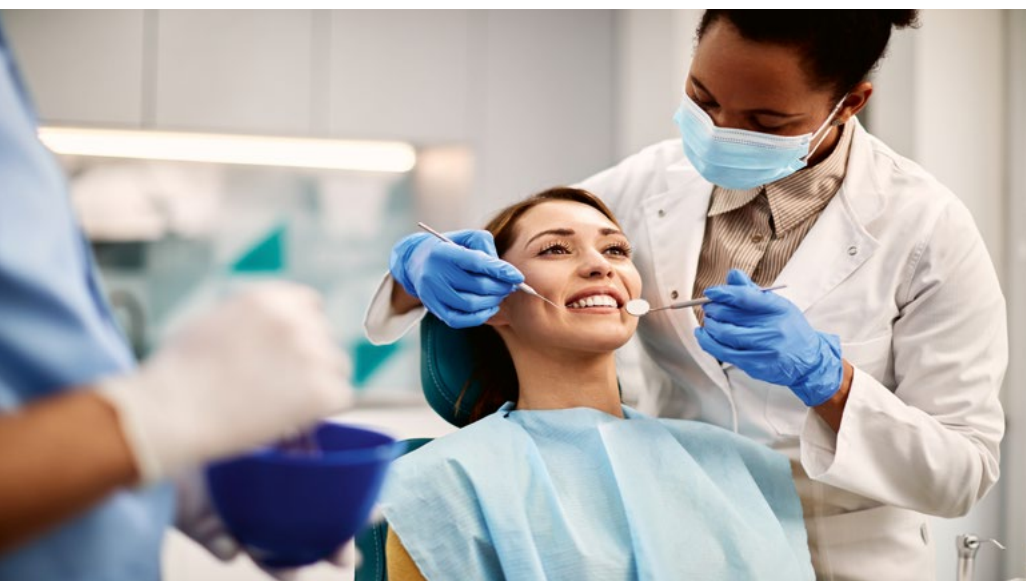


VERTRAGSZAHNÄRZTLICHES GUTACHTERWESEN

Fehlerfreie Beantragung von PAR-Behandlungsplänen

Werden die Anforderungen der aktuellen PAR-Richtlinie konsequent auf Befundung, Klassifikation und Antragsformular übertragen und sind die Angaben zu Allgemeinanamnese, Staging und Grading zueinander passend, können Fehler bei PAR-Anträgen in den Praxen deutlich reduziert werden. Der Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) auf Seiten der Krankenkassen bei der formalen Erstprüfung verstärkt die Relevanz vollständiger und schlüssiger Angaben. Bereits kleine Inkonsistenzen führen dazu, dass Pläne zeitlich verzögert bearbeitet, gegebenenfalls abgelehnt werden oder ein Begutachtungsverfahren eingeleitet wird.¹



PAR-Richtlinie und digitale Prüfung

Mit der zum 1. Juli 2021 in Kraft getretenen PAR-Richtlinie wurde die systematische Behandlung der Parodontitis in der gesetzlichen Krankenversicherung grundlegend neu strukturiert und stärker an die internationale Klassifikation mit Stadien und Graden angelehnt.

Gleichzeitig hat die zunehmende Digitalisierung der Antragsstrecken dazu geführt, dass die Krankenkassen PAR-Behandlungspläne heute bereits in einem ersten Schritt automatisiert prüfen, bevor sie überhaupt einem Gutachter vorgelegt werden.²

Dabei orientieren sich die Prüfalgorithmen eng an den in Richtlinie, Formblättern und Ausfüllhinweisen beschriebenen Pflichtangaben, insbesondere beim klinischen Befund, beim röntgenologischen Knochenabbau sowie bei der aus Anamnese

und Befund abgeleiteten Einstufung in Stadium und Grad. Formale oder inhaltliche Brüche – etwa zwischen Allgemeinanamnese und Grading oder zwischen dokumentiertem Ausmaß und gewähltem Stadium – werden von diesen Systemen als „Unplausibilität“ gewertet und führen zur Herausnahme des PAR-Therapieantrages aus der Routinebearbeitung.³

Staging, Grading und Dokumentationspflichten

Die PAR-Richtlinie verlangt eine Einstufung der Parodontitis in Stadien I–IV, welche die Schwere und Ausdehnung der Erkrankung anhand des maximalen Attachmentverlustes, röntgenologischen Knochenabbaus und parodontal bedingter Zahnverluste beschreibt. Ergänzend dazu muss das Ausmaß beziehungsweise die Verteilung für das Stadium, das die Diagnose definiert,

als „lokalisiert“, „generalisiert“ oder „im Molaren-Inzisiven-Muster“ angegeben werden.⁴

Für das Grading ist eine Einschätzung der Progression auf Basis des Knochenabbauindex (Knochenabbau in Prozent im Verhältnis zum Alter) und weiterer Risikofaktoren, wie Rauchen und Diabetes, erforderlich, wobei diese Angaben mit der allgemeinen und parodontalen Anamnese konsistent sein müssen. Die Richtlinie fordert zudem die vollständige Dokumentation des klinischen Befunds mit Sondierungstiefen, Sondierungsblutung, Lockerungsgrad, Furkationsbefall und röntgenologischem Knochenabbau.⁵

Top-Fehler 1: Unvollständige klinische Befunde

Am häufigsten fällt im PAR-Gutachterverfahren das Fehlen zentraler Befundparameter auf, obwohl diese zwingend zu erheben und zu dokumentieren sind. Insbesondere werden Sondierungsblutung, Furkationsbefall und Lockerungsgrade oft gar nicht oder nur lückenhaft eingetragen, obwohl sie sowohl für die Behandlungsplanung als auch für die spätere Verlaufskontrolle von Bedeutung sind.⁶

Die PAR-Richtlinie und ergänzende BEMA-Abrechnungsinformationen stellen klar: Bestandteil des Parodontalstatus sind Sondierungstiefen und Sondierungsblutung an mindestens zwei Stellen pro Zahn – und zwar mindestens mesioapproximal und distoapproximal – sowie Angaben zu Furkationsbefall und Zahnlockerung. Fehlen diese Angaben im Antrag, entsteht der Eindruck einer unvollständigen Diagnostik, was bei

automatisierter Prüfung, wie auch in der Begutachtung, zur Beanstandung führen kann, selbst wenn klinisch korrekt gearbeitet wurde.⁴

Praktische Empfehlungen zu Befundangaben

- » Sondierungsblutung konsequent an allen Messstellen erfassen und pro Sondierstelle dokumentieren
- » Furkationsbefall nach Grad 0–III an allen Molaren und Prämolaren mit Mehrwurzeligkeit erheben und im Status eintragen⁸
- » Zahnlockerung für alle betroffenen Zähne in Graden 0–III dokumentieren, da hohe Lockerungsgrade auch therapeutische Konsequenzen bis hin zur Extraktion begründen⁹

Top-Fehler 2: Falsches Ausmaß/Verteilung in Bezug auf Stadium

Ein weiterer typischer Fehler ist die falsche oder inkonsistente Angabe von Ausmaß und Verteilung in Relation zum gewählten Stadium. Nach Richtlinie ist das Ausmaß beziehungsweise die Verteilung ausdrücklich für das Stadium anzugeben, das die Diagnose definiert, also das höchste Stadium beim jeweiligen Patienten.¹

In den Ausfüllhinweisen wird betont: „lokalisiert“ entspricht einer Beteiligung von weniger als 30 Prozent der Zähne, „generalisiert“ einer Beteiligung von mindestens 30 Prozent der Zähne und das Molaren-Inzisiven-Muster einer bevorzugten Beteiligung dieser Zahngruppen.

Wird beispielsweise ein Stadium III auf Basis einzelner stark betroffener Zähne vergeben, das Ausmaß aber vorschnell als „generalisiert“ eingetragen, obwohl weniger als 30 Prozent der Zähne für die Einstufung ausschlaggebend sind, liegt eine formale Inkonsistenz vor.¹⁰

Hinweise zur korrekten Bestimmung von Ausmaß/Verteilung

- » zunächst den oder die Zähne identifizieren, die zur Einstufung in das höchste Stadium geführt haben, und deren Anzahl in Relation zur Gesamtzahl der vorhandenen Zähne setzen¹¹
- » bei weniger als 30 Prozent betroffener Zähne „lokalisiert“, bei 30 Prozent oder mehr „generalisiert“ wählen; ein Molaren-Inzisiven-Muster nur dann angeben, wenn dieses tatsächlich das charakteristische Befallsmuster darstellt
- » Ausmaß/Verteilung immer im Kontext des gewählten Stadiums prüfen; bei Änderung des Stadiums vor Antragstellung Verteilung anpassen

Top-Fehler 3: Inkonsistenzen bei Grad (Progression) und Anamnese

Die Einstufung des Grads A–C soll das Progressionsrisiko widerspiegeln und stützt sich sowohl auf den Knochenabbauindex als auch auf parodontitisrelevante systemische und verhaltensbezogene Risikofaktoren. Besonders häufig ist eine Diskrepanz zwischen den im Antragsformular dokumentierten Angaben zu Rauchen und Diabetes und der gewählten Grad-Einstufung, was bei einer KI-Prüfung unmittelbar auffällt.¹²

Knochenabbauindex eher Grad A oder B zugeordnet werden. Wird etwa ein Patient mit dokumentiertem Rauchen und bekanntem Diabetes mellitus als Grad A eingestuft, erscheint dies richtlinienfern und unplausibel.¹³

Empfehlungen zur konsistenten Grad-Bestimmung

- » Angaben zu Raucherstatus (inklusive Intensität) und Diabetes in der allgemeinen und parodontitispezifischen Anamnese sorgfältig erheben und vollständig eintragen¹⁴
- » den Grad anhand des Knochenabbauindex in Prozent des Wurzelanteils in Relation zum Alter bestimmen und anschließend mit den Risikofaktoren abgleichen, um eine schlüssige Einstufung zu erhalten¹⁵
- » vor Versand des Antrags prüfen, ob die Grad-Angabe mit den Anamnesefeldern zu Rauchen und Diabetes übereinstimmt, und bei Änderungen in der Anamnese den Grad gegebenenfalls neu bewerten¹³

Röntgenbefund, CAL und Progression

Die PAR-Richtlinie fordert ausdrücklich die Einbeziehung des röntgenologischen Knochenabbaus, einschließlich der Angabe des Knochenabbaus in Prozent im Verhältnis zum Alter, in die Klassifikation von Stadium und Grad. In der Praxis wird jedoch häufig allein der klinische Attachmentverlust (CAL) herangezogen, obwohl aktuelle Röntgenaufnahmen vorhanden wären und die Progressionsbeurteilung dadurch möglich ist.³

In den Ausfüllhinweisen wird erwähnt, dass für die Bestimmung des Grads auf Röntgenbilder zurückzugreifen ist, die in der Regel nicht älter als zwölf Monate sein dürfen. Wird trotz röntgenologisch klar nachweisbarer Knochenabbauprogession ausschließlich mit CAL argumentiert, wirkt die Begründung des Grads lückenhaft und kann insbesondere bei höherem Stadium zu Rückfragen führen.¹

Die Richtlinie und die zugehörigen Tabellen sehen vor, dass ein höheres Progressionsrisiko zum Beispiel bei starkem Rauchen oder schlecht eingestelltem Diabetes eher zu einer Einstufung in Grad C führt, während Patienten ohne relevante Risikofaktoren und mit geringem



Praktische Tipps zur röntgenologischen Dokumentation

- » Röntgenaufnahmen systematisch auf das Ausmaß des Knochenabbaus prüfen und den Knochenabbauindex (Prozent des Wurzelanteils im Verhältnis zum Alter) dokumentieren⁶
- » radiologische Befunde (vertikaler/horizontaler Knochenabbau, Furkationsbeteiligung) mit dem klinischen Status abgleichen, um Stadium und Grad konsistent herzuleiten¹⁵
- » in Grenzfällen ausdrücklich vermerken, wenn die Indikation eine aktuelle Aufnahme nicht rechtfertigt und nachvollziehbar auf vorhandene ältere Röntgenbilder Bezug nehmen¹⁵

VERTRAGSAHNÄRZTLICHE FORTBILDUNG



Zu diesem Beitrag können Fortbildungspunkte erworben werden:
zahnaerzte-in-sachsen.de

KI-Prüfung und Konsequenzen für die Praxis

Die bereits eingangs geschilderte KI-gestützte Bearbeitung der Behandlungspläne bei den Krankenkassen bedeutet für die Praxen, dass eine formal und inhaltlich saubere Beantragung nicht nur eine Richtlinienpflicht ist, sondern auch ein Instrument zur Sicherung der eigenen Honorare und zur Vermeidung unnötiger Nachfragen. Checklisten, interne Schulungen des Teams und die konsequente Nutzung der von KZVen und Fachgesellschaften bereitgestellten Ausfüllhilfen und Schulungsmaterialien können helfen, die beschriebenen Fehlerquellen dauerhaft zu reduzieren und die PAR-Behandlungsplanung effizienter zu gestalten.¹⁶

Überarbeitete Checkliste

Im Zusammenhang mit der Umsetzung der PAR-Richtlinie in Sachsen ist zudem hervorzuheben, dass die sächsischen PAR-Gutachter eine überarbeitete Checkliste für zu begutachtende PAR-Behandlungspläne entworfen haben, die Praxen bei der Zusammenstellung der für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen unterstützt.

Kompakt-Onlineschulung

Ergänzend ist in diesem Jahr eine kompakte Onlinefortbildung geplant, in der das korrekte Erstellen von PAR-Behandlungsplänen praxisnah dargestellt und anhand typischer Fehlerbeispiele und Musterfälle erläutert wird.

Termin am 15. April, von 13:00 bis 14:00 Uhr;
Anmeldung über den Fortbildungskalender:



Durch die Kombination aus aktualisierter Checkliste und gezielter Fortbildung erhalten sächsische Zahnärztinnen und Zahnärzte ein Instrumentarium, um PAR-Anträge formal und inhaltlich schlüssig zu gestalten und die Quote gutachterlich beanstandeter Pläne nachhaltig zu senken.

Dr. med. dent. Henning Sporbeck
Parodontologie-Gutachter der KZVS

Literatur unter zahnaerzte-in-sachsen.de

Häufige Fehler und empfohlene Korrektur

Aspekt	Typischer Fehler	Richtlinienkonforme Anforderung	Empfohlene Praxismaßnahme
Klinischer Befund	Sondierungsblutung, Furkation, Lockerung fehlen oder sind unvollständig	vollständige Erfassung aller klinischen Parameter im PAR-Status	Standardisierte Befundbögen/Software nutzen, Checkliste vor Antragversand verwenden ⁶
Ausmaß/Verteilung	„generalisiert“ angegeben, obwohl < 30 % der Zähne das Stadium bestimmen	Ausmaß/Verteilung für das höchste Stadium: lokalisiert, generalisiert oder MI-Muster	Zähne zählen, die zur Stadiumsbestimmung führen, und Verteilung strikt nach Prozent regeln ⁶
Grad (Progression)	Grad A bei stark rauchendem Diabetiker oder Grad C ohne Risikofaktoren	Grad aus Knochenabbauindex und Risikofaktoren konsistent ableiten	Anamnese und Röntgenbefund vor Gradfestlegung zusammen auswerten ¹⁵
Röntgenbefund	CAL dokumentiert, obwohl Röntgenprogression besser beurteilbar wäre	Einbezug des röntgenologischen Knochenabbaus und Knochenabbauindex	systematisch aktuelle oder begründet ältere Aufnahmen für Staging/Grading heranziehen ⁶
Anamnese (Rauchen/Diabetes)	Angaben unvollständig oder nicht mit Grad verknüpft	vollständige allgemeine und parodontitispezifische Anamnese als Basis des Gradings	Abgleich Anamnese, Grad in der Praxissoftware vor Übermittlung des Antrags ¹⁴

Beitrag

VERTRAGSZAHNÄRZTLICHES GUTACHTERWESEN:

„Fehlerfreie Beantragung von PAR-Behandlungsplänen“

Dr. med. dent. Henning Sporbeck

1. <https://www.zahnaerzte-wl.de/pages/neue-par-richtlinie>
2. [https://www.kzvlb.de/fileadmin/user_upload/Seiteninhalte/Aktuelles/PAR/ Ausfu](https://www.kzvlb.de/fileadmin/user_upload/Seiteninhalte/Aktuelles/PAR/Ausfu)
[llhinweise-PAR-Status-Blatt-1-final.pdf](#)
3. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4623/2020-12-17_PAR-RL_Erstfassung_BAnz.pdf
4. [https://www.kzvlb.de/fileadmin/user_upload/Seiteninhalte/Aktuelles/PAR/ Ausfu](https://www.kzvlb.de/fileadmin/user_upload/Seiteninhalte/Aktuelles/PAR/Ausfu)
[llhinweise-PAR-Status-Blatt-1-final.pdf](#)
5. https://www.kzvlb.de/fileadmin/user_upload/Seiteninhalte/Aktuelles/PAR/FAQ/Fragen/
[1_22_FAQ.pdf](#)
6. <https://www.kzbv.de/patienten/medizinische-infos/parodontitis/behandlung-der-parodontitis/>
7. https://www.kzv-berlin.de/fileadmin/user_upload_kzv/Praxis-Service/1_Abrechnung/
[5_Parodontitis/Skript_Seminar_07_2022.pdf](#)
8. <https://dgparo.de/wp-content/uploads/2022/02/dg-paro-tabelle-staging-und-grading-parodontitis-2021.pdf>
9. <https://www.abrechnungswelt.com/abrechnungsportal/verzeichnisse/zahnmedizin/bema/systematische-behandlung-von-parodontopathien/bema-4-befunderhebung-und-erstellen-eines-parodontalstatus/befunderhebung-und-erstellen-eines-parodontalstatus>
10. <https://par-richtlinie.de/antrag/>
11. https://par-richtlinie.de/wp-content/uploads/2021/07/Beispiel-2_PAR-Status-1_Stadium-IV-1.pdf
12. https://www.g-ba.de/downloads/40-268-7483/2020-12-17_PAR-RL_Erstfassung_ZD.pdf
13. <https://www.zahnaerzte-wl.de/pages/neue-par-richtlinie>
14. https://www.kzvb.de/fileadmin/user_upload/Abrechnung/Tipps/PAR/PAR-Rili_Alles_auf_einen_Blick.pdf
15. <https://www.kzbv.de/zahnaerzte/richtlinien/par-richtlinie/>
16. <https://par-richtlinie.de>
17. https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/b/GVSG-RegE_Stellungnahme_KZBV_BZAEK_final.pdf