

Update Parodontitis: Evidenzbasiert behandeln, korrekt abrechnen

Die Behandlung der Parodontitis gehört zu den Kernaufgaben von ParodontologInnen, DentalhygienikerInnen und Prophylaxe-Profis. Die S3-Leitlinie zur Therapie der Parodontitis Stadien I-III etabliert ein evidenzbasiertes, stufenweises Vorgehen von der initialen Diagnostik über antiinfektiöse und chirurgische Maßnahmen bis hin zur unterstützenden Parodontalthherapie (UPT). Gleichzeitig verlangt die Versorgung gesetzlich Versicherter die Umsetzung der PAR-Richtlinie des G-BA, die seit 01.07.2025 eine entscheidende Anpassung der UPT-Regelungen erfahren hat. Dieser Artikel verbindet beide Perspektiven: die klinisch-therapeutische Strecke und die Abrechnungssystematik.

Text: Vesna Braun

1. Diagnostik, Befundung und Planerstellung

Klinischer Ablauf: Zu Beginn steht die vollständige Befundung (Sondierungstiefen, BOP, Furkationen, Mobilität, Röntgenbefunde) und die Klassifikation nach Staging & Grading. Ergänzend erfolgt die Risikoprofilierung (Nikotin, Diabetes, Plaque, genetische und systemische Faktoren). Auf dieser Basis wird der Behandlungsplan erstellt, der alle Therapiestufen umfasst und mit der Patientin oder dem Patienten besprochen wird.

➡ **Abrechnung (GKV):** Status (BEMA-Nr. 4) – Erhebung des Parodontalstatus. Antrag: Übermittlung an die Krankenkasse mittels Formblatt 5a/5b. Ohne genehmigten Plan sind die folgenden Leistungen (ATG, MHU, AIT etc.) nicht abrechenbar.

2. ATG und MHU – Aufklärung und Motivation

Klinischer Ablauf: Das Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG) stellt sicher, dass PatientInnen die Diagnose, den geplanten Ablauf und ihre Eigenverantwortung verstehen. Parallel oder nachfolgend



Die Mundhygiene-Empfehlungen werden unter Aufsicht geübt.

erfolgt die Mundhygieneunterweisung (MHU): Individualisierte und praktische Instruktion zu Zahn- und Interdentalbürsten, Hilfsmitteln, Ernährungs- und Raucherberatung.

➡ **Abrechnung (GKV):** ATG – eigenständige BEMA-Position, nicht delegierbar, nicht mit Ä1 kombinierbar. MHU – einmal je Parodontalbehandlung abrechenbar.

3. Antiinfektiöse Therapie (AIT)

Klinischer Ablauf: Die subgingivale Instrumentierung mittels Hand- und Ultraschallinstrumente, sowie Pulverstrahlgeräte bilden den Kern der aktiven Therapie. Ziel ist die Reduktion pathogener Biofilme, Taschenrückgang und Attachmentgewinn. Adjuvante Antibiotika sind nur in Ausnahmefällen vorgesehen, lokal wirksame Präparate oder Adjuvantien können in ausgewählten Situationen ergänzt eingesetzt werden.

➡ **Abrechnung (GKV):** AIT – abrechenbar nach Durchführung, meist sitzungsweise. Eine Evaluation (BEVa) muss nach 3 bis 6 Monaten erfolgen.

4. Erste Reevaluation (BEVa)

Klinischer Ablauf: Die erste Befundevaluation überprüft den Therapieerfolg nach AIT. Kriterien sind Sondierungstiefen, Blutung, Mobilität und ggf. radiologische Kontrollen. Persistierende Taschen ≥ 6 mm oder 4 mm mit BOP oder 5 mm erfordern weiterführende Maßnahmen.

➡ **Abrechnung (GKV):** BEVa – gesonderte BEMA-Position. Erfolgt 3 bis 6 Monate nach AIT. Dokumentation ist Pflicht; ohne Evaluation keine Abrechnung der nachfolgenden CPT oder UPT.

5. Chirurgische Therapie (CPT) und Reevaluation (BEVb)

Klinischer Ablauf: Bei verbleibenden pathologischen Taschen können chirurgische Verfahren (Access-Flap, regenerative Maßnahmen bei intraossären Defekten, Furkationsbehandlung) notwendig sein. Nach CPT erfolgt erneut eine Reevaluation (BEVb).

➡ **Abrechnung (GKV):** CPT – Abrechnung nach Anzeige auf Formblatt 5c. BEVb – erneut 3 bis 6 Monate nach CPT vorgeschrieben.



DH Vesna Braun

Praxis & More®

Im Heidewald 11

77767 Appenweier

v.braun@praxis-and-more.de

www.praxis-and-more.de

6. Unterstützende Parodontaltherapie (UPT)

Klinischer Ablauf: Die UPT ist entscheidend für den Langzeiterfolg. Sie umfasst erneute Motivation und Instruktion, supragingivale und subgingivale Reinigung, erneute Messungen (BOP, Sondierungstiefen), Fluoridierung, Sensibilitätsbehandlung sowie die Risikoanpassung des Recallintervalls (3 bis 12 Monate).

➡ **Abrechnung (GKV – Update ab 01.07.2025):** Start frühestens 3-6 Monate nach AIT bzw. CPT. Zeitraum weiterhin 2 Jahre ab erster UPT-Sitzung. Neu seit 01.07.2025: Wegfall starrer Kalenderzeiträume – nur noch Mindestabstände gelten: Grad A: hat Anspruch auf 2 UPTs, mind. 10 Monate Abstand; Grad B: 4 x UPT, mind. 5 Monate Abstand; Grad C: 6 x UPT, mind. 3 Monate Abstand. UPT d (Sondierung/BOP) und UPT g (Status im 2. Jahr): abhängig von Grad in festgelegten Sitzungen abrechenbar. Versäumte Termine verlängern den Zweijahreszeitraum nicht. Mindestabstände müssen eingehalten werden.

7. Dokumentation und Evaluation

Die Dokumentation aller Maßnahmen ist nicht nur rechtliche Pflicht, sondern auch Grundlage für die Abrechnung.

Dazu gehören:

- initiale Befunde (Status),
- Plan (Formulare),
- durchgeführte Leistungen (ATG, MHU, AIT, CPT, UPT)
- sowie Evaluationsdaten (BEVa/b, UPT d, UPT g).

Fehlende Dokumentation kann zur Streichung der gesamten Behandlungsstrecke führen.

Fazit

Die moderne Parodontitistherapie verbindet evidenzbasierte klinische Schritte nach S3-Leitlinie mit klar definierten Abrechnungsregeln der GKV. Für Zahnarztpraxen bedeutet das:

- konsequentes Arbeiten entlang der stufenweisen Leitlinie
- strukturierte, lückenlose Dokumentation und
- Einhaltung der Abstände
- sowie individuelle Anpassung der UPT-Intervalle an das Patientenrisiko.

Das Update vom 01.07.2025 bringt für die UPT mehr Flexibilität, ohne die Qualität der Nachsorge zu beeinträchtigen. Damit eröffnen sich Chancen für eine praxisnahe, patientenzentrierte und zugleich regelkonforme Therapie, die langfristigen Erfolg sichert.