. Anzuzeigende Leistungen

In den Zeilen „AIT a“ und „AIT b“ sowie „CPT a“ und „CPT b“ sind die betreffenden Zähne und die Anzahl der Leistungen anzugeben. Es ist möglich, Zahngebiete mit Bindestrichen anzugeben.

Weitere zahnärztliche Leistungen wie die BEMA-Nrn. 108 und 111 sind meist nicht vor der Behandlung planbar und deshalb nicht als geplante Leistungen anzugeben. Diese Leistungen sind in der Anzahl abrechnungsfähig, in der sie erbracht wurden.

4. Datum, Unterschrift und Stempel

Das Formular ist im dafür vorgesehenen Feld mit Datum, Unterschrift und Stempelabdruck zu versehen.“

Artikel 7 Inkrafttreten

Die Vereinbarung tritt mit Wirkung zum 01.07.2021 in Kraft.

Köln, Berlin ... 16.08.2021


Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung


GKV-Spitzenverband


Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung