

FAQs

zu den Beschlüssen des Beratungsforums über die Berechnung der leitlinienbasierten Parodontitistherapie

Warum sind zahlreiche Leistungen der modernen Parodontitistherapie nicht in Leistungen des Gebührenverzeichnisses der GOZ beschrieben?

Die GOZ ist mittlerweile über 35 Jahre alt. Trotz der im Jahr 2012 erfolgten Novellierung konnte der in der S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) aus dem Dezember 2020 manifestierte wissenschaftliche Fortschritt keine Berücksichtigung gefunden haben. Bestätigt wird dieser Sachverhalt durch eine ergänzende wissenschaftliche Betrachtung der DG PARO vom Oktober 2022.

Welche Bedeutung haben die Beschlüsse des Beratungsforums?

Die Anwendung der Beschlüsse ist nicht verpflichtend. Es handelt sich um Empfehlungen, deren Anwendung allerdings eine konfliktfreie Rechnungslegung und Erstattung ermöglichen wird. Der neben der Bundeszahnärztekammer beteiligte PKV-Dachverband vertritt nahezu alle privaten Krankenversicherer, die Beschlüsse haben per Runderlass auch bereits Eingang in Beihilferichtlinien gefunden.

Ab wann gelten die Beschlüsse?

Die Beschlüsse sind am 18.12.2022 in Kraft getreten. Unabhängig davon, ob die Leistungen vor, an oder nach diesem Datum erbracht wurden, können die Beschlüsse auf alle Leistungen angewendet werden, für die noch keine Rechnung erstellt wurde.

Die Beschlüsse wurden in Niedersachsen per Runderlass im Niedersächsischen Ministerialblatt am 23.01.2023 mit Wirkung vom 1.01.2023 auf die Beihilferichtlinien veröffentlicht. Ob dieser Stichtag maßgeblich ist für das Datum der zahnärztlichen Rechnungslegung, der Erhebung des Beihilfeanspruchs oder den Zeitpunkt der Beihilfefestsetzung, ist noch nicht abschließend geklärt.

Müssen die Beschlüsse exakt umgesetzt werden?

Ja. Insbesondere Frequenzangaben und Konkurrenzklauseln zur Berechnung neben anderen Leistungen sind zu beachten.

Warum müssen die in den Beschlüssen angegebenen Beschreibungen der analogen Leistungen wortgenau übernommen werden?

Diese Formulierungen gehen zurück auf einen Wunsch der Kostenerstatter, um die Bearbeitung (Maschinenlesbarkeit) der zahnärztlichen Liquidationen zu erleichtern, um damit die Verwaltungskosten zu senken.

Welche Erstattungen werden erfolgen, wenn die Zahnärztin/der Zahnarzt von den Beschlüssen abweichende, punktzahlmäßig höher dotierte Leistungen zur analogen Bewertung heranzieht?

Angaben zum individuellen Verhalten einzelner Kostenerstatter sind nicht möglich.

Warum wurden nicht weitere Leistungen analogisiert?

Der Parodontale Screening-Index (PSI) zum Beispiel ist unter der Geb.-Nr. 4005 GOZ beschrieben. Die aus zahnärztlicher Sicht unzureichende Vergütung kann daran nichts ändern.

Kann man die Leistungen aus den Beschlüssen auch mit erhöhten Steigerungssätzen anwenden?

Die Bestimmungen des § 5 Abs. 2 GOZ und auch die Möglichkeit einer Vereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ bleiben unberührt.

Gelten die Fristen und Zeitabstände im Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) auch bei der privatärztlichen Behandlung?

Nein. Während der UPT zum Beispiel können die Sitzungen quartalsweise und nicht wie in der gesetzlichen Krankenversicherung tertialsweise terminiert werden. Entscheidend ist die medizinische Notwendigkeit.

Wie wirken sich die Beschlüsse finanziell aus?

Die Beschlüsse bewirken nach hiesiger Auffassung eine angemessene Vergütung der neuen Leistungen. Deutlichstes Beispiel ist die „PAR-Diagnostik, Staging/Grading, Dokumentation“. Sie ist unter Anwendung des 2,3-fachen Steigerungssatzes mit 64,68€ bewertet. Der „alte“, zugegebenermaßen weniger umfangreiche Status nach der Geb.-Nr. 4000 GOZ führte mit demselben Steigerungssatz nur zu einer Gebühr von 20,70€.

Bei der neuen PAR-Diagnostik wird die Ausfertigung des Formblattes für den Zahlungspflichtigen zum 2,3-fachen Steigerungssatz zusätzlich mit 4,53€ vergütet.

Was ist ein „wissenschaftlich anerkanntes Formblatt“ im Beschluss zur PAR-Diagnostik?

Es existieren unterschiedliche Angebote (auch kommerzieller) Anbieter. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass das in der gesetzlichen Krankenversicherung verwendete Formblatt als wissenschaftlich anerkannt zu gelten hat. Aber auch andere Vorlagen gleichen oder vergleichbaren Inhalts können dieser Anforderung genügen.

Vereinzelt wird die Auffassung vertreten, die AIT sei im BEMA besser dotiert als nunmehr im Beschluss des Beratungsforums. Stimmt das?

Nein. Die BEMA-AIT ist eine Komplexgebühr, Sie umfasst die subgingivale Instrumentierung, obligat die Entfernung supragingivaler/gingivaler Beläge und fakultativ auch eine Gingivektomie/Gingivoplastik.

Vereinbart im entsprechenden Beschluss wird nur die „Subgingivale Instrumentierung“ als analoge, selbstständige Leistung. Daneben kann noch die Geb.-Nr. 1040 GOZ für die professionelle Zahnreinigung und die Geb.-Nr. 4080 GOZ für die Gingivektomie/Gingivoplastik berechnet werden.

Können neben den vereinbarten analogen Leistungen OP-Zuschläge oder Zuschläge für die Anwendung eines OP-Mikroskops oder Lasers angesetzt werden?

Nein.

Was bedeutet „dreimal innerhalb eines Jahres“ im Beschluss zur Befundevaluation-PAR“?

Der Zeitraum entspricht nicht dem Kalenderjahr. Die Formulierung bedeutet, dass der Jahreszeitraum am Tag der erstmaligen Leistungserbringung der Befundevaluation beginnt und bei der Ermittlung des Jahreszeitraumes mitzuzählen ist (§§ 187 Abs. 2, 188 Abs. 2 BGB). Die Jahresfrist endet dann an dem Tag des Folgejahres, der zahlmäßig dem Tag vorgeht, an dem die Befundevaluation erstmalig erbracht wurde. Der neue Jahreszeitraum, in dem die Befundevaluation erneut dreimal berechnungsfähig ist, beginnt also an dem Tag des Folgejahres, der zahlmäßig identisch mit der erstmaligen Leistungserbringung der Befundevaluation ist.

Endet die UPT bei privat Zahnärztlicher Behandlung zwangsläufig nach 2 Jahren?

Nein. Die Dauer der unterstützenden Parodontitistherapie richtet sich nach den Ergebnissen der Reevaluationen und damit nach der medizinischen Notwendigkeit.

Trotz der Beschlüsse lehnt eine Versicherung/Beihilfestelle die Kostenerstattung/Beihilfegewährung ab. Was soll ich tun?

Auf Grund der Aktualität der Beschlüsse ist es möglich, dass diese bei der (insbesondere maschinellen) Bearbeitung durch Kostenerstatter noch nicht berücksichtigt werden. Für diese Fälle steht auf der ZKN-Homepage ein zur Weitergabe bestimmtes Informationsblatt zur Verfügung.

Die chirurgische Parodontitistherapie im offenen Verfahren (Geb.-Nrn. 4090/4100 GOZ wurde in den Beschlüssen nicht analogisiert. Wie lässt sich hierfür eine angemessene Vergütung erzielen?

Es empfiehlt sich der Abschluss einer Vereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ.

Kann für die Parodontitistherapie ein Heil- und Kostenplan erstellt und berechnet werden?

Sofern die geplanten Leistungen und die hierfür voraussichtlich entstehenden Kosten zusammengeführt und schriftlich niedergelegt werden, kann hierfür die Geb.-Nr. 0030 GOZ in Ansatz gebracht werden.

Beschreiben die vereinbarten Leistungen die Parodontitistherapie abschließend?

Nein. Insbesondere aktiv-regenerative Verfahren im Weichteil- und Knochenbereich können hinzutreten.

Können weiterhin die „alten“ Leistungen der Parodontitistherapie erbracht und berechnet werden?

Der Zahnarzt trifft in Absprache mit dem Patienten die Entscheidung (und trägt die Verantwortung) für eine notwendige Heilbehandlung. Eine nicht leitliniengerechte, nicht aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen folgende Behandlung kann jedoch im Konfliktfall juristisches Risikopotential in sich bergen.

Sind weitere einvernehmliche Beschlüsse des Beratungsforums zu erwarten?

Das Beratungsforum tagt ein- bis zweimal im Jahr. Über aktuelle Entwicklungen informiert die ZKN an dieser Stelle.

Kann die Geb.-Nr. 4150 GOZ als Kontrolle/Nachbehandlung nach parodontalchirurgischen Maßnahmen zur Subgingivalen Instrumentierung berechnet werden?

Nein. Bei der Subgingivalen Instrumentierung handelt es sich leitliniengemäß nicht um eine chirurgische Leistung. Zutreffend ist die Geb.-Nr. 4060 GOZ als Kontrolle/Nachreinigung nach der Entfernung harter und weicher Beläge. Erfolgt diese Maßnahme nicht nur im supragingivalen/gingivalen Bereich, sondern auch im subgingivalen Bereich, kann das einen erhöhten Steigerungssatz begründen.

Und wenn neben der Subgingivalen Instrumentierung in derselben Sitzung am selben Zahn eine Gingivektomie/Gingivoplastik erfolgt?

Dann ist in einer Folgesitzung die Geb.-Nr. 4060 GOZ der vorangegangenen Entfernung harter und weicher Beläge, die Geb.-Nr. 4150 GOZ der zuvor erfolgten

schleimhautabtragenden/modellierenden Leistung zuzuordnen. In diesem Fall sind die Geb.-Nrn. 4060 und 4150 GOZ nebeneinander berechnungsfähig.

Hat sich der Leistungsinhalt des Parodontalen Screening-Index (PSI) durch die Beschlüsse verändert?

Nein. Die einzige Abweichung besteht darin, dass der PSI beschlussgemäß mehr als zweimal im Jahr berechnungsfähig ist.

Kann das Parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG) mehrfach berechnet werden?

Das ATG ist nur einmal während einer Parodontitis-Behandlungstrecke berechnungsfähig. In getrennten Sitzungen kann unter Beachtung der Berechnungsbestimmungen und Konkurrenzklauseln ein Zugriff auf die Geb.-Nrn. 1 und 3 GOÄ oder die Geb.-Nr. 6190 GOZ erfolgen.

Muss ich die Patienten über die „neue“ Berechnung der Parodontitistherapie in „spezieller“ Form aufklären?

Nein. Über die ohnehin bestehenden Pflichten zur Behandlungsaufklärung und wirtschaftlichen Aufklärung hinaus entsteht keine besondere Aufklärungspflicht.

Muss über die Parodontitistherapie ein Heil- und Kostenplan erstellt werden?

Auf der Webseite www.privat-patienten.de des Verbandes der Privaten Krankenversicherung wird zu dieser Frage ausgeführt (Stand 15.02.2023):

„Die privaten Krankenversicherer übernehmen tarifgemäß die Kosten für die Parodontitistherapie – ohne dass Sie vorab einen Heil- und Kostenplan einreichen müssen wie gesetzlich Versicherte. Das galt bisher und gilt auch weiterhin seit Einführung der neuen Leitlinie.“

Wie sind Kontrollen/Nachbehandlungen/Nachreinigungen nach den unterschiedlichen leitlinienbasierten therapeutischen Interventionen zur Parodontitistherapie zu berechnen?

1. Subgingivale Instrumentierung - PAR-(AIT) - ggf. zusätzlich Geb.-Nr. 4050/4055 oder 1040 GOZ

Leitliniengemäß handelt es sich dabei um eine nicht-chirurgische Leistung, die Geb.-Nr. 4150 GOZ für eine Kontrolle/Nachbehandlung ist daher gemäß Leistungsbeschreibung nicht zutreffend. Anzuwenden ist die Geb.-Nr. 4060 GOZ, diese differenziert nicht nach subgingivaler und supragingivaler/gingivaler Kontrolle/Nachreinigung. Die Kontrolle/Nachreinigung (auch) im subgingivalen Bereich stellt jedoch eine besondere Ausführung dar, die gemäß § 5 Abs. 2 GOZ in Anwendung des Steigerungssatzes berücksichtigungsfähig ist.

2. Subgingivale Instrumentierung - PAR (AIT) zzgl. Geb.-Nr. 4080 GOZ - ggf. zusätzlich Geb.-Nr. 4050/4055 GOZ oder 1040 GOZ

Neben die Geb.-Nr. 4060 GOZ für die Kontrolle/Nachreinigung nach subgingivaler Instrumentierung (siehe unter 1.) tritt die Geb.-Nr. 4150 GOZ für die vorangegangene Gingivektomie/Gingivoplastik nach der Geb.-Nr. 4080 GOZ.

3. Geb.-Nrn. 4090/4100 GOZ - ggf. zusätzlich Entfernung harter und weicher Beläge/professionelle Zahnreinigung

Die Kontrolle/Nachbehandlung nach Lappenoperationen unter den Geb.-Nrn. 4090/4100 GOZ löst die Geb.-Nr. 4150 GOZ aus. Die zahn- und sitzungsgleiche Berechnung der Geb.-Nrn. 4050/4055 oder 1040 GOZ ist aufgrund nachgelagerter Abrechnungsbestimmungen nicht

möglich. Eine entsprechende Leistungsvornahme stellt eine gemäß § 5 Abs. 2 GOZ berücksichtigungsfähige, besondere Ausführung der Geb.-Nrn. 4090/4100 GOZ dar. Im Nachgang sind unter Zuordnung zur Lappenoperation die Geb.-Nr. 4150 GOZ und unter Bezugnahme zur Entfernung harter und weicher Beläge die Geb.-Nr. 4060 GOZ nebeneinander berechnungsfähig.

Ist neben der subgingivalen Instrumentierung im Rahmen der Antiinfektiösen Therapie (AIT) und neben der subgingivalen Instrumentierung während der Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) eine Gingivektomie/Gingivoplastik nach der Geb.-Nr. 4080 GOZ berechnungsfähig?

Ja. Die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DGPARO) führt hierzu aus:
„Bei entzündlichen Geschehen im Rahmen parodontaler/ periimplantärer Erkrankungen kann durch die Bildung hypertrophen/hyperplastischen Gewebes die Außenkontur der Gingiva/Mukosa eine Form aufweisen, die es nicht gestattet, den subgingivalen/submukösen Bereich adäquat zu instrumentieren. Ebenso schränken derartige weichgewebige Formveränderungen die zur Infektionskontrolle erforderliche häusliche Mundhygiene in diesem Bereich deutlich ein. Es kann also notwendig sein, neben der subgingivalen Instrumentierung auf Grund eigenständiger Zielsetzung eine Gingivoplastik oder externe Gingivektomie vorzunehmen.“ (Antwort der DGPARO vom 27.04.2023 auf eine Frage der Bundeszahnärztekammer)

Gingivahyperplasien/-trophien können folgende Krankheitsbilder zugrunde liegen:

- plaqueinduzierte Vermehrung gingivalen Gewebes (z. B. insuffiziente häusliche Mundhygiene, mangelnde Hygienefähigkeit)
- Papillenhyperplasien (z. B. „Vakatwucherungen“ bei knöchernem Attachmentverlust im Approximalraum, lakunäre Deformationen der Zahnoberfläche)
- Vermehrung gingivalen Gewebes durch lokale Faktoren (z. B. Bracketbehandlung)
- Reizfibrome (z. B. durch insuffiziente Restaurationsränder)
- idiopathische Fibrose (genetische Prädisposition?)
- medikamentöse Ursachen (z. B. Hydantoin, Nifedipin)
- hormonelle Komplikationen (z. B. in der Schwangerschaft)
- Pseudotaschen

Die Aufzählung ist nicht abschließend.

Die Berechnungsfähigkeit der Geb.-Nr. 4080 GOZ neben der subgingivalen Instrumentierung bestätigt der Beschluss Nr. 61 des Beratungsforums:

„Die regelhafte Durchführung einer Gingivektomie oder Gingivoplastik neben einer analog berechneten subgingivalen Instrumentierung ist ohne medizinische Indikation nicht statthaft. Auf Grund medizinischer Notwendigkeit und eigenständiger Indikation kann es jedoch erforderlich sein, neben der subgingivalen Instrumentierung eine mit der Geb.-Nr. 4080 GOZ zu berechnende Gingivektomie oder Gingivoplastik zu erbringen.“

Welche Vergütung bewirkt die professionelle Entfernung der Beläge in einer Sitzung zur unterstützenden Parodontitistherapie (UPT)?

Nach Abschluss der 2. Therapiestufe an den Zähnen 17-27 und 37-47 und Überführung des Patienten in die unterstützende Parodontitistherapie kann sich zum Beispiel folgendes Leistungsgeschehen darstellen: Die nichtchirurgische Entfernung subgingivaler Beläge an zum Beispiel den Zähnen 17-15, 25- 27, 37-35 und 45-47 aufgrund von Resttaschen und die Entfernung gingivaler/supragingivaler Beläge an den Zähnen 17-27 und 37-47 bewirkt unter Anwendung des 2,3-fachen Steigerungssatzes Gebühren in Höhe von 266,96€.