1 Gesamtinhalt

Wegweiser

1 Gesamtinhalt
2 Vorwort
3 Autoren
4 Hinweise zum Download

1 Allgemeine Grundlagen

1/1 Inhalt
1/2 Einleitung
1/3 Kalkulation
1/4 Sachkostenlisten der Versicherer

2 Begründungen zur beb 97

2/1 Inhalt

2/2 Hauptgruppe 0 – Arbeitsvorbereitung/Modellherstellung

2/2.1 Inhalt
2/2.2 Untergruppe 0.0 – Herstellen von Modellen und Modellsegmenten
2/2.3 Untergruppe 0.1 – Herstellen von Stümpfen
2/2.4 Untergruppe 0.2 – Zusätzliche Maßnahmen an Modellen
2/2.6 Untergruppe 0.4 – Einstellen in Artikulatoren oder Okkludatoren
2/2.7 Untergruppe 0.5 – Zusätzliche Leistungen Einstellen in Artikulatoren
2/2.8 Untergruppe 0.6 – Modellpaare fixieren für KFO/Schienen
2/2.9 Untergruppe 0.7 – Kundendienst-Leistungen
2/2.10 Untergruppe 0.8 – Analyse und Planung

2/3 Hauptgruppe 1 – Arbeitsvorbereitung / Individuelle Hilfsmittel

2/3.1 Inhalt
2/3.2 Untergruppe 1.0 – Basen als vorbereitende Hilfsmittel
2/3.3 Untergruppe 1.1 – Bissregistrierhilfen
2/3.4 Untergruppe 1.2 – Sonstige vorbereitende Hilfsmittel
2/3.5 Untergruppe 1.3 – Zusätzliche Leistungen an individuellen Hilfsmitteln
2/3.6 Untergruppe 1.4 – Behelfe zur provisorischen Versorgung

© by Spitta GmbH

2/4 Hauptgruppe 2 – Festsitzender Zahnersatz

2/4.1 Inhalt
2/4.2 Untergruppe 2.0 – Aufbauten und Wurzelkappen
2/4.3 Untergruppe 2.1 – Kronen und Stiftkronen aus Dental-Legierungen
2/4.4 Untergruppe 2.2 – Kronen und Stiftkronen aus Kunststoff, Keramik und Polymer-Glas
2/4.5 Untergruppe 2.3 – Brückenglieder
2/4.6 Untergruppe 2.4 – Inlays aus Dental-Legierungen
2/4.7 Untergruppe 2.5 – Inlays aus Kunststoff, Keramik und Polymer-Glas
2/4.8 Untergruppe 2.6 – Verblendungen aus Kunststoff, Keramik und Polymer-Glas
2/4.9 Untergruppe 2.8 – Gnathologische Gestaltung
2/4.10 Untergruppe 2.9 – Sonderausführungen

2/5 Hauptgruppe 3 – Verbindungselemente

2/5.1 Inhalt
2/5.2 Untergruppe 3.0 – Teleskopkrone, Konuskrone, Geschiebe, Stege primär
2/5.3 Untergruppe 3.1 – Fräsungen und Funkenerosion
2/5.4 Untergruppe 3.2 – Teleskopkrone, Konuskrone, Geschiebe, Stege sekundär
2/5.5 Untergruppe 3.3 – Einarbeiten Teleskopkrone, Konuskrone, Geschiebe und Stege
2/5.6 Untergruppe 3.4 – Herstellen von Riegeln
2/5.7 Untergruppe 3.5 – Konfektionierte Geschiebe, Stege, Riegel primär
2/5.8 Untergruppe 3.6 – Konfektionierte Geschiebe, Steggeschiebe, Riegel sekundär
2/5.9 Untergruppe 3.7 – Tertiärkrone
2/5.10 Untergruppe 3.9 – Sonderausführungen

2/6 Hauptgruppe 4 – Herausnehmbarer Zahnersatz aus Dental-Legierungen

2/6.1 Inhalt
2/6.2 Untergruppe 4.0 – Gegossene Metallbasen

2/7 Hauptgruppe 5 – Metallverbindungen und Oberflächen-Beschichtungen

2/7.1 Inhalt
2/7.2 Untergruppe 5.0 – Metallverbindungen und Lötverbindungen – auch für KFO
2/7.3 Untergruppe 5.1 – Metallverbindungen/Andere Verbindungen
2/7.4 Untergruppe 5.2 – Vergoldung
2/7.5 Untergruppe 5.3 – Beschichtungen
2/7.6 Untergruppe 5.4 – Ätzen

2/8 Hauptgruppe 6 – Herausnehmbarer Zahnersatz aus Kunststoff

2/8.1 Inhalt
2/8.2 Untergruppe 6.0 – Aufstellen und Übertrag

2/9 Hauptgruppe 7 – KFO Geräte / Schienen / Defektversorgung

2/9.1 Inhalt
2/9.2 Untergruppe 7.0 – KFO Basen

2/10 Hauptgruppe 8 – Instandsetzung Zahnersatz / KFO Geräte / Schienen

2/10.1 Inhalt
2/10.2 Untergruppe 8.0 – Instandsetzen herausnehmbarer Zahnersatz/KFO Geräte/Schienen
2/10.3 Untergruppe 8.1 – Angelief. Proth./KFO Geräte/Schiene ausarbeiten/Auswechseln von Konfektionsteilen

2/2.1 Staging und Grading

Grundlagen

Die Grundlagen für die PAR-Therapie bei gesetzlich versicherten Patienten bilden seit Inkrafttreten der neuen PAR-Richtlinie

- die allgemeine Anamnese,
- die parodontitisspezifische Anamnese,
- der klinische Befund,
- der röntgenologische Befund (in Abhängigkeit von der rechtfertigenden Indikation),
- die Diagnose auf Grundlage der aktuellen PAR-Klassifikation und
- die vertragszahnärztliche Dokumentation.

Diagnosestelleung

Ausgangspunkt für PAR-Therapie

Die Diagnosestellung unter Berücksichtigung von Anamnese und Befund ist der Ausgangspunkt der Beantragung der PAR-Therapie bei gesetzlich versicherten Patienten.

Zur Diagnosestellung einer Parodontitis müssen – basierend auf der neuen PAR-Klassifikation – das Stadium der Erkrankung, also der Schweregrad („Staging“), und der Grad der Erkrankung, also das Ausmaß sowie die Progression der Erkrankung („Grading“), ermittelt werden.

© by Spitta GmbH • 11/2021

Staging

Stadium der Erkrankung

„Staging“ bezeichnet die Bestimmung des Stadiums der Erkrankung. Das Stadium ist abhängig vom Schweregrad der Erkrankung bei Diagnosestellung und von der Komplexität der Behandlung.

Es werden vier Kategorien unterschieden – Stadium I bis IV (Tab. 1).

Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Initiale Parodontitis	moderate Parodontitis	schwere Parodontitis mit Potenzial für weiteren Zahnverlust	schwere Parodontitis mit Potenzial für Verlust der Dentition
Frühe, beginnende Parodontitis	Die parodontale Destruktion betrifft das koronale Wurzeldrittel; Vorliegen parodontaler Taschen (bis 5 mm); (noch) kein Zahnverlust durch Parodontitis.	Die parodontale Destruktion geht über das koronale Wurzeldrittel hinaus; Vorliegen vertikaler Defekte und/oder Furkationsdefekte; ggf. auch Zahnverlust durch Parodontitis (bis zu vier Zähne).	Die parodontale Destruktion geht über das koronale Wurzeldrittel hinaus; Vorliegen vertikaler Defekte und/oder Furkationsdefekte; ggf. auch Zahnverlust durch Parodontitis (mehr als vier Zähne); ggf. gestörte Kaufunktion.
Erkrankungen dieses Stadiums können in der Regel durch nichtchirurgische Therapie kontrolliert werden.	Erkrankungen dieses Stadiums können in der Regel durch nichtchirurgische Therapie kontrolliert werden.	Die Therapie von Erkrankungen dieses Stadiums ist komplex, häufig sind im Behandlungsverlauf auch chirurgische Maßnahmen erforderlich.	Die Therapie von Erkrankungen dieses Stadiums ist besonders komplex, häufig sind im Behandlungsverlauf auch chirurgische Maßnahmen erforderlich und/oder eine interdisziplinäre Behandlung.

Tab. 1: Stadium I bis Stadium IV

Schwere der Erkrankung

Die Schwere der Erkrankung nimmt von Stadium zu Stadium zu. Während Stadium I eine beginnende Parodontitis beschreibt, ist Stadium IV durch eine besondere Schwere der Erkrankung gekennzeichnet.

➥ Je schwerer die Erkrankung, desto höher das Stadium.

Komplexität der Erkrankung

Neben der Schwere der Erkrankung spielt für die Einordnung in ein Stadium auch die Komplexität der Erkrankung eine Rolle.

➥ Je komplexer die Erkrankung, desto höher das Stadium.

Komplexität der Behandlung

Entsprechend der Schwere und Komplexität der Erkrankung nimmt folgerichtig auch die Komplexität der Behandlung zu. Während zur Behandlung von Erkrankungen des Stadiums I und II oft das geschlossene Vorgehen ausreicht, erfordert die Behandlung komplexer Erkrankungen des Stadiums III und IV nicht selten ein chirurgisches Vorgehen.

➥ Je höher das Stadium, desto komplexer die Behandlung.

Langzeitprognose

Die Langzeitprognose ist bei guter Mitarbeit des Patienten (in Bezug auf Mundhygiene und die Einhaltung der Termine zur unterstützenden Parodontitistherapie) bei den Stadien I und II sehr gut bis gut. Je höher das Stadium, desto kritischer ist die Langzeitprognose zu beurteilen.

➥ Je höher das Stadium, desto schlechter ist die Langzeitprognose.

Die Einordnung in die unterschiedlichen Stadien wird durch verschiedene klinische und röntgenologische Befunde bestimmt (Tab. 2), z. B.:

© by Spitta GmbH • 11/2021

- röntgenologischer Knochenabbau (KA)
- klinischer Attachmentlevelverlust (CAL)
- Sondierungstiefen
- vertikale Defekte
- Furkationsbeteiligung
- Zahnbeweglichkeit
- Zahnverluste aufgrund von Parodontitis

Wichtige Befunde für das Staging

Befund für die Schwere: Knochenabbau (KA)

Eine wesentliche Kenngröße für das Staging ist der (röntgenologische) Knochenabbau (KA).

!

Zur Ermittlung wird auf dem Röntgenbild der Bereich der Dentition bestimmt, der den stärksten Knochenabbau aufweist.

Dieser Befund wird als prozentualer Knochenabbau in Bezug zur Wurzellänge angegeben.

Beträgt der Knochenabbau

- weniger als 15 %, entspricht dies dem Stadium I,
- zwischen 15 und 33 %, entspricht dies dem Stadium II,
- mehr als 33 %, entspricht dies mindestens dem Stadium III.

Eine Zuordnung zu Stadium IV allein über den Knochenabbau erfolgt nicht; für die Diagnose von Stadium IV ist das Prüfen auf weitere Befunde und Komplexitätsfaktoren vonnöten.

Erste Therapiestufe

Aufklärung und Motivation

Die erste Therapiestufe dient der Kontrolle des supragingivalen Biofilms und der Risikofaktoren. Innerhalb dieser Therapiestufe wird der Patient aufgeklärt und motiviert, Maßnahmen zur Entfernung des supragingivalen Biofilms und zur Kontrolle der Risikofaktoren umzusetzen. Die erste Therapiestufe umfasst z. B. folgende Interventionen:

- Kontrolle des supragingivalen Biofilms
- Mundhygieneinstruktion
- professionelle mechanische Plaquereduktion (supragingivale Plaqueentfernung, Zahnsteinentfernung und Beseitigung erschwerender Faktoren)
- adjuvante Therapie bei gingivaler Entzündung
- Kontrolle der Risikofaktoren wie z. B. Raucherentwöhnung, Verbesserung der metabolischen Kontrolle bei Diabetes, Gewichtsreduktion durch Empfehlen von bzw. Motivation zu körperlicher Bewegung und/oder Ernährungslenkung

Durch eine patientenindividuelle Zusammenstellung der aufgeführten Interventionen soll innerhalb dieser ersten Therapiestufe darauf hingewirkt werden, dass der Patient sein Verhalten ändert, indem er die Ursachen der Erkrankung versteht und dazu motiviert wird, Maßnahmen zur Biofilm- und Risikofaktorkontrolle zu ergreifen und umzusetzen.

Die erste Therapiestufe gehört grundsätzlich zur Therapiestrecke und wird von allen Parodontitispatienten durchlaufen.

!

© by Spitta GmbH • 11/2021

Zweite Therapiestufe

Subgingivale Instrumentierung

Die zweite Therapiestufe umfasst vor allem die subgingivale Instrumentierung („antiinfektiöse Therapie“[1]). Innerhalb dieser Therapiestufe erfolgt eine ursachenbezogene Therapie, die auf die Reduktion und Elimination des subgingivalen Biofilms und Zahnsteins abzielt. Zusätzlich zur subgingivalen Instrumentierung kann die zweite Therapiestufe z. B. folgende Interventionen umfassen:

- adjuvante (= unterstützende) Anwendung physikalischer oder chemischer Mittel
- adjuvante Anwendung immunmodulatorischer Mittel (lokal oder systemisch)
- adjuvante Anwendung subgingival applizierter lokaler Antibiotika und/oder
- adjuvante Anwendung systemisch wirksamer Antibiotika

Hinweis: Innerhalb der PAR-Richtlinie der GKV wird in § 10 „Adjuvante Antibiotikatherapie“ lediglich die Verordnung systemisch wirkender Antibiotika der vertragszahnärztlichen Versorgung zugesprochen. Diese kann gesetzlich versicherten Patienten bei besonders schweren Formen der Parodontitis, die mit raschem Attachmentlevelverlust einhergehen, im zeitlichen Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie verordnet werden. Die anderen aufgeführten unterstützenden Interventionen entsprechen nicht der vertragszahnärztlichen Versorgung und müssen ggf. mit dem Patienten privat vereinbart werden.

1 Bei der Umsetzung der wissenschaftlichen Grundlagen durch die gesetzliche Krankenversicherung wurde die „antiinfektiöse Therapie“ (AIT) als Begriff etabliert. Die Behandlungsmaßnahmen der antiinfektiösen Therapie entsprechen der zweiten Therapiestufe.

Die zweite Therapiestufe gehört grundsätzlich zur Therapiestrecke und wird von allen Parodontitis-Patienten durchlaufen.

Ziel

Ziel der zweiten Therapiestufe ist es, die definierten Endpunkte der Therapie zu erreichen. Konkret bedeutet dies, dass nach dem Ausheilen der parodontalen Gewebe nach der subgingivalen Instrumentierung

- keine parodontalen Taschen > 4 mm mit Blutung auf Sondierung und
- keine parodontalen Taschen > 6 mm

mehr vorliegen sollten. Ob dieses Ziel erreicht werden konnte, wird im Rahmen einer parodontalen Reevaluation bewertet.

Parodontale Reevaluation

Hinweis: Innerhalb der PAR-Richtlinie der GKV ist laut § 12 „Chirurgische Therapie“ ein offenes Vorgehen lediglich für Parodontien angezeigt, bei denen im Rahmen der Befundevaluation eine Sondierungstiefe größer oder gleich 6 mm gemessen wurde. Insofern fasst die PAR-Richtlinie der GKV die Indikation zum offenen Vorgehen strenger als die S3-Leitlinie.

Das offene Vorgehen für Parodontien, bei denen im Rahmen der Befundevaluation nicht die in der PAR-Richtlinie vorgegebenen Sondierungstiefen von 6 mm oder mehr gemessen worden sind, ist insofern nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung und muss ggf. mit dem Patienten privat vereinbart werden.

Das Ergebnis der parodontalen Reevaluation zum Abschluss der zweiten Therapiestufe ist für die Ausgestaltung der weiteren Therapiestrecke maßgeblich.

© by Spitta GmbH • 11/2021

Es gilt:

- Wurden die definierten Endpunkte der Therapie durch das Durchlaufen der zweiten Therapiestufe erreicht, geht die Therapiestrecke des Patienten mit der vierten Stufe (UPT) weiter.
- Wurden die definierten Endpunkte der Therapie durch das Durchlaufen der zweiten Therapiestufe nicht erreicht, geht die Therapiestrecke des Patienten mit der dritten Stufe (chirurgische Therapie) weiter.

Dritte Therapiestufe

Weiterer Behandlungsbedarf

Die dritte Therapiestufe ist für diejenigen Patienten, die nach der Reevaluation der subgingivalen Instrumentierung („antiinfektiösen Therapie“) noch weiteren Behandlungsbedarf haben.

!

Hinweis: Innerhalb der PAR-Richtlinie der GKV ist laut § 12 „Chirurgische Therapie“ ein offenes Vorgehen lediglich für Parodontien angezeigt, bei denen im Rahmen der Befundevaluation eine Sondierungstiefe größer oder gleich 6 mm gemessen wurde. Insofern fasst die PAR-Richtlinie der GKV die Indikation zum offenen Vorgehen strenger als die S3-Leitlinie.

Das offene Vorgehen für Parodontien, bei denen im Rahmen der Befundevaluation nicht die in der PAR-Richtlinie vorgegebenen Sondierungstiefen von 6 mm oder mehr gemessen worden sind, ist insofern nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung und muss ggf. mit dem Patienten privat vereinbart werden.

Das Durchlaufen der ersten beiden Therapiestufen und die Reevaluation der zweiten Therapiestufe mit dem Er-

Wichtig: Andere geltende Grundlagen müssen unbedingt unabhängig davon weiter beachtet werden und zu einer Abwägung beitragen, ob eine erneute Röntgenbefundung stattfindet oder nicht, insbesondere:

- die Vorgaben der Strahlenschutzverordnung hinsichtlich der rechtfertigenden Indikation und
- das Wirtschaftlichkeitsgebot.

Die im Rahmen der Befundevaluation erhobenen Befunde werden mit den Ausgangsbefunden verglichen, um ein zielgenaues weiteres Vorgehen zu planen.

Tipp: Für einen besonders einfachen Vergleich empfiehlt es sich, für die (interne) Dokumentation der Befundevaluation und die Angabe der Daten bzw. Werte die gleichen Vordrucke zu verwenden wie für den Ausgangsbefund (PAR-Status Blatt 1 bzw. 2).

Hinweis: Für die vertragszahnärztliche Abrechnung der Befundevaluation nach chirurgischer Therapie steht die neue BEMA-Nr. BEV b zur Verfügung. Es handelt sich nicht um eine genehmigungspflichtige Leistung.

Wichtig: Im Rahmen einer systematischen PAR-Behandlung erforderliche Wundkontrollen und Nachbehandlungen werden auch weiterhin nach der BEMA-Nr. 111 abgerechnet. Es handelt sich nicht um eine genehmigungspflichtige Leistung.

§ 13 Unterstützende Parodontitistherapie (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 Ab-

schluss des geschlossenen bzw. offenen Vorgehens gemäß §§ 9 und 12 begonnen werden.

(2) Die UPT umfasst die folgenden UPT-Leistungen:

1. *die Mundhygienekontrolle,*
2. *soweit erforderlich eine erneute Mundhygieneunterweisung,*
3. *die vollständige supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen,*
4. *die Messung von Sondierungstiefen und Sondierungsbluten,*
5. *bei Sondierungstiefen von ≥ 4 mm und Sondierungsbluten sowie an allen Stellen mit einer Sondierungstiefe von ≥ 5 mm die subgingivale Instrumentierung an den betroffenen Zähnen,*
6. *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:*
      Grad 0 = normale Zahnbeweglichkeit,
      Grad I = gering horizontal (0,2 mm–1 mm),
      Grad II = moderat horizontal (mehr als 1 mm),
      Grad III = ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und in vertikaler Richtung,
   c) *Furkationsbefall:*
      Grad 0 = keine Furkationsbeteiligung sondierbar,

© by Spitta GmbH • 6/2025

Grad I = bis 3 mm in horizontaler Richtung sondierbar,

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

Grad III = durchgängig sondierbar,

d) röntgenologischer Knochenabbau sowie die Angabe Knochenabbau (%/Alter).

(3) Der UPT Zeitraum beträgt zwei Jahre; in diesem Zeitraum sollen die UPT-Leistungen nach Absatz 2 Nummern 1, 2, 3 und 5 regelmäßig erbracht werden. Der UPT-Zeitraum beginnt an dem Tag der Erbringung der ersten UPT-Leistung. Im UPT-Zeitraum richtet sich die Frequenz der Erbringung der in Satz 1 genannten UPT-Leistungen nach dem gemäß § 4 Nummer 1 Buchstabe b festgestellten Grad der Parodontalerkrankung:

Grad A: bis zu zweimal mit einem Mindestabstand von zehn Monaten zur zuletzt erbrachten UPT-Leistung,

Grad B: bis zu viermal mit einem Mindestabstand von fünf Monaten zur zuletzt erbrachten identischen UPT-Leistung

Grad C: bis zu sechsmal mit einem Mindestabstand von drei Monaten zur zuletzt erbrachten identischen UPT-Leistung.

Die UPT-Leistung nach Absatz 2 Nummer 4 kann bei festgestelltem Grad B der Parodontalerkrankung zweimal erbracht werden, erstmals mit einem Mindestabstand von fünf Monaten zur Erbringung der ersten UPT-Leistung, danach mit einem Mindestabstand von fünf Monaten entweder zur zuletzt erbrachten UPT-Leistung nach Absatz 2 Nummer 4 oder zur Leistung nach Absatz 2 Nummer 6. Die UPT-Leistung nach Absatz 2 Nummer 4 kann bei

festgestelltem Grad C der Parodontalerkranung viermal erbracht werden, erstmals mit einem Mindestabstand von drei Monaten zur Erbringung der ersten UPT-Leistung, danach mit einem Mindestabstand von drei Monaten entweder zur zuletzt erbrachten Leistung nach Absatz 2 Nummer 4 oder zur Leistung nach Absatz 2 Nummer 6. Die UPT-Leistung nach Absatz 2 Nummer 6 kann mit einem Mindestabstand von zehn Monaten zur Erbringung der ersten UPT-Leistung einmal erbracht werden; bei Grad B mit einem Mindestabstand von fünf Monaten, bei Grad C mit einem Mindestabstand von drei Monaten zur zuletzt erbrachten Leistung nach Absatz 2 Nummer 4.

(4) Soweit über den UPT-Zeitraum gemäß Absatz 3 Satz 1 hinaus eine Verlängerung der UPT-Leistungen 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.

Im Verlängerungszeitraum können die UPT-Leistungen nach Absatz 2 unter Beachtung der Mindestabstände nach Absatz 3 erbracht werden; die Mindestabstände für die jeweils ersten im Verlängerungszeitraum erbrachten Leistungen beziehen sich dabei auf die innerhalb des UPT-Zeitraums zuletzt erbrachten identischen Leistungen.

Kommentierung: § 13 Absatz 1 definiert die unterstützende Parodontitistherapie als Maßnahme bzw. Maßnahmenpaket zur Sicherung des Behandlungsergebnisses der systematische PAR-Behandlung.

Fortsetzung nächste Seite ➥

© by Spitta GmbH • 6/2025

Als Zeitpunkt für den Beginn der UPT-Maßnahmen legt Absatz 1 Satz 2 einen Zeitraum von drei bis sechs Monaten nach Abschluss der Behandlung fest. Hierbei gilt der Abschluss der antiinfektiösen Therapie gemäß § 9 als Abschluss der Behandlung, wenn im Rahmen der Befundevaluation (BEV a) festgestellt werden konnte, dass die Therapieziele erreicht worden sind. Wurde darüber hinaus eine chirurgische Therapie gemäß § 12 durchgeführt, gilt der Abschluss der chirurgischen Therapie als Abschluss der Behandlung.

§ 13 Absatz 2 beschreibt die einzelnen Leistungsbestandteile der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT). Die unterstützende Parodontitistherapie umfasst demnach folgende Maßnahmen:

- Mundhygienekontrolle
- erneute Mundhygieneunterweisung (nur soweit erforderlich)
- vollständige supragingivale und gingivale Reinigung aller Zähne von anhaftenden Biofilmen und Belägen
- die Messung von Sondierungstiefen und Sondierungsbluten
- subgingivale Instrumentierung an Zähnen mit einer Sondierungstiefe ab 4 mm und mehr und zusätzlicher Sondierungsblutung oder an Zähnen mit einer Sondierungstiefe ab 5 mm und mehr und die subgingivale Instrumentierung an den betroffenen Zähnen
- einmal im Kalenderjahr eine Untersuchung des Parodontalzustands einschließlich Dokumentation des klinischen Befundes

Fortsetzung nächste Seite ➥

Die im Zusammenhang mit der Befunderhebung im Rahmen der UPT geforderte Erhebung des klinischen Befundes umfasst die Dokumentation

- von mindestens zwei (mesioapproximal und distoapproximal) Sondierungstiefen und Sondierungsblutung pro Zahn,
- der Zahnlockerung (von Grad 0 bis Grad III),
- des Furkationsbefalls (von Grad 0 bis Grad III).

Auch der Röntgenbefund findet im Zusammenhang mit der Dokumentation des klinischen Befunds im Rahmen der UPT erneut Erwähnung. Gemäß § 13 Absatz 2, Punkt 5d) umfasst die „notwendige Dokumentation des klinischen Befunds“ im Zusammenhang mit der UPT den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe von Knochenabbau (%/Alter).

Wichtig: Andere geltende Grundlagen müssen unbedingt unabhängig davon weiter beachtet werden und zu einer Abwägung beitragen, ob eine erneute Röntgenbefundung stattfindet oder nicht, insbesondere:

- die Vorgaben der Strahlenschutzverordnung hinsichtlich der rechtfertigenden Indikation und
- das Wirtschaftlichkeitsgebot

Hinweis: Für die vertragszahnärztliche Abrechnung der unterstützenden Parodontaltherapie stehen die neuen BEMA-Nrn. UPT a–g zur Verfügung. Die UPT ist Bestandteil der Behandlungsstrecke und dementsprechend auf Blatt 2 des PAR-Status abgebildet. Sie wird also zusammen mit den anderen geplanten Leistungen der Krankenkasse vor Beginn der PAR-Behandlung zur Genehmigung vorgelegt.

Fortsetzung nächste Seite ➥

© by Spitta GmbH • 6/2025

Der Anspruch der Patienten auf Maßnahmen der UPT wird in § 13 Absatz 3 geregelt. Allgemeingültig wird zunächst festgelegt, dass der UPT-Zeitraum zwei Jahre beträgt. Die Zweijahresfrist beginnt mit dem Tag, an dem die erste UPT-Maßnahme erfolgt ist. Die definierte Frequenz innerhalb dieser „Regelmäßigkeit" richtet sich nach dem gemäß § 4 Nummer 1 Buchstabe b festgestellten Grad der Parodontalerkrankung:

- Patienten, bei denen ein Grad A diagnostiziert worden ist, haben innerhalb des UPT-Zeitraums bis zu zweimal Anspruch auf UPT-Leistungen. Der Mindestabstand zwischen den UPT-Sitzungen beträgt zehn Monate zur zuletzt erbrachten identischen UPT-Leistung.
- Patienten, bei denen ein Grad B diagnostiziert worden ist, haben innerhalb des UPT-Zeitraums bis zu viermal Anspruch auf UPT-Leistungen. Der Mindestabstand zwischen den UPT-Sitzungen beträgt fünf Monate zur zuletzt erbrachten identischen UPT-Leistung.
- Patienten, bei denen ein Grad C diagnostiziert worden ist, haben innerhalb des UPT-Zeitraums bis zu sechsmal Anspruch auf UPT-Leistungen. Der Mindestabstand zwischen den UPT-Sitzungen beträgt drei Monate zur zuletzt erbrachten identischen UPT-Leistung.

Wenn Patienten einen UPT-Termin versäumen und dieser in dem entsprechenden Zeitraum nicht nachgeholt werden kann, muss die Behandlungsstrecke nicht vollständig abgebrochen werden. Der Patient behält den Anspruch auf die UPT-Leistungen innerhalb der zwei Jahre.

Fortsetzung nächste Seite ➥

Absatz 4 eröffnet eine Möglichkeit, die UPT über den vorgegebenen Zeitraum von zwei Jahren zu verlängern. Eine Verlängerung der UPT

- muss zahnmedizinisch erforderlich sein,
- darf in der Regel nicht länger als sechs Monate sein und
- muss von der Krankenkasse genehmigt werden.

Eine ggf. notwendige Verlängerung der zweijährigen UPT-Phase um maximal sechs Monate kann unter Verwendung des Verlängerungsantrags (Vordruck 5d Anlage 14a BMV-Z) bei den Krankenkassen beantragt werden.

Hinweis: Auf Antrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-SV) hat der G-BA eine Änderung der PAR-Richtlinie beschlossen (Beschluss vom 19.12.2024, gültig ab 01.07.2025). Die Änderungen beziehen sich u. a. auf die Regelungen zur Erbringung der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) nach § 13.

Die Vorgaben zur Durchführung der UPT (Unterstützenden Parodontitistherapie) orientieren sich – wie bisher – am Schweregrad der Parodontalerkrankung, der gemäß § 4 Nummer 1 Buchstabe b festgestellt wird. Auch die Frequenz der einzelnen UPT-Leistungen richtet sich weiterhin nach diesem Grad.

Bisher war die Leistungserbringung an feste Kalenderzeiträume (Kalenderjahr, Kalenderhalbjahr oder Kalendertertial) gebunden.

In der praktischen Umsetzung hat sich jedoch gezeigt, dass diese starre zeitliche Einteilung zu Unsicherhei-

Fortsetzung nächste Seite ➥

© by Spitta GmbH • 6/2025

ten führen kann – etwa, wenn die Anzahl möglicher Leistungen davon abhing, zu welchem Datum im Kalenderjahr mit der UPT begonnen wurde.

Um diese unbeabsichtigten Effekte zu vermeiden, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Regelung überarbeitet: Die Zuordnung zu konkreten Kalenderzeiträumen entfällt. Stattdessen basiert die zulässige Frequenz der UPT-Leistungen nun ausschließlich auf dem festgestellten Erkrankungsgrad und den einzuhaltenden Mindestabständen zwischen den einzelnen Maßnahmen.

Hinweis: Der Verlängerungsantrag muss im zeitlichen Zusammenhang mit der letzten UPT-Leistung gestellt werden, das bedeutet bei Grad A zugeordneten Patienten im zeitlichen Zusammenhang mit der zweiten UPT, bei Grad B zugeordneten Patienten im zeitlichen Zusammenhang mit der vierten UPT und bei Grad C zugeordneten Patienten im zeitlichen Zusammenhang mit der sechsten UPT. Für die Durchführung der zusätzlichen UPT-Leistungen bedarf es der vorherigen Genehmigung der Krankenkasse.

Die festgelegten Mindestabstände von zehn Monaten bei Grad A, fünf Monaten bei Grad B und drei Monaten bei Grad C) gelten auch im Fall einer UPT-Verlängerung unverändert.

§ 14 Evaluation

Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt spätestens fünf Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinie eine unabhängige wissenschaftliche Institution mit der Evaluation. Dabei sind auch die Inanspruchnahme, die Wir-

3/3.2 BEMA-Nr. 4 – Befunderhebung und Erstellen eines Parodontalstatus

BEMA-Nr.	Leistungsbeschreibung	Bewertung
4	Befunderhebung und Erstellen eines Parodontalstatus	44 Punkte

Leistungsbeschreibung

Grundlage der PAR-Therapie

Die Grundlage für die PAR-Therapie bei gesetzlich versicherten Patienten bilden seit Inkrafttreten der neuen PAR-Richtlinie

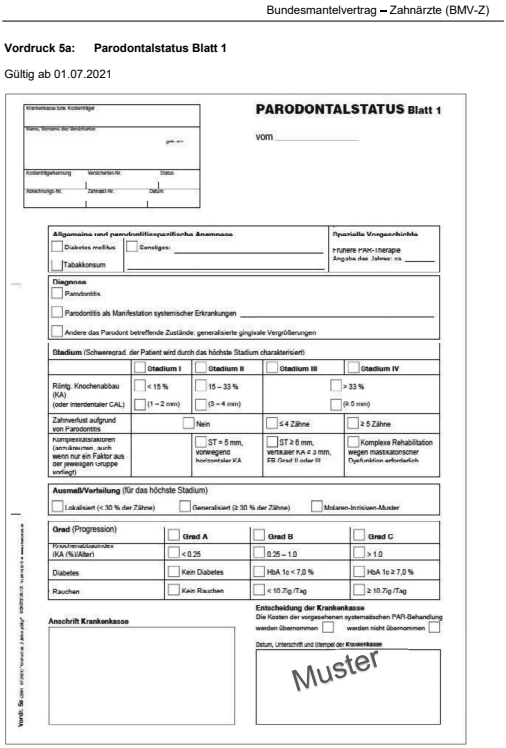
- die allgemeine Anamnese,
- die parodontitisspezifische Anamnese,
- der klinische Befund,
- der röntgenologische Befund (in Abhängigkeit von der rechtfertigenden Indikation),
- die Diagnose auf Grundlage der aktuellen PAR-Klassifikation und
- die vertragszahnärztliche Dokumentation.

Die Diagnosestellung unter Berücksichtigung von Anamnese und Befund ist der Ausgangspunkt der Beantragung der PAR-Therapie bei gesetzlich versicherten Patienten.

Die vertragszahnärztliche Dokumentation erfolgt auf den dafür umgestalteten Vordrucken Blatt 1 und 2, PAR-Status (Vordruck 5a und 5b der Anlage 14a BMV-Z):

© by Spitta GmbH • 11/2021

PAR-Status Blatt 1 – Vordruck 5a der Anlage 14a BMV-Z:



Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z)

Vordruck 5a: Parodontalstatus Blatt 1

Gültig ab 01.07.2021

PARODONTALSTATUS Blatt 1

vom .....

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Abrechnungs-Nr. | Zahnarzt-Nr. | Datum

Allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese

☐ Diabetes mellitus ☐ Sonstiges: _____

☐ Tabakkonsum _____

Spezielle Vorgeschichte

Frühere PAR-Therapie

Angaben des Jahres: ca. _____

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 (zum Beispiel Rauchen, 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 masticatorischer 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
Knochenabbau/Alters-Index (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

Entscheidung der Krankenkasse

Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung

werden übernommen ☐ werden nicht übernommen ☐

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

Muster

Vordr. 5a

Originalgröße: DIN A4

14a-10

Es sind folgende Angaben zu machen:

- Datumsfeld
- allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese
- ggf. Sonstiges
- ggf. spezielle Vorgeschichte
- Diagnose

BEMA-Nr. 4 – Befunderhebung u. Erstellung Parodontalstatus

- Stadium (I, II, III oder IV)
- Ausmaß/Verteilung
- Grad (A, B oder C)
- Anschrift der Krankenkasse

➥ Ausführliche Ausfüllhinweise finden Sie in Teil 2, Kapitel 3.2.2, Seite 2 ff.

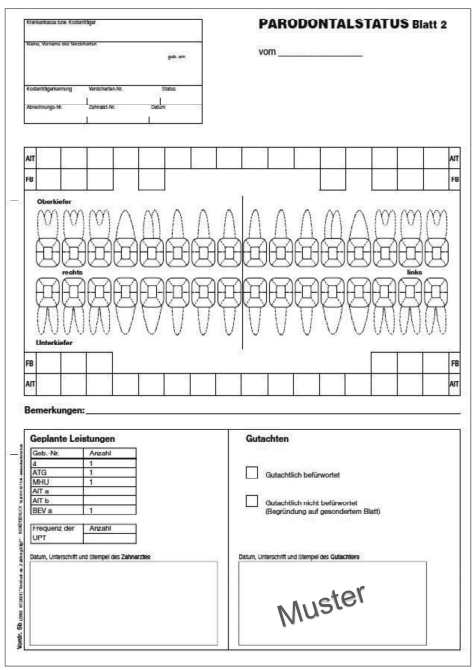
PAR-Status Blatt 2 – Vordruck 5b der Anlage 14a BMV-Z:

© by Spitta GmbH • 11/2021

Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z)

Vordruck 5b: Parodontalstatus Blatt 2

Gültig ab 01.07.2021



Originalgröße: DIN A 4

14a-11

Es sind folgende Angaben zu machen:

- Datumsfeld
- Eintragungen im Zahnschema
  - Sondierungstiefen (mindestens mesioapproximal und distoapproximal)
  - Blutung auf Sondierung
  - Zahnlockerung (Grad I, II, III)
  - fehlende Zähne (X)
  - nicht erhaltungswürdige Zähne (horizontal mehrfach durchstreichen)
- Furkationsbefall in Zeile „FB“ (Grad 0, I, II)
- Zähne, an denen ein geschlossenes Vorgehen beantragt wird in Zeile „AIT“ (Voraussetzung: Sondierungstiefe ≥ 4 mm an mindestens einer Messstelle)
- ggf. Bemerkungen
- geplante Leistungen*
- Anzahl der UPT (bei Grad A = 2, bei Grad B = 4, bei Grad C = 6)
- Datum, Stempel, Unterschrift

* Hinweis: Weitere zahnärztliche Leistungen, die hier nicht aufgeführt sind (z. B. nach den BEMA-Nrn. 108 und/oder 111), müssen auch nicht als geplante Leistungen angegeben werden. Die Leistungen sind im Behandlungsverlauf sofern erbracht trotzdem abrechnungsfähig.

➥ Ausführliche Ausfüllhinweise finden Sie in Teil 2, Kapitel 3.2.3, Seite 2 ff.

Der Antrag zur Durchführung einer systematischen PAR Therapie ist der Krankenkasse vor Therapiebeginn zur Genehmigung vorzulegen. Mit genehmigungspflichtigen Leistungen der PAR-Therapie (z. B. ATG, MHU, AIT a/b)

Fall 4: Unterstützende Parodontitistherapie (Grad B), ergänzt um ein privates Mundhygieneprogramm

Erläuterung: Die unterstützende Parodontitistherapie (UPT) gewährleistet eine strukturierte Nachsorge und wird nach der BEMA-Nr. UPT abgerechnet. Die unterstützende Parodontitistherapie besteht aus mehreren Leistungsbestandteilen (UPT a–g).

Zwei-Jahres-Zeitraum

Die UPT soll drei bis sechs Monate nach Abschluss der AIT bzw. CPT beginnen und regelmäßig in einem Zeitraum von zwei Jahren erfolgen – der Zwei-Jahres-Zeitraum der UPT beginnt am Tag der Erbringung der ersten UPT-Leistung.

Genehmigung erforderlich

Die UPT ist Bestandteil der PAR-Behandlungsstrecke und dementsprechend auf Blatt 2 des PAR-Status abgebildet. Sie wird zusammen mit den anderen geplanten Leistungen vor Beginn der PAR-Behandlung der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt. Ausschlaggebend für die Ausgestaltung der späteren UPT in Bezug auf die dem Patienten zustehenden Maßnahmen und deren Frequenz ist damit der auf dem Parodontalstatus angegebene Erstbefund mit entsprechender Gradeinstufung.

Grad B

Im vorliegenden Beispiel wurde dem Patienten Grad B zugeordnet. Ein Patient mit zugeordnetem Grad B der Parodontitis erhält bis zu viermal UPT innerhalb des UPT Zeitraums. Es ist ein Mindestabstand von fünf Monaten zwischen den UPT-Terminen zu beachten. Innerhalb der zweijährigen UPT-Zeit stehen einem Patienten mit einem Grad B also vier UPT-Termine zu.

Welche UPT-Leistungen können bei Grad B in den jeweiligen UPT-Terminen erbracht werden?

Termin	Standardmäßig	Fakultativ
Erste UPT-Sitzung	UPT a UPT c	UPT b UPT e UPT f
Zweite UPT-Sitzung	UPT a UPT d UPT c	UPT b UPT e UPT f
Dritte UPT-Sitzung	UPT a UPT g UPT c	UPT b UPT e UPT f
Vierte UPT-Sitzung	UPT a UPT d UPT c	UPT b UPT e UPT f

Tab. 5: UPT-Leistungen bei Grad B

Zusätzlich zu den Leistungen, die über die GKV abgerechnet werden können, besteht auch im Rahmen der UPT die Möglichkeit, Leistungen privat zu vereinbaren, wenn

- Zusatzleistungen erbracht werden, die im BEMA nicht enthalten sind (z. B. Oberflächenanästhesie),
- Leistungen zusätzlich zu der laut BEMA definierten Frequenz erbracht werden (z. B. supragingivale/gingivale Reinigung zusätzlich zu den definierten UPT-Sitzungen),
- einzelne Leistungen erbracht werden, deren Berechnung zu Lasten der GKV ausgeschlossen ist (z. B. Leistungen an Implantaten).

Im Folgenden wird ein Beispiel dargestellt, wie die dem Patienten zustehenden UPT-Leistungen sinnvoll um ein

© by Spitta GmbH • 6/2024

privates Mundhygieneprogramm ergänzt werden können.

Schriftliche Vereinbarung

Hierzu muss zwischen Zahnarzt und Patient vorher eine schriftliche Vereinbarung gemäß § 8 Abs. 7 BMV-Z getroffen werden. Die Leistungen werden nach der GOZ gegenüber dem Patienten abgerechnet. Es gelten die dort aufgeführten Bestimmungen.

Befund:

B	f	sk	sb	sk								k	k			f
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
B	f	k	k								k	b	b	k		f

Datum	**Leistung**	**Abrechnung**	
		BEMA	**GOZ**
16.06.2023	Eingehende Untersuchung	1 x 01	
	Befundevaluation der zuvor erfolgten PAR-Therapie (AITa/b), Sondierungstiefen von > 4 mm und Sondierungsbluten an: 24, 25, 26, 27 und 46, 47	1 x BEVa	
	OPG	1 x Ä935d	
	Beratung über Ergebnis der Befundevaluation		

Fortsetzung nächste Seite ➥

Datum	Leistung	Abrechnung	
		BEMA	GOZ
	Beratung über private Zusatzleistungen: • zusätzliche Reinigung vorhandener Implantate 15 und 17 • Reinigung der Brückenglieder 16, 34 und 35 • zusätzliche PZR/Mundhygieneprogramm zwischen den vertragszahnärztlichen UPT-Leistungen		1 x Ä3
17.06.	Erstellung eines Kostenvoranschlags für private Zusatzleistungen; Vereinbarung gem. § 8 Abs. 7 BMV-Z		1 x 0030
21.06.	OK, UK Mundhygienekontrolle (API, SBI)	1 x UPT a	
	Mundhygieneunterweisung, wenn erforderlich	1 x UPT b	
	OK, UK Oberflächenanästhesie		4 x 0080
	Supragingivale/gingivale Reinigung aller Zähne 14–27, 37, 36, 33–47	23 x UPT c	
	Professionelle Reinigung an den Implantaten und Brückengliedern		5 x 1040
	Subgingivale Reinigung, einwurzelige Zähne (25)	1 x UPT e	
	Subgingivale Reinigung, mehrwurzelige Zähne (24, 26, 27, 46, 47)	5 x UPT f	
	Subgingivale Applikation von CHX-Gel in die Zahnfleischtaschen (an 24, 25, 26, 27 und 46, 47) Material berechenbar → antibaktierelle Materialien		6 x 4025
	Subgingivale Applikation von CHX-Gel an den Implantaten Analogberechnung nach § 6 Abs. 1 GOZ, zzgl. Materialkosten für antibakterielle Materialien		2 x § 6 Abs. 1

Fortsetzung nächste Seite ➥

© by Spitta GmbH • 6/2025

Datum	Leistung	Abrechnung	
		BEMA	GOZ
15.09.	Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung Leistungen privat, da außerhalb der für die UPT-Sitzungen vorgegebenen Intervalle für Grad B (Mindestabstand von fünf Monaten nicht gegeben)		1 x 1000
	Professionelle Zahnreinigung Leistungen privat, da außerhalb der für die UPT-Sitzungen vorgegebenen Intervalle für Grad B (Mindestabstand von fünf Monaten nicht gegeben)		28 x 1040
18.12.	Eingehende Untersuchung	1 x 01	
	Messung von Sondierungstiefen und -bluten, Sondierungstiefen > 4 mm und Sondierungsbluten an: 24, 27 und 47	1 x UPT d	
	OK, UK Mundhygienekontrolle (API, SBI)	1 x UPT a	
	Mundhygieneunterweisung, wenn erforderlich	1 x UPT b	
	Supragingivale/gingivale Reinigung aller Zähne 14–27, 37, 36, 33–47	23 x UPT c	
	Professionelle Reinigung an den Implantaten und Brückengliedern		5 x 1040
	Subgingivale Reinigung, mehrwurzelige Zähne (24, 27, 47)	3 x UPT f	
15.03.	Mundhygienekontrolle (API, SBI), Mundhygieneunterweisung und Remotivation Leistungen privat, da außerhalb der für die UPT-Sitzungen vorgegebenen Intervalle für Grad B (Mindestabstand von fünf Monaten nicht gegeben)		1 x 1010

Fortsetzung nächste Seite ➥

Datum	Leistung	Abrechnung	
		BEMA	GOZ
	Professionelle Zahnreinigung Leistungen privat, da außerhalb der für die UPT-Sitzungen vorgegebenen Intervalle für Grad B (Mindestabstand von fünf Monaten nicht gegeben)		28 x 1040
16.06.	Eingehende Untersuchung	1 x 01	
	OPG	1 x Ä935d	
	Untersuchung des Parodontalzustandes, gute Mundhygiene, keine Sondierungstiefen > 4 mm	1 x UPTg	
	OK, UK Mundhygienekontrolle (API, SBI)	1 x UPTa	
	Mundhygieneunterweisung, wenn erforderlich	1 x UPTb	
	Supragingivale/gingivale Reinigung aller Zähne 14–27, 37, 36, 33–47	23 x UPT c	
	Professionelle Reinigung an den Implantaten und Brückengliedern		5 x 1040
17.09.	Erhebung eines Gingivalindex (z. B. SBI oder BOP/BOB-Index)		1 x 4005
	Professionelle Zahnreinigung Leistungen privat, da außerhalb der für die UPT-Sitzungen vorgegebenen Intervalle für Grad B (Mindestabstand von fünf Monaten nicht gegeben)		28 x 1040
17.12.	Messung von Sondierungstiefen und -bluten, keine Sondierungstiefen > 4 mm	1 x UPT d	
	OK, UK Mundhygienekontrolle (API, SBI)	1 x UPT a	
	Mundhygieneunterweisung, wenn erforderlich	1 x UPT b	
	Supragingivale/gingivale Reinigung aller Zähne 14–27, 37, 36, 33–47	23 x UPT c	

Fortsetzung nächste Seite ➥

© by Spitta GmbH • 6/2025

Datum	Leistung	Abrechnung	
		BEMA	GOZ
	Professionelle Reinigung an den Implantaten und Brückengliedern		5 x 1040

Tab. 6: UPT (Grad B) mit privaten Zusatzleistungen