Parodontitistherapie in der GKV nach den neuen Richtlinien

Dr. Alois Stiegelmayr
02.05.2022

πάντα ῥεῖ

ZZB ZENTRUM ZAHNÄRZTE BAYERN

2005

N
2012

2022

„Wissenschaftliche Grundlagen“

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

Received: 2 January 2018 | Revised: 11 February 2018 | Accepted: 11 February 2018
DOI: 10.1111/jcpe.12945

2017 WORLD WORKSHOP

WILEY Journal of Clinical Periodontology

Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition

Maurizio S. Tonetti[1] | Henry Greenwell[2] | Kenneth S. Kornman[3]

[1]Periodontology, Faculty of Dentistry, University of Hong Kong, Hong Kong, SAR China
[2]Graduate Periodontics, School of Dentistry, University of Louisville, Louisville, KY, USA
[3]Department of Periodontics and Oral Medicine, University of Michigan School of Dentistry, Ann Arbor, MI, USA

Correspondence
Prof. Maurizio Tonetti, Periodontology, Faculty of Dentistry, University of Hong Kong, Prince Philip Dental Hospital 34, Hospital Road, Hong Kong, SAR China.
Email: tonetti@hku.hk

The proceedings of the workshop were jointly and simultaneously published in the *Journal of Periodontology* and *Journal of Clinical Periodontology*.

Abstract

Background: Authors were assigned the task to develop case definitions for periodontitis in the context of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. The aim of this manuscript is to review evidence and rationale for a revision of the current classification, to provide a framework for case definition that fully implicates state-of-the-art knowledge and can be adapted as new evidence emerges, and to suggest a case definition system that can be implemented in clinical practice, research and epidemiologic surveillance.

Methods: Evidence gathered in four commissioned reviews was analyzed and interpreted with special emphasis to changes with regards to the understanding available prior to the 1999 classification. Authors analyzed case definition systems employed for a variety of chronic diseases and identified key criteria for a classification/case definition of periodontitis.

Results: The manuscript discusses the merits of a periodontitis case definition system based on Staging and Grading and proposes a case definition framework. Stage I to IV of periodontitis is defined based on severity (primarily periodontal breakdown with reference to root length and periodontitis-associated tooth loss), complexity of management (pocket depth, infrabony defects, furcation involvement, tooth hypermobility, masticatory dysfunction) and additionally described as extent (localized or generalized). Grade of periodontitis is estimated with direct or indirect evidence of progression rate in three categories: slow, moderate and rapid progression (Grade A-C). Risk factor analysis is used as grade modifier.

Conclusions: The paper describes a simple matrix based on stage and grade to appropriately define periodontitis in an individual patient. The proposed case definition extends beyond description based on severity to include characterization of biological features of the disease and represents a first step towards adoption of precision medicine concepts to the management of periodontitis. It also provides the necessary framework for introduction of biomarkers in diagnosis and prognosis.

KEYWORDS
aggressive periodontitis, biomarkers, case definition, chronic periodontitis, classification, clinical attachment loss, diagnosis, furcation involvement, grade A periodontitis, grade B

© 2018 American Academy of Periodontology and European Federation of Periodontology

9.-11. November 2017
Chicago, IL

Klassifikation von parodontalen und periimplantären Erkrankungen und Zuständen.

Deutsche Übersetzung der Einleitung und Konsensusberichte des gemeinsamen Weltworkshops der American Academy of Periodontology und der European Federation of Periodontology

Koordination der deutschen Version Bettina Dannewitz, Bernadette Pretzl & Sonja Sälzer

Übersetzung durch Corinna Bruckmann, Henrik Dommisch, Kevin Guldener, Holger Jentsch, Moritz Kebschull, Christoph Ramseier, Eric Schmid & Clemens Walter

DG PARO

Österreichische Gesellschaft für Parodontologie

SSP

WILEY

S3-Leitlinie

Häusliches mechanisches Biofilmmanagement in der Prävention und Therapie der Gingivitis

S3-Leitlinie

Häusliches chemisches Biofilm-management in der Prävention und Therapie der Gingivitis

S3-Leitlinie

Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III

Die deutsche Implementierung der S3-Leitlinie „Treatment of Stage I–III Periodontitis“ der European Federation of Periodontology (EFP)

Zitat aus den S3-Leitlinien (Die Leitlinie hat alle Elemente einer systematischen Entwicklung durchlaufen (Logik-, Entscheidungs- und Outcome-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmäßige Überprüfung, AWMF) ***:***

„Die "Leitlinien" sind für Ärzte/ Zahnärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.“

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

Parodontale Erkrankungen und Zustände

Parodontale Gesundheit, Gingivale Erkrankungen			Parodontitis (PAR)			Andere das Parodont betreffende Zustände				
Parodontale Gesundheit und gingivale Gesundheit	Gingivitis: biofilm-induziert	Gingivale Erkrankungen: nicht-biofilm-induziert	Nekrotisierende parodontale Erkrankungen	Parodontitis (PAR)	PAR als Manifestation von system. Erkrank.	system. Erkrank. und Zust. mit Einfluss auf das Parodont	parod. Abszesse u. Endo-Paro-Läsionen	Mukogingivale Deformitäten und Zustände	traumatische okklusale Kräfte	zahn- und zahnersatzbezogene Faktoren

Definition Parodontitis-Fall (Tonetti, DG Paro):

- Attachmentverlust (CAL, approximal) an mindestens 2 nicht benachbarten Zähnen,
- oral buc. mindestens 3mm CAL und Taschen von mehr als 3mm an mindestens 2 Zähnen
- keine Attachmentverluste durch gingivale Rezessionen (verletzungsbedingt oder Karies)
- nicht d von 2. Molaren durch ret. , extrahierte o. durchbrechende Weisheitszähne,
- keine Endoparo-Läsion, keine Längsfrakturen.

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

TABELLE 1 Diagnostische Nachschlagetabelle für gingivale Gesundheit oder plaqueinduzierte Gingivitis in der klinischen Praxis

Intaktes Parodont	Gesundheit	Gingivitis
Sondierbarer Attachmentverlust	Nein	Nein
Sondierungstiefen (bei Ausschluss von Pseudotaschen)[a]	≤3 mm	≤3 mm
Bluten auf Sondieren (BAS)[a]	<10 %	Ja (≥ 10 %)
Röntgenologischer Knochenabbau	Nein	Nein
Reduziertes Parodont Kein Parodontitispatient	**Gesundheit**	**Gingivitis**
Sondierbarer Attachmentverlust	Ja	Ja
Sondierungstiefen (alle Stellen und bei Ausschluss von Pseudotaschen)[a]	≤3 mm	≤3 mm
Bluten auf Sondieren (BAS)[a]	<10 %	Ja (≥ 10 %)
Röntgenologischer Knochenabbau	Möglich	Möglich

Hinweis: In Fällen, in denen eine Behandlung, aber keine Heilung möglich ist, z. B. bei rheumatoider Arthritis oder Parodontitis, können die posttherapeutischen Parameter, die Stabilität/Gesundheit oder Gingivitis definieren, von den Parametern für Gesundheit/Gingivitis bei einem Patienten ohne Parodontitis abweichen. Die Schwelle für „klinische Gesundheit" bei einem behandelten und stabilen Parodontitispatienten liegt daher bei ≤ 4 mm.

Erfolgreich behandelter stabiler Parodontitispatient	Gesundheit	Gingivitis bei einem Patienten mit Parodontitis in der Vorgeschichte
Sondierbarer Attachmentverlust	Ja	Ja
Sondierungstiefen (alle Stellen und bei Ausschluss von Pseudotaschen)[a]	≤4 mm (keine Stelle ≥ 4 mm mit BAS)[b]	≤3 mm
Bluten auf Sondieren (BAS)[a]	<10 %	Ja (≥ 10 %)
Röntgenologischer Knochenabbau	Ja	Ja

Hinweis: Bei einem erfolgreich behandelten Parodontitispatienten, bei dem Gingivabluten auftritt, liegt in den betroffenen Bereichen ein hohes Rezidivrisiko und die Gefahr eines fortschreitenden Attachmentverlusts vor. Daher wird hier Gingivitis definiert als BAS an einer flachen Stelle von ≤ 3 mm statt ≤ 4 mm wie bei einer definitionsgemäß gesunden Gingiva. Bei einer Sondierungstiefe von ≥ 4 mm oder mehr und auftretendem BAS hat man es nicht mehr mit einer „geschlossene Tasche" zu tun.[21,27]

[a] Angenommen wird ein leichter Sondierungsdruck von 0,2 bis 0,25 N.

[b] Es gab die Minderheitenmeinung, dass die Schwelle für die Definition klinischer Gesundheit bei einem erfolgreich behandelten Parodontitispatienten auf ≤ 3 mm ohne Bluten auf Sondieren (BAS)[a] festgelegt werden sollte, um das erhöhte Risiko einer wiederkehrenden Erkrankung zu berücksichtigen. Die Mehrheitsmeinung war jedoch, dass die Schwelle von ≤ 3 mm-Schwelle an 100 % der behandelten Stellen selten erreicht wird und zu einer Überbehandlung führen könnte, da jede nicht blutende Stelle von > 3 mm nicht als „gesund" eingestuft wird und somit eine weitere invasive Behandlung nahegelegt wird statt einer Überwachung und unterstützenden Therapie. Die Schwelle wurde daher auf ≤ 4 mm festgelegt, wobei berücksichtigt wurde, dass die klinischen Phänotypen nach der Behandlung anders zu betrachten sind als die Phänotypen vor der Behandlung.

Rechtliche Grundlagen

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie)

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Anderung der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie): Behandlung von Parodontitis bei Versicherten nach §22a SGB V außerhalb der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (in GBA-Beschluß Behandlungsrichtlinie integriert)

Beschluss des GBA Behandlungsrichtlinien

Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

Beschlüsse Bewertungsausschuss zum Bema Teil 1 Kons Chir Rö, Teil 4 PA (Bema)

Anlage 1, Abs.5 (Abrechnungsbestimmungen); **Anlage 14a (Formulare) 14b 14c 14d (Ausfüllhinweise) des BMV-Z 15**, **15b**

Zahnheilkundegesetz §1 Abs. 5 u. 6 Delegation

Neu aber noch nicht in Kraft (06.05.2022): Die Rundungsvorschrift in PAR-Rili:
1. Das Wort „aufgerundet“ wird durch die Wörter „auf- oder abgerundet“ ersetzt.
2. Nach dem Wort „abgerundet“ wird das Komma durch einen Punkt ersetzt und folgender Satz eingefügt: „Messwerte unter 0,5 mm sind abzurunden, Messwerte von 0,5 mm oder darüber sind aufzurunden.“

kleiner X,5 abrunden
GRÖSSER GLEICH X,5 AUFRUNDEN

Beim PSI-Formular und den Informationen nach §22a-Rili wird seit 09.03.2022 „Kopie“ wird durch „Ausdruck“ ersetzt

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

WHO-Sonde: 0,5mm 3,5mm 5,5mm 8,5mm 11,5mm
Vorteil: relativ genaue Messung der unteren Grenze des 4mm-. 6mm-Bereichs
Nachteil: zwischen den Werten nur grobe Schätzung möglich
PA-Sonde: Millimetereinteilung
Vorteil relativ genaue Millimetermessung
Nachteil die Grenze zwischen Auf- und Abrunden ist nur schwer abschätzbar

Ideal wäre in der GKV eine Sonde, die wie die WHO-Sonde mit 0,5 mm beginnt und
dann eine Einteilung in Millimeterschritten hätte!

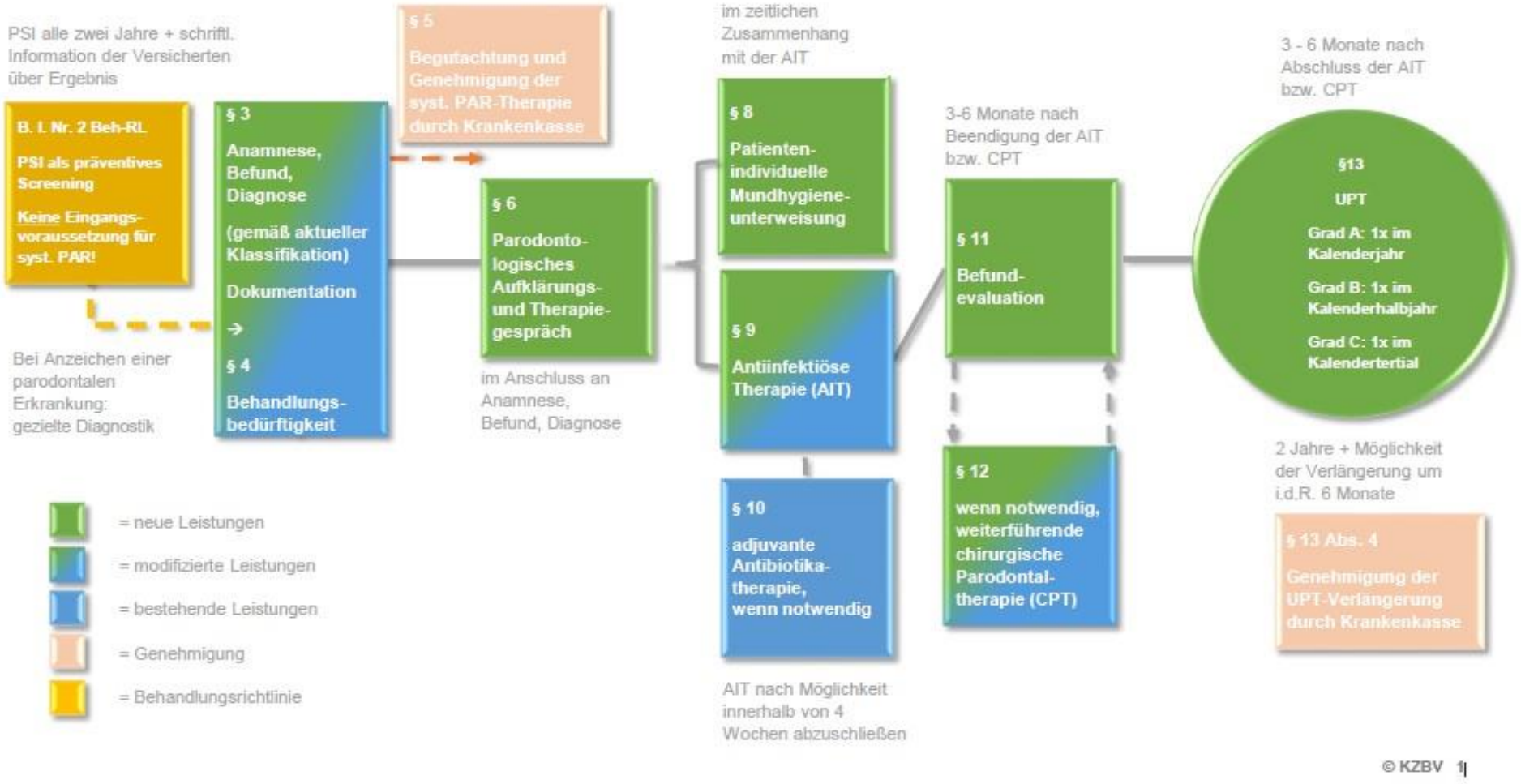
Im wissenschaftlichen Bereich - Leitlinien etc. -gibt es keine Zwischenschritte zwischen den Millimetern außer beim PSI !

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

Behandlungsstrecke in der GKV Übersicht

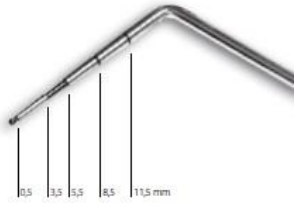
(Behandlungsrichtlinie, Par-Richtlinie und Bema Teil 1 und 4)

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN


PSI alle zwei Jahre + schriftl. Information der Versicherten über Ergebnis
B. I. Nr. 2 Beh-RL
PSI als präventives Screening
Keine Eingangs-voraussetzung für syst. PAR!
Bei Anzeichen einer parodontalen Erkrankung: gezielte Diagnostik
§ 3
Anamnese, Befund, Diagnose
(gemäß aktueller Klassifikation)
Dokumentation
→
§ 4
Behandlungs-bedürftigkeit
§ 5
Begutachtung und Genehmigung der syst. PAR-Therapie durch Krankenkasse
§ 6
Parodonto-logisches Aufklärungs- und Therapie-gespräch
im Anschluss an Anamnese, Befund, Diagnose
im zeitlichen Zusammenhang mit der AIT
§ 8
Patienten-individuelle Mundhygiene-unterweisung
§ 9
Antiinfektiöse Therapie (AIT)
§ 10
adjuvante Antibiotika-therapie, wenn notwendig
AIT nach Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen abzuschließen
3-6 Monate nach Beendigung der AIT bzw. CPT
§ 11
Befund-evaluation
§ 12
wenn notwendig, weiterführende chirurgische Parodontal-therapie (CPT)
3 - 6 Monate nach Abschluss der AIT bzw. CPT
§13
UPT
Grad A: 1x im Kalenderjahr
Grad B: 1x im Kalenderhalbjahr
Grad C: 1x im Kalendertertial
2 Jahre + Möglichkeit der Verlängerung um i.d.R. 6 Monate
§ 13 Abs. 4
Genehmigung der UPT-Verlängerung durch Krankenkasse
= neue Leistungen
= modifizierte Leistungen
= bestehende Leistungen
= Genehmigung
= Behandlungsrichtlinie
© KZBV

PSI
der Parodontale Screening Index

Der PSI wurde auf der Basis des PSR (Periodontal Screening & Recording) entwickelt: *Periodontal Screening & Recording: An Early Detection System. American Dental Association and The American Academy of Periodontology.*



Code 0	Code 1	Code 2	Code 3	Code 4
schwarzes Band bleibt vollständig sichtbar (ST < 3,5 mm)			schwarzes Band bleibt teilweise sichtbar (ST 3,5 mm – 5,5 mm)	schwarzes Band verschwindet ganz (ST > 5,5 mm)
keine Blutung	Blutung auf Sondieren	Zahnstein und/oder defekte Restaurationsränder		
kein Zahnstein und keine defekten Restaurationsränder	kein Zahnstein und keine defekten Restaurationsränder			

mögliche Diagnosen und Handlungsempfehlungen

gesund	Gingivitis	Gingivitis	Parodontitis	Parodontitis
- keine Therapie notwendig - weitere präventive Betreuung	- Instruktionen zur Verbesserung der individuellen Mundhygiene - professionelle Entfernung supragingivaler/gingivaler Beläge auf Zahn- und Wurzeloberfläche (PZR) kann hilfreich sein	- professionelle Entfernung supragingivaler/gingivaler Beläge auf Zahn- und Wurzeloberfläche (PZR) - Instruktionen zur Verbesserung der individuellen Mundhygiene - Korrektur plaque-retentiver Restaurationsränder	- professionelle Entfernung supragingivaler/gingivaler Beläge auf Zahn- und Wurzeloberfläche (PZR) - Instruktionen zur Verbesserung der individuellen Mundhygiene - vollständige parodontale Befunderhebung, wenn zwei oder mehr der Sextanten einen Code 3 zugewiesen bekommen haben, als Basis der weiteren Therapieplanung	- vollständige parodontale Befunderhebung als Basis der weiteren Therapieplanung

© Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DG PARO) 4. überarbeitete Auflage April 2021

- **ST** = Sondierungstiefe
- Bei Kindern und Jugendlichen wird der PSI bis zum vollendeten 18. Lebensjahr an den Indexzähnen 16, 11, 26, 36, 31, 46 bzw. bei deren Fehlen an den benachbarten bleibenden Zähnen erhoben. Der Durchbruch der Zähne sollte abgeschlossen sein. Bei Erwachsenen erfolgt die Messung an allen vorhandenen Zähnen mit Ausnahme der Weisheitszähne. Zur Erhebung ist das Gebiss in Sextanten eingeteilt. Aufgezeichnet wird der höchste Wert pro Sextant.
- Klinische Abnormitäten (z. B. Furkationsbeteiligung, mukogingivale Probleme, Rezessionen ≥ 3,5 mm, Zahnbeweglichkeit etc.) werden mit einem Stern * gekennzeichnet. In den Behandlungsrichtlinien ist definiert, dass der entsprechende Sextant dadurch in den nächsthöheren als den per Messung festgestellten Code eingeordnet wird.
- Sextanten ohne oder mit nur einem Zahn werden mit einem X kenntlich gemacht. Wenn in einem Sextanten nur noch ein Zahn vorhanden ist, wird der Code an diesem Zahn bei der Messung des benachbarten Sextanten berücksichtigt.

DG PARO
Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DG PARO)
Neufferstraße 1 | 93055 Regensburg
Tel. 0941 942 799-0 | kontakt@dgparo.de
www.dgparo.de |

Mit freundlicher Unterstützung von
GUIDED BIOFILM THERAPY
EMS+ MAKE ME SMILE.

ZUKUN… BAYERN

PSI:

- Erhebung parodontaler Screeningindex (Def.v. DG Paro nach ADA PSR (peridontal screening and recording)),
- Behandlungsrili B,I, 2; Bema Teil1: 04,
- Alle 2 Jahre (nach Ablauf von 7 Leerquartalen) einmal abgerechnet . Er kann **nicht während einer systematischen Behandlung von Parodontitis und anderen Parodontalerkrankungen** abgerechnet werden (Bema).
- Dauer: 2-3 Minuten bei Vollbezahnten laut DG Paro.
- Bis zum 18. Lj. an den Zähnen 16,11,26,36,31,46. (Bei fehlen die benachbarten Bleibenden) oder indviduell.
- Bei Erwachsenen alle bleibenden Zähne, Zähne distal der 2. Molaren bleiben unberücksichtigt. Kein PSI an Milchzähnen.
- Sextanten ohne oder mit 1 Zahn werden mit X gekennzeichnet. Der Wert des einzelnen Zahnes wird dem benachbarten Sextanten des jeweiligen Kiefers zugerechnet.
- Beispiel: Im 3. Sextanten ist nur noch 26 mit Code 4 vorhanden. Entweder Sextant 2 oder Sextant 4 erhält Code 4.

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

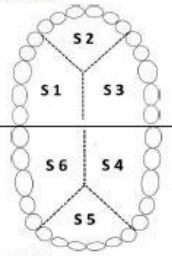
- Wird an einem Parodontium ein Wert von Code 4 gemessen, braucht man in dem Sextanten nicht weitermessen. Klinisch relevante Besonderheiten wie z. B. Furkationsbeteiligungen, mukogingivale Probleme, Rezessionen von 3,5 mm und mehr, Zahnbeweglichkeit werden durch einen Stern „*“ gekennzeichnet. Der Sextant wird um 1 hochgestuft der Code aber nicht geändert. (4 bleibt 4.)
- Der Versicherte erhält eine Information über das Untersuchungsergebnis, den möglichen Behandlungsbedarf, die Notwendigkeit zur Erstellung eines klinischen und eines röntgenologischen Befunds (3,4) zur Stellung der Diagnose. Diese Informationen erfolgen in einer für den Versicherten verständlichen Art und Weise auf dem Vordruck 11 der Anlage 14a zum BMV-Z.
- Formular an Patient bzw. Erziehungsberechtigten.;
- Patient bekommt Ausdruck (Rili) ~~oder Original?~~ (Bema); Dokumentation in Kartei; Keine Unterschrift
- PSI ist nicht Voraussetzung für Par-Behandlung
- Abrechnung über KCH

ZUKUNFT ZAHNMEDIZIN BAYERN

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  Unterkiefer	S 1 ☐ S 2 ☐ S 3 ☐ S 4 ☐ S 5 ☐ S 6 ☐	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
	* 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: _____

Ort, Datum _____ Zahnarztstempel _____

Vordr. 11

Vordruck 11

Systematische Par-Behandlung an Hand der PAR- Richtilinie

§1 Verankerung der Rili im SGB V Beteuerung, daß die Richtlinie der Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der zahnmedizinischen Erkenntnisse und des zahnmedizinischen Fortschrittes dient.

§2 Kurzer Abriß über Ursachen, Risikofaktoren, Krankheitsbild und Folgen der Parodontitis.

Ziele der systematischen Behandlung von Parodontitis: entzündliche Veränderungen des Parodonts zum Abklingen bringen, einem weiteren Attachment- und Zahnverlust und damit der Progredienz der Erkrankung vorzubeugen und den Behandlungserfolg langfristig sichern.

Es gibt keine Vorbehandlung mehr, keine Mindestanzahl an Zähnen!
Die Mitarbeit des Patienten ist nach wie vor ein sehr wichtiger Faktor für den Erfolg der PAR-Therapie. Die Par-Behandlung darf aber nicht von der Mitarbeit des Patienten abhängig gemacht werden.
Man nennt das neumodisch „Adhärenz“

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

§ 3 Anamnese, Befund, Diagnose, und Dokumentation (Parodontalstatus)
§ 4 Behandlungsbedürftigkeit der Parodontitis
(gehören eigentlich zusammen):

- Diabetes mellitus mit Angabe des HbA1c-Wertes,
- Tabakkonsum (Zigaretten oder äquivalenter Konsum anderer Tabakerzeugnisse oder verwandter Erzeugnisse).
- Sonstige Erkrankungen
- Sondierungstiefen und **Sondierungsblutung** (Sternchen) an bis zu 6 Stellen, aber mindestens zwei Stellen pro Zahn, eine davon mesioapproximal und eine davon distoapproximal. **Liegt die Sondierungstiefe zwischen zwei Millimetermarkierungen, wird der Wert auf den nächsten ganzen Millimeter aufgerundet!**
- **Der PSI wird mit der WHO-Sonde erhoben. Da deren Einteilung keine präzise Messung der 3mm-Grenze zuläßt, ist sie für die ST-Messung in der PA-Behandlung nicht geeignet!**
- Zahnlockerung (0-III)
- Furkationsbefall (0-III) Nabersonde und ev. DVT
- Zahnverlust auf Grund von Parodontitis
- Bei weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75% oder einem Furkationsbefall von Grad III ist bei **gleichzeitigem** Vorliegen eines Lockerungsgrades III in der Regel die Entfernung des Zahnes angezeigt.

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

- Röntgenbefund:

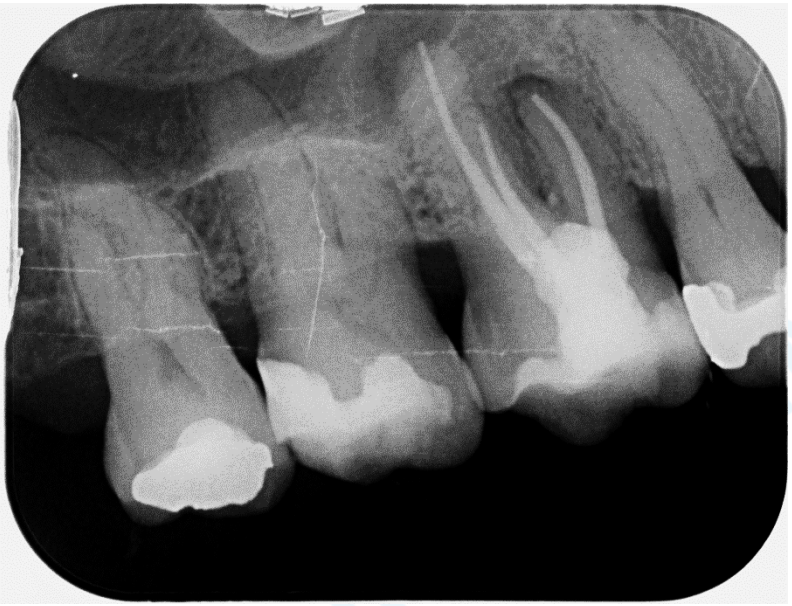
Rö nicht älter als 12 Monate; Einzelaufnahmen oder OPG (Vorteil: es können zahnlose Kieferabschnitte besser beurteilt werden (Staging), Nachteil: Überlagerungen. CBCT (DVT) auch möglich aber nur in Ausnahmefällen Vorteil: genaue Messung in Millimeter, auch buccal und oral KA beurteilbar, Nachteil: relativ hohe Strahlenbelastung, Kosten.
Knochenabbau in % geschätzt.
Knochenabbau in %/Alter nur am Zahn mit dem stärksten KA messen.
Eigentlich wäre zu berücksichtigen, daß 1-3mm Abstand zwischen SZG und Limbus Alveolaris physiologisch sind.

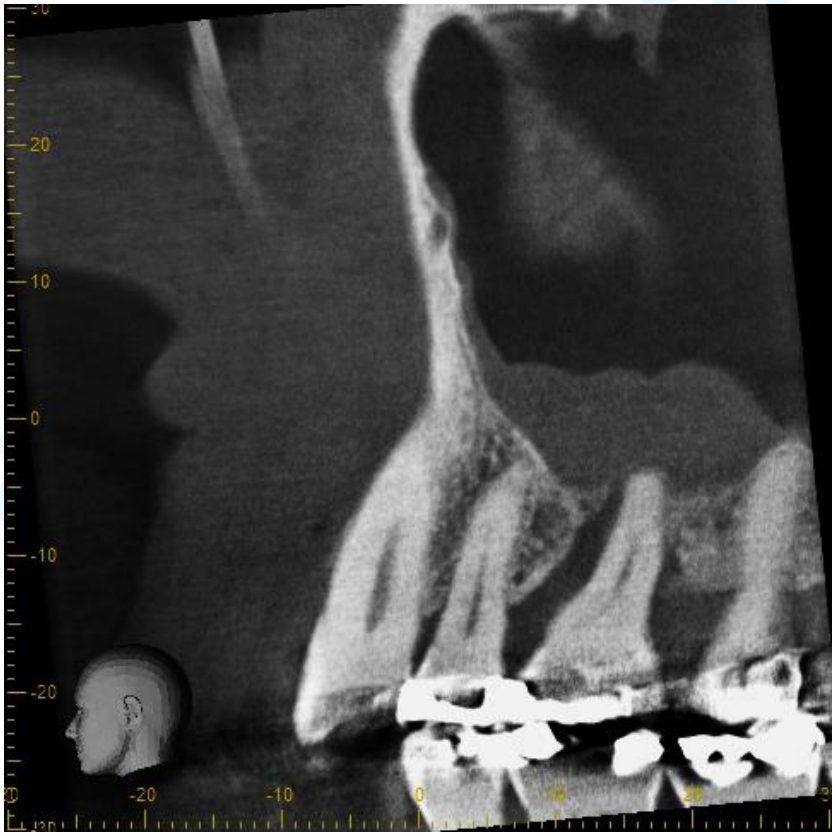
Aus BMV-Z Anlage 14b Seite 15:

„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 interdentale 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.“

Oder natürlich die direkte Evidenz über CAL-Verlauf!

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN




20
10
0
-10
-20
-20
-10

- Die systematische Behandlung einer Parodontitis ist angezeigt, wenn eine der folgenden Diagnosen gestellt wird und dabei eine Sondierungstiefe von 4 mm oder mehr vorliegt:
- **Parodontitis** (Nach Definition der Fachgesellschaft = DGP)
- Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen, (z.B. Chronische Granulomatose, Papillon-Lefèvre-Syndrom, Leukämien etc)
- Andere das Parodont betreffende Zustände: Generalisierte gingivale Vergrößerungen. (Da handelt es sich eigentlich nicht um Parodontitis).
- Bei weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75% oder einem Furkationsbefall von Grad III ist bei **gleichzeitigem** Vorliegen eines Lockerungsgrades III in der Regel die Entfernung des Zahnes angezeigt.

- Parodontalabszesse, nekrotisierende Parodontalerkrankungen, endodontal-parodontale Läsionen. (**In Behandlungs-Rili B V**)

ZUKUNFT ZAHNMEDIZIN BAYERN

Exkursion Staging Grading

Es gibt einige Graubereiche

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

Parodontitis Stadium STAGING		Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Schweregrad	Interdentaler CAL an der Stelle mit dem größten Verlust	1-2 mm	3-4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Röntgenologischer Knochenabbau	Koronales Drittel (< 15 %)	Koronales Drittel (15-33 %)	Mittleres bis apikales Drittel	Mittleres bis apikales Drittel
	Zahnverlust	Kein Zahnverlust aufgrund von Parodontitis		Zahnverlust aufgrund von Parodontitis von ≤ 4 Zähnen	Zahnverlust aufgrund von Parodontitis von ≥ 5 Zähnen
Komplexität	Lokal	Maximale Sondierungstiefe ≤ 4 mm Vorwiegend horizontaler Knochenabbau	Maximale Sondierungstiefe 4-5 mm Vorwiegend horizontaler Knochenabbau	Zusätzlich zur Komplexität des Stadium II: Sondierungstiefe ≥ 6mm Vertikaler Knochenabbau ≥ 3mm Furkationsbefall Grad II oder III Moderater Kammdefekt	Zusätzlich zur Komplexität des Stadium III: Notwendigkeit einer komplexen, interdisziplinären Rehabilitation aufgrund von: Mastikatorischer Dysfunktion Sekundärem okklusalen Trauma (Zahnbeweglichkeit ≥ Grad 2) Ausgeprägtem Kammdefekt Verlust der Bisshöhe, Zahnwanderungen, Auffächerung der Front Weniger als 20 Restzähne mit 10 okkludierenden Paaren
Ausdehnung und Verteilung	Wird zur genaueren Beschreibung des Staging verwendet	Für jedes Stadium Ausdehnung als lokalisiert (< 30 % der Zähne), generalisiert oder als-Molaren/Inzisiven Muster beschreiben			

Für das erste Staging sollte der klinische Attachmentverlust (CAL) herangezogen werden. Sind diese Informationen nicht verfügbar, sollte der röntgenologische Knochenabbau (RBL) verwendet werden. Die Information, ob Zähne primär aufgrund einer Parodontitis verloren gegangen sind kann – sofern verfügbar – das Staging verändern, auch in Abwesenheit weiterer Komplexitätsfaktoren. Diese können das Staging eines Patienten nur verschlechtern, z.B. wird bei Furkationsbefall von Grad II oder Grad III immer Stadium III oder IV – unabhängig vom CAL – diagnostiziert. Stadium III und IV unterscheiden sich primär anhand ihrer Komplexitätsfaktoren. So führt ein hohes Maß an Zahnbeweglichkeit und ein Verlust der Bisshöhe zur Einteilung in Stadium IV. Oft sind nicht alle Komplexitätsfaktoren vorhanden, aber es wird auch nur ein einziger benötigt, um die Diagnose hin zu einem höheren Stadium zu verändern. Es wird betont, dass diese Falldefinitionen lediglich Richtlinien darstellen, die mit profundem klinischem Urteilsvermögen eingesetzt werden sollen, um zur richtigen Diagnose zu gelangen.

Für Patient nach aktiver Therapie stellen CAL und RBL weiterhin die primären Determinanten des Stadiums dar. Auch wenn Komplexitätsfaktoren, die zu höherem Staging geführt hatten, durch die Behandlung eliminiert wurden, soll doch keine Herabstufung erfolgen, weil dieser Faktor immer in der Erhaltungstherapie Berücksichtigung finden sollte.

Sekundäres okklusales Trauma wurde definiert als Gewebsveränderung durch normale oder traumatische okklusale Kräfte auf einen Zahn/Zähne mit reduziertem Halteapparat. Zähne mit progressiver Beweglichkeit können Stellungsänderungen und Schmerz bei Funktion aufweisen.

ZUKUNFT ZAHN

Staging gibt Schweregrad der Erkrankung an (I-IV)

- CAL (Clinical Attachment Loss): Distanz zwischen SZG bzw. Restaurationsrand und Taschenboden
- Zuerst mal CAL Attachmentverlust nur approximal interdental und dann erst Rö (bei langen Wurzeln kann CAL zu einer Höherbewertung führen, bei kurzen Wurzeln das Rö)
- Zahnverlust aus PA-Gründen, Weisheitszähne werden nicht berücksichtigt, Rö Kieferkamm (OPG) beurteilen, Aussagen von Patienten
- Fehlen von Zähnen aus PA-Gründen kann zum Upgrade führen und ist in erster Linie für Differenzierung zwischen Sta. III u. IV maßgeblich
- Komplexität lokal: ST 3-4 Sta. I; ST 4-5 Sta. II; St≥6mm, Furkation2,3, vert. KA>3mm Upgrade Sta. II auf Sta.III
- Komplexität, die von Stadium 3 zu Stadium 4 führt:
- Anzahl der durch PA verlorenen Zähne: ≤4 Zähne Stadium III, ≥5 Zähne Stadium IV
- mastikatorische Dysfunktion, sekundäres okklusales Trauma (Zahnbeweglichkeit ≥ Grad 2 bei normalen Kaukräften), Zahnwanderung, Auffächerung, ausgeprägter Kammdefekt (OPG), Bisshöhenverlust, < 20 Restzähnen bzw. <10 okkludierende Paare
- Ausmaß und Verteilung der Stadien: <30% lokal, sonst generalisiert, Molaren-Inzisivi-Muster ist die alte (juvenile) aggressive Parodontitis

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

- Wenn Komplexitätsfaktoren, die zu einer Höherstufung geführt haben, beseitigt wurden, führt das nicht zu Herabstufung. Nur Verbesserung von Cal und KA führen zu Herabstufung.
- Kein BOP!
- Das Staging hat wenig Einfluß auf die PAR-Behandlung in der GKV
- In der GKV wird immer nur das höchste Stadium und sein Ausmaß und Verteilung angegeben (führt 1 fehlender PA-Zahn zu generalisiert III???)

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

Parodontitis GRADING			Grad A: langsame Progressionsrate	Grad B: moderate Progressionsrate	Grad C: rasche Progressionsrate
Primäre Kriterien	Direkte Evidenz	Longitudinale Daten (röntgenologischer Knochenabbau oder Parodontalstatus mit Angabe des CAL)	Kein Verlust	< 2 mm über 5 Jahre	≥ 2 mm über 5 Jahre
	Indirekte Evidenz	Knochenabbau (%)/ Alter	< 0,25	0,25-1,00	> 1,00
		Phänotyp	Erheblicher Biofilm	Zerstörung proportional zum Biofilm	Größere Zerstörung, als Biofilm-Ablagerungen erwarten lassen; das klinische Bild lässt Episoden rapider Zerstörung und/oder einer früh beginnenden Erkrankung (z.B. Molaren-Inzisivi Muster oder behandlungsresistente Erkrankung)
Modifikatoren	Risikofaktoren	Rauchen	Nichtraucher	Raucher, < 10 Zig./Tag	Raucher, ≥10 Zig./Tag
		Diabetes	Kein Diabetiker, normoglykämisch	HbA1c < 7,0 % bei Patienten mit Diabetes	HbA1c ≥ 7,0 % bei Patienten mit Diabetes

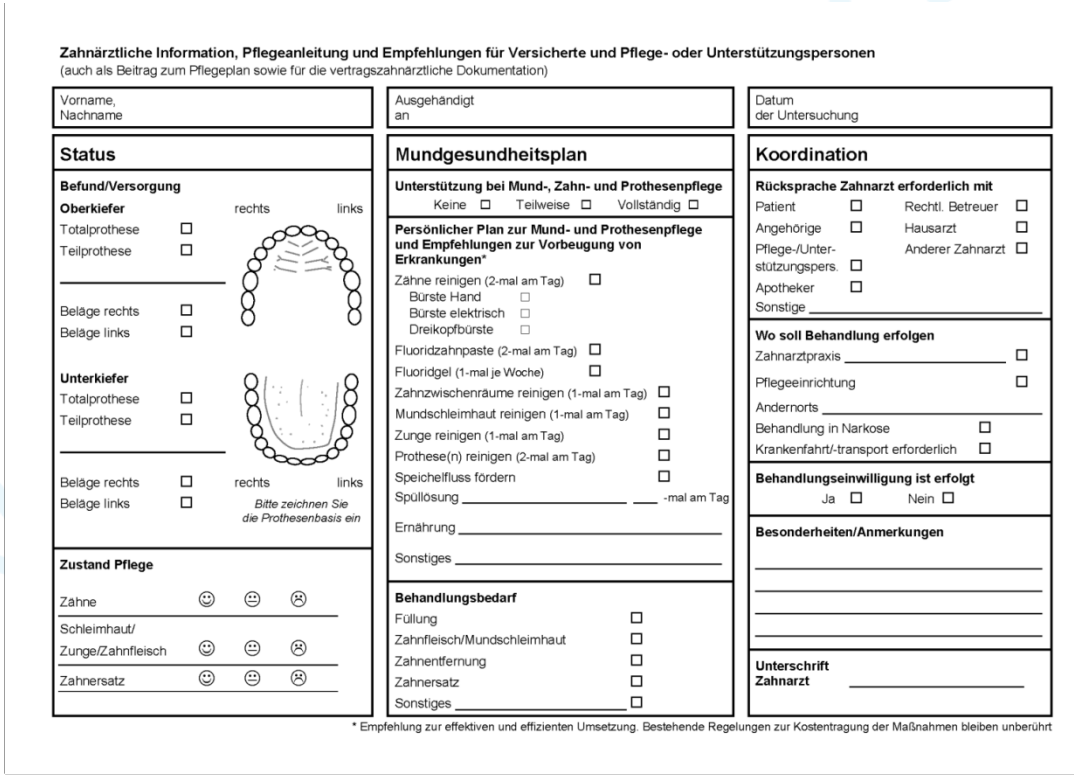
Das Grading sollte als Indikator für die Geschwindigkeit der Parodontitis-Progression verwendet werden. Die primären Kriterien sind entweder direkte oder indirekte Evidenz für Progression. Sofern vorhanden, wird direkte Evidenz verwendet werden. Wenn diese nicht vorliegt, kann indirekt über die Relation des Knochenabbaues zum Lebensalter des Patienten bei dem am stärksten betroffenen Zahn (röntgenologischer Knochenabbau in Prozent der Wurzellänge dividiert durch das Alter des Patienten in Jahren, RBL/Alter) auf die vergangene Progression geschlossen werden. Progression geschlossen werden (röntgenologischer Knochenabbau in Prozent der Wurzellänge dividiert durch das Alter des Patienten in Jahren). Zunächst sollte allen Patienten ein Grad B zugeordnet werden. Danach soll nach Evidenz gesucht werden, die eine Einstufung in Grad A oder C rechtfertigen würde. Ähnlich der Situation beim Staging kann nach Bestimmung des Grading eine Modifikation auf der Basis von Risikofaktoren erfolgen.
CAL=klinischer Attachmentverlust; HbA1c=glykolisiertes Hämoglobin

Grading gibt (zu erwartende) Progression an (A,B,C)

- Direkte Evidenz: z.B.Rö 5 Jahre alt oder CAL über mehrere Jahre gemessen
- Indirekte Evidenz: (KA in % bei dem am schwersten betroffenen Zahn)/Alter
- Phänotyp ist eher ein schwammiger Faktor: Belag Biofilm weich. Wenig Beläge aber schneller KA ist unproportional (das Gegenteil ist es aber auch).
- Modifikatoren führen nicht zu Verbesserung, aber zu Verschlechterung z.B. durch HbA1c >7. Risikofaktoren führen nur zu Upgrad und nicht zu Downgrade. Beispiel: KA/Alter>1 und kein Diabetes bleibt Grad C
- Rauchen >10 Zigaretten/d oder HbA1c > 7 immer Grad C
- Es gilt der aktuelle Raucherstatus
- Das Entfernen von Zähnen vor Bestimmung des Grades kann den Grad beeinflussen
- In der GKV beeinflußt der Grad die Häufigkeit der UPT
- In der GKV bleibt der beim PA-Plan festgestellte Grad, auch wenn sich im Laufe der Behandlung Modifikatoren (Nikotin) ändern.
- Der Schwellenwert des HbA1c wird von der Deutschen Diabetes Gesellschaft mit 7,5 angegeben
- HbA1c ist als das stabile Produkt einer Kopplung von Glucose an das *N*-terminale Valin der Beta-Kette des Hämoglobins A_0 definiert (in % am Gesamthämoglobin, besser mmol/mol)

ZAHNÄRZTE BAYERN

Die Diagnosen sind gemäß der jeweils gültigen Klassifikation der Parodontalerkrankungen der maßgeblichen parodontologischen wissenschaftlichen Fachgesellschaft (= DG PARO) anzugeben.
Bei Versicherten, die Leistungen nach § 22a SGB V erhalten, soll der Dokumentationsbogen gemäß § 8 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen (Richtlinie nach § 22a SGB V) in die Planung der Therapie einbezogen werden (Bema 174a).



Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen
(auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation)

Vorname, Nachname | Ausgehändigt an | Datum der Untersuchung

Status

Befund/Versorgung
Oberkiefer — rechts — links
Totalprothese ☐
Teilprothese ☐
Beläge rechts ☐
Beläge links ☐
Unterkiefer
Totalprothese ☐
Teilprothese ☐
Beläge rechts ☐ — rechts — links
Beläge links ☐
Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein

Zustand Pflege
Zahne ☺ 😐 ☹
Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch ☺ 😐 ☹
Zahnersatz ☺ 😐 ☹

Mundgesundheitsplan

Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege
Keine ☐ Teilweise ☐ Vollständig ☐

Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen*
Zähne reinigen (2-mal am Tag) ☐
Bürste Hand ☐
Bürste elektrisch ☐
Dreikopfbürste ☐
Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag) ☐
Fluoridgel (1-mal je Woche) ☐
Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag) ☐
Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) ☐
Zunge reinigen (1-mal am Tag) ☐
Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) ☐
Speichelfluss fördern ☐
Spüllösung _____ ___ -mal am Tag
Ernährung _____
Sonstiges _____

Behandlungsbedarf
Füllung ☐
Zahnfleisch/Mundschleimhaut ☐
Zahnentfernung ☐
Zahnersatz ☐
Sonstiges _____ ☐

Koordination

Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit
Patient ☐ Rechtl. Betreuer ☐
Angehörige ☐ Hausarzt ☐
Pflege-/Unterstützungspers. ☐ Anderer Zahnarzt ☐
Apotheker ☐
Sonstige _____

Wo soll Behandlung erfolgen
Zahnarztpraxis _____ ☐
Pflegeeinrichtung ☐
Andernorts _____
Behandlung in Narkose ☐
Krankenfahrt/-transport erforderlich ☐

Behandlungseinwilligung ist erfolgt
Ja ☐ Nein ☐

Besonderheiten/Anmerkungen

Unterschrift Zahnarzt _____

* Empfehlung zur effektiven und effizienten Umsetzung. Bestehende Regelungen zur Kostentragung der Maßnahmen bleiben unberührt

[BMV-Z Anlage 14a Vordruck 10]

Exkursion PA-Plan

Befunderhebung und Erstellen eines Parodontalstatus BemaNr. 4, 44 Pkt

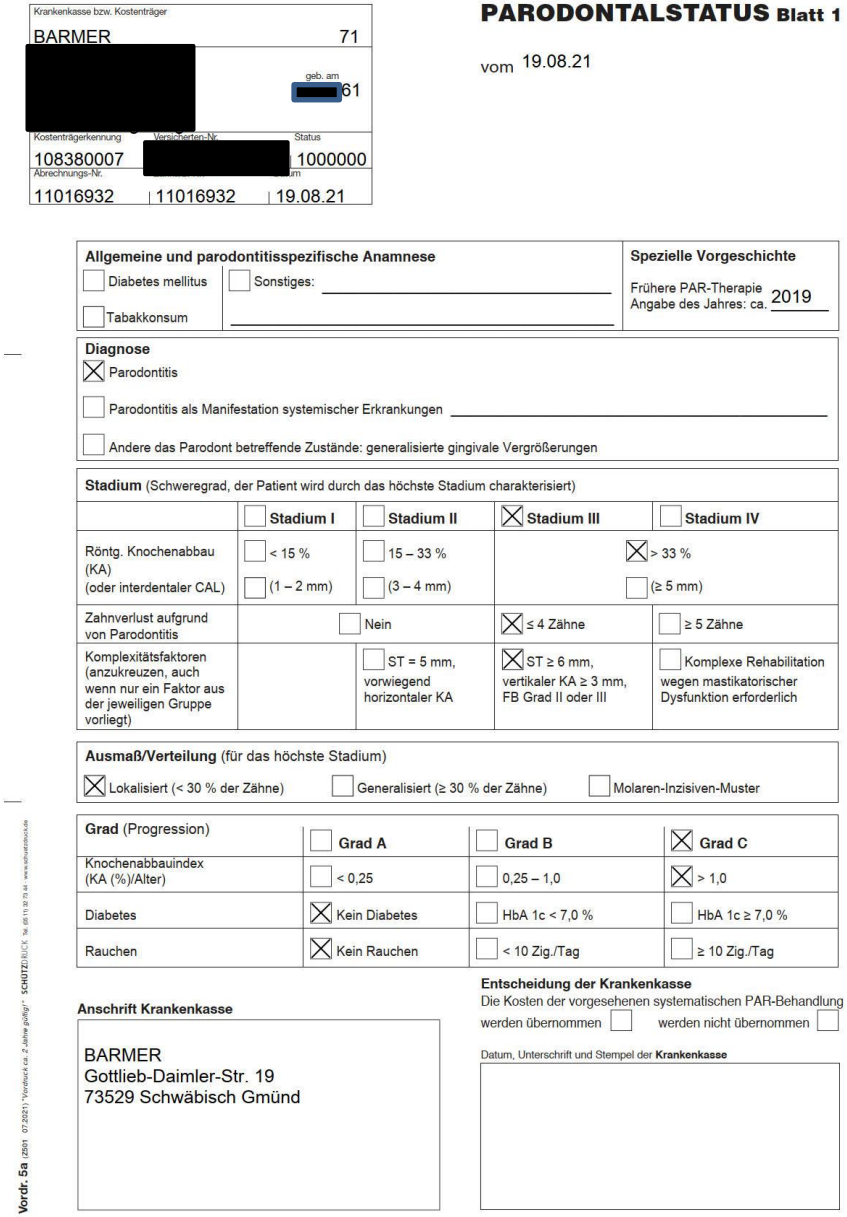
Kompromiss zwischen Wissenschaft und Gesundheitspolitik.

In BMV-Z Anlage 14a sind die Formulare aufgelistet.

In BMV-Z Anlage 14b sind die Ausfüllhinweise veröffentlicht.

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

Vertrag neue Par-Bili



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
BARMER		71
[redacted]		geb. am [redacted]61
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
108380007	[redacted]	1000000
Abrechnungs-Nr.		um
11016932	11016932	19.08.21

PARODONTALSTATUS Blatt 1

vom 19.08.21

Allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese

- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Sonstiges: _____
- ☐ Tabakkonsum

Spezielle Vorgeschichte

Frühere PAR-Therapie
Angabe des Jahres: ca. 2019

Diagnose

- ☒ Parodontitis
- ☐ Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen _____
- ☐ Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen

Stadium (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)

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

Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)

☒ Lokalisiert (< 30 % der Zähne) ☐ Generalisiert (≥ 30 % der Zähne) ☐ Molaren-Inzisiven-Muster

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

Anschrift Krankenkasse

BARMER
Gottlieb-Daimler-Str. 19
73529 Schwäbisch Gmünd

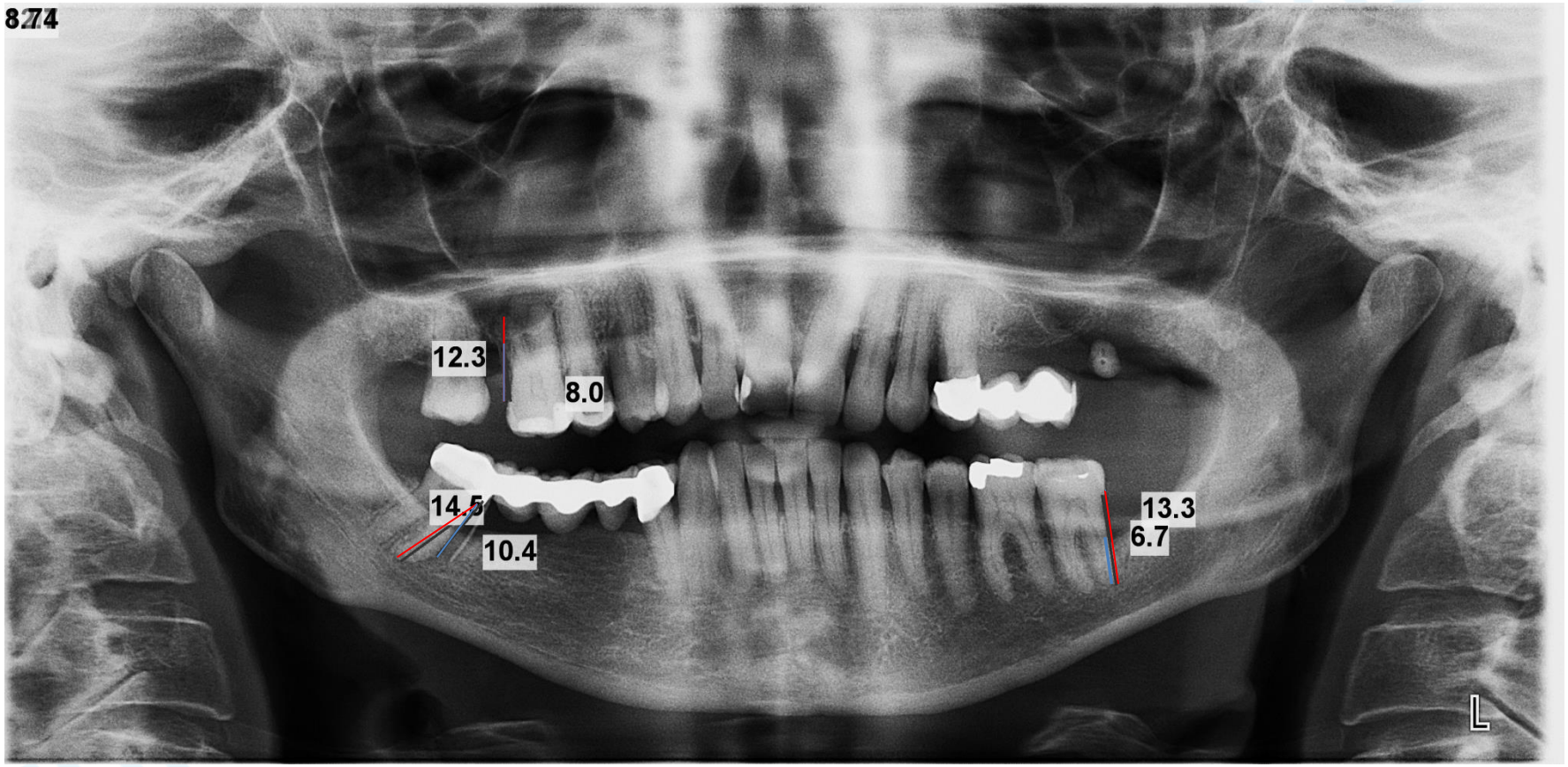
Entscheidung der Krankenkasse

Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen ☐ werden nicht übernommen ☐

Datum, Unterschrift und Stempel der **Krankenkasse**

Vordr. 5a (Z501 07.2021) "Vordruck ca. 2 Jahre gültig!" SCHUTZDRUCK Tel. 05 11 32 73 44 · www.schutzdruck.de

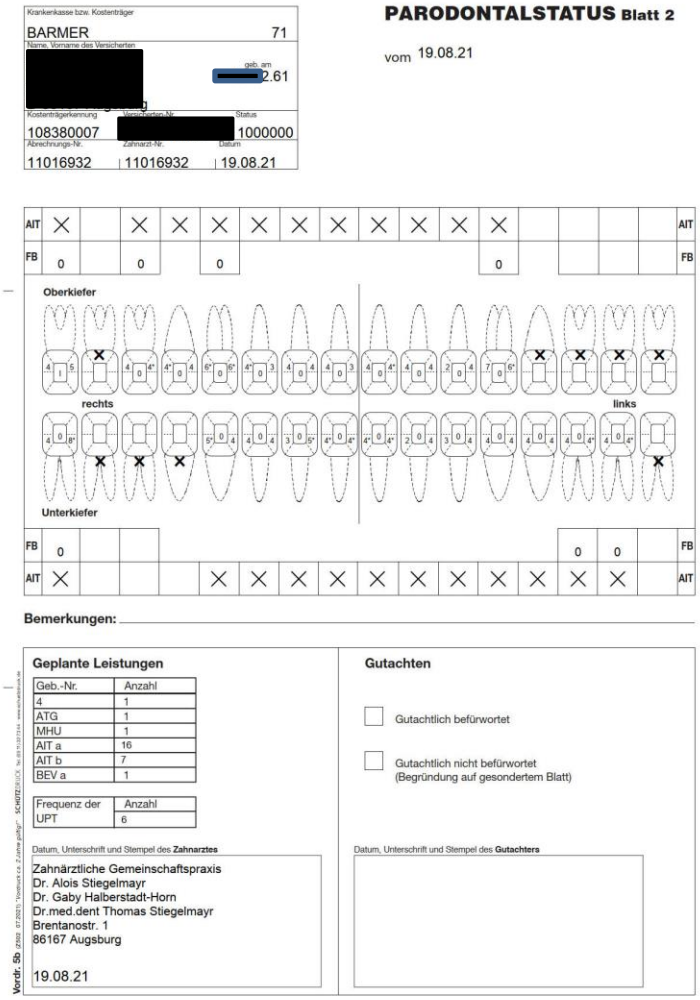
Vordruck 5a



16: 8,0/12,3*100/60=1,1 8,0/12,3*100=65%

48: 10,4/14,5*100/60=1,2 10,4/14,5*100=71%

47: 6,7/13,3*100/60=0,8



Krankenkasse bzw. Kostenträger
BARMER 71
Name, Vorname des Versicherten
geb. am [redacted]2.61
Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status
108380007 | [redacted] | 1000000
Abrechnungs-Nr. | Zahnarzt-Nr. | Datum
11016932 | 11016932 | 19.08.21

PARODONTALSTATUS Blatt 2

vom 19.08.21

AIT FB

Oberkiefer

rechts links

Unterkiefer

Bemerkungen:

Geplante Leistungen

Geb.-Nr.	Anzahl
4	1
ATG	1
MHU	1
AIT a	16
AIT b	7
BEV a	1

Frequenz der	Anzahl
UPT	6

Gutachten

☐ Gutachtlich befürwortet

☐ Gutachtlich nicht befürwortet (Begründung auf gesondertem Blatt)

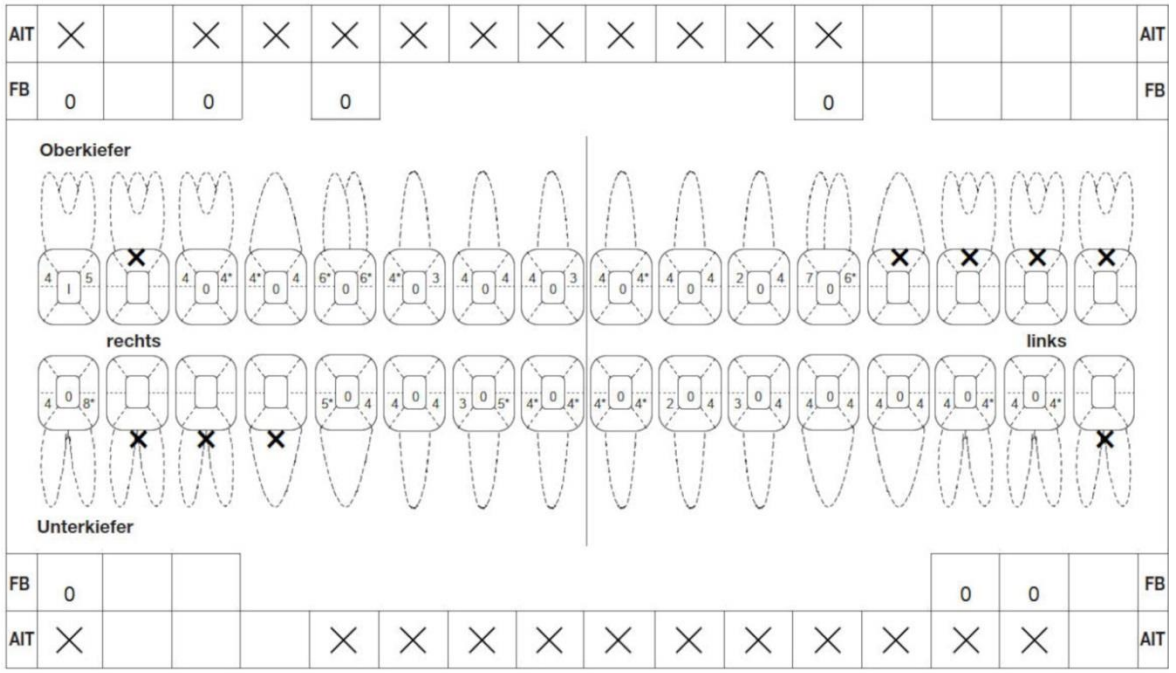
Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis
Dr. Alois Stiegelmayr
Dr. Gaby Halberstadt-Horn
Dr.med.dent Thomas Stiegelmayr
Brentanostr. 1
86167 Augsburg

19.08.21

Datum, Unterschrift und Stempel des **Gutachters**

Vordr. 5b



AIT FB

Oberkiefer

rechts links

Unterkiefer

Bemerkungen:

Vordruck 5b

1. Seite

- Mit Ankreuzen Diabetes und/oder Tabakkonsum wird Grading schon vorweggenommen
- Staging ankreuzen nicht vergessen, sonst schicken manche KK den Plan wieder zurück
- Für Grading gilt das selbe besonders, da der Grad Auswirkungen auf die Häufigkeit der UPT hat.

2. Seite (auch als Rückseite)

- AIT bei 4 oder mehr Millimeter ST
- Furkationsbeteiligung 0-III
- Lockerung 0-III Im zentralen Kästchen der Kaufläche
- Keine Rezessionen mehr einzutragen
- ST an mindestens 2 Stellen (mesioapp. distoapp) , bis zu 6 Stellen
- BOP (Bleeding on Probing) mit Sternchen an den gemessenen Stellen eintragen
- Fehlende Zähne werden durchgekreuzt, egal ob wegen PA oder sonstigem, Implantate gelten als fehlende Zähne
- Zu entfernende Zähne werden 3-4mal horizontal durchgestrichen. **Das Entfernen von Zähnen vor PA-Plan kann das Grading beeinflussen**
- Ausfüllhinweise BMV-Z Anlage 14b ab Seite 14
- Meist bekommt man eine Kopie des Planes zurück
- Ab Juli 2022 gibt es angeblich die Möglichkeit den Plan elektronisch an die KK zu versenden **(BMV-Z Anlage 1, Abs.5 (Abrechnungsbestimmungen) Anlage 14c,d**

§ 5 Begutachtung und Genehmigung etc.

Die Durchführung der systematischen Parodontitistherapie und eine Verlängerung nach § 13 Absatz 4 RAR-Rili (da gibt's bis jetzt noch kein Formular) bedürfen der **vorherigen** Genehmigung durch die Krankenkasse. Der Antrag wird der Krankenkasse mittels eines zwischen den Bundesmantelvertragspartnern vereinbarten Datensatzes übermittelt. Die Krankenkasse kann vor der Kostenübernahmeentscheidung die diagnostischen Unterlagen und die Versicherten begutachten lassen.

Keine Nachbegutachtung vorgesehen!

Behandlungen, 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. (BMV-Z Anlage 5, § 1, Abs. 2, Satz 4)

Mittlerweile gibt es Vereinbarungen zum Gutachter-Verfahren unter BMV-Z Anlage 5.

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

§ 6 Parodontologisches Aufklärungs- und TherapieGespräch

- Information über Befund und Diagnose, die im Rahmen eines vertragszahnärztlichen risikospezifischen parodontologischen Aufklärungs- und Therapiegesprächs stattfindet
- die Erörterung von gegebenenfalls bestehenden Therapiealternativen und deren Bedeutung zur Ermöglichung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung über die nachfolgende Therapie einschließlich der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT),
- die Information über die Bedeutung von gesundheitsbewusstem Verhalten zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren (zum Beispiel Verweis auf ärztliche Behandlung bei Versicherten, bei denen die allgemeine Anamnese Hinweise auf nicht adäquat behandelte Allgemeinerkrankungen gibt, Rat zur Einstellung oder Einschränkung von Tabakkonsum),
- die Information über Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen.

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

ZUKUNFT ZAHNARZT BAYERN

Tips für das ATG aus par-richtlinie

- Wissen Sie, was die häufigste Zahnerkrankung bei Erwachsenen und Senioren ist?
- Welche Zahnerkrankung ist Ihr Hauptproblem?
- Was wissen Sie über Parodontitis (Parodontose)?
- Kennen Sie Risikofaktoren für Parodontitis (Parodontose)?
- Menschen mit Parodontitis (Parodontose) haben ein erhöhtes Risiko für andere Erkrankungen. Kennen Sie einige dieser Erkrankungen?
- Was wissen Sie über Zahnfleischbluten?
- Was machen Sie, wenn Sie Zahnfleischbluten haben?
- Therapiealternativen: Extraktion, außervertragliche Leitungen GBR, GTR, Zahnersatz, Implantate etc.

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

§ 7 Konservierend-chirurgische Maßnahmen

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

Vor oder im zeitlichen Zusammenhang: also vor Abschluß der UPT
Endgültiger ZE nach Stabilisierung des Behandlungsergebnisses

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

§ 8 Patientenindividuelle MundHygieneUnterweisung

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

Die Mundhygieneunterweisung umfasst:

- eine Mundhygieneaufklärung; hierbei soll in Erfahrung gebracht werden, über welches Wissen zu parodontalen Erkrankungen die oder der Versicherte verfügt, wie ihre oder seine Zahnpflegegewohnheiten aussehen und welche langfristigen Ziele bezogen auf ihre oder seine Mundgesundheit die oder der Versicherte verfolgt,
- die Bestimmung des Entzündungszustandes der Gingiva,
- das Anfärben von Plaque,

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

- eine individuelle Mundhygieneinstruktion,
- die praktische Anleitung zur risikospezifischen Mundhygiene; hierbei sollten die individuell geeigneten Mundhygienehilfsmittel bestimmt und deren Anwendung praktisch geübt werden.
- Die Mundhygieneunterweisung soll in einer die jeweilige individuelle Versichertensituation berücksichtigenden Weise erfolgen.
- Bei Versicherten, die Leistungen nach § 22a SGB V erhalten, sollen bereits erfolgte Maßnahmen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen berücksichtigt werden. **BemaNr. 174 a, b.**
- Keine Ä1 in der selben Sitzung.

ZUKUNFT ZAHNARZT BAYERN

Tips für das MHU aus par-richtlinie

- Worauf achten Sie bei der Reinigung Ihrer Zähne?
- Verwenden Sie Mundspüllösungen und wenn ja, wie häufig?
- Haben Sie bisher regelmäßig professionelle Reinigungen der Zähne in Ihrer Zahnarztpraxis durchführen lassen?
- Approximalraum-Plaque-Index (API) und modifizierter Sulkusblutungsindex (SBI) oder Papillenblutungsindex (PBI)
  Plaque Control Record (PCR) und Gingival Bleeding Index (GBI) . Immer das gleiche System beibehalten
- Das "Tell-Show-Do"-Prinzip
- Welche Zahnbürste sollte verwendet werden?
- Wie lange und wie oft müssen die Zähne gereinigt werden?
- Welche Zahnpasta sollte verwendet werden?
- Welche Hilfsmittel zur Reinigung der Interdentalräume sind sinnvoll?
- Sollen zusätzlich antimikrobielle Zahnpasten und/oder Spüllösungen empfohlen werden?
- Wie motiviere ich Patienten?
- Ziele für die Mundhygiene definieren

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

Widersinnigerweise kann das ATG erst nach Genehmigung des PA-Planes durchgeführt werden statt in der gleichen Sitzung, in der Anamnese, Befund und Diagnose erstellt werden. Das betrifft v.a. Therapiealternativen.
ATG und MHU können in der gleichen Sitzung erbracht werden.
ATG, MHU und AIT können in der gleichen Sitzung erbracht werden.
MHU kann auch nach AIT erfolgen

Die Leistungen nach Nrn. 174 a und 174 b können je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden. Neben den Leistungen nach Nrn. 174 a und 174 b können am selben Tag erbrachte Leistungen nach Nrn. IP 1, IP 2, FU 1, FU 2, **MHU, UPT a und UPT b** nicht abgerechnet werden.

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

§ 9 AntiInfektiöse Therapie (geschlossenes Vorgehen)

AIT a: einwurzlige Zähne;

AIT b: mehrwurzlige Zähne

- Beseitigung der entzündlichen Prozesse.
- Blutung bzw. Suppuration auf Sondierung sollen weitgehend eliminiert werden.
- Die antiinfektiöse Therapie erfolgt im Rahmen eines geschlossenen Vorgehens und sollte nach Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen abgeschlossen werden.
- Bei Zahnfleischtaschen mit einer Sondierungstiefe von 4 mm und mehr
- Alle supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkremente) sollen entfernt werden.
- Mit der Leistung nach Nr. AIT sind während oder unmittelbar danach erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105, 107 und 107 a abgegolten.
- Die Gingivektomie oder Gingivoplastik sind mit der Nr. AIT abgegolten.

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

- Zeitliches Vorgehen bei der AIT: entweder quadrantenweise oder nach der Full-Mouth-Methode innerhalb 24 Stunden
- Lokalanästhesie nicht zwingend vorgeschrieben. Gründe dokumentieren.
- Die Entfernung der Konkremente und des Biofilms mit Pulverstrahl, Ultraschall, Schall, Kürette, rotierende Instrumente wie Desmocleaner, Diamanten etc.. Teilweise auch Rootplaning!
- Weder im geschlossenen noch offenen Verfahren können die Konkremente komplett entfernt werden
- Kürettage (Entfernung von Granulationsgewebe) nicht nötig.
- Fullmouthdesinfection, Laserapplikation, lokale Antibiotika-Behandlung, Ozon, etc. sind privat zu berechnen

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

§ 10 Adjuvante Antibiotikatherapie (sytemisch)

- Keine Leistungsposition
- Bei besonders schweren Formen der Parodontitis, die mit einem raschen Attachmentverlust einhergehen, können systemisch wirkende Antibiotika im zeitlichen Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie verordnet werden.
- Eine mikrobiologische Diagnostik sowie eine lokale Antibiotikatherapie aber auch genetische Diagnostik sind nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

Aus par-richtlinie

- Systemische Antibiotika sollen aufgrund von Bedenken bezüglich der Gesundheit des Patienten und den Auswirkungen systemischer Antibiotika auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung **nicht routinemäßig** zusätzlich zur subgingivalen Instrumentierung bei Parodontitispatienten eingesetzt werden.
- Die adjuvante Verwendung bestimmter systemischer Antibiotika **kann für bestimmte Patientengruppen** (z. B. generalisierte Parodontitis Stadium III/IV bei **jungen Erwachsenen**) erwogen werden. Dabei erweist sich die Kombination von **Amoxicillin und Metronidazol** als besonders effektiv, hat aber auch die meisten Nebenwirkungen für den Patienten.
- Nach **strenger Indikationsstellung** kann die subgingivalen Instrumentierung mit der systemischen Gabe einer Kombination von Amoxicillin 500 mg und Metronidazol 400 mg (erste Wahl) jeweils 3/d für sieben Tage, alternativ mit Metronidazol allein (zweite Wahl) erfolgen.

Mit mikrobiologischen Tests kann u.U. entschieden werden, ob Amoxicillin notwendig ist (Aggregatibacter actinomycetemcomitans).

Bei Allergien Clindamycin, etc.

Probiotikabehandlung (z.B. Lactobacillus-reuteri) ist private Leistung.

ZUKUNFT ZAHNARZT BAYERN

§ 11 BefundEValuation

a) nach AIT

b) nach CPT

- Drei bis sechs Monate nach Beendigung der antiinfektiösen Therapie erfolgt die erste Evaluation der parodontalen Befunde. Die hierzu notwendige Dokumentation des klinischen Befunds umfasst:
- Sondierungstiefen und Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn eine davon mesioapproximal und eine davon distoapproximal. Liegt die Sondierungstiefe zwischen zwei Millimetermarkierungen, wird der Wert auf den nächsten ganzen Millimeter aufgerundet,
- Zahnlockerung:
- Furkationsbefall:
- Der Röntgenbefund umfasst den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe Knochenabbau (%/Alter).

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

- Der Vergleich mit den Befunddaten erlaubt die zielgenaue Planung des weiteren Vorgehens.
- Dokumentation z.B. auf der 2. Seite des P-Plan-Formulars oder ähnlichen Formularen, wie Befundbogen der Poliklinik für Parodontologie der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main oder Programme wie ivoris® DentalSoftwarePower, ParoStatus, PA-Konzepte oder in der PVS.
- **Es müssen keine neuen Röntgenbilder angefertigt werden. Die vom PA-Plan reichen aus.**
- Mit der BEV kann die 1. UPT in der gleichen Sitzung durchgeführt werden.
- Laut **unverbindlicher** Auskunft der KZVB kann die Frist von 6 Monaten in begründeten Fällen auf bis zu 12 Monate ausgedehnt werden. **Cave UPT!**
- Vorausschauend planen wenn eine CPT ev. notwendig wird

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

§ 12 Chirurgische (Parodontal) Therapie (offenes Vorgehen) (bzw. Bema Teil 4)

a) je behandeltem einwurzeligen Zahn

b) je behandeltem mehrwurzeligen Zahn

Nach dem geschlossenen Vorgehen ist zu prüfen, ob die zahnmedizinische Notwendigkeit besteht, an einzelnen Parodontien zusätzlich ein offenes Vorgehen durchzuführen.
Dies kann für Parodontien angezeigt sein, bei denen im Rahmen der Befundevaluation gemäß § 11 eine Sondierungstiefe von **≥ 6 mm** gemessen wurde.
Die Chirurgische Therapie umfasst die Lappenoperation (einschließlich Naht und/oder Schleimhautverbände) sowie das supra- und subgingivale Debridement (Débridement?). .
Der Chirurgischen Therapie hat ein geschlossenes Vorgehen im Rahmen der Antiinfektiösen Therapie vorauszugehen.
Die Entscheidung, ob ein offenes Vorgehen durchgeführt werden soll, trifft die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt nach gemeinsamer Erörterung mit der oder dem Versicherten.
Im Frontzahnbereich besteht aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen. (Wegen Rezessionsgefahr)

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

Sofern auf Grundlage der Entscheidung nach Satz 3 ein offenes Verfahren durchgeführt wird, gibt die Vertragszahnärztin oder der Vertragszahnarzt diese Entscheidung der Krankenkasse zur Kenntnis.
Mit der Leistung nach Nr. CPT sind während oder unmittelbar danach erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105, 107 und 107 a abgegolten.
Drei bis sechs Monate nach Beendigung der chirurgischen Therapie erfolgen eine erneute Befundevaluation und deren Erörterung. § 11 (BEV) gilt entsprechend.

Überweisung zur CPT (BMV-Z Anlage 14b Seite 20)
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“.

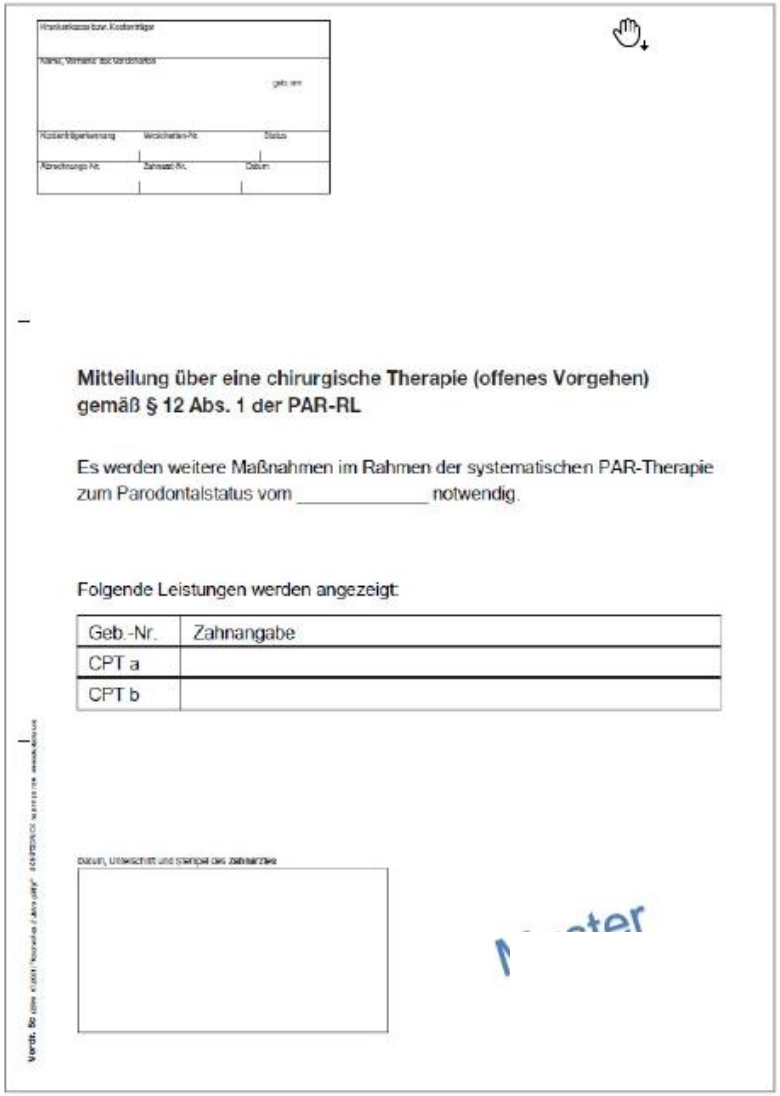
ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

Kommentar:
Die Entscheidung, ob ein offenes Vorgehen durchgeführt werden soll, trifft der Zahnarzt **nach gemeinsamer Erörterung** mit dem Patienten. (Am besten in der BEVa)
Keinesfalls kann ohne die Einwilligung des Patienten eine Leistung durchgeführt werden.
Die Nicht-Einwilligung ist zu dokumentieren. **Die UPT kann dennoch durchgeführt werden**.
Die Entscheidung zur CPT wird fast immer im Zusammenhang mit der BEV a getroffen
Die CPT wird nur angezeigt, sie bedarf keiner Genehmigung!
(Problem: Wie kann ich nachweisen, daß ich angezeigt habe. Man bekommt keine Eingangsbestätigung der KK.)
Die BEV b muß nicht angezeigt werden.
Wenn eine CPT durchgeführt wird, beginnt die UPT frühestens mit der BEV b.
Wie bei der AIT wird die 111 oder 38 gesondert berechnet.

ZUKUNFT ZAHNMEDIZIN BAYERN

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

Gültig ab 01.07.2021



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname der Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Abrechnungs-Nr. | Zahnarzt-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

Vordr. 5c ...

Vordruck 5c

§ 13 Unterstützende Parodontitis Therapie (UPT)

- (1)Die unterstützende Parodontitistherapie (UPT) dient der Sicherung der Ergebnisse der antiinfektiösen und einer gegebenenfalls erfolgten chirurgischen Therapie.
- Mit der UPT soll drei bis sechs Monate nach Abschluss des geschlossenen bzw. offenen Vorgehens gemäß §§ 9 und 12 begonnen werden.
- (2)Die UPT umfasst
- 1. **(UPTa)** die Mundhygienekontrolle,
- 2. **(UPTb)** soweit erforderlich eine erneute Mundhygieneunterweisung,
- 3. **(UPTc)** die vollständige supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen,
- 4. **(UPTe,f)** bei Sondierungstiefen von **≥ 4 mm und Sondierungsbluten** sowie an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von **≥ 5 mm die subgingivale** Instrumentierung an den betroffenen Zähnen,

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

- 5. **(UPTg)** ab dem zweiten Jahr einmal im **Kalenderjahr** die Untersuchung des Parodontalzustands; die hierzu notwendige Dokumentation des klinischen Befunds umfasst:
- a) Sondierungstiefen und Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn eine davon mesioapproximal und eine davon distoapproximal. Liegt die Sondierungstiefe zwischen zwei Millimetermarkierungen, wird der Wert jeweils auf den nächsten ganzen Millimeter aufgerundet,
- b) Zahnlockerung:
- c) Furkationsbefall
- d) röntgenologischer Knochenabbau sowie die Angabe Knochenabbau (%/Alter).
- (3) Die in Absatz 2 geregelten Maßnahmen der UPT sollen für einen Zeitraum von zwei Jahren regelmäßig erbracht werden.

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

- Die Frequenz der Erbringung der Maßnahmen der UPT richtet sich nach dem gemäß § 4 Nummer 1 Buchstabe b festgestellten Grad der Parodontalerkrankung:
- Grad A: einmal im **Kalenderjahr** mit einem Mindestabstand von **zehn Monaten**,
- Grad B: einmal im **Kalenderhalbjahr** mit einem Mindestabstand von **fünf Monaten**,
- Grad C: einmal im **Kalendertertial** mit einem Mindestabstand von **drei Monaten**.
- (4) Soweit über diesen Zeitraum hinaus eine Verlängerung der UPT-Maßnahmen zahnmedizinisch erforderlich ist, bedarf diese **Verlängerung**, die in der Regel nicht länger als **sechs Monate** sein darf, einer **vorherigen Genehmigung** durch die Krankenkasse. Die Krankenkasse prüft den Antrag unter Beachtung der Vorgaben des § 13 Absatz 3a SGB V.

Es Gibt noch kein Formular für die Beantragung der Verlängerung, was ja noch bis Ende 2023 Zeit hat

ZUKUNFT ZAHNARZT BAYERN

§ 13 Absatz 3a SGB V.

Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren gemäß § 87 Absatz 1c durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich oder elektronisch mit; für die elektronische Mitteilung gilt § 37 Absatz 2b des Zehnten Buches entsprechend. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14 bis 24 des Neunten Buches zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

Die Fristen stehen auch in BMV-Z Anlage 5

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

UPT (Bema Teil 4)

a) Mundhygienekontrolle (Plaquindex wie bei MHU)

b) Mundhygieneunterweisung (soweit erforderlich)

c) Supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen, je Zahn. (UPTc erfolgt an **allen** Zähnen, also auch denen ohne AIT)

d) Messung von Sondierungsbluten und Sondierungstiefen, abrechenbar bei Versicherten mit festgestelltem **Grad B** der Parodontalerkrankung gemäß § 4 PAR-RL im Rahmen der **zweiten** und **vierten** UPT gemäß § 13 Abs. 3 PAR-RL, bei Versicherten mit festgestelltem **Grad C** im Rahmen der **zweiten**, **dritten**, **fünften** und **sechsten** UPT gemäß § 13 Abs. 3 PAR-RL.
Kein vorgeschriebenes Formular (kleiner PA-Befund).
Die Einschränkung auf Grad B und C geht nicht aus §13.3 der Par-Rili hervor.
(Die UPTd fehlt eigentlich in der PAR-Rili)

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

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

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

Bei UPT e und f ist eine Lokalanästhesie nicht erforderlich, wenn ja, sollte der Grund dokumentiert werden. Die KZVB sieht das genau anders herum.

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

g) Untersuchung des Parodontalzustandes, die hierzu notwendige Dokumentation des klinischen Befunds umfasst die Sondierungstiefen und die Sondierungsblutung, die Zahnlockerung, den Furkationsbefall, den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe des Knochenabbaus in Relation zum Patientenalter (%/Alter). Die erhobenen Befunddaten werden mit den Befunddaten der Untersuchung nach Nr. BEV oder nach Nr. UPT d verglichen. Dem Versicherten werden die Ergebnisse er-läutert und es wird mit ihm das weitere Vorgehen besprochen. Die Leistung nach Nr. UPT g ist **ab dem Beginn des zweiten Jahres** der UPT einmal im **Kalenderjahr** abrechenbar. **(Keine Abstandsvorschrift!)**

Der KA (%/Alter) kann vom PA-Plan übernommen werden, Dokumentation Wie BEV

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

Problem:

- Wie weiß ich bei Grad A-C in den nicht von UPTd betroffenen UPTs, ob die Voraussetzungen für UPTe oder UPTf vorliegen.

Lösung:

- Die erste UPT kann immer im zeitlichen Zusammenhang mit einer BEV erbracht werden.
- Bei der 2. UPT und 3. UPT Grad A, der 3. UPT und 5. UPT Grad B, der 4.UPT und 7. UPT Grad C kann die UPTg statt der UPTd erbracht werden.

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

1. Die Maßnahmen nach Nrn. UPT a bis g sollen für einen Zeitraum von zwei Jahren regelmäßig erbracht werden. Die Frequenz ist abhängig vom festgestellten Grad der Parodontaler-krankung gemäß § 4 PAR-RL:
- Grad A: einmal im **Kalenderjahr** mit einem Mindestabstand von zehn Monaten
- Grad B: einmal im **Kalenderhalbjahr** mit einem Mindestabstand von fünf Monaten
- Grad C: einmal im **Kalendertertial** mit einem Mindestabstand von drei Monaten

2. Die Maßnahmen nach Nrn. UPT a bis g können über den Zeit-raum von zwei Jahren hinaus verlängert werden, soweit dies zahnmedizinisch indiziert ist. Die Verlängerung darf in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten.
3. Neben der Leistung nach Nr. **UPT b** kann eine Leistung nach Nr. Ä1 in derselben Sitzung nicht abgerechnet werden.
4. Mit der Leistung nach Nr. **UPT c** sind während oder unmittelbar danach erbrachte Leistungen nach den Nrn. **105, 107 und 107 a** abgegolten.

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

Problem:

- Eine UPT zwischen AIT und CPT ist nicht vorgesehen.

Lösung :

- Bei Notwendigkeit PZR privat.

Problem:

- Kann UPTc und UPTe/f am gleichen Zahn in der gleichen Sitzung erbracht werden?

Lösung:

- Laut Leistungsbeschreibung ja: c: gingival, supragingival, e,f: subgingival

Die Leistungen nach Nrn. 174 a und 174 b können je Kalenderhalb-jahr einmal abgerechnet werden. Neben den Leistungen nach Nrn. 174 a und 174 b können **am selben Tag** erbrachte Leistungen nach Nrn. IP 1, IP 2, FU 1, FU 2, **MHU, UPT a und UPT b** nicht abgerechnet werden.

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

Aus **par-richtlinie**

UPT a,b,c,e,f,g/d können in der gleichen Sitzung erbracht werden, aber nicht d und g (s.o.).
Es ist sinnvoll, möglichst Leistungen in einer Sitzung zusammenzufassen.
Wird die Behandlung abgebrochen, können alle bis dahin erbrachten Leistungen gem. § 23 Abs. 4 BMV-Z abgerechnet werden.
UPT c,e,f geht bei Implantaten nicht.
Die 01 kann neben der UPT abgerechnet werden.
Die Maßnahmen der UPT können verlängert werden, soweit dies zahnmedizinisch indiziert ist. Aufschluss hierüber geben die Untersuchungsergebnisse nach BEMA-Nrn. UPT d bzw. UPT g. Der/die Zahnarzt*ärztin hat auf dieser Grundlage zu entscheiden, inwieweit nach Ablauf von 2 Jahren das Ziel, den Behandlungserfolg langfristig zu sichern, erreicht werden konnte. Entscheidend ist also immer die zahnmedizinische Begründung. **Das Versäumnis eines Termins während der Behandlungsstrecke kann nicht als Begründung herangezogen werden. Ein neuer PAR-Antrag kommt vor Abschluss der UPT einschließlich Verlängerungsoption nicht in Betracht.**

Versäumte Termine können nur im Rahmen der Zeitvorgaben des Bema nachgeholt werden.
Ein versäumtes Jahr, Halbjahr oder Tertial kann nicht reingeholt werden
Manche behaupten, daß ST≥5mm und kein BOP ein Widerspruch in sich sind. „Probe again!“ (Lindhe)

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

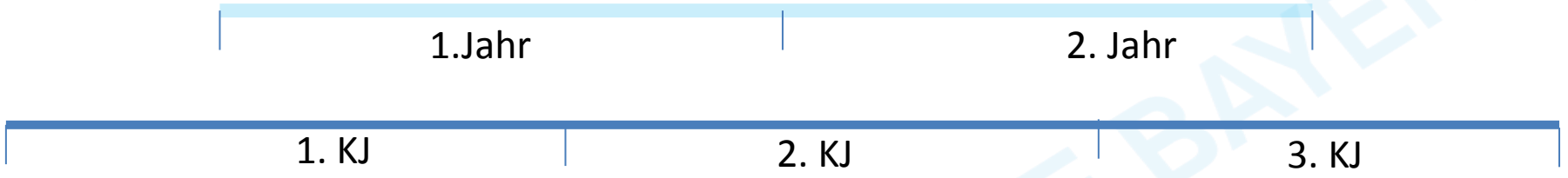
Aus den FAQs der KZVBW:

Das Kalenderjahr beutet 01.01.-31.12.. Insofern kann z.B. bei einer im 2. Kalenderhalbjahr begonnenen UPT nach mehr als 12 Monaten die UPTg erbracht werden und in dem darauf folgenden neuen Kalenderjahr die UPTg nochmal erbracht werden. **Allerdings sind die Zeitintervalle A:>10Monate, B:>5Monat, C:>3 Monate zu beachten!**

Folglich ist immer
ein Kalenderhalbjahr: 01.01.-30.06. und 01.07.-31.12
ein Kalendertertial: 01.01.-30.04, 01.05.-31.08. und 01.09.-31.12.
Ein Jahr sind 365 bzw. 366 Tage, also 2 Jahre 730 bzw. 731 Tage

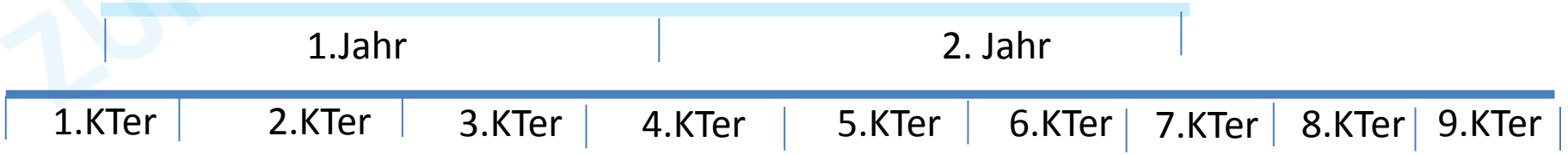
ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

Grad A: 2 Jahre überlappen in der Regel 3 Kalender-Jahre



Grad B: 2 Jahre überlappen in der Regel 5 Kalender-Halbjahre

Grad C: 2 Jahre überlappen in der Regel 7 Kalender-Tertiale



ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

UPTs bei Grad A, Mindestabstand 10 Monate

	1.Kalenderjahr	2.Kalenderjahr	3.Kalenderjahr	6 Monate Verlängerung
UPTa	1x	1x	1x bei entspr. Konstellation (s.u.)	Keine zusätzliche
UPTb fakultativ	1x	1x	1x bei entspr. Konstellation (s.u.)	Keine zusätzliche
UPTc	1x	1x	1x bei entspr. Konstellation (s.u.)	Keine zusätzliche
UPTe fakultativ	1x	1x	1x bei entspr. Konstellation (s.u.)	Keine zusätzliche
UPTf fakultativ	1x	1x	1x bei entspr. Konstellation (s.u.)	Keine zusätzliche
UPTg	0	1x (ab Beginn des 2. Jahres)	1x bei entspr. Konstellation (s.o.)	Keine zusätzliche

Beispiel: Beginn des 2-Jahres-Zeitraums: 01.06.2022, Ende 31.05.2024
1. UPT 01.06.2022, 2. UPT 01.05.2023, 3. UPT 01.05.2024

UPT d geht nur bei Grad B und C. UPT e,f nur bei ST 4mm und BOP oder ≥ 5mm

UPTs bei Grad B, Mindestabstand 5 Monate

	1.KalenderHJ	2.KalenderHJ	3.KalenderHJ	4.KalenderHJ	5.KalenderHJ	6 Monate Verlängerung
UPTa	1x	1x	1x	1x	1x bei entspr. Konstellation (s.u.)	1x
UPTb fakultativ	1x	1x	1x	1x	1x bei entspr. Konstellation (s.u.)	1x
UPTc	1x	1x	1x	1x	1x bei entspr. Konstellation (s.u.)	1x
UPTd	0	1x	0	1x	0	0
UPTe fakultativ	1x	1x	1x	1x	1x bei entspr. Konstellation (s.u.)	1x
UPTf fakultativ	1x	1x	1x	1x	1x bei entspr. Konstellation (s.u.)	1x
UPTg	0	0	1x (ab Beginn 2. J)		1x bei entspr. Konstellation (s.o.)	0

Beispiel: Beginn des 2-Jahres-Zeitraums: 01.06.2022, Ende 30.05.2024 (6 M Verl. Ende 30.11.2024)
1. UPT 01.06.2022, 2. UPT 01.11.2022, 3. UPT 01.04.2023, 4. UPT 01.10.2023, 5.UPT 01.04.2024.

UPT d geht nur bei Grad B und C, UPT e,f nur bei 4mm und BOP oder ≥ 5mm

UPTs bei Grad C Mindestabstand 3 Monate

	1.KalTer.	2.KalTer.	3.KalTer.	4.KalTer.	5.KalTer.	6.KalTer.	7.KalTer.	HJ Verlänger.
UPTa	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x bei entspr. Konstellation (s.u.)	Max 2x
UPTb fakult.	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x bei entspr. Konstellation (s.u.)	Max 2x
UPTc	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x bei entspr. Konstellation (s.u.)	Max 2x
UPTd		1x	1x		1x	1x	0	0
UPTe fakult.	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x bei entspr. Konstellation (s.u.)	Max 2x
UPTf fakult.	1x	1x	1x	1x	1x	1x	1x bei entspr. Konstellation (s.u.)	Max 2x
UPTg	0	0	0	1x (ab Beginn des 2. Jahres)	0	0	1x bei entspr. Konstellation (s.o.)	0

Beispiel: Beginn des 2-Jahres-Zeitraums: 01.08.2022, Ende 31.07.2024 (6 M Verl. Ende 31.01.2025)
1. UPT 01.08.2022, 2. UPT 01.11.2022, 3. UPT 01.02.2023, 4. UPT 01.06.2023, 5.UPT 01.10.2023, 6.UPT 02.01.2024, 7.UPT 02.05.2024. (Verl.: 8.UPT 02.09.2024, 9.UPT 02.12.2025)

2 in der Verlängerung geht nur, wenn 6M 3 Kalendertertiale überlappen

UPT d geht nur bei Grad B und C; UPT e,f nur bei 4mm und BOP oder ≥ 5mm

Immer wenn

- Die erste UPT(abcef) bei Grad A nicht unmittelbar am Anfang eines Kalenderjahres,
- die erste UPT(abcef) bei Grad B nicht unmittelbar am Anfang eines Kalenderhalbjahres,
- Die erste UPT(abcef) bei Grad C nicht unmittelbar am Anfang eines Kalendertertials erbracht wird,

kann bei entsprechender Termingestaltung

- bei Grad A eine 3. UPT (abcef),
- bei Grad B eine 5. UPT (abcef),
- bei Grad C eine 7. UPT (abcef) im Rahmen der systematischen Parodontitisbehandlung nach der PAR-Richtlinie erbracht werden.
- Die Zeitabstände von 10 Monaten bei Grad a, 5 Monaten bei Grad b und 3 Monaten bei Grad c können dabei eingehalten werden.
- Gilt bei Behandlung von Parodontitis bei Versicherten nach §22a SGB V außerhalb der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen analog Grad B für UPT (cef)
- Immer wenn die erste UPT (abcef) nicht unmittelbar am Anfang eines Kalenderjahres erbracht wird, kann bei entsprechender Termingestaltung die UPT g zweimal im Rahmen der systematischen Parodontitisbehandlung nach der PAR-Richtlinie erbracht werden.
- Beispiele s.o.

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

§ 14 Evaluation (PAR-Rili)

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

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

Behandlung von Parodontitis bei Versicherten nach §22a SGB V außerhalb der **systematischen** Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

I. Abschnitt B V der Behandlungsrichtlinie (Behandlung von Parodontalerkrankungen außerhalb der systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen) wird wie folgt geändert:

1.Der bisherige Wortlaut wird Nummer 1.

2.Folgende Nummer 2 wird angefügt:
2. Versicherte, die einem **Pflegegrad** nach § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 Neuntes Buch Sozialgesetzgesetzbuch (SGB IX) erhalten
-**und** bei denen die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Mundhygiene nicht oder nur eingeschränkt gegeben ist,
-**oder** die einer Behandlung in Allgemeinnarkose bedürfen,
-**oder** bei denen die Kooperationsfähigkeit nicht oder nur eingeschränkt gegeben ist,
können aufgrund vertragszahnärztlicher Entscheidung **anstelle der systematischen Behandlung gemäß der PAR-Richtlinie Leistungen in einem bedarfsgerecht modifizierten Umfang zur Behandlung einer Parodontitis** erhalten. Die vertragszahnärztliche Entscheidung, anstelle der systematischen Behandlung gemäß der PAR-Richtlinie die Leistungen nach Satz 1 zu erbringen, ist der Krankenkasse **anzuzeigen**.

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

Erhebung von Anamnese, Befund und Diagnose nach § 3 PAR-Richtlinie als Grundlage für die Therapie (PA-Plan)

Bema Nr. 4,

sofern dies aufgrund der individuellen Situation der Versicherten oder des Versicherten **nicht vollständig** möglich ist, **zumindest** die Messung der Sondierungstiefen an mindestens zwei Stellen pro Zahn (mesioapproximal und distoapproximal) in Millimetern.

Kein Staging nötig
Kein Grading nötig
Keine Röntgenaufnahmen nicht älter als 12 Monate nötig

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

AIT a
AIT b

adjuvante systemische Antibiotikatherapie entsprechend § 10 PAR-Richtlinie

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

Drei bis sechs Monate nach Beendigung der antiinfektiösen oder gegebenenfalls der chirurgischen Therapie, für die Dauer von **zwei Jahren einmal je Kalenderhalbjahr** mit einem **Mindestabstand von fünf Monaten**:
- die Messung der Sondierungstiefen an mindestens zwei Stellen pro Zahn (mesioapproximal und distoapproximal) in Millimetern sowie die Erhebung von Sondierungsbluten
UPT d

- die subgingivale Instrumentierung an den betroffenen Zähnen, mit einer Sondierungstiefe von **≥ 4 mm und Sondierungsbluten** sowie an allen Stellen mit einer **Sondierungstiefe von ≥ 5 mm**,
UPT e
UPT f

- die vollständige supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anheftenden Biofilmen und Belägen.
UPT c

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

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

CPT a

CPT b

Aus dem Text geht hervor, daß nur entweder AIT a,b oder **bei notwendiger Behandlung in Narkose alternativ** die CPT a,b an einem Zahn erbracht werden kann. Beide in einer Behandlungsstrecke geht nicht. CPT geht nur bei Behandlung in Allgemeinnarkose!

Ohne Narkose keine CPT

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

Bei der modifizierten Parodontits-Behandlung können u.a. folgende Bema-Positionen abgerechnet werden:

4
AIT a, AIT b; alternativ dazu CPT a, CPT b
UPT d anstelle von BEV
UPT c
UPT e
UPT f
Nicht abrechnen kann man ATG, MHU, BEV, UPT a, UPT b, UPT g
Keine Verlängerung

Auch bei Versicherten nach § 22a SGB V kann eine systematische Parodontitsbehandlung nach den neuen Par-Richtlinie durchgeführt werden

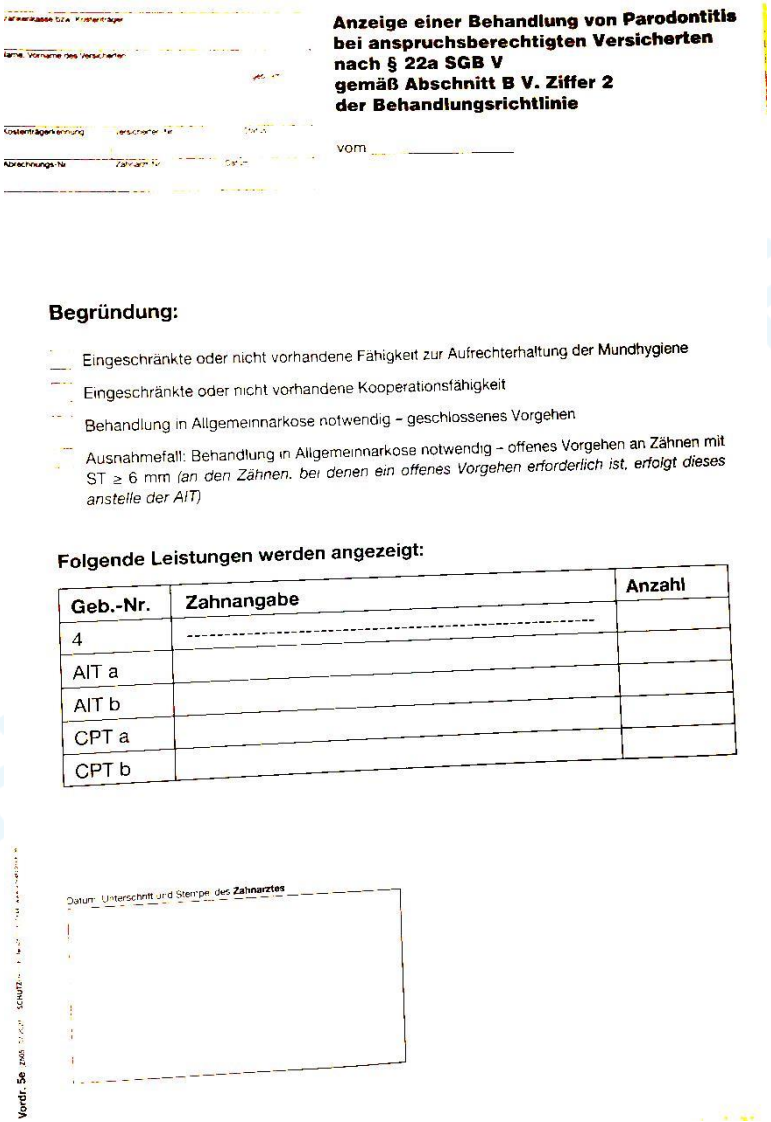
ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

UPTs bei modifizierter PA-Behandlung Mindestabstand 5 Monate

	1.KalenderHJ	2.KalenderHJ	3.KalenderHJ	4.KalenderHJ	5.KalenderHJ
UPTa	0	0	0	0	0
UPTb fakultativ	0	0	0	0	0
UPTc	1x	1x	1x	1x	1x bei entspr. Konstellation (s.u.)
UPTd	1x	1x	1x	1x	1x ei entspr. Konstellation (s.u.)
UPTe fakultativ	1x	1x	1x	1x	1x bei entspr. Konstellation (s.u.)
UPTf fakultativ	1x	1x	1x	1x	1x bei entspr. Konstellation (s.u.)
UPTg	0	0	0	0	0

Beispiel: Beginn des 2-Jahres-Zeitraums: 01.06.2022, Ende 31.05.2024, keine Verlängerung
1. UPT 01.06.2022, 2. UPT 01.11.2022, 3. UPT 01.04.2023, 4. UPT 01.10.2023, 5.UPT 01.04.2024.

UPT d 1x je Kalenderhalbjahr!; UPT e,f nur bei 4mm und BOP oder ≥ 5mm



Zahnerstrasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Datum

Abrechnungs-Nr. | Zahnarzt-Nr. | Datum

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

vom _____

Begründung:

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

Folgende Leistungen werden angezeigt:

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

Datum: Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

Vordr. 5e

Vordruck 5e

ZUKUNFT ... BAYERN

BMV-Z Anlage 1 Abs. 5.2

Abrechnung

- Die Abrechnung der parodontologischen Leistungen erfolgt im Wege elektronischer Datenübertragung oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern.
- Die erste Abrechnung erfolgt frühestens nach Abschluss der antiinfektiösen Therapie (AIT) über die Monatsabrechnung.
- Ab diesem Zeitpunkt ist jede weitere Leistung monatlich abrechenbar. Zu jeder Leistung ist der Behandlungstag anzugeben.
- Der Zwei-Jahres-Zeitraum der UPT beginnt am Tag der Erbringung der ersten UPT-Leistung.
- Im Falle einer Verlängerung der UPT können die Leistungen abgerechnet werden, die innerhalb des genehmigten Verlängerungszeitraums erbracht wurden.
- Bei der Abrechnung ist der am Tag der jeweiligen Leistungserbringung gültige Punktwert für die Leistung anzusetzen.
- Leistungen, 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.
- Leistungen der UPT, die im Rahmen der Verlängerung erbracht werden, sind mit dem Buchstaben **"V"** zu kennzeichnen.

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN

Bema 111, 108, Rö, LA werden weiterhin über KCH abgerechnet. 01 ist auch während der PA-Behandlung möglich.
Exz1 und Exz2 sind weiterhin möglich allerdings nicht **an Stelle** einer Pa-Behandlung.
Die Kennzeichnungen „nicht für PAR“ bzw. „Behinderung“ sind nicht mehr nötig (RS 5/2021 der KZVB).
Die Abrechnung von Leistungen nach modifizierter Parodontitis-Behandlung bei Versicherten nach § 22a SGB V erfolgt auch monatlich.
Keine Budgetierung der Zahnheilkunde in der GKV 2021 und 2022!

Nicht zur Kassenbehandlung gehören Augmentative (GBR, GTR) und resektive Verfahren in der Mucogingivalchirurgie wie z.B. Rezessionsdeckungen, Verbreiterung der befestigten Gingiva, Bindegewebstransplantate, apicale Verschiebelappen, Modifiziert Widmannlappen mit und ohne Knochenchirurgie e.t.c.. Sie können entgegen der Meinung der KZVB gleichzeitig mit der CPT erbracht werden.
PZR (entgegen der Behauptung der KZVB eine therapeutische Leistung) ist vor und während der PA-Behandlung aber nicht im Zusammenhang mit AIT oder UPT c, e, f an den entsprechenden Zähnen, aber an nicht betroffenen Zähnen möglich. Darf nicht zur Voraussetzung für GKV-Leistungen gemacht werden.
Fullmouthdesinfection, Laserapplikation, lokale Antibiotika-Behandlung, Ozon, etc. (s.o.).

Häusliches chemisches Biofilmmanagement in der Prävention und Therapie der Gingivitis
https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/083-016.html
Häusliches mechanisches Biofilmmanagement in der Prävention und Therapie der Gingivitis
https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/083-022.html
S3_Behandlung-von-Parodontitis-Stadium-I-III
https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/083-043.html

DG Paro Die neue PAR-Behandlungsrichtlinie https://par-richtlinie.de/

KZBV Neue PAR-Richtlinien etc. https://www.kzbv.de/par-richtlinie.1498.de.html

GBA Behandlungsrichtlinie https://www.g-ba.de/richtlinien/32/

GBA Par-Richtlinie https://www.g-ba.de/richtlinien/124/

Delegationsrahmen BZÄK
https://www.bzaek.de/service/positionen-statements/einzelansicht/delegationsrahmen-der-bundeszahnaerztekammer-fuer-zahnmedizinische-fachangestellte.html
Zahnheilkundegesetz https://www.gesetze-im-internet.de/zhg/BJNR002210952.html

Paro-App: http://www.paro-app.de
Kontakt Referent für ev. Fragen: dr.alois.stiegelmayr@t-online.de

ZUKUNFT ZAHNÄRZTE BAYERN