



KASSENZAHNÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG BERLIN

Herzlich willkommen zum  
**Einführungsseminar BEMA-Abrechnung für Zahnärzte**  
**Seminar B – KB und PAR**

## Frank Göpner

- Zahnarzt in Berlin Charlottenburg
- Ehrenamtliche Tätigkeiten für die KZV Berlin und die Zahnärztekammer
- Beratungszahnarzt der Prüfungsstelle f. d. Wirtschaftlichkeitsprüfungen
- Außergerichtlicher Sachverständiger Kons/Chirurgie und PAR

## Martina van Brummelen

KZV Berlin

Team PAR / KBR

- Hauptsachbearbeitung mit Schwerpunkt KB, PAR und Heilmittel
- Durchführung von Seminaren/Workshops der KZV Berlin

# BEMA - Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen seit 01.01.2004

- Allgemeine Bestimmungen
- Teil 1: KCH - Konservierende und chirurgische Leistungen sowie Röntgenleistungen
- Teil 2: KB - Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels/Kiefergelenkerkrankungen (Aufbiss-Schienen, UKPS, K-Positionen)
- Teil 3: Kieferorthopädische Leistungen
- Teil 4: PAR - Systematische Behandlung von Parodontitis
- Teil 5: Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

## Genereller Aufbau der BEMA-Leistungsverzeichnisse:

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
108	Einschleifen des natürlichen Gebisses zum Kauebenenausgleich und zur Entlastung, je Sitzung	6

### Vereinbarte Abrechnungsbestimmungen zum BEMA:

Eine Leistung nach Nr. 108 kann nicht im Zusammenhang mit konservierenden, prothetischen und chirurgischen Leistungen abgerechnet werden.

Bewertungszahl (Punkte) x Punktwert = Euro

$$6 \quad \times \quad \text{ca. } 1,2 \quad = \quad 7,20 \text{ Euro}$$

- Leistungsnummer (Geb.-Nr.)
- Leistungsbeschreibung
  - Leistungsabkürzung
- Abrechnungsbestimmung
- Bewertungszahl (Punkte)

PUNKTWERTE IV. QUARTAL 2023  
BERLIN (STAND: 13.09.2023)



	KCH/ PAR/KB	P/FU	KFO	KnB/Pnb*	ZE	Abformmaterial KB/KFO (€)
<b>Wohnortkassen</b> >Patient wohnt in Berlin - Zuständigkeit 30						
<b>AOK</b> >Wohnortkennzeichen 00072	1,2059	1,3217	1,0728	1,2147	1,0389	3,85
<b>BKK</b> >Wohnortkennzeichen 00072	1,2078	1,3225	1,0609	1,2166	1,0389	3,95
<b>IKK</b> >Wohnortkennzeichen 00072	1,1968	1,3168	1,0527	1,2055	1,0389	3,95
<b>SVLFG (LKK)</b> >Wohnortkennzeichen 00072	1,2022	1,3235	1,0636	1,2022	1,0389	KB 3,00 KFO 2,80
<b>KNAPPSCHAFT</b> >Regionalkennzeichen 95+97	1,1922	1,3277	1,0683	1,2010	1,0389	3,85
<b>Ersatzkassen/vdek</b> inklusive TK >Regionalkennzeichen 95+97	1,1902	1,3103	1,0588	1,1989	1,0389	KB 3,00 KFO 2,80
<b>Sonstige Kostenträger</b>						
	KCH/ PAR/KB	P/FU	KFO	KnB/Pnb	ZE	Abformmaterial KB/KFO (€)
<b>AOK U/J, A62, EWG, Asy/Asa, LAGeSo, LAF</b>	1,2059	1,3217	1,0728	1,2147	1,0389	3,85
<b>KOV, V/Vf, BVFG, BEG</b>	<b>Bitte den Punktwert der ausstellenden Kasse ansetzen.</b>					
<b>Heilfürsorge BPol (Bundespolizei/BGS)</b>	1,3476	1,4373	1,1572	1,3476	1,1572	3,00
<b>BAPersBw (Bundeswehr)</b>	1,3476	1,3476	1,1572	1,3476	1,1572	3,00
<b>Polizeipräsident in Berlin</b>	1,1902	1,3103	1,0588	1,1989	1,0389	KB 3,00 KFO 2,80

# Keine BEMA-Kurzverzeichnisse verwenden!

Geb.-Nr.	Abkürzung	Leistungsbeschreibung	Bew.-Zahl
58	KnR	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte als selbständige Leistung, je Sitzung	48
59	Pla2	Mundboden- oder Vestibulumplastik im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte	120
60	Pla3	Tuberplastik, einseitig	80
61	Dia	Korrektur des Lippenbändchens bei echtem Diastema mediale	72
62	Alv	Alveolotomie	36
63	Fl	Freilegung eines retinierten und/oder verlagerten Zahnes zur kieferorthopädischen Einstellung	80
105	Mu	Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen, Aufbringung von auf der Mundschleimhaut haftenden Medikamenten oder Behandlung von Prothesendruckstellen, je Sitzung	8
106	Sk	Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches,	10

Beispiel: Mu  
Leistungsbeschreibung

105 Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen,  
Mu Aufbringung von auf der Mundschleimhaut haftenden Medikamenten  
oder Behandlung von Prothesendruckstellen, je Sitzung 8

Abrechnungsbestimmung

Die Behandlung von Prothesendruckstellen kann nur dann auf dem Erfassungsschein abgerechnet werden, wenn die Prothese länger als drei Monate eingegliedert ist. Das gleiche gilt sinngemäß für Druckstellen bei Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit einer Prothese.

## BEMA

Einheitlicher Bewertungsmaßstab  
für zahnärztliche Leistungen  
gemäß § 87 Abs. 2 und 2h SGB V

Anlage A zum BMV-Z

Web-Link:

<https://www.kzbv.de/gebuehrenverzeichnisse.334.de.html>

**KZBV** » Kassenzahnärztliche  
Bundesvereinigung

» Gebührenverzeichnisse

Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA)



BEMA

# Einführung in den BEMA - Teil 2 (KB)

Behandlungen von Kiefergelenks-  
erkrankungen (Aufbissbehelfe)  
K 1 bis K 9 und UKPS




© pavelsm27 - Fotolia.com.jpg



# Die „klassischen“ BEMA-Schienenpositionen

- **K 1** Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche
- **K 2** Aufbissbehelf ohne adjustierter Oberfläche
- **K 3** Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf
- **K 4** Semipermanente Schienung unter Anwendung der Ätztechnik
  
- **K 6 – K 7 – K 8 – K 9** Wiederherstellungen & Kontrollen

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
K 1	<p>Aufbissbehelf</p> <p>Eingliedern eines Aufbissbehelfs mit <u>adjustierter</u> Oberfläche</p> <p>a) zur Unterbrechung der Okklusionskontakte  b) als Aufbisssschiene bei der Parodontalbehandlung  c) als Bissführungsplatte bei der Versorgung mit Zahnersatz</p>	<p>106</p> 

© Brigitte Meckle - Fotolia.com.jpg

**Vereinbarte Abrechnungsbestimmungen zum BEMA:**

Im zeitlichen Zusammenhang ist nur eine der Leistungen nach den Nrn. K 1 bis K 3 abrechnungsfähig.

# K 1 Aufbissbehelf (mit adjustierter Oberfläche)

- Das Eingliedern eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche zur Unterbrechung der Okklusionskontakte kann angezeigt sein bei Kiefergelenksstörungen, Myoarthropathien und zur Behebung von Fehlgewohnheiten.

Angezeigt sind nur:

- individuelle adjustierte Aufbissbehelfe
- Minioplastschienen mit individuell geformtem Kunststoffrelief
- Interzeptoren
- spezielle Aufbissschienen, die alle Okklusionsflächen bedecken (z.B. Michigan-Schienen).
- Eine Leistung nach der Nr. K 1 ist auch für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen abrechnungsfähig.
- Das Eingliedern eines Daueraufbissbehelfs ist mit der Nr. K 1 abgegolten.

# K 1 Aufbissbehelf (mit adjustierter Oberfläche)



**K 1a) zur Unterbrechung der Okklusionskontakte**

K 1b) als Aufbisschiene bei der Parodontitisbehandlung

© Brigitte Meckle - Fotolia.com.jpg



K1 c) Bissführungsplatte



Die Michiganschiene ist eine Aufbisschiene für den OK im Rahmen der Schienungstherapie zur Beseitigung okklusaler Interferenzen und Hyperbalancekontakte, in dem der Zahnkontakt auf die aktiven Höckerspitzen der unteren Zähne verlegt wird. Sie besitzt eine starke Eckzahnführung mit einer ca. 2 mm hohen Stufe und hat ansonsten ein planes Okklusionsfeld.

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
K 2	Miniplastschiene	45



Das Eingliedern eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche kann bei akuten Schmerzzuständen angezeigt sein.

**Vereinbarte Abrechnungsbestimmungen zum BEMA:**

Im zeitlichen Zusammenhang ist nur eine der Leistungen nach K 1 bis K 3 abrechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
K3	Umarbeitung einer vorhandenen Prothese	61

Die Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf kann bei Kiefergelenkstörungen, Myoarthropathien und nach chirurgischen Behandlungen angezeigt sein.

### **Möglich bei totaler oder partieller Prothese**

- Auftragen von Kunststoff auf die Okklusalfächen der Prothesenzähne
- Anfertigen einer Tiefziehfolie über vorhandene Prothese
- Teilbezahnter Bereich: Anbringen von Kunststoffsegmenten über den vorhandenen Zähnen

**Vereinbarte Abrechnungsbestimmungen zum BEMA:**

Im zeitlichen Zusammenhang ist nur eine der Leistungen nach den Nrn. K 1 bis K 3 abrechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
K 4	Semipermanente Schienung	11

**Vereinbarte Abrechnungsbestimmungen zum BEMA:**

Die semipermanente Schienung kann zur Stabilisierung gelockerter Zähne und bei prä- bzw. postchirurgischen Fixationsmaßnahmen angezeigt sein.



Herstellung direkt im Mund unter Anwendung der Säure-Ätz-Technik.

Auch für gelockerte Zähne z. B. bei PAR-Behandlung.

Berechnung je Interdentalraum!  
Beispiel: **5** x 11 Punkte = 55 Punkte

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
Ä2702	Abnahme der Schienung	34

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
<b>K 6</b>	Wiederherstellung und/oder Unterfütterung eines Aufbissbehelfs	30

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
<b>K 7</b>	Kontrolle ggf. mit einfachen Korrekturen des Aufbissbehelfs oder der Fixierung	6

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
<b>K 8</b>	Kontrolle mit Einschleifen des Aufbissbehelfs oder der Schienung (subtraktive Methode). Für die K 2 nicht abrechenbar!	12

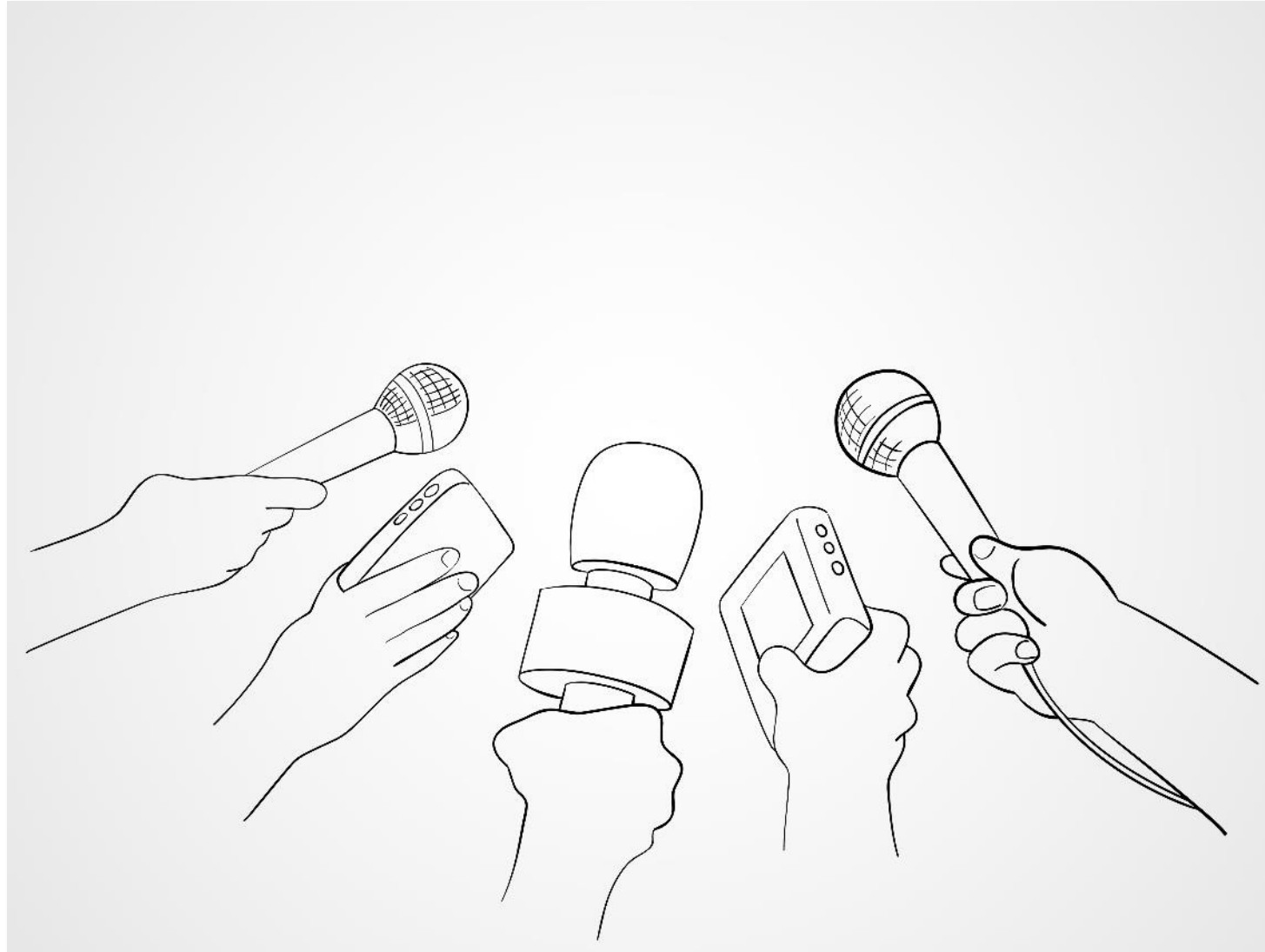
Nr.	Leistung	Bewertungszahl
<b>K 9</b>	Kontrollbehandlung mit Aufbau einer neuen adjustierten Oberfläche (additive Methode)	35

**Vereinbarte Abrechnungsbestimmungen zum BEMA:**

Je Sitzung ist nur eine der Leistungen nach den Nrn. K 6 bis K 9 abrechnungsfähig.



# Zeit für Ihre Fragen



© rudall30 - Fotolia.com

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
2	Schriftliche Niederlegung eines Heil- und Kostenplanes	20

**MUSTER SCHÜTZBUCK**, 30559 Hannover, Marktstr. 48, Tel. (0511) 3275-44

Name der Krankenkasse bzw. Kostenträger  
 Name, Nr. Name, Vorname des Versicherten  
 ges. am  
 Kostenträger  
 Versicherten-Nr.  
 Status  
 Vertrags-Nr.  
 Vertragsarzt-Nr.  
 Datum

**Behandlungsplan für**

Kiefergelenkerkrankung  
 Kieferbruch

**Angaben über Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie Art der Verletzung (nur bei Kieferbruch)**  
**Anamnese/Befunde/Diagnose (nur bei Kiefergelenkerkrankungen)**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Vorgeschene Behandlung  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Stationäre Behandlung      Voraussichtliche Dauer: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Krankenhaus:

**Kostenübernahme der Krankenkasse (Begründung ggf. auf besonderem Blatt)**  
 Die Kosten für die Behandlung  werden übernommen  werden nicht übernommen  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Großdruckartikeltyp der Krankenkasse      Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse      Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

**MUSTER SCHÜTZBUCK**, 30559 Hannover, Marktstr. 48, Tel. (0511) 3275-44

Name, Vorname des Versicherten  
 ges. am  
 Kostenträger  
 Versicherten-Nr.  
 Status  
 Vertragsarzt-Nr.  
 Datum

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

**Abrechnungsf formular für Kiefergelenkerkrankung und Kieferbruch**

Behandlungsplan vom \_\_\_\_\_      Leistung K 1      K 2      K 3      K 4  
 Geplante Leistungen (nur eintragen bei Kiefergelenkerkrankungen)      Anzahl

Zahnärztliches Honorar			Geb.-Nr.	Anzahl	Punkte	Anzahl x Punkte
Datum	Zahn	Leistung				

Draft-Wert  X Gesamtsumme   
 - zahnärztliches Honorar €   
 Pauschbetrag Abformmaterial €   
 Versandkosten €

**Material- und Laborkosten** €   
 Kosten des Fremdlabors  
 Material- und Laborkosten des Zahnarztlabors      BEL-Nr.      Anzahl      Betrag  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Kosten des Zahnarztlabors €   
 Gesamtbetrag Honorar + Material-, Laborkosten €

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
2	Schriftliche Niederlegung eines Heil- und Kostenplanes	20

- Nur für die Geb.-Nr. K 1 bis K 4
- Vollständig ausfüllen  
(Anamnese, Befund und Diagnose)
- Vorherige Kostenübernahme durch die Kasse nicht erforderlich bei z.B.:
  - AOK Nordost (Berlin)
  - Ersatzkassen
  - AOKen/BKKen/IKKen  
(wenn der Patient in Berlin wohnt)

**MUSTER** SCHULZETTEL, 2005/2006, Nummer: 48, 24. 05/19, 03/23, 04

Krankenkasse bzw. Kostentragende

Name, Vorname des Versicherten  geb. am

Kostenübernehmer  Versicherungs-Nr.  Status

Kiefergelenkerkrankung  
 Kieferbruch

Angaben über Ort, Zeit und Ursache des Unfalls sowie Art der Verletzung (nur bei Kieferbruch)  
Anamnese/Befund/Diagnose (nur bei Kiefergelenkerkrankungen)

Vorgeschene Behandlung

Stationäre Behandlung Krankenhaus:  Voraussichtliche Dauer: von  bis

Kostenübernahme der Krankenkasse (Begründung ggf. auf besonderem Blatt)

Die Kosten für die Behandlung  werden übernommen  werden nicht übernommen

Unterschriftenfeldern:  Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse  Datum, Unterschrift und Stempel des Zahntechnikers

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
2	Schriftliche Niederlegung eines Heil- und Kostenplanes	20

**Anamnese: Vorgeschichte der Erkrankung nach Angaben d. Patienten**

Beispiele: nächtliches Knirschen, Pressen wg. Stresssituationen (Studium, Beruf, Privat usw.), eingeschränkte Mundöffnung, gelockerte Zähne, Kiefergelenk- und/oder Muskelschmerzen

**Befund: Ergebnis einer Untersuchung (Zustand direkt im Mund)**

Beispiele: Schliff-Flächen, Abrasionen (Ausprägung), Muskelverspannungen, KG-Geräusche, Zahnfehlstellungen, Zahnlockerungen (Grad...), Gelenk- und/oder Muskelschmerzen

**Diagnose: Erkennung u. systematische Bezeichnung einer Krankheit**

Beispiele: Bruxismus in Verbindung mit ...Myoarthropathie, KG-Luxation, postop. Schienung von Zahnlockerungen, präop. Schienung von Zahnlockerungen

# Sonderfälle



**K 2** als Strahlenschutzschienen (Weichgewebsretraktor):

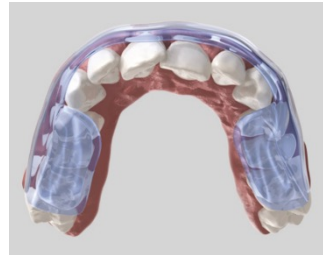
- OK und/oder UK (also hier sind als Ausnahme auch 2x **K 2** bei einem Patienten möglich)  
(Im Anschluss an die Strahlentherapie als Fluoridierungsschiene verwenden)
- Immer vorher Kostenübernahme von der Krankenkasse einholen!

# Keine Kassenleistung

- Sportschutz-Schienen



- Aqualizer (selbstadjustierend)



- Fluoridierungsschienen/Medikamententräger  
(Ausnahmen sind möglich)



# Achtung !

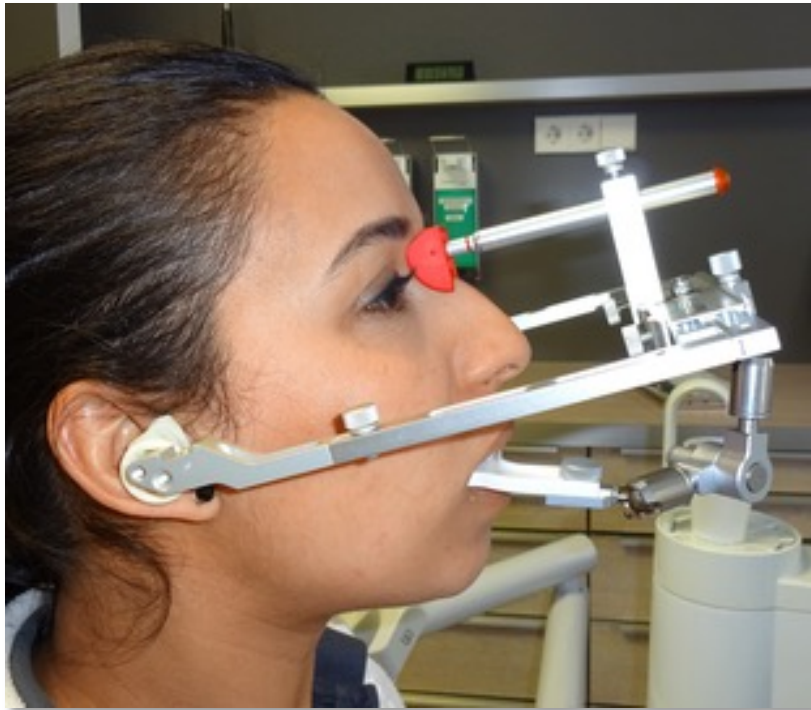
## Abformung mittels Scanner und Modellherstellung



alimyakubov | Fotolia.com

# Keine Kassenleistung

Funktionsanalytische Maßnahmen (Gesichtsbogen)



**außervertragliche Leistung  
GOZ-Abrechnung**

Der Artikulator ist **nicht** über die GKV abrechenbar, wenn ein Zusammenhang mit der Funktionsdiagnostik besteht!



## UKPS – Unterkieferprotrusionsschiene seit Januar 2022 Vertragsleistung „Schnarcherschiene“

- **nur** auf Veranlassung eines **Vertragsarztes / Facharztes** mit der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ oder einer besonderen Qualifikation nach § 6 Absatz 2 QSV (Qualitätssicherungsvereinbarung).

Bedingungen:

- Der **Facharzt** hat anhand einer Stufendiagnostik eine behandlungsbedürftige **Schlafapnoe** diagnostiziert und festgestellt, dass eine **Überdrucktherapie mit Atemmaske** nicht erfolgreich durchgeführt werden kann.
- Nur bei Erwachsenen.
- Der **Zahnarzt** prüft, ob aus zahnmedizinischer Sicht die Voraussetzungen für den Einsatz des Therapiegerätes gegeben sind, lässt die Schiene im zahntechnischen Labor anfertigen und setzt sie ein.
- Therapiekontrollen (z. B. Überprüfung des Protrusionsgrades) erfolgen durch den **Facharzt**. Ggf. Korrekturen nimmt dann wieder der **Zahnarzt** vor.
  - **Es muss also eine enge Zusammenarbeit zwischen Facharzt und Zahnarzt stattfinden!**



© anknv\_AdBeSt\_ock.jpeg



Mit freundlicher Genehmigung der SomnoMed Germany GmbH

# UKPS – Unterkieferprotrusionsschiene seit Januar 2022 Vertragsleistung „Schnarcherschiene“

## ÜBERSICHT ÜBER DIE NEUEN LEISTUNGEN ZUR UNTERKIEFERPROTRUSIONSSCHIENE IM BEMA TEIL 2:

BEMA-Nr.	Leistungsbeschreibung	Bew.-zahl
UP1	Untersuchung zur Versorgung mit einer Unterkieferprotrusionsschiene einschließlich Beratung	27
UP2	Abformung und dreidimensionale Registrierung der Startprotrusionsposition	49
UP3	Eingliedern einer Unterkieferprotrusionsschiene	223
UP4	Nachadaptation des Protrusionsgrads	10
UP5 a	Kontrollbehandlung ggf. mit einfachen Korrekturen der UKPS	8
UP5 b	Kontrollbehandlung mit Einschleifen der Stütz- und Gleitzonen einer UKPS (subtraktive Methode)	12
UP5 c	Kontrollbehandlung mit Aufbau der Stütz- und Gleitzone einer UKPS (additive Methode)	35

UP6 a	Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion oder zur Erweiterung einer Unterkieferprotrusionsschiene kleinen Umfangs (ohne Abformung)	25
UP6 b	Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion oder zur Erweiterung einer Unterkieferprotrusionsschiene größeren Umfangs (mit Abformung)	42
UP6 c	Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion oder zur Erweiterung einer Unterkieferprotrusionsschiene Teilunterfütterung einer Unterkieferprotrusionsschiene	37
UP6 d	Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion oder zur Erweiterung einer Unterkieferprotrusionsschiene Wiederherstellung einer einzelnen oder mehrerer Halte- oder Stützvorrichtungen	19
UP6 e	Maßnahmen zum Wiederherstellen der Funktion oder zur Erweiterung einer Unterkieferprotrusionsschiene Wiederherstellung eines einzelnen oder mehrerer Protrusionselemente	19

**Webcode: W00512**

# Geb.-Nr. 101 bis 104

101	Maßnahmen zur Weichteilstützung zum Ausgleich oder zum Verschluss von Defekten im Bereich des Kiefers	
	a) bei vorhandenem Restgebiss	80
	b) bei zahnlosem Kiefer	120
102	Eingliedern eines <u>Obturator</u> s zum Verschluss von Defekten des weichen Gaumens	240
103	<u>Resektionsprothesen:</u>	
	a) Eingliedern einer temporären Verschlussprothese nach Resektion oder bei großen Defekten des Oberkiefers	160
	b) Ergänzungsmaßnahmen im Anschluss an Leistungen nach Buchstabe a)	80
	c) Eingliedern einer Dauerprothese	300
104	Eingliedern einer Prothese oder <u>Epithese</u> zum Verschluss extraoraler Weichteildefekte oder zum Ersatz fehlender Gesichtsteile	
	a) kleineren Umfanges	300
	b) größeren Umfanges	500
	Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen sind nach den Allgemeinen Bestimmungen des Bema abrechnungsfähig. (Nr. 104 auch ohne gleichzeitigen Zahnersatz möglich)	

Die Leistungen nach den Nrn. 101 - 104 können nur im Zusammenhang mit Befunden nach den Klassen Nr. 3 und 4 der Festzuschuss-Richtlinien abgerechnet werden.<sup>1</sup>



Auch diese Leistungen, die in der Regel mit der Anfertigung von Prothesen einhergehen, gehören zur Abrechnungsart KB!

# Leistungen aus der GOÄ

Nr. der GOÄ	Leistung	Abrechnungsnummer	BEMA-Punkte
2695	Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intra- und extraorale Schienenverbände und Stützapparate	2695	300
2696	Drahtumschlingung des Unterkiefers oder orofaziale Drahtaufhängung, auch beidseitig	2696	56
2697	Anlegen von Drahtligaturen, Drahthäkchen oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbstständige Leistung	2697	39
2698	Anlegen und Fixation einer Schiene am unverletzten Ober- oder Unterkiefer	2698	167
2699	Anlegen und Fixation einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer	2699	245
2700	Anlegen von Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen (z.B. Verbandsplatte, Pelotte) am Ober- oder Unterkiefer oder bei Kieferklemme	2700	39

Nr. der GOÄ	Leistung	Abrechnungsnummer	BEMA-Punkte
2701	Anlegen von extraoralen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen, einer Verbands- oder Verschlussplatte, Pelotte oder dergleichen – im Zusammenhang mit plastischen Operationen oder zur Verhütung oder Behandlung von Narbenkontrakturen –	2701	200
2702	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten – auch Entfernung von Schienen oder Stützapparaten –, je Kiefer	2702	34

Auch in der  
**GOÄ (Gebührenordnung Ärzte)**  
 finden sich Abrechnungsleistungen  
 zum Bereich „Kieferbruch“!

Vordruck 9 Anlage 14a und 14b BMV-Z ab 1. Januar 2021

### Zahnärztliche Heilmittelverordnung

**Zahnarzt**  
Name, Vorname des Verordnenden: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

**KV**  
Kontingenterstellung: \_\_\_\_\_ Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ Status: \_\_\_\_\_  
Vertragsärzt: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Verordnung nach Maßgabe des Kataloges

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

Heilversand:  Ja  Nein  Ja  Nein

---

**Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges**

<b>Physiotherapie</b> <b>Vorrangige Heilmittel:</b> <input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> KG-ZNS-Kinder <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> KG-ZNS <input type="checkbox"/> Bobath <input type="checkbox"/> Vojta <input type="checkbox"/> PNF <input type="checkbox"/> MT <input type="checkbox"/> MLD 30 <input type="checkbox"/> MLD 45	<b>Ergänzende Heilmittel:</b> <input type="checkbox"/> Kälte <input type="checkbox"/> Wärme <input type="checkbox"/> Heißluft <input type="checkbox"/> Heiße Rolle <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Packungen ggf. Spezifizierung: _____ <input type="checkbox"/> Übungsbehandlung	<b>Sprech- und Sprachtherapie oder Schlucktherapie</b> <b>Therapiedauer</b> <input type="checkbox"/> 30 min. _____ <input type="checkbox"/> 45 min. _____ <input type="checkbox"/> 60 min. _____	<b>Anzahl pro Woche</b> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 1x 2x 3x <b>Verordnungsmenge</b> <input type="text"/>
---	---	--	--

ICD-10 - Code: \_\_\_\_\_  
 ICD-10 - Code: \_\_\_\_\_  
 ICD-10 - Code: \_\_\_\_\_

Weitere Hinweise (ggf. Angaben/Begründung zum langfristigen Heilmittelbedarf, Angaben zur Blankoverordnung, etc.): \_\_\_\_\_

K des Leistungserbringers: \_\_\_\_\_  
 Zahnarztstempel / Unterschrift des Zahnarzte: \_\_\_\_\_

Muster  
Verordnungs-  
vordruck  
Heilmittel

Webcode:  
W00301

### Empfangsbestätigung durch den Versicherten

Ich bestätige, die im Folgenden aufgeführten Behandlungen erhalten zu haben

Datum	Maßnahmen (erhaltene Heilmittel, ggf. auch Hausbesuche)	Leistungserbringer	Unterschrift des Versicherten
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

---

**Abrechnungsdaten des Heilmittelerbringers**

Rechnungsnummer: \_\_\_\_\_

IK des Leistungserbringers: \_\_\_\_\_ Belegnummer: \_\_\_\_\_

Behandlungsabbruch: **T T M M J J** Nach Rücksprache mit dem Zahnarzt  
 Abweichung von der Frequenz

Begründung: \_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift des Leistungserbringers: \_\_\_\_\_

# Häufige Fragen zu den K-Positionen

- Sind jeweils eine Schiene im Oberkiefer **und** Unterkiefer zeitgleich abrechenbar? Gibt es Ausnahmen?
- Kann die **K 8** „Kontrollbehandlung mit Einschleifen (subtraktive Methode)“ bei einer Schiene **K 2** abgerechnet werden?
- Was kann abgerechnet werden, wenn der Patient nicht mehr zur Eingliederung der Schiene erscheint?
- In welchen Fällen muss eine Schiene vorher bei der Krankenkasse beantragt werden?
- In welchem Zeitabstand kann eine Schiene bei einem Patienten erneuert und abgerechnet werden?

# KB die häufigsten Schienenarten/Abrechnungen



© Brigitte Meckle - Fotolia.com.jpg

**K 1** - adjustiert



**K 2** – nicht adjustiert



**K 4** - semipermanent

**K 3** – Umarbeitung Prothese

**K 6, K 7, K 8, K 9** – Wiederherstellung/Kontrollen/Einschleifen

# Zeit für Ihre Fragen zum Thema „Kieferbruch“




© yodiyim- Fotolia.com.jpg



## PAR-Behandlungen nach der neuen Richtlinie seit 1. Juli 2021

Die Richtlinie beschreibt die vertraglichen Grundlagen der PAR-Behandlung und ist zu beachten!



 Auch im PAR-Bereich gibt es nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfungen! Hier wird insbesondere die Einhaltung der Richtlinie geprüft.

Die Behandlungsrichtlinie und weitere Infos finden Sie auch auf der KZV-Website → Webcode: **W00496**

Nr.	Leistung	Abkürzung	Bewertungszahl
04	Erhebung des PSI-Code	PSI	12

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				
<b>gesund</b>	<b>Gingivitis</b>	<b>Gingivitis</b>	<b>Parodontitis</b>	<b>Parodontitis</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>keine Therapie notwendig</li> <li>weitere präventive Betreuung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instruktionen zur Verbesserung der individuellen Mundhygiene</li> <li>professionelle Entfernung supragingivales/gingivaler Beläge auf Zahn- und Wurzeloberfläche (PZR) kann hilfreich sein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>professionelle Entfernung supragingivales/gingivaler Beläge auf Zahn- und Wurzeloberfläche (PZR)</li> <li>Instruktionen zur Verbesserung der individuellen Mundhygiene</li> <li>Korrektur plaque-retentiver Restaurationsränder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>professionelle Entfernung supragingivales/gingivaler Beläge auf Zahn- und Wurzeloberfläche (PZR)</li> <li>Instruktionen zur Verbesserung der individuellen Mundhygiene</li> <li>vollständige parodontale Befunderhebung, wenn zwei oder mehr der Sextanten einen Code 3 zugewiesen bekommen haben, als Basis der weiteren Therapieplanung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>vollständige parodontale Befunderhebung als Basis der weiteren Therapieplanung</li> </ul>

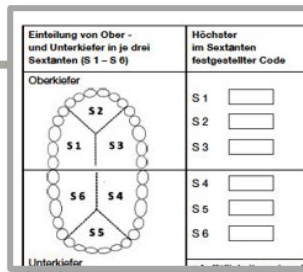
© Deutsche Gesellschaft für Parodontologie e.V. (DG PARO) - überarbeiteter Auflage April 2022

**Webcode: W00496**

- Eine Leistung nach Nr. 04 kann einmal innerhalb von zwei Jahren abgerechnet werden.
- Nicht während einer systematischen PAR-Behandlung (einschl. UPT-Phase)
- Bei Kindern und Jugendlichen eingeschränkt abrechenbar (Indexzähne beachten: **11, 16, 26, 31, 36, 46**)

## Wie wird der PSI beim Patienten erhoben? – Richtlinientext der Behandlungsrichtlinie B I.

Versicherte haben **einmal innerhalb von zwei Jahren** Anspruch auf Erhebung des Parodontalen Screening-Index (PSI).



Der PSI bietet einen orientierenden Überblick über das mögliche Vorliegen oder die Schwere einer parodontalen Erkrankung und den Behandlungsbedarf. Sind Anzeichen einer parodontalen Erkrankung festgestellt worden, ist eine gezielte Diagnostik nach § 3 der Richtlinie zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen (PAR-Richtlinie) erforderlich. Die Messung des PSI erfolgt bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr an den Indexzähnen 11, 16, 26, 31, 36, 46 bzw. bei deren Fehlen an den benachbarten bleibenden Zähnen. Der Durchbruch dieser Zähne sollte abgeschlossen sein. **Bei Erwachsenen erfolgt die Messung an allen vorhandenen Zähnen mit Ausnahme der Weisheitszähne.** Die Befundung wird mittels einer Mess-Sonde (WHO-Sonde) mit halbkugelförmiger Spitze und Markierung (schwarzes Band zwischen 3,5 und 5,5 mm) durchgeführt. **Zur Erhebung ist das Gebiss in Sextanten eingeteilt. Aufgezeichnet wird der höchste Wert pro Sextant:**

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

Wird an einem Parodontium ein Wert von Code 4 gemessen, wird für den Sextanten die Messung beendet und für den Sextanten ein Wert von Code 4 eingetragen. Sextanten ohne oder mit nur einem Zahn werden mit einem „X“ kenntlich gemacht. Klinische Abnormitäten (z. B. Furkationsbeteiligungen, mukogingivale Probleme, Rezessionen  $\geq$  3,5 mm, Zahnbeweglichkeit etc.) werden mit einem Stern „\*“ gekennzeichnet und eine Einordnung in den nächsthöheren als den per Messung festgestellten Code vorgenommen.

**Das Ergebnis des PSI ist auf dem genormten „Vordruck 11“ zu dokumentieren und mit dem Patienten zu besprechen.  
Der Patient muss eine Ausfertigung des ausgefüllten Vordrucks erhalten!**

# Vordruck 11

## 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
<b>Oberkiefer</b> 	S 1 <input type="text"/>	0 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, keine Blutung auf Sondierung, kein Zahnstein, keine überstehenden Füllungs-/Kronenränder  1 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, Blutung auf Sondierung, kein Zahnstein, keine überstehenden Füllungs-/Kronenränder  2 Sondierungstiefe kleiner 3,5 mm, Zahnstein und/oder überstehende Füllungs-/Kronenränder  3 Sondierungstiefe 3,5 bis 5,5 mm  4 Sondierungstiefe größer 5,5 mm
	S 2 <input type="text"/>	
	S 3 <input type="text"/>	
<b>Unterkiefer</b> 	S 4 <input type="text"/>	
	S 5 <input type="text"/>	
	S 6 <input type="text"/>	

\* Auffälligkeiten wie z. B. Zahnfleischrückgang oder Zahnlockerung sind mit einem Stern gekennzeichnet.

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

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

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

Sonstiges/weitere Empfehlung: \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Zahnarztstempel \_\_\_\_\_

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

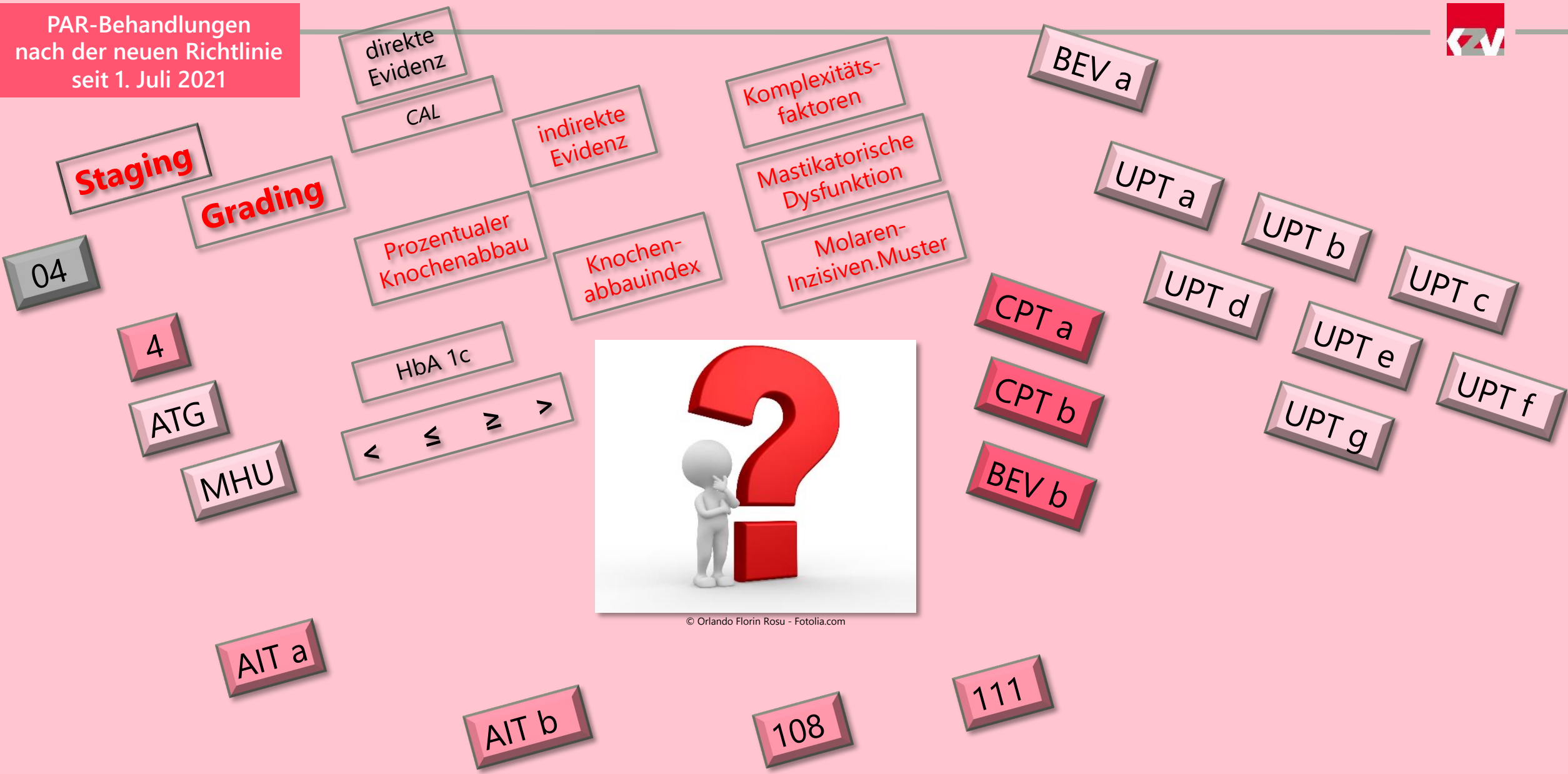
PSI-Code	Diagnose	Empfehlungen, möglicher Untersuchungs- und Behandlungsbedarf
0	Parodontal gesund	Keine Therapie notwendig, regelmäßige Kontrolluntersuchung
1	Zahnfleischentzündung (Gingivitis)	Verbesserung der Mundhygiene
2	Zahnfleischentzündung (Gingivitis), Zahnstein oder überstehende Füllungs- oder 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: \_\_\_\_\_

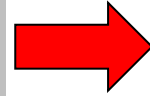
Ort, Datum \_\_\_\_\_ Zahnarztstempel \_\_\_\_\_

PAR-Behandlungen  
nach der neuen Richtlinie  
seit 1. Juli 2021



© Orlando Florin Rosu - Fotolia.com

**04 PSI + Infoblatt**  
PSI ist aber keine Voraussetzung zur PAR-Behandlung



**4** Erstellung Parodontalstatus (Befund, Diagnose, Prognose, Therapieplanung)  
Röntgenaufnahmen müssen vorliegen!

**ANTRAGSTELLUNG / BEWILLIGUNG**

**ATG**

**MHU**

**AIT a + b**      108    111

nach 3 bis 6 Monaten

**CPT a + b**

**BEV a**

nach 3 bis 6 Monaten

**BEV b**

**UPT**

regelmäßig über 2 Jahre mit Verlängerungsoption

# Anamnese und klinische Befunde

## Klinische Befunde:

- Sondierungstiefen **und** Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn (eine davon mesioapproximal und eine davon distoapproximal) in Millimeter (ohne Kommastellen)

Liegt der Wert zwischen zwei Millimetermarkierungen, wird auf ganze Millimeter gerundet

**(kaufmännische Rundung! z. B. 3,2 mm = 3,0 mm | 3,5 mm = 4,0 mm)**

- Tritt bei der Messung eine Blutung auf, ist dies mit einem Sternchen ( \* ) neben der ST kenntlich zu machen.

# Anamnese und klinische Befunde

<b>Parodontitisspezifische Anamnese:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Diabetes mit HBA 1c –Wert</b> &lt; 7 %   ≥ 7 %</li> <li>▪ <input type="checkbox"/> &lt; als 10 Zigaretten (oder äquivalent) pro Tag</li> <li>▪ <input type="checkbox"/> ≥ als 10 Zigaretten (oder äquivalent) pro Tag</li> </ul>
<b>Klinische Parameter:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Furkationsbefall</b></li> <li>• Grad 0 = keine Furkationsbeteiligung sondierbar</li> <li>• Grad 1 = bis 3 mm in horizontaler Richtung sondierbar</li> <li>• Grad 2 = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung, jedoch nicht durchgängig sondierbar</li> <li>• Grad 3 = durchgängig sondierbar</li> </ul>

*HBA 1c < 6 % (5 %) gesund    5,7 % – 6,4 % prädiabetisch    ≥ 6,5 % **Diabetes mellitus***



# Weitere klinische Befunde

## Klinische Parameter:

- **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
  
- **Zahnverlust aufgrund von Parodontitis**

kein Verlust |  $\leq 4$  Zähne |  $\geq 5$  Zähne

**Behandlungsbedürftigkeit  
entsprechend PAR-Richtlinie § 4:**

- Liegt vor, wenn eine der folgenden Diagnosen gestellt wird und dabei eine Sondierungstiefe **von 4 mm oder mehr** vorliegt:

**Diagnosen:**

- 1. Parodontitis**
- 2. Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen**  
Zum Beispiel:
  - genetische Erkrankungen (z. B. Papillon-Lefèvre-Syndrom \*)
  - erworbene Immunschwächen (z. B. HIV)
  - entzündliche Darmerkrankungen (z. B. Morbus Crohn)
- 3. Andere das Parodont betreffende Zustände:**  
generalisierte gingivale Vergrößerungen

\* ektodermale Dysplasie, Verhornungsstörung

**Behandlungsbedürftigkeit  
entsprechend PAR-Richtlinie § 4:**

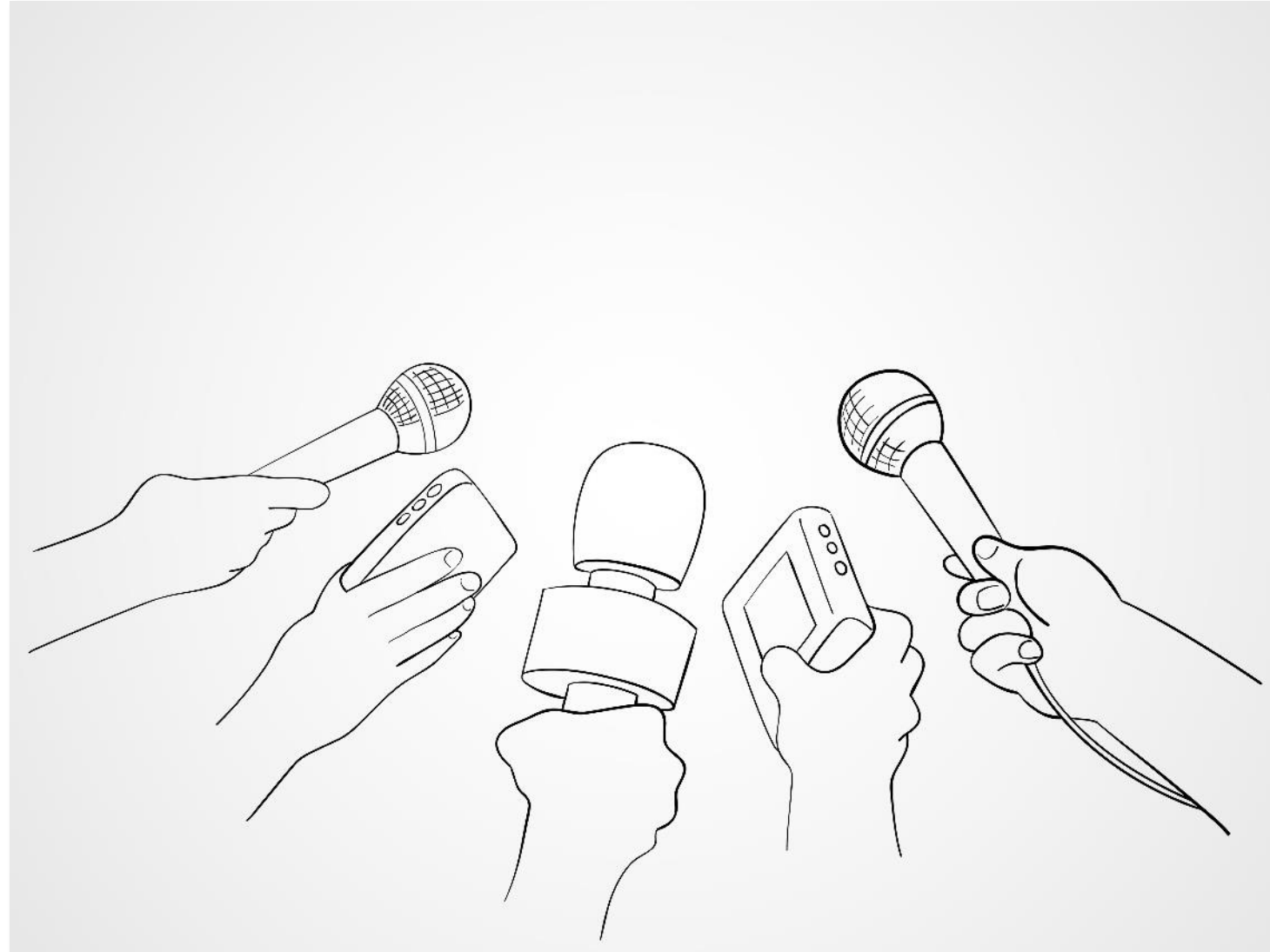
Bei weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75 % oder einem Furkationsbefall von Grad 3 ist bei gleichzeitigem Vorliegen eines Lockerungsgrades III in der Regel die Entfernung des Zahnes angezeigt.

## Behandlungsbedürftigkeit entsprechend PAR-Richtlinie § 4

### Maßnahmen der Vorbehandlung:

- Die Entfernung von Plaque, Zahnstein und fest haftenden Belägen ist **keine** Leistungsvoraussetzung mehr für eine systematische Parodontitistherapie. Diese Reizfaktoren werden als „natürliche Reizfaktoren“ angesehen.
  - Die Mundhygieneinstruktion ist nicht mehr verpflichtend vor Antragsstellung verankert, sondern ist als **eigener Therapieschritt in die Versorgungstrecke integriert (MHU - PAR-Richtlinie § 8)**.
  - **Dringende Empfehlung:**
    - Es muss bei Antragstellung ein Hygieniezustand vorliegen, der es überhaupt erlaubt, Sondierungstiefen und -blutung richtig zu messen und eine korrekte Diagnose zu stellen.
    - **Der Hygieniezustand bei der eigentlichen PAR-Behandlung (AIT) darf den Erfolg der geschlossenen Kürettage nicht gefährden.**
- Konservierend-chirurgische Maßnahmen einschließlich des Glättens überstehender Füllungs- und Kronenränder sind **je nach Indikation (!)** vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der PAR-Therapie durchzuführen. (PAR-Richtlinie § 7)  
*Empfehlung: möglichst vor der Therapie, selbstverständlich kann dies auch schon vor der Antragstellung erfolgen.*

# Zeit für Ihre Fragen



© rudall30 - Fotolia.com

# Röntgenbefund:

<p><b>Röntgen:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voraussetzung: Aktuelle (in der Regel nicht älter als <b>12 Monate</b>) auswertbare Röntgenaufnahmen.</li> <li>▪ Der Röntgenbefund umfasst den röntgenologischen Knochenabbau sowie die Angabe             <math display="block">\frac{\text{Knochenabbau in \%}}{\text{Alter des Patienten}} = \text{Knochenabbauindex}</math> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Röntgenbefund ist (<i>wie alle anderen Röntgenbefunde auch</i>) schriftlich in der Patientendokumentation festzuhalten.</li> </ul>

# Röntgenologischer Knochenabbau

## ▪ Prozentualer approximaler Knochenabbau in Relation zur Wurzellänge:

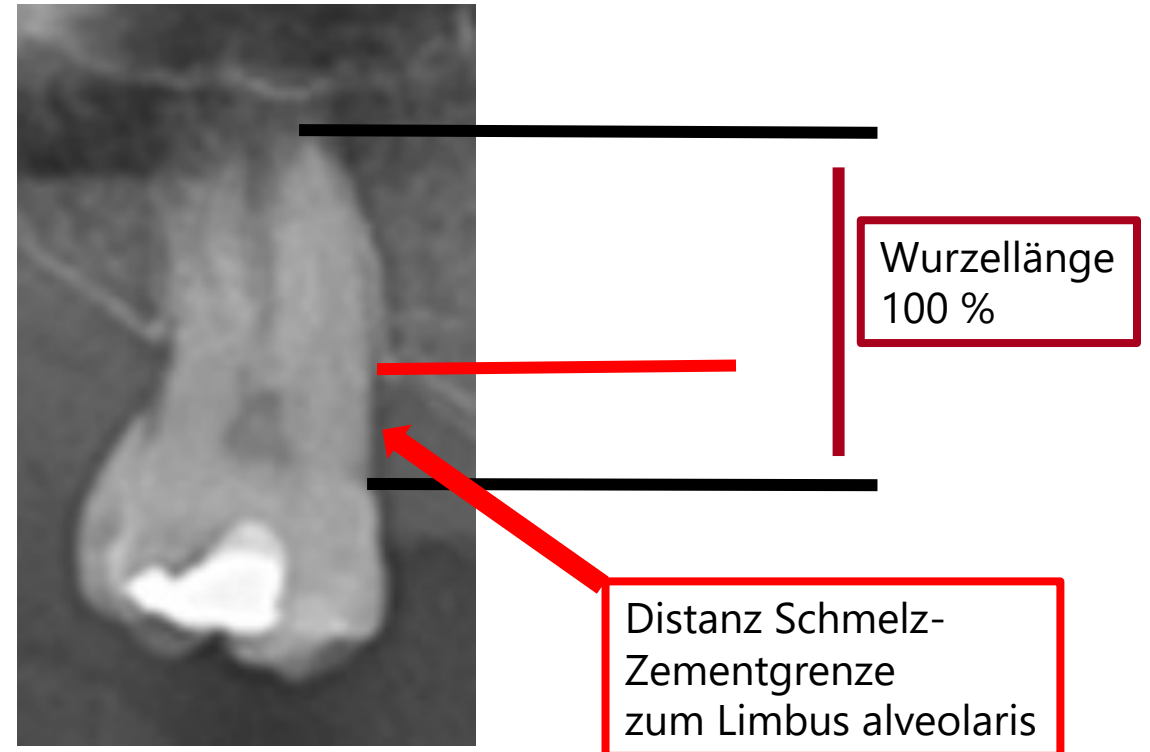
$$\text{Knochenabbau in \%} = \frac{\text{Distanz Schmelzzementgrenze zum Limbus alveolaris} \times 100}{\text{Wurzellänge}}$$

Kann auch geschätzt werden:

z. B. 1/6 der Wurzellänge = **15 %**  
 1/3 der Wurzellänge = **33 %** usw.

## ▪ Knochenabbauindex:

$$\text{Knochenabbauindex} = \frac{\text{Knochenabbau in \%}}{\text{Alter des Patienten}}$$

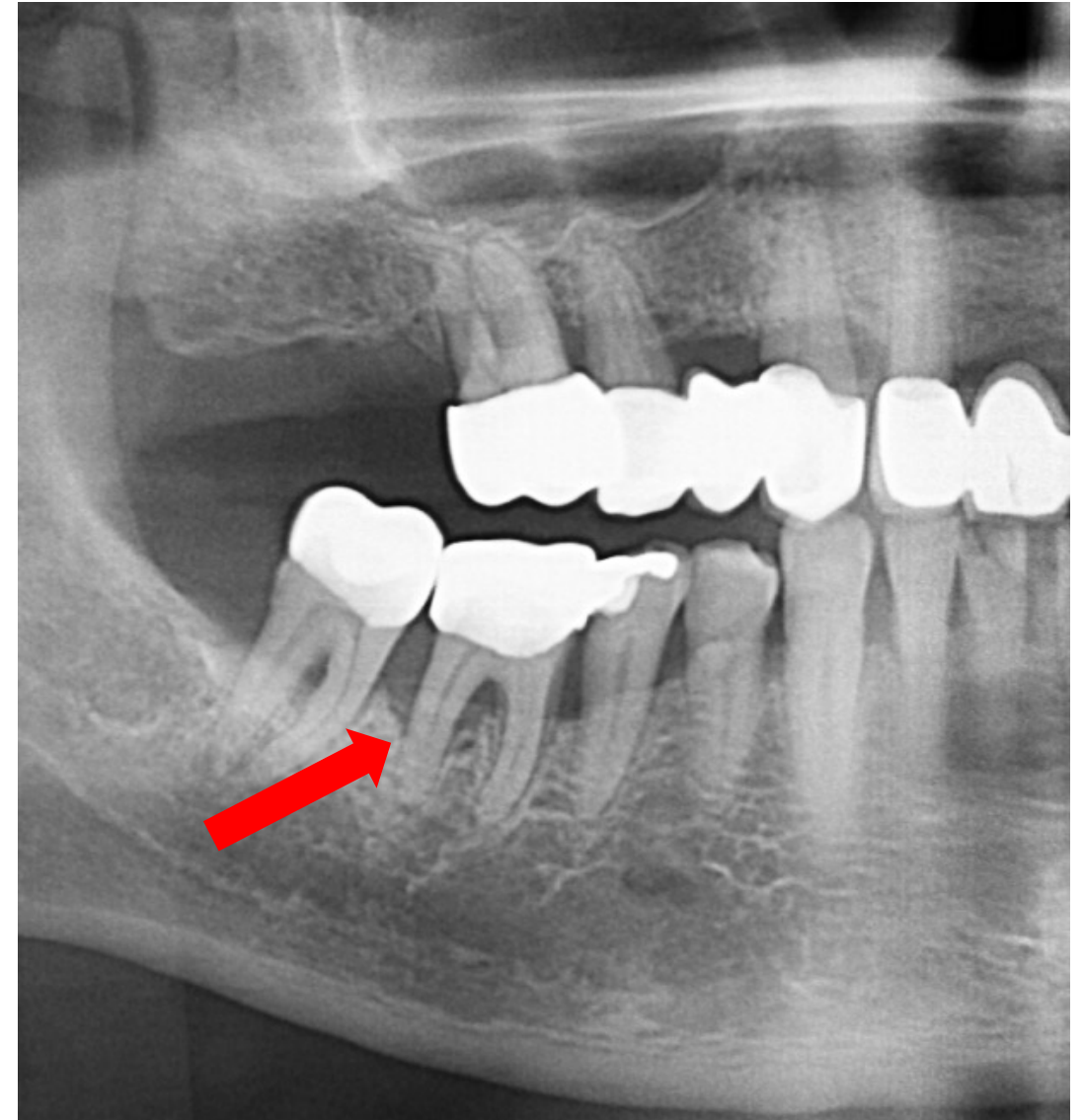


# Knochenabbau-Index:

Der am stärksten betroffene Zahn bestimmt den Index!

Knochen-  
abbau-Index =  $\frac{\text{Knochenabbau in \%}}{\text{Alter des Patienten}}$

Knochen-  
abbau-Index =  $\frac{60}{50} = 1,20$







	Knochen- Abbau %	2	5	10	15	20	25	30	33	35	40	45	50	55	60	65	66	70	75	80	85	90	95	100
									<b>x</b>															
<b>Alter</b>	14	0,14	0,36	0,71	1,07	1,43	1,79	2,14	2,36	2,50	2,86	3,21	3,57	3,93	4,29	4,64	4,71	5,00	5,36	5,71	6,07	6,43	6,79	7,14
	16	0,13	0,31	0,63	0,94	1,25	1,56	1,88	2,06	2,19	2,50	2,81	3,13	3,44	3,75	4,06	4,13	4,38	4,69	5,00	5,31	5,63	5,94	6,25
	18	0,11	0,28	0,56	0,83	1,11	1,39	1,67	1,83	1,94	2,22	2,50	2,78	3,06	3,33	3,61	3,67	3,89	4,17	4,44	4,72	5,00	5,28	5,56
	<b>20</b>	0,10	0,25	0,50	0,75	1,00	1,25	1,50	1,65	1,75	2,00	2,25	2,50	2,75	3,00	3,25	3,30	3,50	3,75	4,00	4,25	4,50	4,75	5,00
	22	0,09	0,23	0,45	0,68	0,91	1,14	1,36	1,50	1,59	1,82	2,05	2,27	2,50	2,73	2,95	3,00	3,18	3,41	3,64	3,86	4,09	4,32	4,55
	24	0,08	0,21	0,42	0,63	0,83	1,04	1,25	1,38	1,46	1,67	1,88	2,08	2,29	2,50	2,71	2,75	2,92	3,13	3,33	3,54	3,75	3,96	4,17
	26	0,08	0,19	0,38	0,58	0,77	0,96	1,15	1,27	1,35	1,54	1,73	1,92	2,12	2,31	2,50	2,54	2,69	2,88	3,08	3,27	3,46	3,65	3,85
	28	0,07	0,18	0,36	0,54	0,71	0,89	1,07	1,18	1,25	1,43	1,61	1,79	1,96	2,14	2,32	2,36	2,50	2,68	2,86	3,04	3,21	3,39	3,57
<b>x</b>	<b>30</b>	0,07	0,17	0,33	0,50	0,67	0,83	1,00	<b>1,10</b>	1,17	1,33	1,50	1,67	1,83	2,00	2,17	2,20	2,33	2,50	2,67	2,83	3,00	3,17	3,33
	32	0,06	0,16	0,31	0,47	0,63	0,78	0,94	1,03	1,09	1,25	1,41	1,56	1,72	1,88	2,03	2,06	2,19	2,34	2,50	2,66	2,81	2,97	3,13
	34	0,06	0,15	0,29	0,44	0,59	0,74	0,88	0,97	1,03	1,18	1,32	1,47	1,62	1,76	1,91	1,94	2,06	2,21	2,35	2,50	2,65	2,79	2,94
	36	0,06	0,14	0,28	0,42	0,56	0,69	0,83	0,92	0,97	1,11	1,25	1,39	1,53	1,67	1,81	1,83	1,94	2,08	2,22	2,36	2,50	2,64	2,78
	38	0,05	0,13	0,26	0,39	0,53	0,66	0,79	0,87	0,92	1,05	1,18	1,32	1,45	1,58	1,71	1,74	1,84	1,97	2,11	2,24	2,37	2,50	2,63
<b>x</b>	<b>40</b>	0,05	0,13	0,25	0,38	0,50	0,63	0,75	<b>0,83</b>	0,88	1,00	1,13	1,25	1,38	1,50	1,63	1,65	1,75	1,88	2,00	2,13	2,25	2,38	2,50
	42	0,05	0,12	0,24	0,36	0,48	0,60	0,71	0,79	0,83	0,95	1,07	1,19	1,31	1,43	1,55	1,57	1,67	1,79	1,90	2,02	2,14	2,26	2,38
	44	0,05	0,11	0,23	0,34	0,45	0,57	0,68	0,75	0,80	0,91	1,02	1,14	1,25	1,36	1,48	1,50	1,59	1,70	1,82	1,93	2,05	2,16	2,27
	46	0,04	0,11	0,22	0,33	0,43	0,54	0,65	0,72	0,76	0,87	0,98	1,09	1,20	1,30	1,41	1,43	1,52	1,63	1,74	1,85	1,96	2,07	2,17
	48	0,04	0,10	0,21	0,31	0,42	0,52	0,63	0,69	0,73	0,83	0,94	1,04	1,15	1,25	1,35	1,38	1,46	1,56	1,67	1,77	1,88	1,98	2,08
	<b>50</b>	0,04	0,10	0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,66	0,70	0,80	0,90	1,00	1,10	1,20	1,30	1,32	1,40	1,50	1,60	1,70	1,80	1,90	2,00
	52	0,04	0,10	0,19	0,29	0,38	0,48	0,58	0,63	0,67	0,77	0,87	0,96	1,06	1,15	1,25	1,27	1,35	1,44	1,54	1,63	1,73	1,83	1,92
	54	0,04	0,09	0,19	0,28	0,37	0,46	0,56	0,61	0,65	0,74	0,83	0,93	1,02	1,11	1,20	1,22	1,30	1,39	1,48	1,57	1,67	1,76	1,85
	56	0,04	0,09	0,18	0,27	0,36	0,45	0,54	0,59	0,63	0,71	0,80	0,89	0,98	1,07	1,16	1,18	1,25	1,34	1,43	1,52	1,61	1,70	1,79
	58	0,03	0,09	0,17	0,26	0,34	0,43	0,52	0,57	0,60	0,69	0,78	0,86	0,95	1,03	1,12	1,14	1,21	1,29	1,38	1,47	1,55	1,64	1,72
	<b>60</b>	0,03	0,08	0,17	0,25	0,33	0,42	0,50	0,55	0,58	0,67	0,75	0,83	0,92	1,00	1,08	1,10	1,17	1,25	1,33	1,42	1,50	1,58	1,67
	62	0,03	0,08	0,16	0,24	0,32	0,40	0,48	0,53	0,56	0,65	0,73	0,81	0,89	0,97	1,05	1,06	1,13	1,21	1,29	1,37	1,45	1,53	1,61
	64	0,03	0,08	0,16	0,23	0,31	0,39	0,47	0,52	0,55	0,63	0,70	0,78	0,86	0,94	1,02	1,03	1,09	1,17	1,25	1,33	1,41	1,48	1,56
	66	0,03	0,08	0,15	0,23	0,30	0,38	0,45	0,50	0,53	0,61	0,68	0,76	0,83	0,91	0,98	1,00	1,06	1,14	1,21	1,29	1,36	1,44	1,52
	68	0,03	0,07	0,15	0,22	0,29	0,37	0,44	0,49	0,51	0,59	0,66	0,74	0,81	0,88	0,96	0,97	1,03	1,10	1,18	1,25	1,32	1,40	1,47
	<b>70</b>	0,03	0,07	0,14	0,21	0,29	0,36	0,43	0,47	0,50	0,57	0,64	0,71	0,79	0,86	0,93	0,94	1,00	1,07	1,14	1,21	1,29	1,36	1,43
	72	0,03	0,07	0,14	0,21	0,28	0,35	0,42	0,46	0,49	0,56	0,63	0,69	0,76	0,83	0,90	0,92	0,97	1,04	1,11	1,18	1,25	1,32	1,39
	74	0,03	0,07	0,14	0,20	0,27	0,34	0,41	0,45	0,47	0,54	0,61	0,68	0,74	0,81	0,88	0,89	0,95	1,01	1,08	1,15	1,22	1,28	1,35
	76	0,03	0,07	0,13	0,20	0,26	0,33	0,39	0,43	0,46	0,53	0,59	0,66	0,72	0,79	0,86	0,87	0,92	0,99	1,05	1,12	1,18	1,25	1,32
	78	0,03	0,06	0,13	0,19	0,26	0,32	0,38	0,42	0,45	0,51	0,58	0,64	0,71	0,77	0,83	0,85	0,90	0,96	1,03	1,09	1,15	1,22	1,28
	<b>80</b>	0,03	0,06	0,13	0,19	0,25	0,31	0,38	0,41	0,44	0,50	0,56	0,63	0,69	0,75	0,81	0,83	0,88	0,94	1,00	1,06	1,13	1,19	1,25
	82	0,02	0,06	0,12	0,18	0,24	0,30	0,37	0,40	0,43	0,49	0,55	0,61	0,67	0,73	0,79	0,80	0,85	0,91	0,98	1,04	1,10	1,16	1,22
	84	0,02	0,06	0,12	0,18	0,24	0,30	0,36	0,39	0,42	0,48	0,54	0,60	0,65	0,71	0,77	0,79	0,83	0,89	0,95	1,01	1,07	1,13	1,19
	86	0,02	0,06	0,12	0,17	0,23	0,29	0,35	0,38	0,41	0,47	0,52	0,58	0,64	0,70	0,76	0,77	0,81	0,87	0,93	0,99	1,05	1,10	1,16
	88	0,02	0,06	0,11	0,17	0,23	0,28	0,34	0,38	0,40	0,45	0,51	0,57	0,63	0,68	0,74	0,75	0,80	0,85	0,91	0,97	1,02	1,08	1,14
	<b>90</b>	0,02	0,06	0,11	0,17	0,22	0,28	0,33	0,37	0,39	0,44	0,50	0,56	0,61	0,67	0,72	0,73	0,78	0,83	0,89	0,94	1,00	1,06	1,11
	92	0,02	0,05	0,11	0,16	0,22	0,27	0,33	0,36	0,38	0,43	0,49	0,54	0,60	0,65	0,71	0,72	0,76	0,82	0,87	0,92	0,98	1,03	1,09
	94	0,02	0,05	0,11	0,16	0,21	0,27	0,32	0,35	0,37	0,43	0,48	0,53	0,59	0,64	0,69	0,70	0,74	0,80	0,85	0,90	0,96	1,01	1,06
	96	0,02	0,05	0,10	0,16	0,21	0,26	0,31	0,34	0,36	0,42	0,47	0,52	0,57	0,63	0,68	0,69	0,73	0,78	0,83	0,89	0,94	0,99	1,04
	98	0,02	0,05	0,10	0,15	0,20	0,26	0,31	0,34	0,36	0,41	0,46	0,51	0,56	0,61	0,66	0,67	0,71	0,77	0,82	0,87	0,92	0,97	1,02

Grad (Progression)	Grad A	Grad B	Grad C
Knochenabbauindex (KA (%)/Alter)	< 0,25	<b>X</b> 0,25 - 1,0	> 1,0

33 % 40 J. → Index 0,83



33 % 30 J. → Index 1,10

# Diagnosestellung

Einstufung nach

- Stadien (**Staging**) Stadium I bis IV
- Progressionsgrad (**Grading**) Grad A - B - C
- *Grading-Einstufung hat direkten Einfluss auf die UPT-Frequenz und den Umfang der UPT*

## **Beispiele für Diagnosen:**

Parodontitis Stadium II, generalisiert, Grad B

Parodontitis Stadium III, lokalisiert, Grad C

Parodontitis Stadium III, generalisiert, Grad C als Manifestation system. Erkrankung Morbus Crohn

# Staging

Klassifikation der Parodontitis auf Basis der Erkrankungsstadien I bis IV

Gibt die Schwere und das Ausmaß der Erkrankung an.

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	<p><b>Maximale Sondierungstiefe ≤ 4 mm</b></p> <p>Vorwiegend horizontaler Knochenabbau</p>	<p><b>Maximale Sondierungstiefe 5 mm</b></p> <p>Vorwiegend horizontaler Knochenabbau</p>	<p>Zusätzlich zur Komplexität des Stadium II:</p> <p><b>Sondierungstiefe ≥ 6 mm</b></p> <p>Vertikaler Knochenabbau ≥ 3mm</p> <p>Furkationsbefall Grad II oder III</p>	<p>Zusätzlich zur Komplexität des Stadium III:</p> <p>Notwendigkeit einer komplexen interdisziplinären Rehabilitation aufgrund von:</p> <p>Mastikatorischer Dysfunktion Sekundärem okklusalem Trauma (Zahnbeweglichkeit ≥ Grad 2)</p> <p>Verlust der Bisshöhe. Zahnwanderungen. Auffächerung der Front</p> <p>Weniger als 20 Restzähne mit 10 okkludierenden Paaren</p>
Ausdehnung und Verteilung	Wird zur genaueren Beschreibung des Staging verwendet	<p><b>Für das höchste Stadium beschrieben: Ausdehnung lokalisiert (&lt; 30 % der Zähne), generalisiert (≥ 30 %) oder Molaren/Inzisiven Muster</b></p>			

\*) CAL clinical attachment loss

# Grading

Zuordnung nach dem Grad der Progressionsrate

Für die Zuordnung wird zunächst der Zahn mit dem stärksten Knochenabbau herangezogen.

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
Modifikatoren	Risikofaktoren	Rauchen	Nichtraucher	Raucher, < 10 Zig./Tag	Raucher, ≥ 10 Zig./ Tag
		Diabetes	Kein Diabetiker	HbA1c < 7,0 % bei Patienten mit Diabetes	HbA1c ≥ 7,0 % bei Patienten mit Diabetes

Quelle: Darstellung nach Parsonson (2018)

**zur  
weiterführenden  
Information  
sehr zu  
empfehlen!**

S3-Leitlinie (Langversion)

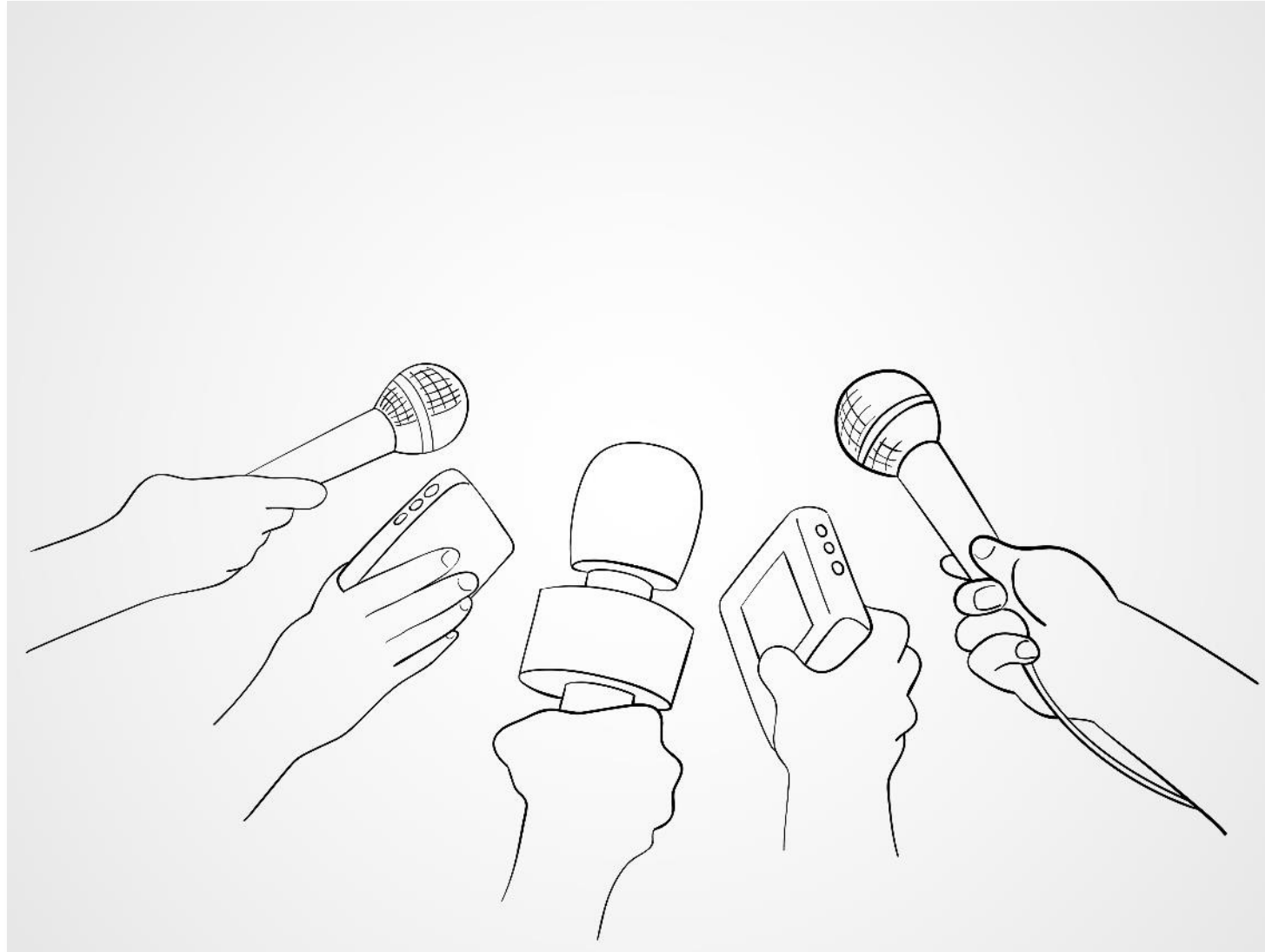
## Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III

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

AWMF-Registernummer: 083-043

Stand: Dezember 2020

# Zeit für Ihre Fragen



© rudall30 - Fotolia.com



Nach der kurzen Pause:

- Ausfüllen Parodontalstatus Blatt 1 und 2
- BEMA-Positionen **ATG, MHU, AIT, CPT, BEV**
- **UPT** – Unterstützende Parodontitistherapie
- Empfehlungen zur praktischen Umsetzung
- Nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung vermeiden!



# BEMA-Abrechnungsseminar

- Ausfüllen Parodontalstatus Blatt 1 und 2
- BEMA-Positionen ATG, MHU, AIT, CPT, BEVa/b
- UPT – Unterstützende Parodontitistherapie
- Empfehlungen zur praktischen Umsetzung
- Nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung vermeiden!



**Übersicht  
BEMA-  
Gebühren-  
positionen**

**PAR-Abrechnung  
und Budgetierung  
(HVM)**

**2023:**

GKV-Finanz-  
stabilisierungs-  
gesetz

Alle PAR BEMA-  
Positionen  
fallen in den HVM  
bis auf Behandlungen  
bei Patienten nach  
§ 22a SGB V,  
§ 15 SGB XI  
und § 99 SGB IX

Abr.-Nr.	Leistung	Bewertungs- punkte	Bewertungs- Punkte (alt)
<b>04</b>	Erhebung Parodontaler Screening-Index	12	10
<b>4</b>	Befunderhebung und Erstellen eines Parodontalstatus	44	39
<b>ATG</b>	Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch	28	-
<b>MHU</b>	Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung	45	-
<b>AIT a</b>	Antiinfektiöse Therapie je beh. einwurzeligen Zahn	14	14 P200
<b>AIT b</b>	Antiinfektiöse Therapie je beh. mehrwurzeligen Zahn	26	26 P201
<b>BEV a</b>	Befundevaluation nach AIT	32	-
<b>BEV b</b>	Befundevaluation nach CPT	32	-
<b>CPT a</b>	Chirurgische Therapie je beh. einwurzeligen Zahn	22	22 P202
<b>CPT b</b>	Chirurgische Therapie je beh. mehrwurzeligen Zahn	34	34 P203
<b>108</b>	Einschleifen zum Kauebenenausgleich und zur Entlastung, je Sitzung	6	6
<b>111</b>	Nachbehandlung im Rahmen PAR, je Sitzung	10	10
<b>UPT</b>	<b>a b c d e f g</b>		-

Abr.-Nr.	Leistung	Punkte	Punkte (alt)
4	Befunderhebung und Erstellen eines Parodontalstatus	44	39

### PARODONTALSTATUS Blatt 1

Kontaktkasse bzw. Kontaktträger: \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname des Mitarbeiters: \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_

Kontaktingenieur: \_\_\_\_\_  
 Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Zahnärztliche Nr.: \_\_\_\_\_

---

**Allgemeine und parodontitispezifische Anamnese**

Diabetes mellitus     Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Tabakkonsum \_\_\_\_\_

**Spezielle Vorgeschichte**  
 Frühere PAR-Therapie: \_\_\_\_\_  
 Angabe 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)	<input type="checkbox"/> < 15 % (1 – 2 mm)	<input type="checkbox"/> 15 – 33 % (3 – 4 mm)	<input type="checkbox"/> > 33 % (≥ 5 mm)	
Zahnverlust aufgrund von Parodontitis	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> ≤ 4 Zähne	<input type="checkbox"/> ≥ 5 Zähne
Komplexitätsfaktoren (anzukreuzen, auch wenn nur ein Faktor aus der jeweiligen Gruppe vorliegt)	<input type="checkbox"/> ST = 5 mm, vorwiegend horizontaler KA		<input type="checkbox"/> ST ≥ 6 mm, vertikaler KA ≥ 3 mm, FB Grad II oder III	<input type="checkbox"/> Komplexe Rehabilitation wegen mastikatorischer Dysfunktion erforderlich

**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)	<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 <sub>1c</sub> < 7,0 %	<input type="checkbox"/> HbA <sub>1c</sub> ≥ 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 vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen  werden nicht übernommen

Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

### PARODONTALSTATUS Blatt 2

Kontaktkasse bzw. Kontaktträger: \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_

Kontaktingenieur: \_\_\_\_\_  
 Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Zahnärztliche Nr.: \_\_\_\_\_

---

AIT: \_\_\_\_\_  
 FB: \_\_\_\_\_

**Oberkiefer**

rechts | links

**Unterkiefer**

FB: \_\_\_\_\_  
 AIT: \_\_\_\_\_

**Bemerkungen:**

---

**Geplante Leistungen**

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

Frequenz der LUPT: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

21.10.2021

---

**Gutachten**

Gutächlich befürwortet  
 Gutächlich nicht befürwortet (Begründung auf gesondertem Blatt)

Datum, Unterschrift und Stempel des Gutachters

Antrag zur  
Krankenkasse und  
auf die Bewilligung  
warten!

## PARODONTALSTATUS Blatt 2

vom \_\_\_\_\_

Kronenkaese bzw. Kronenfüße		
Name, Vorname des Zahnarztes		geb. am
Kronenfüßerhaltung	Versicherungs-Nr.	Titel
Abrechnung-Nr.	Zahnarzt-Nr.	Stadt

AIT																			AIT
FB																			FB

**Oberkiefer**

rechtslinks

**Unterkiefer**

FB																			FB
AIT																			AIT

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

**Geplante Leistungen**

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

Frequenz der UPT	Anzahl

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

**Gutachten**

Gutachtlich befürwortet

Gutachtlich nicht befürwortet  
(Begründung auf gesondertem Blatt)

Datum, Unterschrift und Stempel des Gutachters

Wsktfr. 05 (2008) 872017/20081010 10.1.2008/20081010 10.1.2008/20081010

**Furkationsbefall:**  
 Grad 0 = keine Furkation sonderbar  
 Grad 1 = bis 3 mm in hor. Richtung  
 Grad 2 = mehr als 3 mm horizontal  
 Grad 3 = durchgängig sonderbar

**Furkation und Lockerung:**  
 Auch Grad 0 eintragen

**Lockerungsgrad:**  
 Grad 0 = normale Zahnbeweglichkeit  
 Grad I = gering horizontal (0,2 bis 1 mm)  
 Grad II = moderat horizontal (>1 mm)  
 Grad III = ausgeprägt horizontal (>2 mm und in vertikaler Richtung)

**Blutung bei Sondierung = \***

**ST immer auf ganze mm runden!**  
**Kaufmännische Rundung!**

fehlender Zahn

z. B. Angabe einzelner Zähne, die ggf. außerhalb der vertragszahnärztlichen Versorgung therapiert werden sollen

AIT	X		X	X	X							X	X		X		AIT
FB	0	0	II		0							0		II	0	0	FB
<b>Oberkiefer</b>																	
rechts									links								
FB	0	0	0											I	0	0	FB
AIT	X			X		X						X	X	X			AIT
<b>Bemerkungen:</b> Zahn 26 ungünstige Prognose = GOZ      Zahn 11 = Implantat																	

noch zu extrahierender, nicht erhaltungswürdiger Zahn

## Geplante Leistungen

Geb.-Nr.	Anzahl
4	1
ATG	1
MHU	1
AIT a	6
AIT b	7
BEV a	1

**Grad Anzahl**

A 2  
B 4  
C 6

Frequenz der	Anzahl
UPT	

Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

01.07.2021

## Gutachten

- Gutachtlich befürwortet
- Gutachtlich nicht befürwortet  
(Begründung auf gesondertem Blatt)

Datum, Unterschrift und Stempel des Gutachters

Geb.-Nrn.  
**108 und 111**

werden **nicht**  
mehr als geplante  
Leistungen  
angegeben.

Die Erbringung  
und Abrechnung  
richtet sich nach  
der medizinischen  
Erforderlichkeit.

Nach Abschluss der letzten **AIT** den Plan abrechnen.

Nur mit den erbrachten Geb.-Nrn.:

**4 ATG MHU AIT a / b (111 ggf. 108)**

**NEU:** Jede Leistung wird mit dem Tagesdatum der Erbringung abgerechnet.

## PARODONTALSTATUS Blatt 1

vom \_\_\_\_\_

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

<b>Allgemeine und parodontitisspezifische Anamnese</b> <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Tabakkonsum	<b>Spezielle Vorgeschichte</b> Frühere PAR-Therapie Angabe des Jahres: ca. _____
--	--

<b>Diagnose</b> <input type="checkbox"/> Parodontitis <input type="checkbox"/> Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen _____ <input type="checkbox"/> Andere das Parodont betreffende Zustände: generalisierte gingivale Vergrößerungen			
---	--	--	--

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

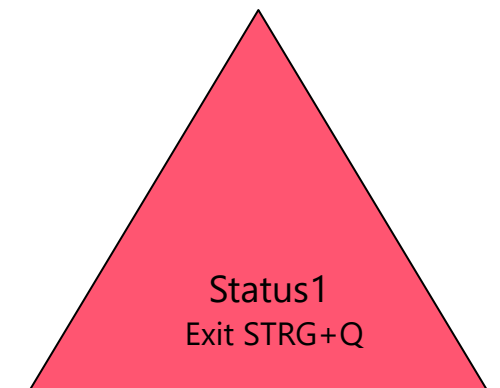
<b>Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)</b> <input type="checkbox"/> Lokalisiert (< 30 % der Zähne) <input type="checkbox"/> Generalisiert (≥ 30 % der Zähne) <input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster		
---	--	--

<b>Grad (Progression)</b>	<input type="checkbox"/> Grad A	<input type="checkbox"/> Grad B	<input type="checkbox"/> Grad C
Knochenabbaudex (KA (%)/Alter)	<input type="checkbox"/> < 0,25	<input type="checkbox"/> 0,25 – 1,0	<input type="checkbox"/> > 1,0
Diabetes	<input type="checkbox"/> Kein Diabetes	<input type="checkbox"/> HbA 1c < 7,0 %	<input type="checkbox"/> HbA 1c ≥ 7,0 %
Rauchen	<input type="checkbox"/> Kein Rauchen	<input type="checkbox"/> < 10 Zig./Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 10 Zig./Tag

<b>Anschrift Krankenkasse</b> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<b>Entscheidung der Krankenkasse</b> Die Kosten der vorgesehenen systematischen PAR-Behandlung werden übernommen <input type="checkbox"/> werden nicht übernommen <input type="checkbox"/>  Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
---	---



<b>Stadium</b> (Schweregrad, der Patient wird durch das höchste Stadium charakterisiert)				
	<input type="checkbox"/> Stadium I	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	<input type="checkbox"/> Stadium IV
Röntg. Knochenabbau (KA)	<input type="checkbox"/> < 15 %	<input type="checkbox"/> 15 – 33 %	<input type="checkbox"/> > 33 %	

<b>Ausmaß/Verteilung (für das höchste Stadium)</b>		
<input type="checkbox"/> Lokalisiert (< 30 % der Zähne)	<input type="checkbox"/> Generalisiert (≥ 30 % der Zähne)	<input type="checkbox"/> Molaren-Inzisiven-Muster

Der Patient wird durch das **höchste** Stadium charakterisiert!

Es geht bei Ausmaß/Verteilung also um die Anzahl von Zähnen, die zur Einstufung in das höchste Stadium geführt haben.

**Beispiel 1:**

Patient hat **24** Zähne  
Knochenabbau generell 20 %  
davon 18 mit ST um 4 mm  
und 6 mit ST ≥ 6 mm

Stadium II → III  
24 Zähne = 100 %  
**6 Zähne** = ? % → 25 %  
→ Lokalisiert

**Beispiel 2:**

Patient hat 20 Zähne  
Knochenabbau gen. 10 %  
davon 14 Z mit ST um 4 mm  
und **6** Z mit ST 6 mm

Stadium I → III  
20 Z = 100 %  
**6 Z** = ? % → 30 %  
→ Generalisiert

**Beispiel 3:**

Patient hat 20 Zähne  
Knochenabbau gen. rd. 30 %  
davon 14 Z mit ST **unter** 4 mm  
und 6 Z mit ST 4 mm

Stadium II  
20 Z = 100 %  
**6 Z** = ? % → 30 %  
→ Generalisiert

**Beispiel 4:**

Patient hat 15 Zähne  
Knochenabbau gen. rd. 30 %  
alle Zähne ST 4 mm

Stadium II  
Stadium II ist das zutreffende  
und zugleich höchste Stadium  
→ 100 % → Generalisiert

Ausmaß / Verteilung (für das höchste Stadium) in %

< 30 % ---> Lokalisiert

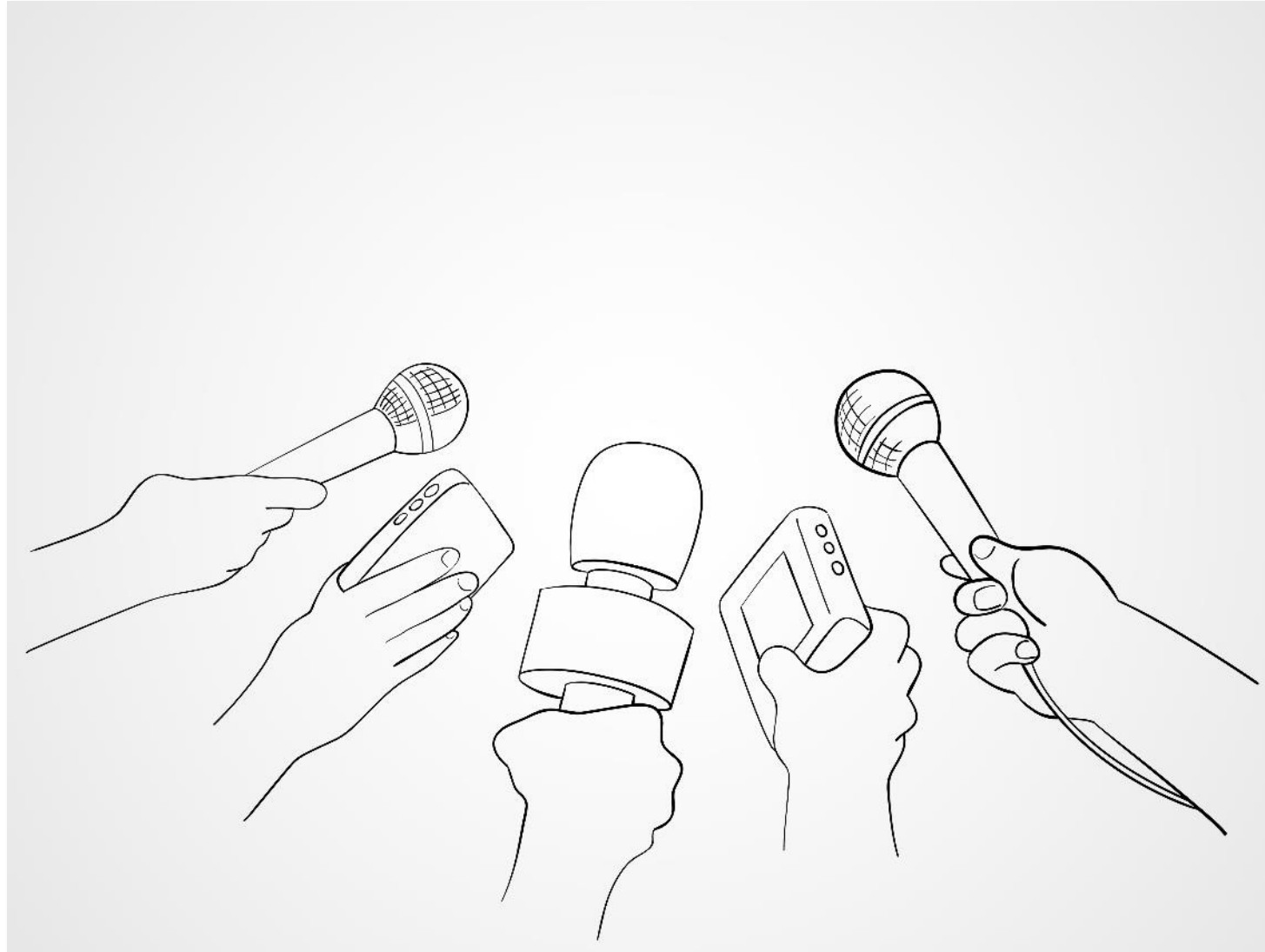
>= 30 % ---> Generalisiert

© ZA Stefan Gerlach, Berlin 10\_2021

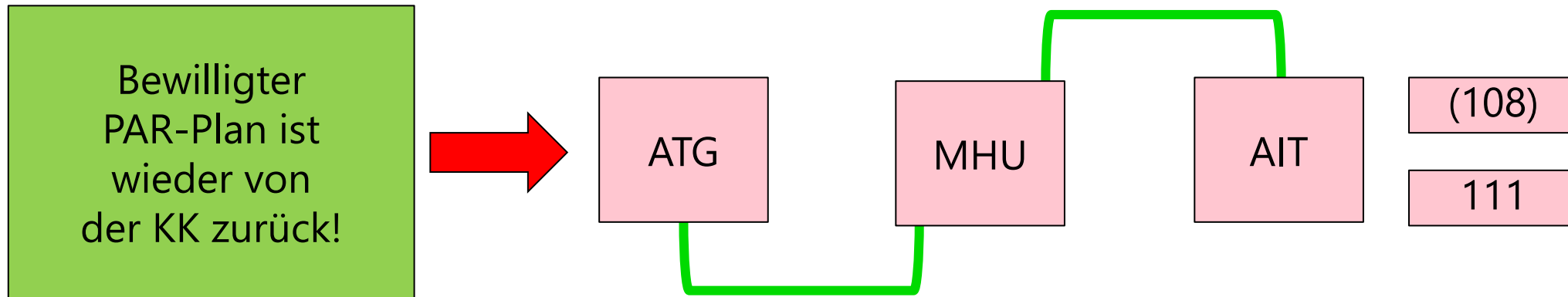
		x																																
Anzahl Zähne gesamt		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	
Anzahl Zähne, die zur Einstufung in das Stadium führen	1	100	50	33	25	20	17	14	13	11	10	9	8	8	7	7	6	6	6	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	
	2		100	67	50	40	33	29	25	22	20	18	17	15	14	13	13	12	11	11	10	10	9	9	8	8	8	7	7	7	7	6	6	
	3			100	75	60	50	43	38	33	30	27	25	23	21	20	19	18	17	16	15	14	14	13	13	12	12	11	11	10	10	10	9	
	4				100	80	67	57	50	44	40	36	33	31	29	27	25	24	22	21	20	19	18	17	17	16	15	15	14	14	13	13	13	
	5					100	83	71	63	56	50	45	42	38	36	33	31	29	28	26	25	24	23	22	21	20	19	19	18	17	17	16	16	
	6						100	86	75	67	60	55	50	46	43	40	38	35	33	32	30	29	27	26	25	24	23	22	21	21	20	19	19	
	7							100	88	78	70	64	58	54	50	47	44	41	39	37	35	33	32	30	29	28	27	26	25	24	23	23	22	
	8								100	89	80	73	67	62	57	53	50	47	44	42	40	38	36	35	33	32	31	30	29	28	27	26	25	
	9									100	90	82	75	69	64	60	56	53	50	47	45	43	41	39	38	36	35	33	32	31	30	29	28	
x	10										100	91	83	77	71	67	63	59	56	53	50	48	45	43	42	40	38	37	36	34	33	32	31	
	11											100	92	85	79	73	69	65	61	58	55	52	50	48	46	44	42	41	39	38	37	35	34	
	12												100	92	86	80	75	71	67	63	60	57	55	52	50	48	46	44	43	41	40	39	38	
	13													100	93	87	81	76	72	68	65	62	59	57	54	52	50	48	46	45	43	42	41	
	14														100	93	88	82	78	74	70	67	64	61	58	56	54	52	50	48	47	45	44	
	15															100	94	88	83	79	75	71	68	65	63	60	58	56	54	52	50	48	47	
	16																100	94	89	84	80	76	73	70	67	64	62	59	57	55	53	52	50	
	17																	100	94	89	85	81	77	74	71	68	65	63	61	59	57	55	53	
	18																		100	95	90	86	82	78	75	72	69	67	64	62	60	58	56	
	19																			100	95	90	86	83	79	76	73	70	68	66	63	61	59	
	20																				100	95	91	87	83	80	77	74	71	69	67	65	63	
	21																					100	95	91	88	84	81	78	75	72	70	68	66	
	22																						100	96	92	88	85	81	79	76	73	71	69	
	23																							100	96	92	88	85	82	79	77	74	72	
	24																								100	96	92	89	86	83	80	77	75	
	25																									100	96	93	89	86	83	81	78	
	26																										100	96	93	90	87	84	81	
	27																												100	96	93	90	87	84
	28																													100	97	93	90	88
	29																														100	97	94	91
	30																															100	97	94
	31																																100	97
	32																																	100



# Zeit für Ihre Fragen



© rudall30 - Fotolia.com



**ATG + AIT** in einer Sitzung  
ist nicht zu empfehlen!

Nr.	Leistung	Punkte
<b>ATG</b>	<p data-bbox="242 189 1630 239"><b>Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch</b></p> <ul data-bbox="242 268 1911 1135" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="242 268 1911 449">▪ <b>Zeitpunkt:</b> Im Anschluss an die Erstellung des Parodontalstatus und nach Bewilligung durch die KK. Auf jeden Fall <b>vor</b> Durchführung der Antiinfektiösen Therapie (<b>AIT</b>)</li> <li data-bbox="242 478 1567 535">▪ Information des Patienten über Befund und Diagnose</li> <li data-bbox="242 549 1159 606">▪ Erörterung ggf. Therapiealternativen</li> <li data-bbox="242 621 1452 678">▪ gemeinsame Entscheidungsfindung zur Therapie</li> <li data-bbox="242 692 1133 749">▪ Erörterung der Bedeutung der <b>UPT</b></li> <li data-bbox="242 763 1834 906">▪ Information zu gesundheitsbewusstem Verhalten zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren (z. B. <b>Rauchen, Diabetes</b>)</li> <li data-bbox="242 921 1796 978">▪ Information über Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen</li> <li data-bbox="242 992 1923 1135">▪ <b>Ziel:</b> Schaffung eines Patientenverständnisses über die Auswirkungen der Erkrankung und die Stärkung der <i>Adhärenz</i> *) der Patienten.</li> </ul> <p data-bbox="242 1163 1108 1220"><b>Nicht neben Ä1 in derselben Sitzung!</b></p> <div data-bbox="1116 1192 2288 1299" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p data-bbox="1133 1206 2254 1249">*) <i>Adhärenz</i> = gemeinschaftliche, einvernehmliche Therapieplanung</p> <p data-bbox="1159 1249 2254 1292"><i>Compliance</i> = Bereitschaft, therapeutische Maßnahmen zu befolgen</p> </div>	<p data-bbox="2127 189 2191 239"><b>28</b></p>

Nr.	Leistung	Punkte
MHU	<p><b>Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Zeitpunkt:</b> In zeitlichem Zusammenhang mit der <b>AIT</b></li> <li>▪ Mundhygieneaufklärung           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Welches Wissen hat der Pat. über parodontale Erkrankungen?</li> <li>▪ Welche Zahnpflegegewohnheiten, welche langfristigen Ziele verfolgt der Pat. bezogen auf seine Mundgesundheit?</li> </ul> </li> <li>▪ <i>Bestimmung des Entzündungszustandes der Gingiva</i></li> <li>▪ Anfärben von Plaque</li> <li>▪ individuelle Mundhygieneinstruktion</li> <li>▪ Praktische Anleitung zur risikospezifischen Mundhygiene; hierbei sollen die individuell geeigneten Mundhygienehilfsmittel bestimmt und deren Anwendung praktisch geübt werden.</li> </ul> <p><b>Ziel:</b> Sicherung eines langfristigen Behandlungsergebnisses</p> <p><b>Nicht neben Ä1 in derselben Sitzung!</b></p>	45



© svort - Fotolia.com



Abr.-Nr.	Leistung	Punkte	Punkte (alt)
<b>AIT</b>	<b>Antiinfektiöse Therapie</b> (geschlossenes Vorgehen)		
a)	je beh. einwurzeligen Zahn	14	14 P200
b)	je beh. mehrwurzeligen Zahn	26	26 P201
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Voraussetzung: Zahnfleischtaschen <math>\geq</math> 4 mm:</b> Entfernung aller supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge (Biofilm und Konkremente).</li> <li>▪ Nach Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen abzuschließen.</li> <li>▪ Während und unmittelbar danach erbrachte Leistungen nach Nrn. 105 (Mu), 107 und 107a (Zst) sind abgegolten.</li> <li>▪ Gingivektomie oder Gingivoplastik sind mit der AIT abgegolten.</li> </ul>		

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
108	Einschleifen des natürlichen Gebisses zum Kauebenenausgleich und zur Entlastung, je Sitzung	6

**Vereinbarte Abrechnungsbestimmungen zum BEMA:**

Eine Leistung nach Nr. 108 kann nicht im Zusammenhang mit konservierenden, prothetischen und chirurgischen Leistungen abgerechnet werden.

Nr.	Leistung	Bewertungszahl
111	Nachbehandlung im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien, je Sitzung	10

**Vereinbarte Abrechnungsbestimmungen zum BEMA:**

Für diese Leistung kann die Nr. 38 daneben nicht abgerechnet werden.

111 = Nachbehandlungen bei PAR: z.B. Spülung, Salbeneinbringung etc.

Nach letzter **AIT** 3 bis 6 Monate warten!

**Mindestens** 3 Monate! (Ggf. Ausnahmen gut begründen!)



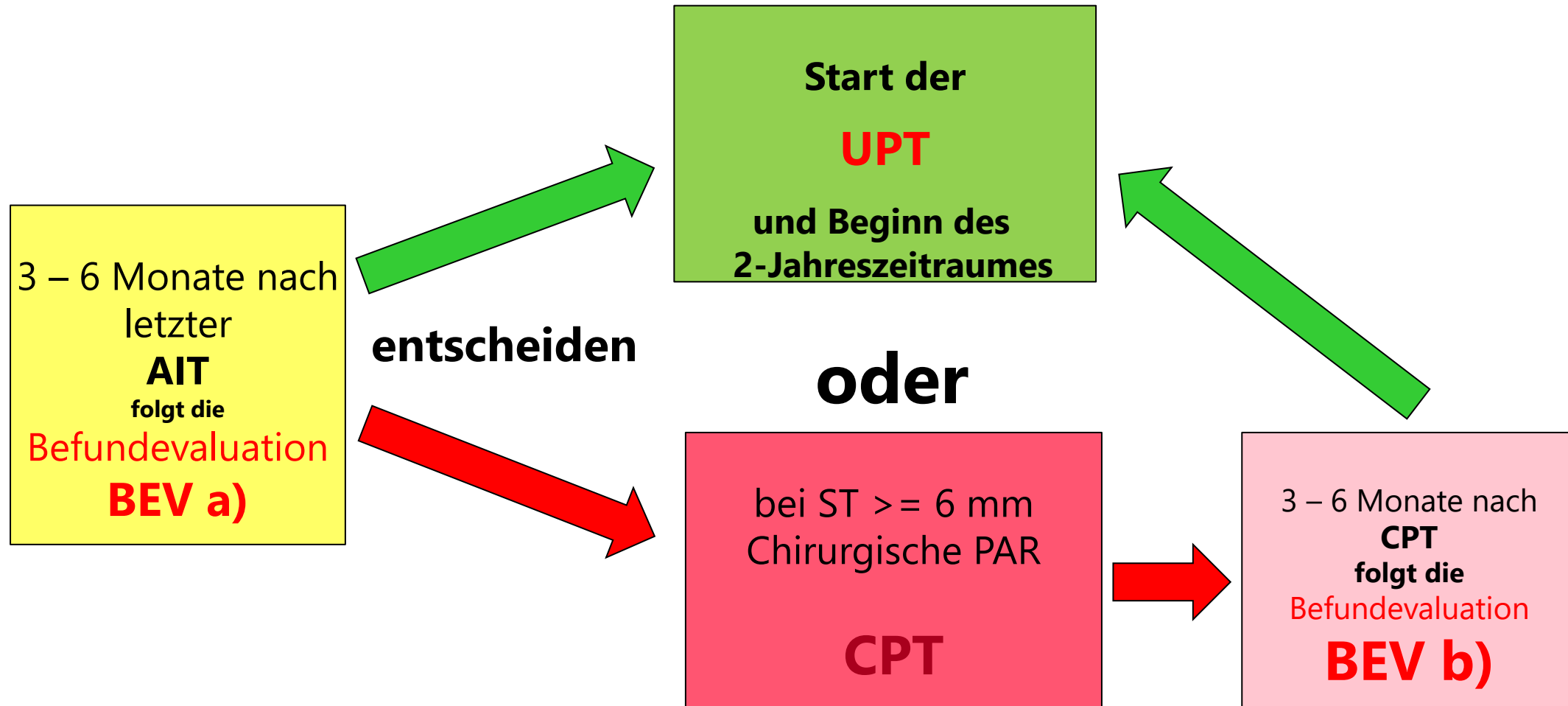
© Racle Fotodesign – Fotolia.com

Abr.-Nr.	Leistung	Punkte
<b>BEV</b>	<b>Befundevaluation</b>	
a)	nach <b>AIT</b>	32
b)	nach <b>CPT</b>	32

**Zeitpunkt:** Grundsätzlich 3 bis 6 Monate nach AIT bzw. CPT

- **Dokumentation des klinischen Befunds:**
  - Sondierungstiefen
  - Sondierungsblutung
  - Zahnlockerung
  - Furkationsbefall
  - röntgenologischer Knochenabbau
  - Knochenabbauindex (K-Abbau% / Patientenalter)
  
- Die Befunddaten sind mit den Befunddaten des Parodontalstatus zu vergleichen. Dem Patienten wird der Nutzen der **UPT**-Maßnahmen erläutert und es wird mit ihm das weitere Vorgehen besprochen.





**CPT**

**bei ST  $\geq$  6 mm möglich**



Bildquelle: OA Dr. Peter Purcker



Bildquelle: OA Dr. Peter Purcker

Abr.-Nr.	Leistung
CPT a CPT b	<p><b>Chirurgische Therapie</b> (offenes Vorgehen)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Entscheidung, ob die chirurgische Therapie durchgeführt wird, ist gemeinsam mit dem Patienten zu erörtern.</li> <li>▪ Im Frontzahnbereich besteht aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Verfahren.</li> <li>▪ Die Durchführung des offenen Verfahrens ist der Krankenkasse <b>anzuzeigen</b> (Formblatt).</li> <li>▪ Grundsätzlich 3 bis 6 Monate nach Beendigung des offenen Verfahrens erfolgt eine erneute Befundevaluation [ <b>BEV b</b> ] und deren Erörterung mit dem Patienten.</li> </ul>

**Voraussetzungen:**

- **AIT** ist abgeschlossen
- bei **BEV a** nach 3 – 6 Mon. sind noch ST  $\geq$  6 mm vorhanden

## Überweisung zur CPT z. B. an Oral/MKG-Chirurg ist möglich

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

Mitteilung an  
Krankenkasse

### 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

Auf der Mitteilung an die Krankenkasse  
vermerken:  
„Behandlung erfolgt durch Spezialisten“

- ZA 1 verständigt sich mit ZA 2
- ZA 1 teilt der Krankenkasse mit, dass **CPT** durch Zahnarzt 2 erfolgen wird

### Zahnarzt 1 übergibt an Zahnarzt 2:

- Kopie PAR-Plan Blätter 1 und 2
- Röntgenaufnahmen
- Ergebnis der **BEV a**
- Formlose Überweisung mit Angabe der Zähne für die **CPT a und b**
- 
- **BEV b** (3 – 6 Monate nach **CPT**) wird wieder durch den ZA 1 erbracht

3 – 6 Monate nach  
der letzten  
**CPT**  
folgt die  
Befundevaluation  
**BEV b**



**Start der**  
**UPT**  
**Mit der ersten UPT-Sitzung beginnt**  
**der UPT 2-Jahreszeitraum**

# Unterstützende Parodontitistherapie

## **UPT**

Abr.-Nr.	Leistung	Bewertungspunkte
<b>UPT</b>	<b>Unterstützende Parodontitistherapie</b> beginnt bei nicht chirurgischer Therapie 3 – 6 Monate nach der letzten AIT	
<b>a</b>	Mundhygienekontrolle	18
<b>b</b>	Mundhygieneunterweisung, <b>soweit erforderlich (!)</b> (keine Ä1 in derselben Sitzung abrechenbar)	24
<b>c</b>	supragingivale und gingivale Reinigung <b>aller Zähne</b> von anhaftenden Biofilmen und Belägen, <u>je Zahn</u> <i>Während oder unmittelbar danach erbrachte Leistungen Nrn. 105 (Mu), 107 und 107 a (Zahnsteinentfernung) sind mit der UPT c) abgegolten</i>	3
<b>d</b>	Messung von Sondierungsbluten und Sondierungstiefen: Bei Grad <b>B</b> : im Rahmen der 2. und 4. UPT Bei Grad <b>C</b> : im Rahmen der 2., 3., 5. und 6. UPT	15
<b>e</b>	subgingivale Instrumentierung, <u>je einwurzeligem Zahn</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bei <b>≥ST von 4 mm und</b> Sondierungsblutung</li> <li>▪ an allen Stellen bei <b>ST ≥ 5 mm</b></li> </ul>	5
<b>f</b>	subgingivale Instrumentierung, <u>je mehrwurzeligem Zahn</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bei <b>≥ST von 4 mm und</b> Sondierungsblutung</li> <li>▪ an allen Stellen <b>bei ST ≥ 5 mm</b></li> </ul>	12

Abr.-Nr.	Leistung	Bewertungspunkte
UPT	<b>Unterstützende Parodontitistherapie</b>	
e	subgingivale Instrumentierung, <u>je einwurzeligem Zahn</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>bei <b>≥ST von 4 mm und</b> Sondierungsblutung</li> <li>an allen Stellen bei <b>ST ≥ 5 mm</b></li> </ul>	5
f	subgingivale Instrumentierung, <u>je mehrwurzeligem Zahn</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>bei <b>≥ST von 4 mm und</b> Sondierungsblutung</li> <li>an allen Stellen <b>bei ST ≥ 5 mm</b></li> </ul>	12

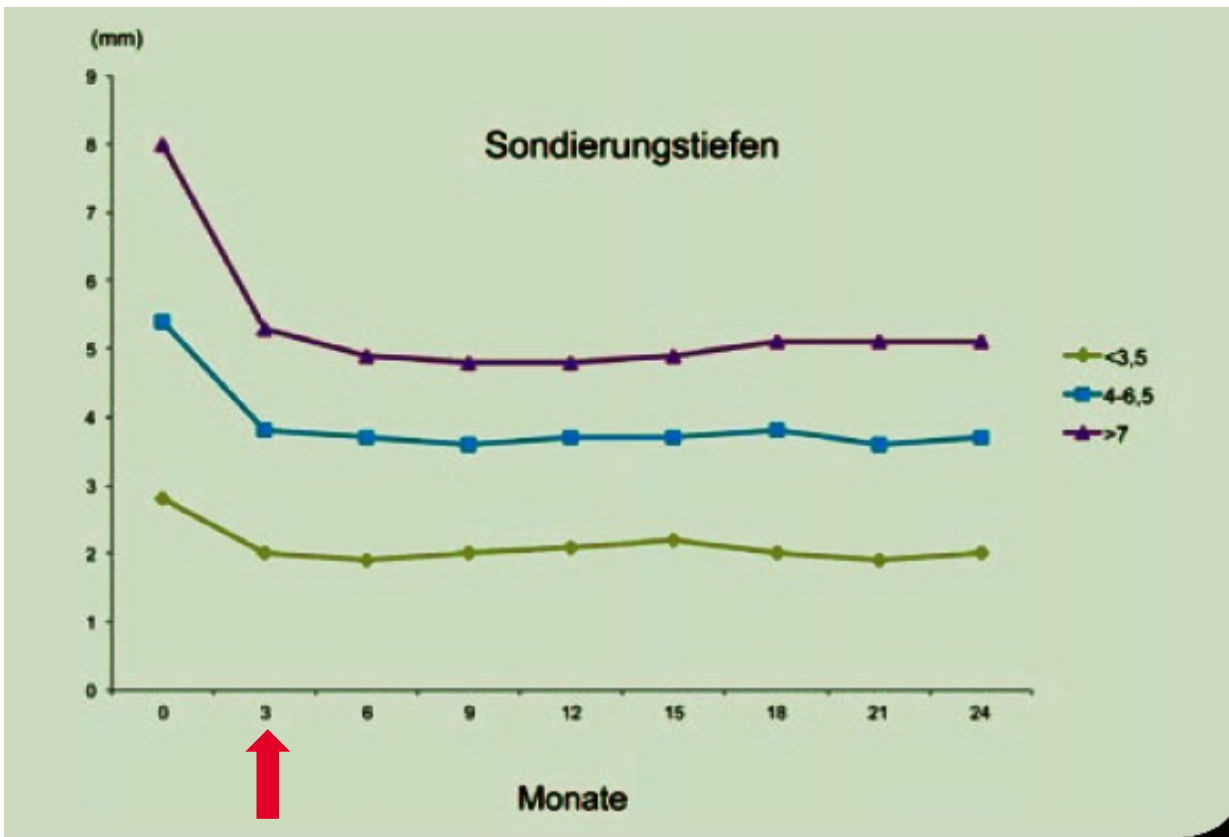
**In der Regel werden sich die Sondierungstiefen nach der AIT verringern ...**

**24 x AIT**  
**24 x UPT e / f**

**Abrechnung**

Datum	Pos	Anzahl	Punkte	GesPkt
09.02.22	BEVa	1	32	32
	UPTa	1	18	18
	UPTb	1	24	24
	UPTc	24	3	72
	UPTe	18	5	90
	UPTf	6	12	72
				Summe: 308

ST+2  
-----  
2



Grafik 1: Verlauf der Sondierungstiefe nach der nichtchirurgischen Parodontitistherapie nach Badersten.



Abr.-Nr.	Leistung	Bewertungspunkte
UPT	<b>Unterstützende Parodontitistherapie</b>	
e	subgingivale Instrumentierung, <u>je einwurzeligem Zahn</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>bei <b>≥ST von 4 mm und</b> Sondierungsblutung</li> <li>an allen Stellen bei <b>ST ≥ 5 mm</b></li> </ul>	5
f	subgingivale Instrumentierung, <u>je mehrwurzeligem Zahn</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>bei <b>≥ST von 4 mm und</b> Sondierungsblutung</li> <li>an allen Stellen <b>bei ST ≥ 5 mm</b></li> </ul>	12

AIT		x			x		x	x	x	x	x					AIT																																																																
FB																FB																																																																
<b>Oberkiefer</b>																																																																																
<b>rechts</b>   <b>links</b>																																																																																
<b>Unterkiefer</b>																																																																																
FB																FB																																																																
AIT								x	x		x	x				AIT																																																																
<b>Bemerkungen:</b> _____																																																																																
<b>Geplante Leistungen</b>								<b>Gutachten</b>																																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Geb.-Nr.</th> <th>Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ATG</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>MHU</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>AIT a</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AIT b</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BEV a</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>								Geb.-Nr.	Anzahl	4	1	ATG	1	MHU	1	AIT a		AIT b		BEV a	1	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">Abrechnung</th> </tr> <tr> <th>Datum</th> <th>Pos</th> <th>Anzahl</th> <th>Punkte</th> <th colspan="2">GesPkt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">07.02.22</td> <td>BEVa</td> <td>1</td> <td>32</td> <td colspan="2">32</td> </tr> <tr> <td>UPTa</td> <td>1</td> <td>18</td> <td colspan="2">18</td> </tr> <tr> <td>UPTb</td> <td>1</td> <td>24</td> <td colspan="2">24</td> </tr> <tr> <td rowspan="3"><input type="checkbox"/> Gi</td> <td>UPTc</td> <td>17</td> <td>3</td> <td colspan="2">51</td> </tr> <tr> <td>UPTe</td> <td>13</td> <td>5</td> <td colspan="2">65</td> </tr> <tr> <td>UPTf</td> <td>3</td> <td>12</td> <td colspan="2">36</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2">Summe: 226</td> </tr> </tbody> </table>									Abrechnung						Datum	Pos	Anzahl	Punkte	GesPkt		07.02.22	BEVa	1	32	32		UPTa	1	18	18		UPTb	1	24	24		<input type="checkbox"/> Gi	UPTc	17	3	51		UPTe	13	5	65		UPTf	3	12	36						Summe: 226	
Geb.-Nr.	Anzahl																																																																															
4	1																																																																															
ATG	1																																																																															
MHU	1																																																																															
AIT a																																																																																
AIT b																																																																																
BEV a	1																																																																															
Abrechnung																																																																																
Datum	Pos	Anzahl	Punkte	GesPkt																																																																												
07.02.22	BEVa	1	32	32																																																																												
	UPTa	1	18	18																																																																												
	UPTb	1	24	24																																																																												
<input type="checkbox"/> Gi	UPTc	17	3	51																																																																												
	UPTe	13	5	65																																																																												
	UPTf	3	12	36																																																																												
				Summe: 226																																																																												

**Sehr auffälliger Fall !**  
**11 x AIT**  
**16 x UPT e / f**

Abr.-Nr.	Leistung	Bewertungs- punkte
<b>UPT</b>	<b>Unterstützende Parodontitistherapie</b>	
<b>g</b>	<p>Untersuchung des Parodontalzustandes</p> <p>Dokumentation des klinischen Befundes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sondierungstiefen</li> <li>▪ Sondierungsblutung</li> <li>▪ Zahnlockerung</li> <li>▪ Furkationsbefall</li> <li>▪ röntgenologischer Knochenabbau</li> <li>▪ Knochenabbauindex (Knochenabbau in % / Patientenalter)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Befunddaten sind mit den Befunddaten nach <b>BEV</b> oder <b>UPT d</b> zu vergleichen. Dem Pat. werden die Ergebnisse erläutert. Das weitere Vorgehen ist zu besprechen.</li> <li>▪ <u>Abrechenbar ab dem Beginn des 2. Jahres der UPT, einmal im Kalenderjahr.</u></li> </ul>	32

# § 13 PAR-RL Unterstützende Parodontistherapie - UPT

## Zeitraumen – Zeitpunkt - Frequenz



- **Zeitraumen:** für einen Zeitraum **von zwei Jahren** regelmäßig  
(Bei entsprechender Indikation ist nach Beantragung bei der KK eine Verlängerung um 6 Monate möglich)
- **Zeitpunkt des Beginns:** 3 bis 6 Monate nach **AIT** bzw. **CPT** – auf jeden Fall erst nach **BEV a** bzw. **b**
- **Frequenz:** je nach dem jeweils festgestellten Grad der Parodontalerkrankung (Grading A B C)  
**im Rahmen der Ersterhebung**

**Hinweis:** Eine Änderung im Rahmen der Befundevaluation (BEV oder UPT d / g) hinsichtlich des **Gradings** führt **nicht** zu einem veränderten Leistungsanspruch der UPT-Frequenz.

### Grad A 2 x UPT

einmal im Kalenderjahr,  
Mindestabstand **10** Monate

2 X UPT a / b / c / e / f

ab Beginn des 2. UPT-Jahres  
zusätzlich 1 x UPT g

### Grad B 4 x UPT

einmal im Kalenderhalbjahr,  
Mindestabstand **5** Monate

4 X UPT a / b / c / e / f  
bei 2. und 4. UPT zusätzlich d

ab Beginn des 2. UPT-Jahres  
zusätzlich 1 x UPT g

### Grad C 6 x UPT

einmal im Kalendertertial,  
Mindestabstand **3** Monate

6 X UPT a / b / c / e / f  
bei 2. und 3. sowie 5. und 6.  
UPT zusätzlich d







ab Beginn des 2. UPT-Jahres  
zusätzlich 1 x UPT g

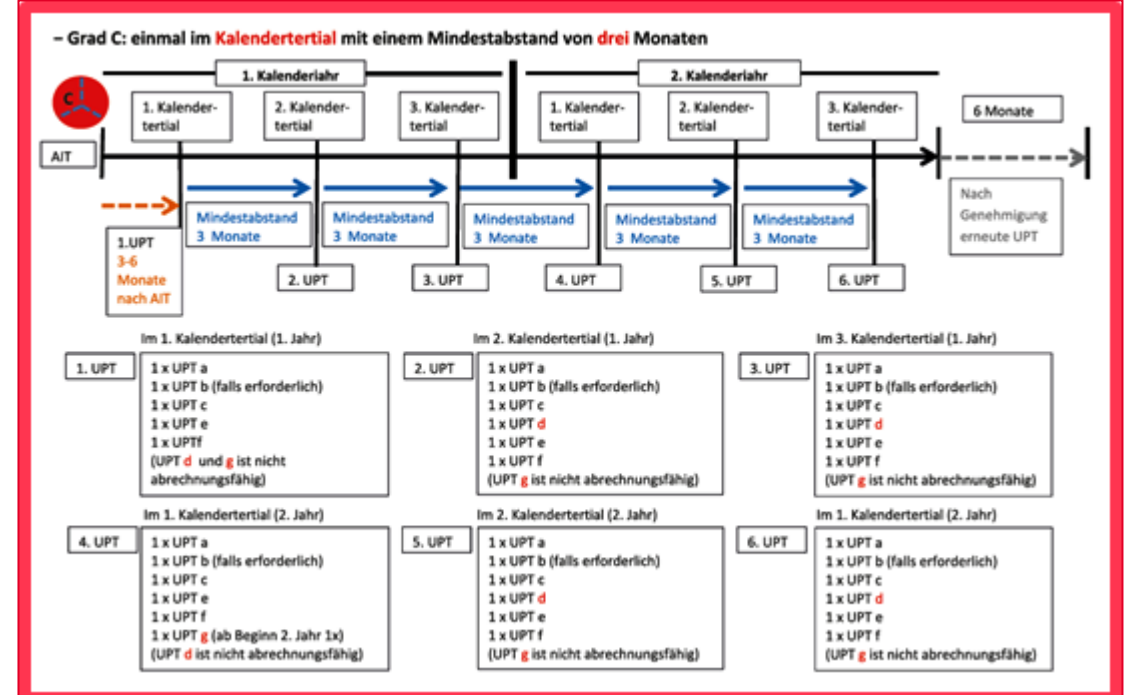
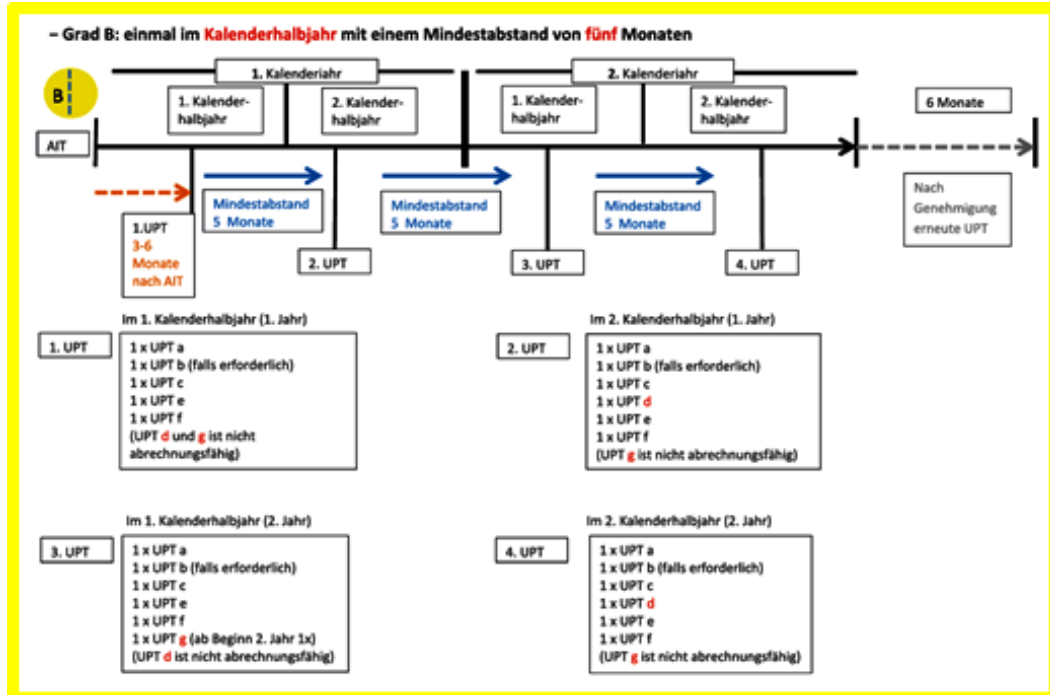
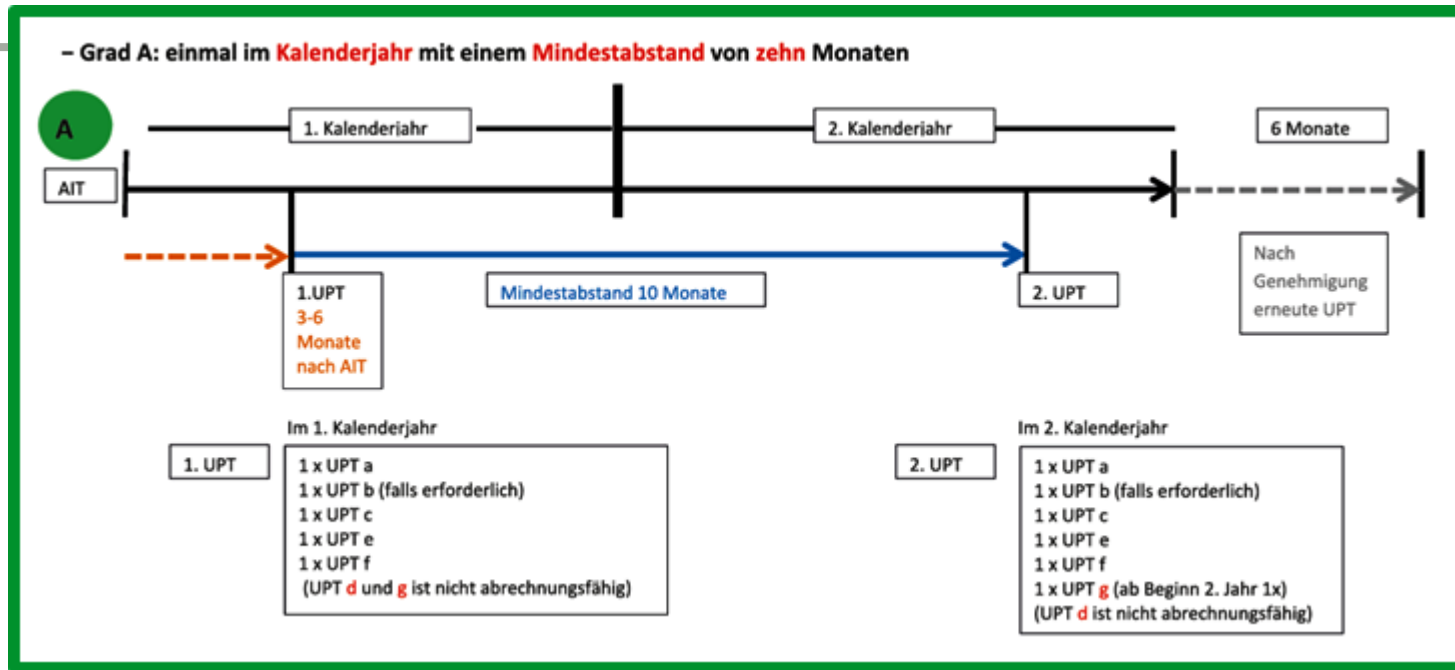
„Dritteljahr“,  
(4 Monate),  
also maximal  
3 x pro Jahr  
= 6 x in 2 Jahren

# KZV

## Webcode: W00496

### Downloads

-  Erläuterungen zur PAR-RiLi
-  Versorgungstrecke
-  Versorgungstrecke § 22a SGB V
-  Leistungspositionen
-  **Zeitstrahl UPT nach Grad**
-  FAQ-Katalog

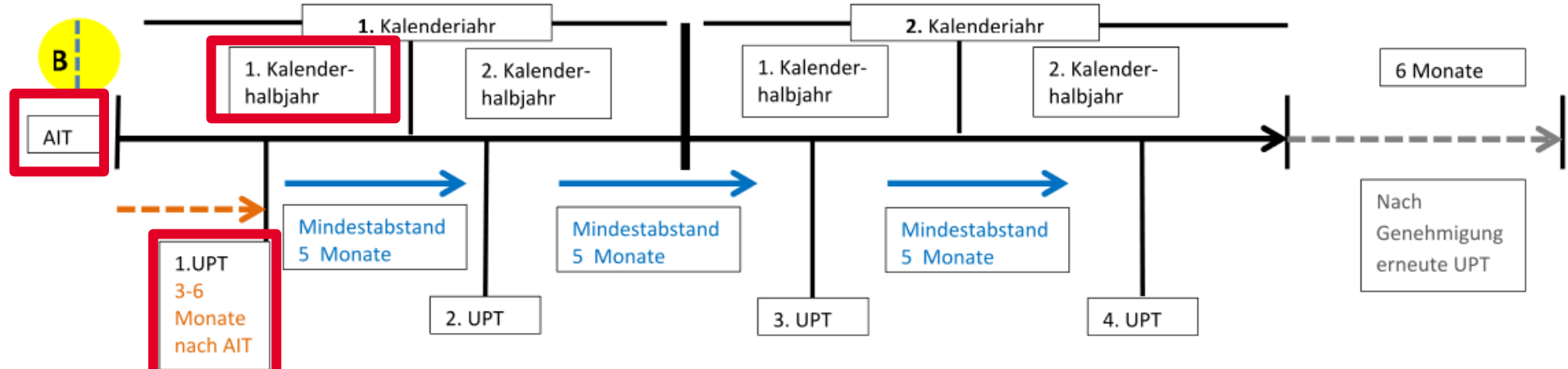


**KZV**  
**Webcode:**  
**W00496**

**Downloads**

- Erläuterungen zur PAR-RiLi
- Versorgungsstrecke
- Versorgungsstrecke § 22a SGB V
- Leistungspositionen
- Zeitstrahl UPT nach Grad
- FAQ-Katalog

- Grad B: einmal im **Kalenderhalbjahr** mit einem Mindestabstand von **fünf** Monaten



**1. UPT**  
 3-6 Monate nach AIT

Im 1. Kalenderhalbjahr (1. Jahr)

<b>1. UPT</b>	1 x UPT a 1 x UPT b (falls erforderlich) 1 x UPT c 1 x UPT e 1 x UPT f (UPT d und g ist nicht abrechnungsfähig)
---------------	--

**2. UPT**

Im 2. Kalenderhalbjahr (1. Jahr)

<b>2. UPT</b>	1 x UPT a 1 x UPT b (falls erforderlich) 1 x UPT c 1 x UPT d 1 x UPT e 1 x UPT f (UPT g ist nicht abrechnungsfähig)
---------------	---

**3. UPT**

Im 1. Kalenderhalbjahr (2. Jahr)

<b>3. UPT</b>	1 x UPT a 1 x UPT b (falls erforderlich) 1 x UPT c 1 x UPT e 1 x UPT f 1 x UPT g (ab Beginn 2. Jahr 1x) (UPT d ist nicht abrechnungsfähig)
---------------	--

**4. UPT**

Im 2. Kalenderhalbjahr (2. Jahr)

<b>4. UPT</b>	1 x UPT a 1 x UPT b (falls erforderlich) 1 x UPT c 1 x UPT d 1 x UPT e 1 x UPT f (UPT g ist nicht abrechnungsfähig)
---------------	---

- UPT**
- a** MH-Kontrolle
  - b** MH-Unterweisung
  - c** Reinigung aller Zähne
  - d** Messung BOP und ST
  - e + f** subging. Instrument.
  - g** Untersuchung PA-Zustand

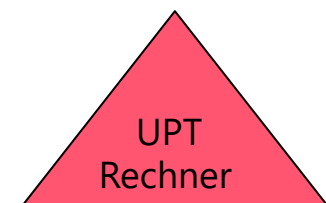
Bitte das Datum der ersten UPT je nach Grad eintragen im Format TT.MM.JJJJ, z. B. 02.05.2022 für den zweiten Mai 2022.  
In den Zellen, die ein Datum der jeweiligen UPT enthalten, sind Popups mit Informationen zur Abrechnung hinterlegt.

Leistungsbeschreibungen der UPT finden Sie hier im Kommentar: in diese Zeile klicken		
<b>Grad A</b>	<b>Systematische Parodontitisbehandlung</b>	
Datum 1. UPT	Beginn Zeitraum für 2. UPT	Ende Zeitraum für 2. UPT
	Von	Bis
mind. 12 Monate		
<b>Grad B</b>		
Datum 1. UPT	Beginn Zeitraum für 2. UPT	Ende Zeitraum für 2. UPT
	Von	Bis
mind. 5 Monate		
Datum 2. UPT	Beginn Zeitraum für 3. UPT	Ende Zeitraum für 3. UPT
	Von	Bis
mind. 5 Monate		
Datum 3. UPT	Beginn Zeitraum für 4. UPT	Ende Zeitraum für 4. UPT
	Von	Bis
mind. 5 Monate		
<b>Grad C</b>		
Datum 1. UPT	Beginn Zeitraum für 2. UPT	Ende Zeitraum für 2. UPT
	Von	Bis
mind. 3 Monate		
Datum 2. UPT	Beginn Zeitraum für 3. UPT	Ende Zeitraum für 3. UPT
	Von	Bis
mind. 3 Monate		
Datum 3. UPT	Beginn Zeitraum für 4. UPT	Ende Zeitraum für 4. UPT
	Von	Bis
mind. 3 Monate		
Datum 4. UPT	Beginn Zeitraum für 5. UPT	Ende Zeitraum für 5. UPT
	Von	Bis
mind. 3 Monate		
Datum 5. UPT	Beginn Zeitraum für 6. UPT	Ende Zeitraum für 6. UPT
	Von	Bis
mind. 3 Monate		

Voraussetzung für UPTe und UPTf: Taschentiefen von ≥ 4 mm und Blutung, oder ≥ 5 mm		
Patient mit Pflegegrad nach § 22a	<b>verminderte Wegstrecke bei vulnerablen Patienten</b>	
Datum 1. UPT	Beginn Zeitraum für 2. UPT	Ende Zeitraum für 2. UPT
	Von	Bis
mind. 5 Monate		
Datum 2. UPT	Beginn Zeitraum für 3. UPT	Ende Zeitraum für 3. UPT
	Von	Bis
mind. 5 Monate		
Datum 3. UPT	Beginn Zeitraum für 4. UPT	Ende Zeitraum für 4. UPT
	Von	Bis
mind. 5 Monate		

Grad	Kalenderjahr (3 bis 6 Monate nach Abschluss AIT/CPT)	Kalenderjahr (10 Monate Mindestabstand zur vorhergehenden UPT)			
<b>Grad A</b>	UPT a, b, c, e, f		UPT a, b, c, e, f, g		
<b>Grad B</b>	<b>Kalenderhalbjahr</b> (3 bis 6 Monate nach Abschluss AIT/CPT)	<b>Kalenderhalbjahr</b> (5 Monate Mindestabstand zur vorhergehenden UPT)	<b>Kalenderhalbjahr</b> (5 Monate Mindestabstand zur vorhergehenden UPT)	<b>Kalenderhalbjahr</b> (5 Monate Mindestabstand zur vorhergehenden UPT)	<b>Kalenderhalbjahr</b> (5 Monate Mindestabstand zur vorhergehenden UPT)
	UPT a, b, c, e, f	UPT a, b, c, d, e, f	UPT a, b, c, e, f, g	UPT a, b, c, d, e, f	UPT a, b, c, d, e, f
<b>Grad C</b>	<b>Kalendertertia</b> (3 bis 6 Monate nach Abschluss AIT/CPT)	<b>Kalendertertia</b> (3 Monate Mindestabstand zur vorhergehenden UPT)	<b>Kalendertertia</b> (3 Monate Mindestabstand zur vorhergehenden UPT)	<b>Kalendertertia</b> (3 Monate Mindestabstand zur vorhergehenden UPT)	<b>Kalendertertia</b> (3 Monate Mindestabstand zur vorhergehenden UPT)
	UPT a, b, c, e, f	UPT a, b, c, d, e, f	UPT a, b, c, d, e, f	UPT a, b, c, e, f, g	UPT a, b, c, d, e, f
Ein Kalendertertia ist ein Dritteljahr (12 Monate ÷ 3 = Zeitraum von 4 Monaten)					
<b>§ 22a</b>	<b>Kalenderhalbjahr</b> (3 bis 6 Monate nach Abschluss AIT/CPT)	<b>Kalenderhalbjahr</b> (5 Monate Mindestabstand zur vorhergehenden UPT)	<b>Kalenderhalbjahr</b> (5 Monate Mindestabstand zur vorhergehenden UPT)	<b>Kalenderhalbjahr</b> (5 Monate Mindestabstand zur vorhergehenden UPT)	<b>Kalenderhalbjahr</b> (5 Monate Mindestabstand zur vorhergehenden UPT)
	UPT c, d, e, f	UPT c, d, e, f	UPT c, d, e, f	UPT c, d, e, f	UPT c, d, e, f

**Webcode: W00496**



# Verlängerung der UPT

- Die zahnmedizinische Indikation muss vorliegen und gut dokumentiert werden.
- Eine vorherige Kostenübernahme durch die entsprechende Krankenkasse ist erforderlich.
- Die Krankenkasse kann den Antrag auf Verlängerung begutachten lassen.
- Der Antrag soll im zeitlichen Zusammenhang mit der letzten UPT-Leistung gestellt werden.
- Eine Verlängerung darf in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten.
- Der Verlängerungszeitpunkt beginnt mit dem Tag der Kostenübernahme.
- Die Abstandsregeln der regulären UPT-Phase werden fortgeführt.

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname des Versicherten
Geb.-Jahr
Krankenkassennummer
Versicherten-Nr.
Status
Abrechnung-Nr.
Zahnarzt-Nr.
Datum

**Antrag auf Verlängerung der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) gemäß § 13 Abs. 4 PAR-Richtlinie**

Parodontalstatus vom:  Grad (Progression) nach PAR-Status:  A  B  C

Datum der ersten UPT-Leistung:

An den folgenden Zähnen liegen noch behandlungsbedürftige Parodontien mit Sondierungstiefen  $\geq 4$  mm und Sondierungsbluten oder mit Sondierungstiefen  $\geq 5$  mm vor:

Es wird eine Verlängerung der UPT um den Regelzeitraum von 6 Monaten beantragt.

Es wird beantragt, den Verlängerungszeitraum über den Regelzeitraum von 6 Monaten hinaus auf insgesamt  Monate festzusetzen. Dies wird wie folgt begründet:

<div style="font-size: 8px; font-weight: bold;">Gutachten</div> <p><input type="checkbox"/> Gutachtlich befürwortet</p> <p><input type="checkbox"/> Gutachtlich nicht befürwortet (Begründung auf gesondertem Blatt)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> <p style="font-size: 8px;">Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes</p>	<div style="font-size: 8px; font-weight: bold;">Entscheidung der Krankenkasse</div> <p>Die Kosten für die Verlängerung der UPT</p> <p><input type="checkbox"/> werden übernommen</p> <p><input type="checkbox"/> werden nicht übernommen</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> <p style="font-size: 8px;">Datum, Unterschrift und Stempel der Krankenkasse</p>
---	---

09/11/2023

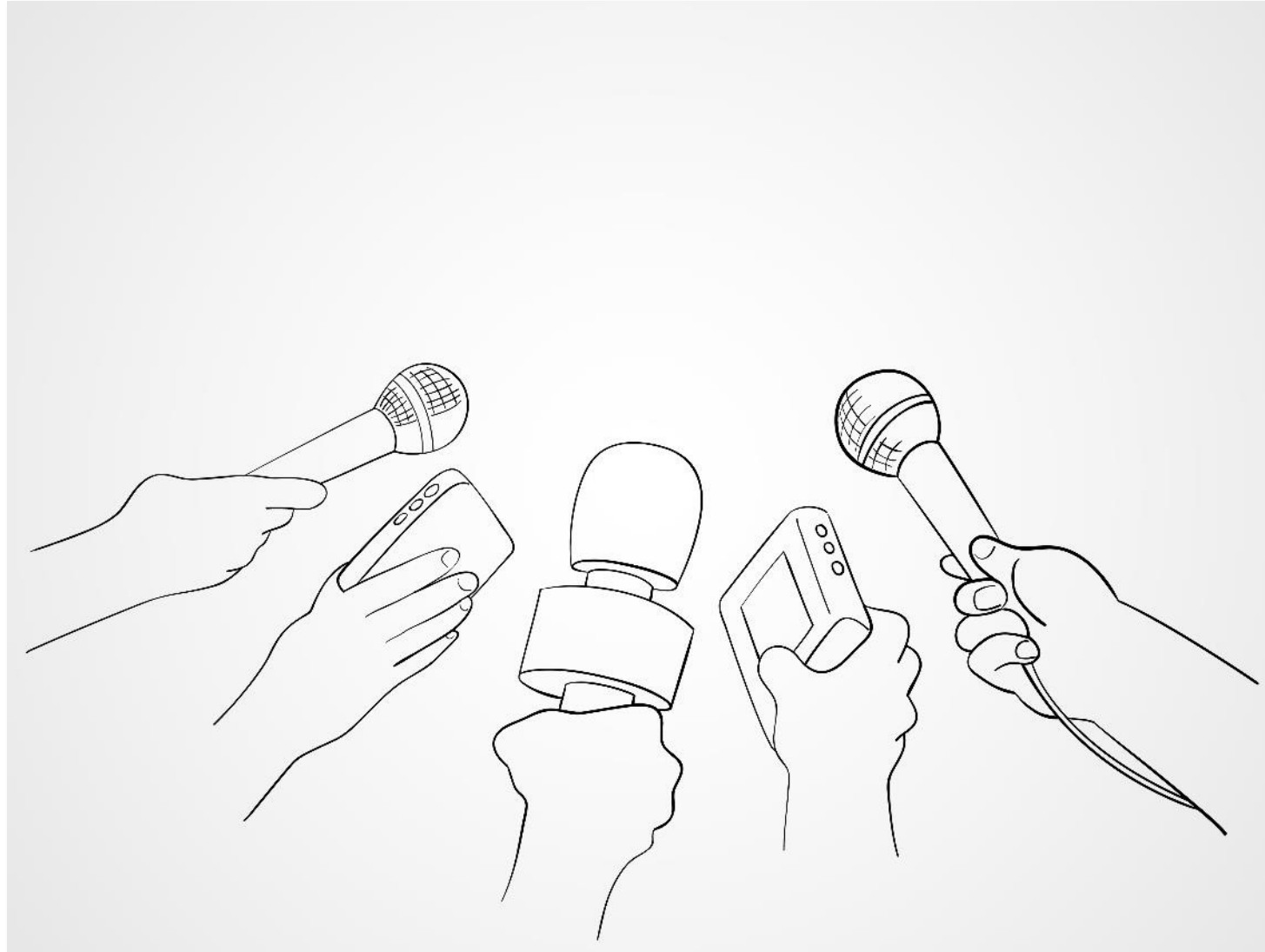
Zum 01.10.2023 ist der Verlängerungsantrag im elektronischen Beantragungs- und Genehmigungsverfahren (EBZ) umgesetzt und wird Ihnen im Rahmen eines Updates des PVS zur Verfügung gestellt.

## Ausfüllhinweise

- Im Feld „Parodontalstatus vom“ ist das Datum aus dem ursprünglichen PAR-Antrag einzutragen.
- Es ist der Progressionsgrad (A, B, C) anzugeben, wie er im ursprünglichen PAR-Antrag an die Krankenkasse übermittelt wurde.
- Bei der Angabe der noch behandlungsbedürftigen Zähne sind die Messergebnisse aus der **letzten UPTd/g** der Zweijahresstrecke maßgebend; das ist in der Regel bei Grad A die 2., bei Grad B die 4. und bei Grad C die 6. UPT.



# Zeit für Ihre Fragen



© rudall30 - Fotolia.com

# Empfehlungen zur praktischen Umsetzung und Hinweise zur Wirtschaftlichkeitsprüfung



© WavebreakMediaMicro - Fotolia.com

- **Hygienezustand**
- **PZR (privat GOZ)**
- **Konservierend-chirurgische Maßnahmen**
  
- Hygienezustand des Patienten bei Erstvorstellung
  
- Grundsätzliche Abklärung: „Bereitschaft für PAR“
  
- PZR (privat GOZ) zusätzlich – zu welchem Zeitpunkt ?
  
- Konservierend-chirurgische Maßnahmen  
einschließlich des Glättens überstehender Füllungs- und Kronenränder  
sind **je nach Indikation vor** oder in zeitlichem Zusammenhang mit der  
PAR-Therapie durchzuführen (PAR-RL § 7).



# PAR-Behandlung bei (starken) Rauchern?

## § 6 PAR-RL – Aufklärungs- und Therapiegespräch – ATG



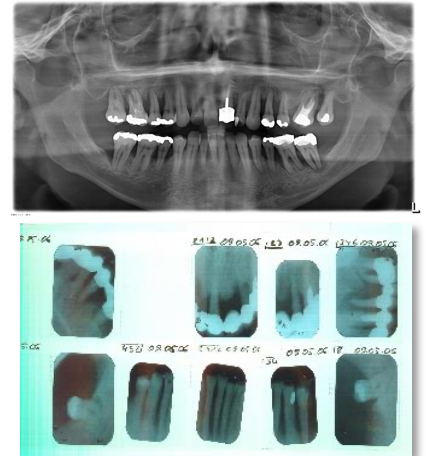
© Fotoimpressionen - Fotolia.com.jpg

## § 10 PAR-RL Adjuvante Antibiotikatherapie (systemisch)

- Möglich bei besonders schweren Formen einer Parodontitis, die mit einem raschen Attachmentverlust einhergehen.
- Verordnung eines systemisch wirkenden Antibiotikums in zeitlichem Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie (**AIT**).
- Die mikrobiologische Diagnostik (Keimbestimmung) sowie eine lokale Antibiotikatherapie sind **kein** Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

# Röntgen

- Erforderlich sind aktuelle (in der Regel nicht älter als **12** Monate), **auswertbare** Röntgenaufnahmen aller Zähne.
- Ein gut auswertbares **OPG** kann herangezogen werden (insbesondere wenn es bereits vorliegt), ggf. ist es durch **Einzelbilder** zu ergänzen.
- In der Regel sehr detailgetreu: Vollständiger **Einzelbildstatus** aller Zähne.
- Alle Zähne (auch nicht zur **AIT** vorgesehene) müssen erfasst sein.
- Der Knochenabbauindex - wichtig für die Einstufung in den Progressionsgrad A B C - kann **nur** durch Röntgenaufnahmen ermittelt werden!



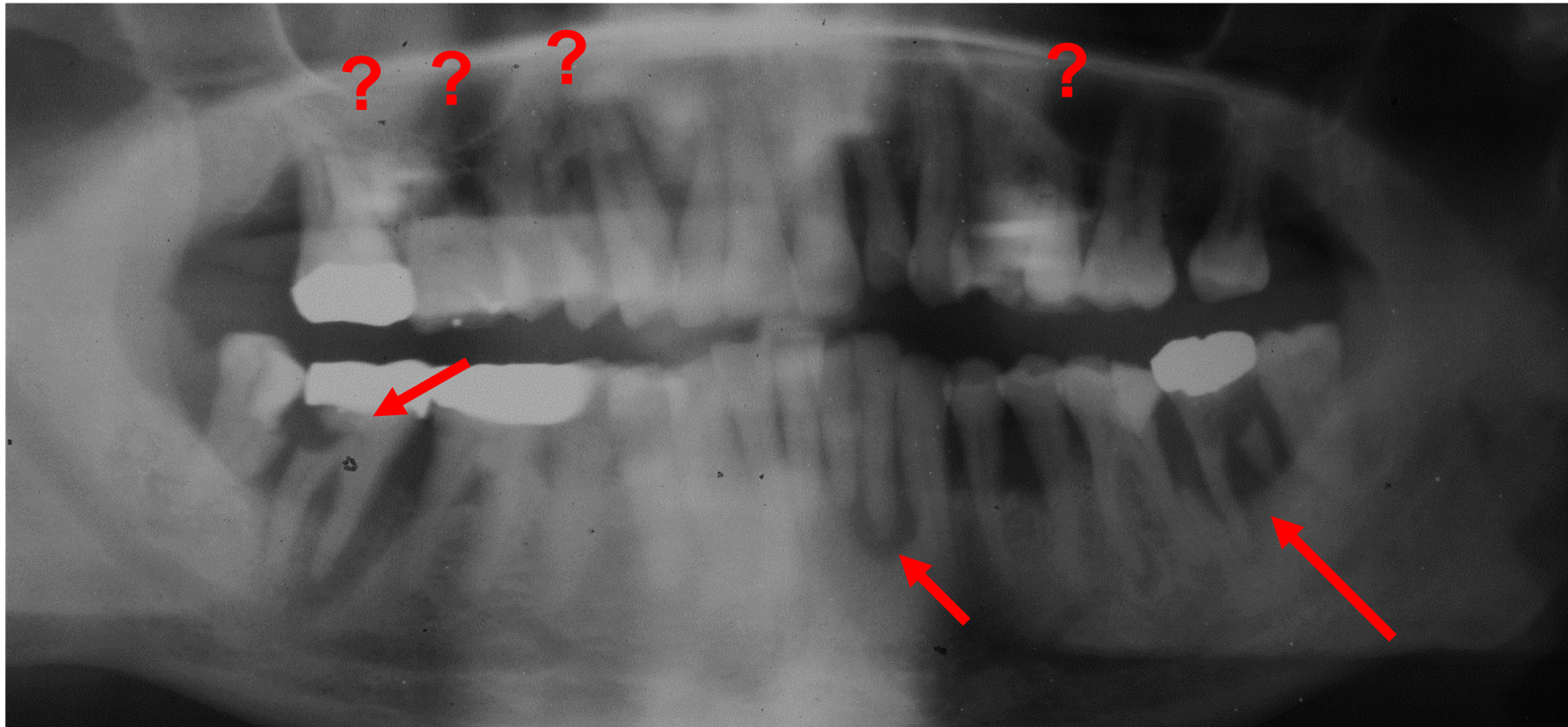
# Gutes OPG

hier sind aber noch umfangreiche Vorbehandlungen erforderlich!



# Mäßiges bis schlechtes OPG

hier sind auch noch sehr umfangreiche Vorbehandlungen erforderlich!





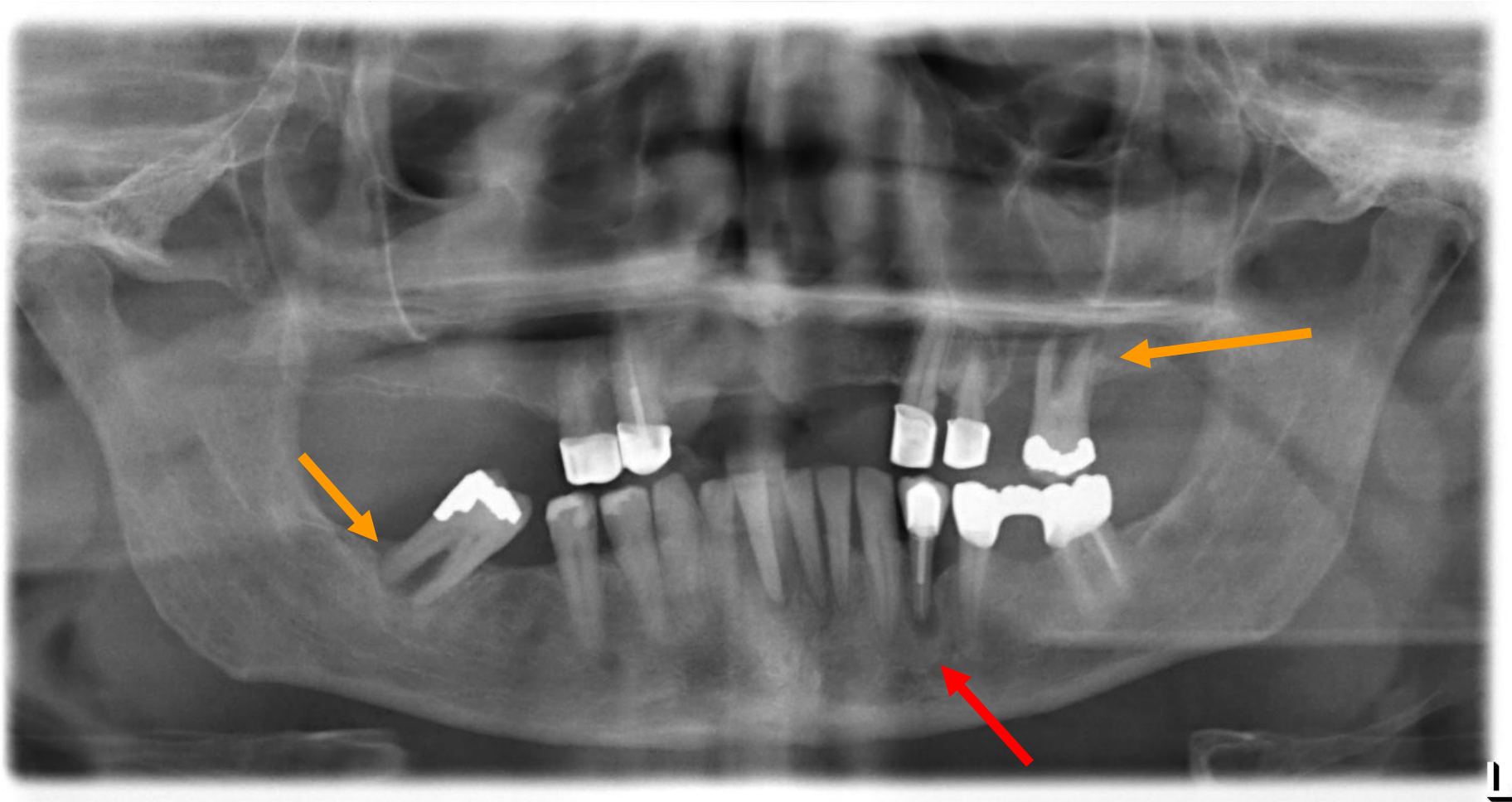
# Nicht zu verwertendes OPG / Einzelbildstatus ist dann besser!



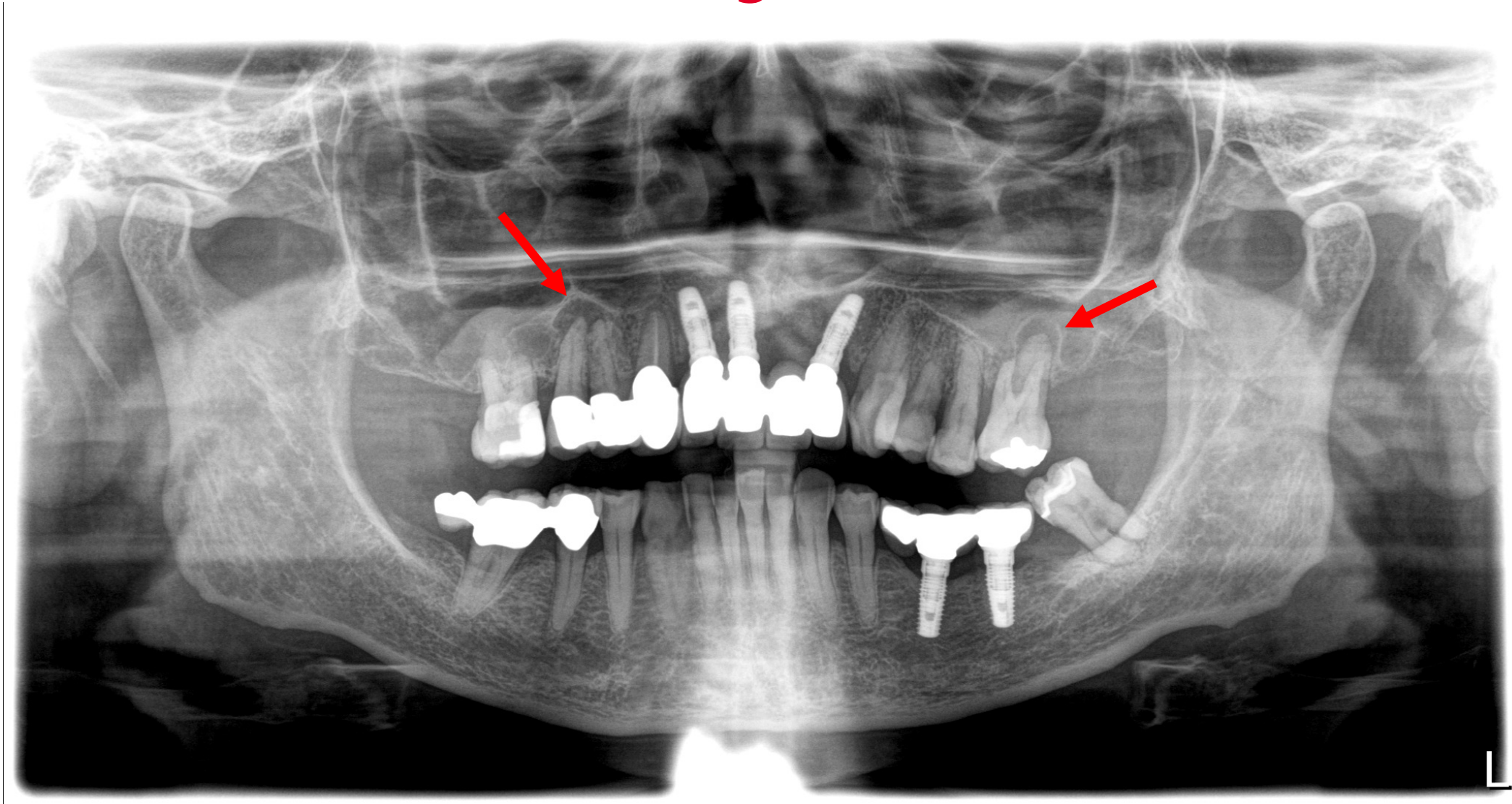
## Nicht zu verwertendes OPG / Einzelbildstatus ist dann besser!

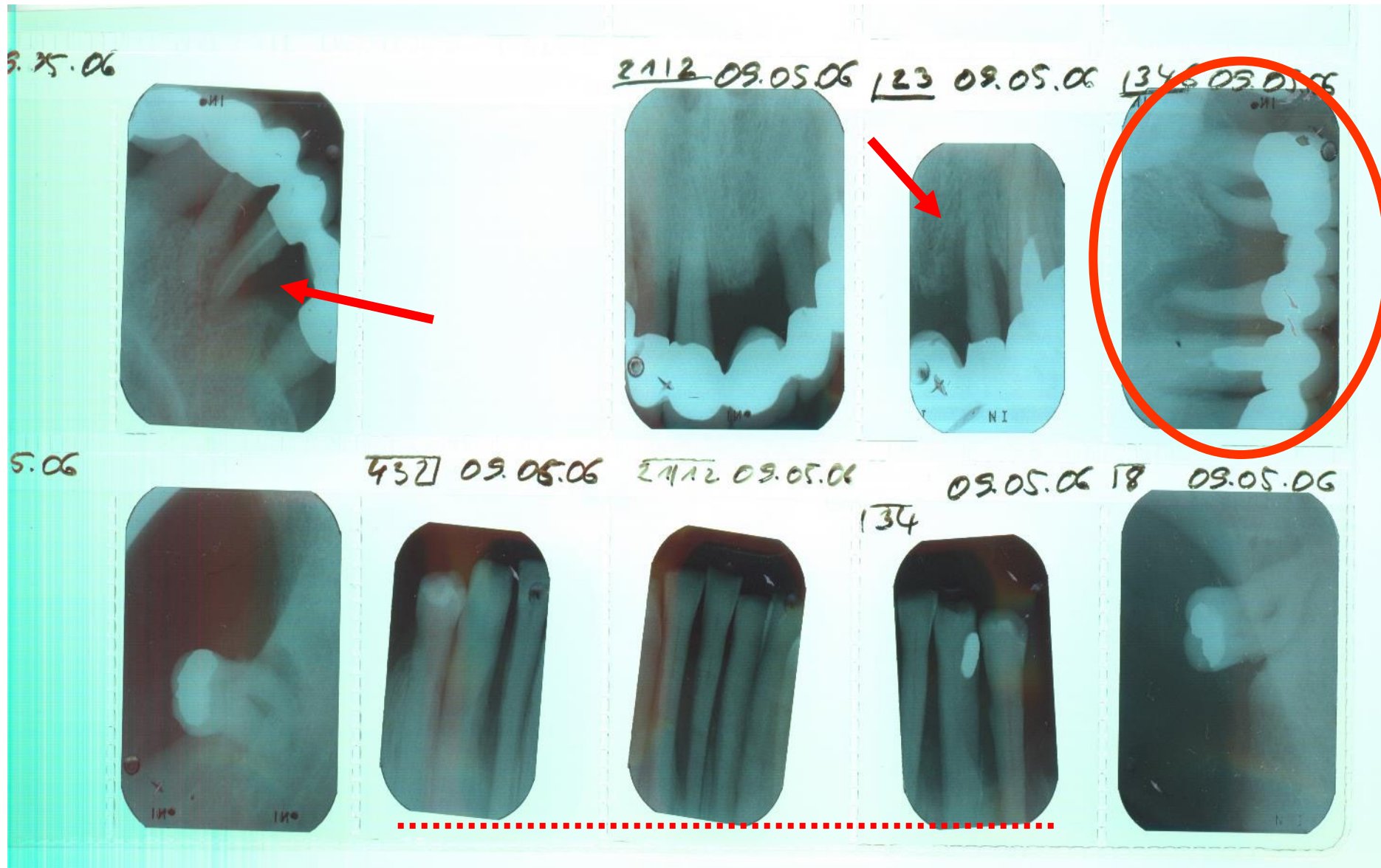


# Störfaktoren ... Handlungsbedarf!



# Störfaktoren ... Handlungsbedarf!

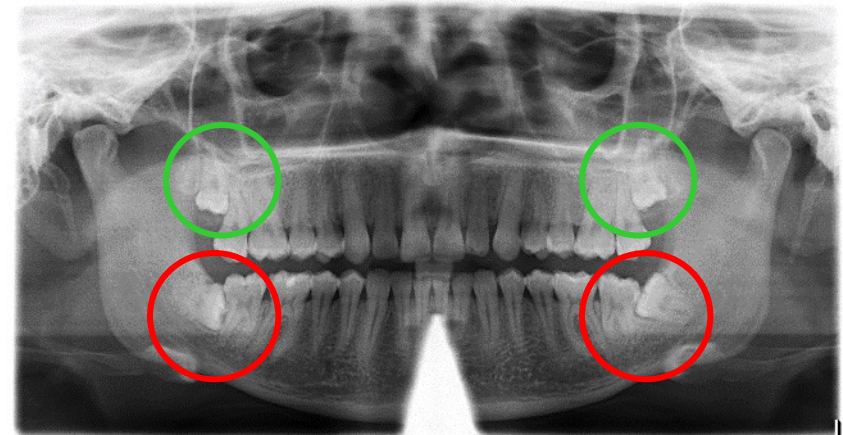
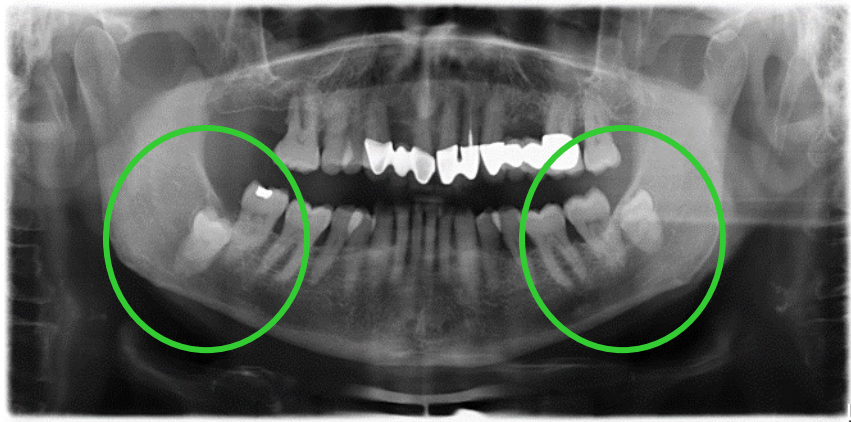
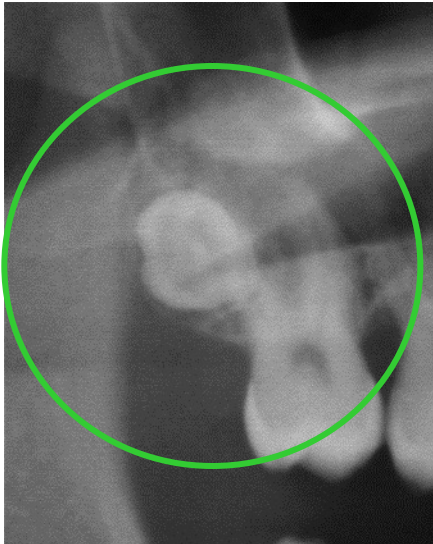








verlagerte/retinierte 8er



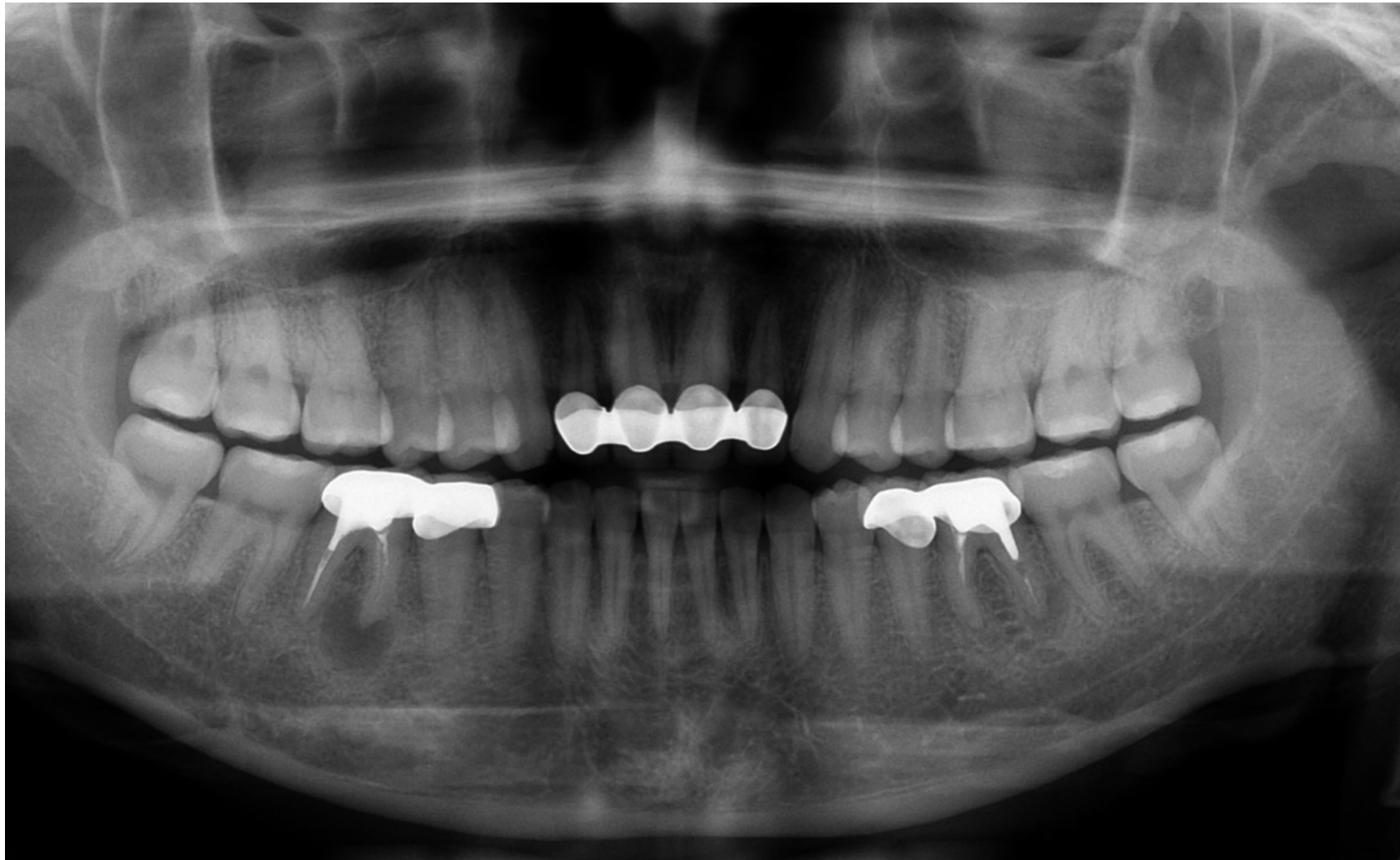
## verlagerte/retinierte 8er



# Digitales Röntgen



**Pat. 30 Jahre alt - Knochenabbau? - ist das überhaupt ein PAR-Fall? (!!! Zähne 36 und 46 !!!)**



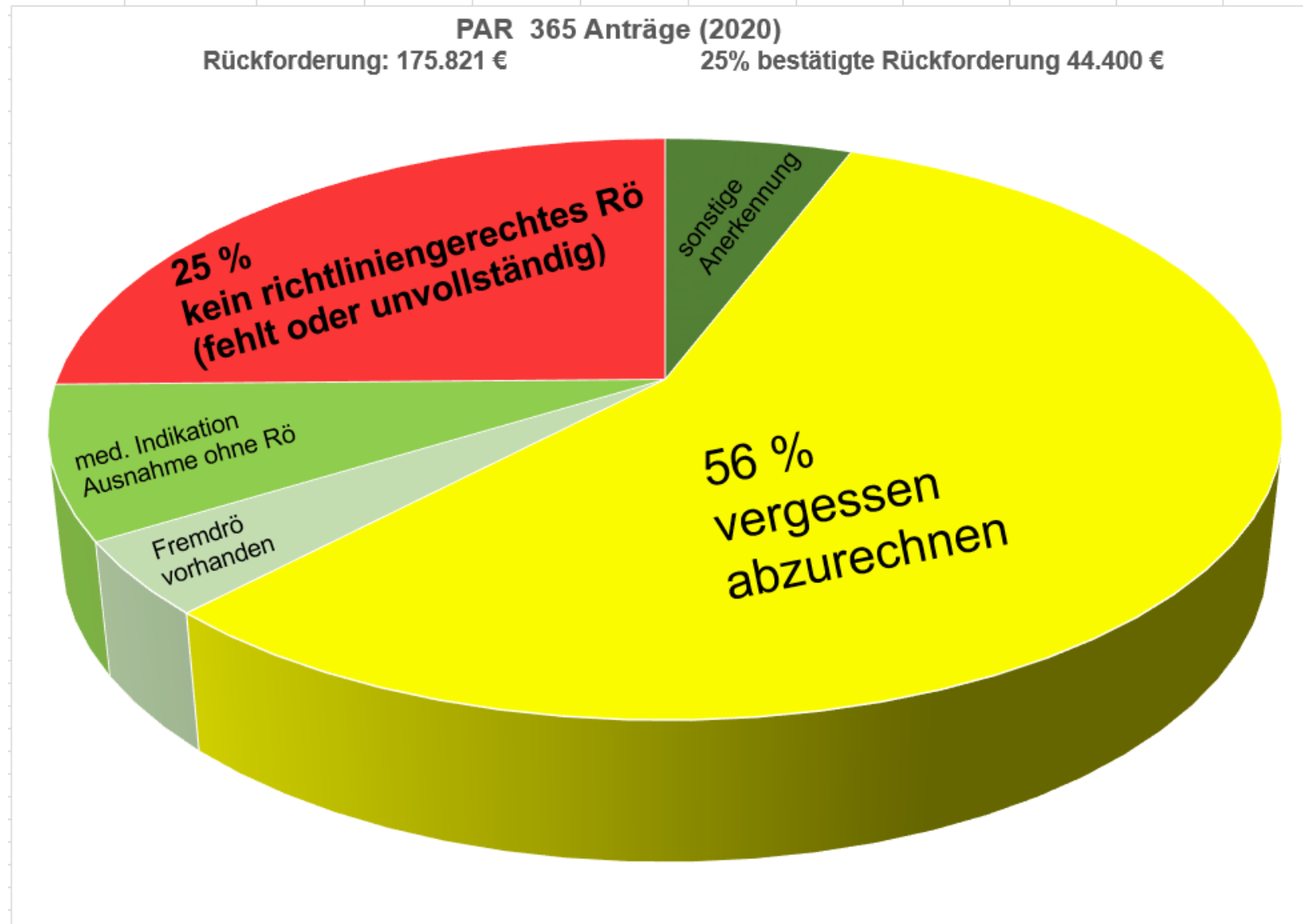
# Nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung vermeiden!

Bei PAR können die Krankenkassen nach Abschluss der Behandlung Anträge auf Wirtschaftlichkeitsprüfung stellen. Überprüft wird, ob sich die gesamte Behandlung **unter Beachtung der PAR-Richtlinie** als ausreichend, notwendig und zweckmäßig erweist.

## Röntgenaufnahmen

- Die Aufnahmen müssen **spätestens** zur Antragsstellung vorliegen und dürfen zu diesem Zeitpunkt in der Regel nicht älter als **12** Monate sein (EB-Status oder gut auswertbares OPG).
- Alle Zähne, auch nicht zur **AIT** vorgesehene, sind vollständig zu erfassen.
- Abrechnung der Rös nicht vergessen!  
*Ein Großteil der Prüfanträge der Krankenkassen haben ihre Ursache in nicht über die KZV abgerechneten - aber dennoch durch die Praxis angefertigten - Aufnahmen.*
- Ein schriftlicher Röntgenbefund in der Patientenkartei ist obligatorisch.

# Nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung vermeiden!





**Kein PAR-Antrag  
ohne Röntgen!**

!?

Bescheinigung zur Vorlage

+

Ich, Klaus-, bestätige hiermit,  
dass ich vor der bevorstehenden Zahnfleischbehandlung  
wegen der Notwendigkeit des Röntgenbildes  
aufgeklärt worden bin.  
Ich bin seit Jahren Angstpatient und lehne das  
Röntgen ab.



# Nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfung vermeiden!

## Diagnose und Dokumentation

- Einstufung in das **Stadium I – IV** und in den **Progressionsgrad A – C** sorgfältig durchführen (das Grading bestimmt die **UPT**-Frequenz und damit die Kosten!).
- Unbedingt zu den Pos. **ATG, MHU, AIT, 108, 111, (CPT)** und **BEV** sowie **UPT** inhaltlich **patientenindividuell** dokumentieren. („*Jeder Patient ist anders*“).
- Alle Befunde, Diagnosen und Behandlungsmaßnahmen gut und nachvollziehbar sowie patientenindividuell dokumentieren! Insbesondere auch die Befunde der **BEV a/b** und **UPT d** sowie **UPT g** (z. B. Messwerte, Lockerungsgrade, Furkationsbefall etc.) gut dokumentieren!

*„Was nicht aufgeschrieben ist, hat nicht stattgefunden“*

# Häufige Fragen ...

antagonistenlose Zähne – ret  
vorhandene Implantate

Patient wechselt nach Planerstellung o  
Patient lässt sich nicht röntgen

PAR-Behandlung während der Schwangerschaft

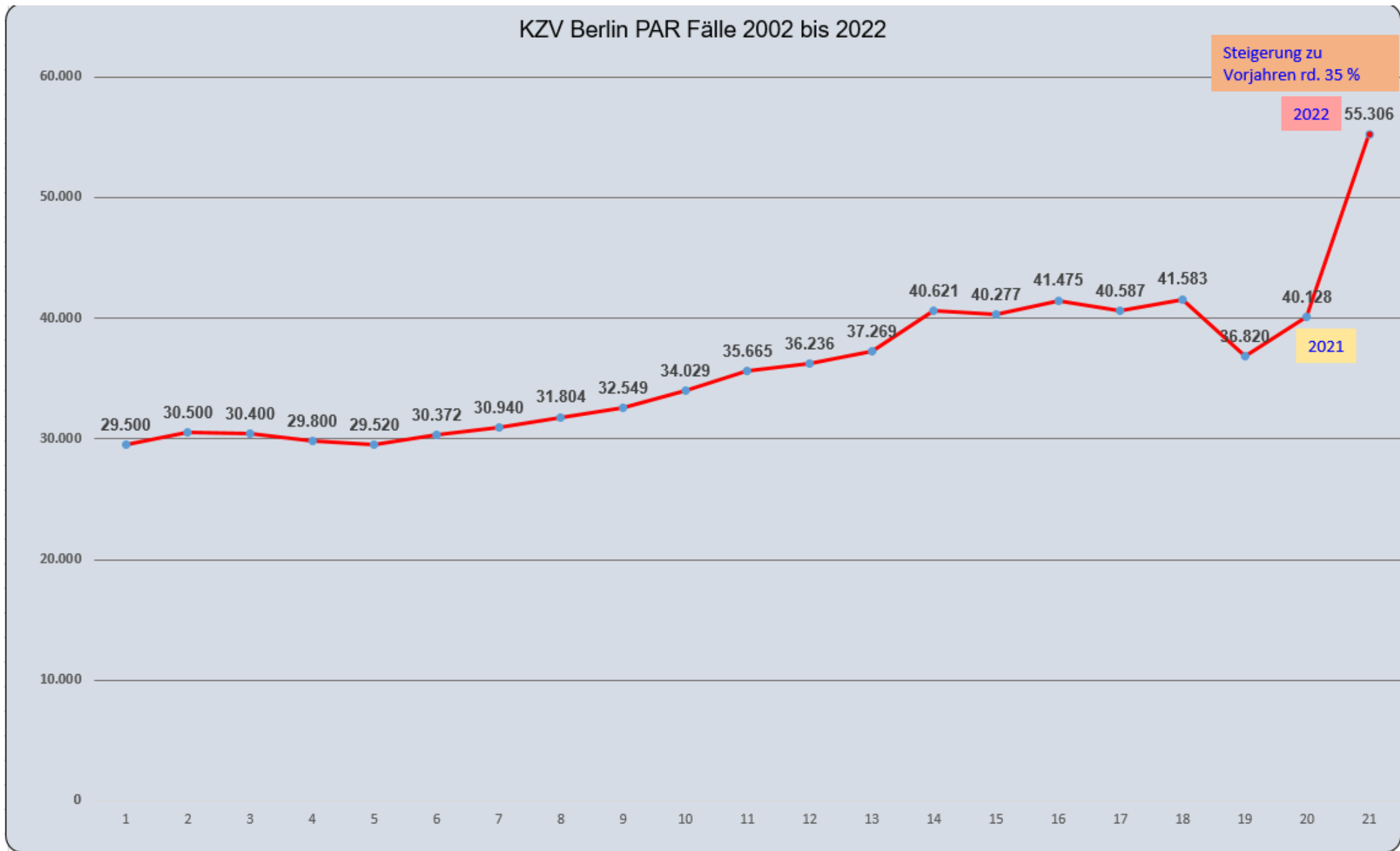
**Rest**zahnbestand von nur wenigen Zähnen

Zahnersatz vor oder nach der PAR-Behandlung (Wartezeit?)

wann kann eine PAR-Behandlung erneut beantragt werden?



© Racle Fotodesign – Fotolia.com





## § 10 PAR-RL Adjuvante Antibiotikatherapie (systemisch)

- Möglich bei besonders schweren Formen einer Parodontitis, die mit einem raschen Attachmentverlust einhergehen
- Verordnung eines systemisch wirkenden Antibiotikums in zeitlichem Zusammenhang mit der antiinfektiösen Therapie (**AIT**)
- Die mikrobiologische Diagnostik (Keimbestimmung) sowie eine lokale Antibiotikatherapie sind **kein** Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung

Sonderregelung für  
„vulnerable Gruppen“

## Behandlung von Parodontitis bei Versicherten nach § 22a SGB V

# außerhalb der systematischen Behandlung

Anzuwenden nur unter bestimmten Voraussetzungen  
bei Patienten, für die eine systematische Parodontitisbehandlung  
nach der PAR-Richtlinie vom 1. Juli 2021  
**nicht durchgeführt werden kann!**



© Kzenon - Fotolia.com.JPG

# Sonderregelung für „vulnerable Gruppen“ nach § 22a SGB V

Abschnitt B. V. Nr. 2 der Richtlinie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie): Versorgungsstrecke bei Versicherten nach § 22a SGBV ab 1. Juli 2021

im zeitlichen Zusammenhang  
Leistungen aus der Richtlinie nach § 22a SGB V

» **Anspruchsberechtigter Personenkreis**

- Versicherte, die einem Pflegegrad nach § 15 SGB XI zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe nach § 99 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.

B. V. Nr. 2 Satz 1

→ Anzeigepflicht

AIT nach Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen abzuschließen

c) adjuvante Antibiotikatherapie nach § 10 PAR-RL, wenn notwendig

wie UPT d) 15 Pkte.

2 Jahre

d) Nachsorge

1x im Kalenderhalbjahr

Mindestabstand 5 Monate

3-6 Monate nach Beendigung der AIT bzw. ggf. CPT

- Messung ST + BOP

- subgingivale Instrumentierung

- vollständige supragingivale und gingivale Reinigung

wie UPT e) + f) 5 bzw. 12 Pkte./Zahn

wie UPT c) 3 Pkte./Zahn

Vertragszahnärztliche Entscheidung zur Parodontitisbehandlung gemäß Abschnitt B. V. Nr. 2 Beh-RL

a) Anamnese, Befund, Diagnose nach § 3 der PAR-RL, sofern dies aufgrund der individuellen Situation der Versicherten möglich ist

(Geb.-Nr. 4)

im Anschluss an Anamnese, Befund, Diagnose

**AIT**

b) Antiinfektiöse Therapie (AIT) nach § 9 PAR-RL

Alternativ: **CPT** nur bei Narkosepatienten

→ chirurgische Parodontaltherapie (CPT)

ST ≥ 6 mm

# Anzeige bei Versicherten nach § 22a SGB V „Vulnerable Gruppen“

Mindestens eine dieser Begründungen muss zutreffen!



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Abrechnung-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:**

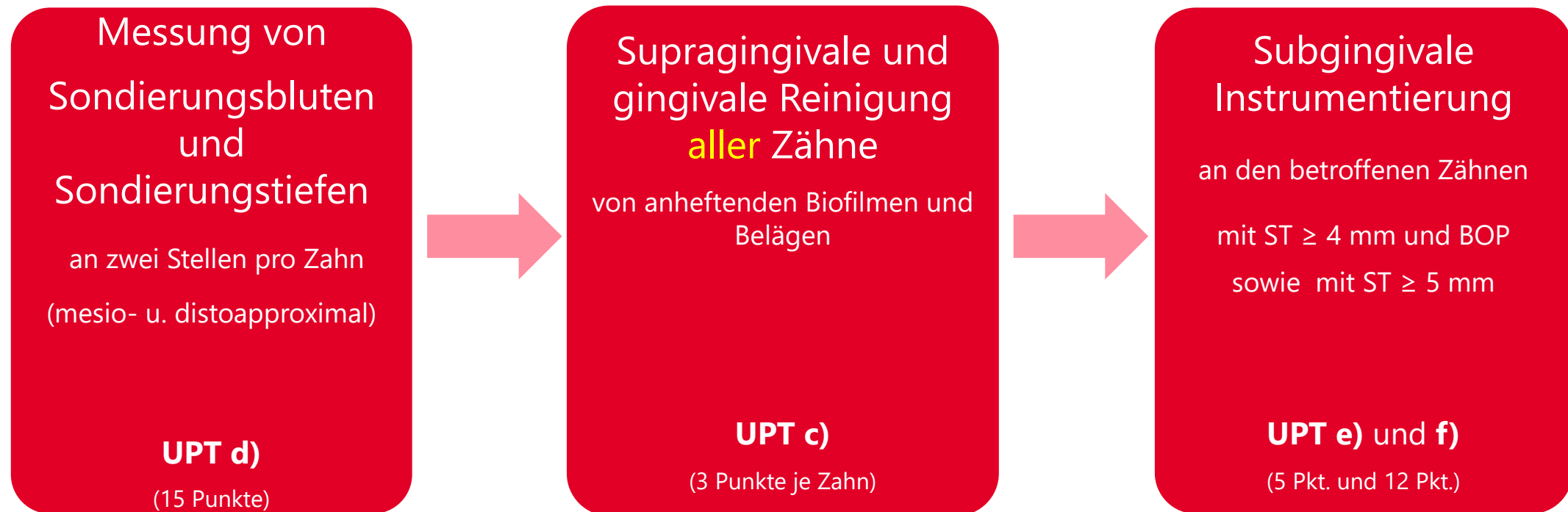
Geb.-Nr.	Zahnangabe	Anzahl
4	-----	
AIT a		
AIT b		
CPT a		
CPT b		

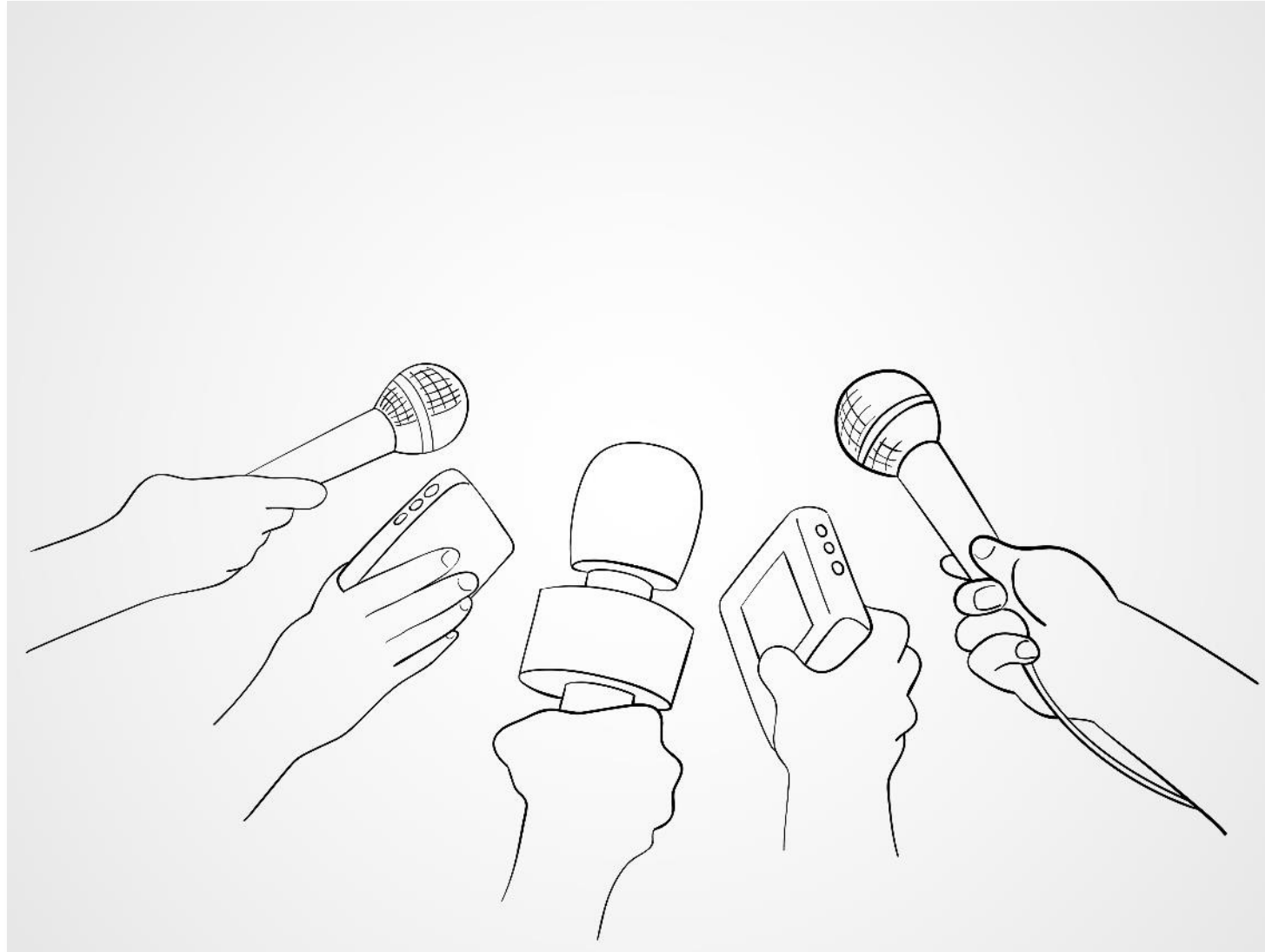
Datum, Unterschrift und Stempel des Zahnarztes

# Nachsorge – für die Dauer von zwei Jahren

- Beginn: 3 bis 6 Monate nach **AIT / CPT**
- einmal je **Kalenderhalbjahr** mit einem Mindestabstand von fünf Monaten



# Zeit für Ihre Fragen



© rudall30 - Fotolia.com



Die Datei der Online-Veranstaltung wird  
als Download im PDF-Format verfügbar sein



[www.kzv-berlin.de](http://www.kzv-berlin.de)

**Webcode: W00251**

**+ Veranstaltungsangebot**

## Zertifikate





Sie können sich jederzeit  
mit Ihren Fragen  
an die KZV wenden!

Spezielle Fragen und Fragen  
zur  
Wirtschaftlichkeitsprüfung:  
Herr Gerlach  
Herr Göpner  
030 89004 -166

KZV Berlin  
Abrechnungsabteilungen  
abrechnung@kzv-berlin.de

TELEFON: 030 89004

KCH - 401  
KB - 402  
KFO - 403  
PAR - 404  
ZE - 405  
BKV - 407



© fotomek - Fotolia.com

direkte Ansprechpartner für Sie:

PAR und KB:

**Frau van Brummelen – 230**

Frau Ludwig - 262

Frau Thiel - 286

par@kzv-berlin.de



*Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!*

# Quellennachweis

Folie	Ort	Dateiname/Urheber
Diverse Folien, Bild-Quellennachweis ist jeweils auf den Folien angegeben	Bild	auf Folie angegeben
Alle nicht direkt auf den Folien mit einem Quellennachweis versehenen Bilder / Grafiken	Bild	Stefan Gerlach



# Einführungsseminar BEMA-Abrechnung für Zahnärzte

## PowerPoint Präsentation

© ZA Stefan Gerlach und ZA Frank Göpner

2023