

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

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

Leistungsbeschreibung

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

Grundlage der PAR-Therapie

- 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](#)):

BEMA-Nr. 4 – Befunderhebung u. Erstellung Parodontalstatus

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name/Vorname des Versicherten: _____ geb. am: _____		PARODONTALSTATUS Blatt 1 vom _____																	
Zahnärztliche Untersuchung: _____ Zahnärztin: _____		Status: _____ Datum: _____																	
Allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese: <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Eisenmangel: <input type="checkbox"/> Tabakkonsum		Periodont. Vorgeschichte: frühere PAFK-/RPA-Gruppe: Angabe des Jahres: -ca. _____																	
Diagnose: <input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen <input type="checkbox"/> Andere das Parodont. betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergiftungen																			
Stadium (Schwergrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert):																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 25%;">Stadium I</th> <th style="width: 25%;">Stadium II</th> <th style="width: 25%;">Stadium III</th> <th style="width: 25%;">Stadium IV</th> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> Röntg. Knochenabbau (PA) (oder interdent. CAL) </td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> < 15% <input type="checkbox"/> 15 – 33% <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm) <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm) </td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> > 33% <input type="checkbox"/> (≥ 6 mm) </td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> > 50% </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> Zahnverlust aufgrund von Parodontitis </td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> Nein </td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne </td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> Komplexreparaturen (Lamprokrone, auch wenn nur ein Füllkor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt) </td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> ST = 6 mm, vorwiegend horizontaler KA </td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> ST = 8 mm, vertikaler KA ≤ 3 mm, RB Grad I oder II </td> <td style="padding: 2px;"> <input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen massiver Orale Dysfunktion erforderlich </td> </tr> </table>	Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV	Röntg. Knochenabbau (PA) (oder interdent. CAL)	<input type="checkbox"/> < 15% <input type="checkbox"/> 15 – 33% <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm) <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)	<input type="checkbox"/> > 33% <input type="checkbox"/> (≥ 6 mm)	<input type="checkbox"/> > 50%	Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne	<input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne	Komplexreparaturen (Lamprokrone, auch wenn nur ein Füllkor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)	<input type="checkbox"/> ST = 6 mm, vorwiegend horizontaler KA	<input type="checkbox"/> ST = 8 mm, vertikaler KA ≤ 3 mm, RB Grad I oder II	<input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen massiver Orale Dysfunktion erforderlich			
Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV																
Röntg. Knochenabbau (PA) (oder interdent. CAL)	<input type="checkbox"/> < 15% <input type="checkbox"/> 15 – 33% <input type="checkbox"/> (1 – 2 mm) <input type="checkbox"/> (3 – 4 mm)	<input type="checkbox"/> > 33% <input type="checkbox"/> (≥ 6 mm)	<input type="checkbox"/> > 50%																
Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne	<input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne																
Komplexreparaturen (Lamprokrone, auch wenn nur ein Füllkor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)	<input type="checkbox"/> ST = 6 mm, vorwiegend horizontaler KA	<input type="checkbox"/> ST = 8 mm, vertikaler KA ≤ 3 mm, RB Grad I oder II	<input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen massiver Orale Dysfunktion erforderlich																
Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium): <input type="checkbox"/> Lokalisiert (< 30 % der Zähne) <input type="checkbox"/> Generalisiert (≥ 30 % der Zähne) <input type="checkbox"/> Molars-incipit-Muster																			
Grad (Progression): <input type="checkbox"/> Grad A <input type="checkbox"/> Grad B <input type="checkbox"/> Grad C																			
Prozintralembreite (PA-Millett): <input type="checkbox"/> < 0,25 <input type="checkbox"/> 0,25 – 1,0 <input type="checkbox"/> > 1,0																			
Diabetes: <input type="checkbox"/> Kein Diabetes <input type="checkbox"/> HbA _{1c} < 7,0 % <input type="checkbox"/> HbA _{1c} > 7,0 %																			
Rauchen: <input type="checkbox"/> Kein Rauchen <input type="checkbox"/> < 10 Ztg/Tag <input type="checkbox"/> ≥ 10 Ztg/Tag																			
Anschrift Krankenkasse _____ _____		Entscheidung der Krankenkasse Die Kosten der vorgeschlagenen systematischen PAFK-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> werden nicht übernommen <input type="checkbox"/> Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 50px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 2em; font-weight: bold; opacity: 0.5;">Muster</div>																	

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

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)