

1. Vom Antrag bis zur Genehmigung einschließlich Begutachtung (u.A. Ausfüllhinweise)

Wie sieht es aus mit Zähnen, die nach Kassenrichtlinie eigentlich nicht zu erhalten sind und auf GOZ-Basis erhalten werden sollen? Muss das irgendwo vermerkt werden?

Diese Zähne werden im Zahnschema (Parodontalstatus Blatt 2) befundet und in der Zeile Bemerkungen aufgeführt mit dem Hinweis, dass sie aufgrund der ungünstigen Prognose nach GOZ berechnet werden.

Wie werden vorhandene Implantate im PAR-Status gekennzeichnet?

Im Zahnbefund ist eine Eintragung als fehlend notwendig; nutzen Sie ergänzend das Feld Bemerkung z. B. mit der Notiz „Zahn 16 Implantat über GOZ“.

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

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

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

Auf dem Antragsformular sind die Positionen 108 (Einschleifen) und 111 (Nachbehandlung) nicht aufgeführt.

Diese Positionen werden nicht mehr beantragt. Sie werden in der Anzahl, wie sie auch erbracht wurden mit dem jeweiligen Behandlungsdatum abgerechnet.

Cave: Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung ist damit nicht ausgeschlossen.

Auf welchem Formular hat die Dokumentation der BEV, UPTd und UPTg zu erfolgen?

Für die Dokumentation ist kein gesondertes Formular vorgesehen. Die geforderten Befunde sind in geeigneter Form in der Patientenkartei zu hinterlegen. Viele Praxissoftwareprogramme bieten entsprechende Erfassungformulare für die Dokumentation der verschiedenen Indizes und die Erfassung der Sondierungstiefen und Sondierungsbluten. Für die Dokumentation der Sondierungstiefen und des Sondierungsblutes kann sonst auch das Formblatt PAR-Status verwendet werden.

Empfehlung: Die Befundevaluation erfordert eine umfangreiche Dokumentation der erhobenen Befunde und Gesprächsinhalte. Dokumentationsvorlagen, die fallbezogen individualisiert wer-

den, und entsprechende Formulare können helfen, den Arbeitsaufwand gering zu halten und dienen gleichzeitig als Gedächtnisstütze, damit nichts vergessen wird. Sollte ein chirurgisches Vorgehen notwendig werden, sollte hier ein besonderes Augenmerk auf eine lückenlose Dokumentation gelegt werden, denn durch den Wegfall der Genehmigungspflicht ist hier zu erwarten, dass die Krankenkassen in Zukunft die medizinische Notwendigkeit und die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots im Rahmen von nachgelagerten Prüfungen kontrollieren.

Sofern der PVS-Anbieter keine Dokumentationshilfe anbietet, kann auf die auf der Homepage der KZVLB zugegriffen werden (Aktuelles\PAR ab 01.07.2021\ Dokumentations- und Planungshilfen)

Die Anamnesefragen auf dem PAR-Antrag schließen auch „hochsensible“ Informationen ein. Verstößt die Zahnärztin/der Zahnarzt gegen seine Schweigepflicht, wenn diese Daten „öffentlich“ an die Krankenkasse und deren verschiedene Sachbearbeiter übermittelt werden?

NEIN! Nach Aussage der KZBV handelt es sich hier um ein offizielles Formular, so dass die Schweigepflicht gewahrt bleibt.

Formulare Abrechnung

1. Zum Oktober 2021 haben die PVS-Anbieter ein Update für die Datenübermittlung zur Monatsabrechnung PA den Praxen bereitgestellt.
2. Erfolgt die Abrechnung der PAR-Therapie dennoch über das Abrechnungsformular, so muss bezogen auf die Systematische PAR-Therapie das Blatt 2 des PAR-Status und – bei Abrechnung CPT – die Mitteilung CPT in Kopie beigefügt werden.
3. Hinsichtlich der Abrechnung der PAR-Behandlung bei Versicherten nach § 22a SGB V über das Abrechnungsformular ist die Anzeige einer Behandlung von Parodontitis bei Versicherten nach § 22a SGB V in Kopie beizufügen.
Siehe auch Rubrik „Vulnerable Patientengruppe“.

Bitte fügen Sie dem Beleg „Abrechnung PAR-Therapie“ keinesfalls Originalunterlagen bei! (Ausnahmen: Bezogen auf die „Sonstigen Kostenträger“ erfolgt derzeit eine Anpassung der Abrechnungsinreichmodalitäten. Zum gegebenen Zeitpunkt werden wir Sie über die diesbezüglichen Entscheidungen informieren.)

Wird den Patienten das PSI-Formular im Original oder in Kopie ausgehändigt?

Der PSI-Code steht als präventives Screening-Instrument zur Verfügung, stellt jedoch keine Eingangsvoraussetzung für eine systematische PAR-Behandlung dar. Die Versicherten erhalten dazu eine schriftliche Information unabhängig von der Notwendigkeit der PAR-Behandlung.

Wenn Ihr PVS die Möglichkeit anbietet, die Daten über den PC zu erfassen und zu speichern, sowie das Formular auszudrucken, reicht in der Patientenakte der Vermerk über die Aushändigung des Formulars.

Wenn das Formular händisch ausgefüllt wird, dann erhalten die Patienten eine Kopie und das Original wird der Patientenakte beigefügt.

Stand Februar 2022

Kann keine PAR-Behandlung beantragt werden, wenn der Messwert bei 3,5 Millimetern liegt?

Die neue Richtlinie sieht vor, dass ganze Millimeterangaben einzutragen sind. Die bisherigen 0,5 mm-Schritte werden im PAR-Status deshalb nicht mehr eingetragen. Messwerte, die unter 0,5 mm liegen, sind abzurunden, Messwerte von 0,5 mm oder darüber sind aufzurunden (kaufmännische Rundung). Bei einem Messwert von 3,5 Millimetern ergibt sich dadurch der Wert 4 und es besteht bei gleichzeitigem Vorliegen einer Diagnose gemäß § 4 der PAR-RL somit die Behandlungsbedürftigkeit.

Was ist der Unterschied zwischen Staging und Grading?

Die Stadien-Einteilung (Staging) bezieht sich auf die Schwere und Komplexität der Erkrankung bei der Erstvorstellung. Die Angaben zum marginalen Knochenabbau (KA) anhand von Röntgen-bildern und zum Zahnverlust aufgrund von Parodontitis liefern erste Hinweise auf die Schwere der Erkrankung und die Einordnung in ein bestimmtes Stadium. Komplexitätsfaktoren können eine Höherstufung des Stadiums bewirken. Die Grad-Einteilung (Grading) beinhaltet die Abschätzung des zukünftigen Risikos für ein Voranschreiten (Progressionsrate) der Parodontitis und das voraussichtliche Ansprechen auf Therapie. Der Grad muss bei Vorhandensein von Risikofaktoren Diabetes und Rauchverhalten nach oben modifiziert werden.

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

Muss über die Therapiealternativen aufgeklärt werden? Welche Therapiealternativen gibt es außer der Extraktion?

Nach den Vorgaben des Patientenrechtegesetzes sind GKV-Patienten über alle zahnmedizinisch sinnvollen Therapiealternativen aufzuklären. Dies beinhaltet je nach Indikation die Aufklärung über die unterschiedlichen GKV-Leistungen inklusive gegebenenfalls notwendiger Extraktionen bis hin zu außervertraglichen Maßnahmen wie Knochenaufbau mit Membrantechnik und so weiter. Eine nicht vollständige Aufklärung kann dazu führen, dass die Einwilligung des Patienten in die Behandlung unwirksam ist. Zum Beispiel können Lappenoperationen zu Gingivaretraktionen und insofern zu ästhetischen Beeinträchtigungen führen. Hierüber muss aufgeklärt werden. Die Entscheidung, ob ein offenes Vorgehen durchgeführt werden soll, trifft die Vertragszahnärztin/der Vertragszahnarzt nach gemeinsamer Erörterung mit der Patientin/dem Patienten. Im Frontzahnbereich besteht aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen. Eine Dokumentation der Inhalte der Aufklärung sowie der Einwilligung/Ablehnung des Patienten ist erforderlich.

siehe auch Rubrik „Außervertragliche Leistungen“ i.V. mit PAR-Therapie

Kann die BEMA 4 (Befunderhebung und Erstellung eines Parodontalstatus) in einer Sitzung mit weiteren PAR-Leistungen abgerechnet werden?

Erst wenn im Rahmen der systematischen PAR-Therapie der PAR-Status nach der BEMA Nr.4 von der Krankenkasse genehmigt wurde, dürfen weitere Leistungen erbracht und abgerechnet werden. Somit ist eine sitzungsgleiche Abrechnung der BEMA Nr. 4 mit den BEMA Nrn. ATG,

AIT und 108 ausgeschlossen. (Ausnahme siehe unten vulnerable Patientengruppe)

Ist die Erhebung des PSI-Codes (Nr. 04 BEMA) durch OCH-/MKG-Praxen bei Überweisungspatienten regelmäßig abrechenbar?

Die Erhebung des PSI-Codes ist bei Überweisungsfällen regelhaft nicht erforderlich. In Ausnahmefällen, z. B. bei Durchführung parodontalchirurgischer Maßnahmen durch die überweisungsannehmende Praxis, ist die Abrechnung der Nr. 04 BEMA jedoch möglich. Dies gilt auch, wenn der parodontale Zustand für die chirurgische Auftragsleistung therapeutisch relevant ist. Der Hauszahnarzt soll über die Erhebung des PSI-Code (Datum und Ergebnis) informiert werden, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden.

Röntgenaufnahmen bei Antragstellung

Gemäß § 3 Abs. 4 der PAR-Richtlinie erfordert der Röntgenbefund aktuelle in der Regel nicht älter als zwölf Monate auswertbare Röntgenaufnahmen. Die Aufnahmen müssen alle zahntragenden Kieferbereiche erfassen, also auch diejenigen, die nicht behandelt werden sollen. Jeder Zahn muss deutlich dargestellt sein, ebenso die interdentalen Bereiche. Panoramaaufnahmen oder Orthopantomogramme waren bislang häufig nicht zur Röntgendiagnostik der parodontalen Erkrankungen als ausreichend angesehen worden. Dies mag sich im Einzelfall aufgrund des technischen Fortschritts mittlerweile auch anders darstellen. Im Ergebnis dürfte es daher auf den jeweiligen Einzelfall ankommen.

Ist für eine Befundevaluation (BEV), die UPTd und UPTg zwingend wieder eine Röntgenuntersuchung erforderlich?

Nach Auffassung des Vorstandes der KZVLB ist dies nicht erforderlich. Als Vergleich dient der ursprüngliche Röntgenbefund. Dieser wird für die Evaluation zu Grunde gelegt. Sind weitere röntgenologische Untersuchungen erforderlich, sind diese selbstverständlich möglich. Dabei sind allerdings die Vorgaben der Strahlenschutzverordnung hinsichtlich der rechtfertigenden Indikation unbedingt zu beachten. Dies kann im Ergebnis dazu führen, dass in manchen Behandlungsfällen bei der BEV evtl. auch nur ein OPG, welches schon 1,5 Jahre alt ist, also 12 Monate alt bei Antragstellung und jetzt 6 Monate nach der AIT, vorliegt. Es heißt in § 11 der PAR-Richtlinie, dass drei bis sechs Monate nach Beendigung der antiinfektiösen Therapie vom Zahnarzt die erste Evaluation der parodontalen Befunde erfolgen soll. Die BEV zur Verlaufskontrolle dient damit der Qualitätssicherung. Es können der Verlauf und die Progression mittels des Grading-Ansatzes unter § 4 Nr. 1 der Erkrankung dargestellt werden; sie bieten wichtige Informationen für den Zahnarzt und auch für den Patienten für die patientenindividuelle Therapieentscheidung. Die Erhebung und Dokumentation der parodontalen Befunddaten erfolgen dabei analog zur Ersterhebung.

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

„Für Röntgenuntersuchungen finden die Vorgaben des Strahlenschutzgesetzes und der Strah-

lenschutzverordnung Anwendung.“ (Abschnitt B.II, Nr. 5, Satz 1). Für die Diagnose einer Parodontalerkrankung ist die Durchführung einer Röntgendiagnostik unverzichtbar, da nur durch sie sowohl Zahnwurzeln und Knochen detailliert dargestellt werden. Damit kann auch das Ausmaß eines eventuellen Knochenverlustes beurteilt und die therapeutische Notwendigkeit, die Wahl der besten Behandlungsoption bis hin zur Frage der Erhaltungswürdigkeit eines Zahnes geklärt werden.

Wie ist der röntgenologische Knochenabbau (KA) zu ermitteln?

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

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

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

Ist der Zusammenhang zwischen Knochenabbau in Prozent und Alter der Patientin / des Patienten eine zahnbezogene Größe oder insgesamt zu betrachten?

Grundlage für diesen Wert bildet die Beurteilung des am stärksten parodontal beschädigten Zahnes.

Wie wird der Knochenabbauindex bei PA berechnet?

Für die Zuordnung zu einem Erkrankungsgrad wird an dem Zahn mit dem stärksten Knochenabbau der Knochenabbau (% der Wurzellänge/Alter) herangezogen. Die Prozentwerte beziehen sich auf den approximalen Knochenabbau in Relation zur Wurzellänge (Distanz Schmelz-Zement-Grenze zum Limbus alveolaris/Wurzellänge x 100) und können abgeschätzt werden (15% = 1/6 der Wurzellänge; 33% = 1/3 der Wurzellänge). Der Verlust von parodontalem Stützgewebe wird in Relation zum Patientenalter als Quotient aus prozentualem Knochenabbau und dem Patientenalter (%/Alter) angegeben.

Ist die Aufnahme des HbA-Wertes verpflichtend?

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

Wie erfahre ich den HbA1c-Wert bzw. muss ich den HbA1c-Wert beim Hausarzt erfragen?

Die meisten Diabetes-Patienten befinden sich in regelmäßiger ärztlicher Kontrolle. Da es sich bei dem HbA1c-Wert um einen Langzeitwert handelt, muss kein tagesaktueller Wert bekannt sein. Die Werte nach der Blutabnahme werden mit dem Patienten besprochen. Dieser letzte HbA1c-Wert kann dann herangezogen werden. Befindet sich die Patientin/der Patient nicht in regelmäßiger ärztlicher Kontrolle, sollte an den Hausarzt verwiesen werden. Ggf. kann im Rahmen eines Konsiliums ein Gespräch mit dem Hausarzt behilflich sein.

Wie ist zu verfahren, wenn die Patientin / der Patient die Auskunft des HbA1c-Wertes verweigert?

Der HbA1c-Wert ist u. a. ein Parameter, der für die Frequenz der UPT ausschlaggebend ist. Die Patienten können jedoch nicht zu einer Angabe gezwungen werden und sie sind auch nicht dazu verpflichtet, beim Hausarzt den Wert zu erfragen. Die Patientin/der Patient muss allerdings über die Bedeutung des HbA1c-Wertes zur Einschätzung des Risikos für die zukünftige Progression der Parodontitis und die damit verbundene ggf. höhere Frequenz der UPT aufgeklärt werden (Dokumentation in der Patientenakte!). Wir empfehlen Ihnen, in der entsprechenden Zeile kein Kreuzchen zu setzen und hinter das Wort „Diabetes“ „keine Angabe des HbA1c-Wertes“ einzutragen.

Ist ein tagesaktueller HbA1c-Wert zu erfassen und wie kann dies abgerechnet werden?

Da es sich bei dem HbA1c-Wert um einen Langzeitwert handelt, muss kein tagesaktueller Wert bekannt sein. Die meisten Diabetes-Patienten befinden sich in regelmäßiger ärztlicher Kontrolle. Insofern kann der letzte HbA1c-Wert herangezogen werden.

Die Vereinbarung über das Antrags- bzw. Genehmigungsverfahren sowie das Gutachterwesen bei systematischen Behandlungen von Parodontopathien (Anlage zum BMV-Z) hat weiterhin Bestand.

Kann eine bei der Krankenkasse angezeigte CPT begutachtet werden?

Nach dem derzeitigen Verfahrensstand ist keine Begutachtung der angezeigten parodontalchirurgischen Therapie vorgesehen.

Cave: Eine Wirtschaftlichkeitsprüfung ist dadurch nicht ausgeschlossen.

siehe auch Rubrik „Rund um die CPT“

Muss die Gutachterin/der Gutachter die Frequenz der UPT, also das Grading nachprüfen?

Ja, da die Frequenz der UPT auf dem Grading basiert. Die Gradeinstufung, weist auf die Progredienz der Erkrankung hin.