

HONORARWESEN

Private PAR-Leistungen: Neue zahnmedizinische Argumentationshilfe der DG PARO

von Dental-Betriebswirtin Birgit Sayn, ZMV, sayn-rechenart.de

I Bereits im August 2021 hat die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) Position bezogen zu der Übersetzung der gesetzlichen PAR-Leistungen in die private Krankenversicherung. Doch die privaten Kostenträger sind zum Teil nicht mit den Interpretationen der BZÄK einverstanden. Daraufhin machte die BZÄK im Sommer 2022 Vorschläge für geeignete Analogziffern. Nachdem weiterhin Unruhe bezüglich der Erstattung von PAR-Leistungen besteht, hat die Deutsche Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO, dgparo.de) in einer aktuellen Stellungnahme (im Volltext unter voge.ly/vglrDUV/) zahnmedizinische Begründungen für die Verwendung von Analogleistungen formuliert, die wir nachfolgend für Sie zusammengefasst haben. I

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse als Basis

Wenn bei der systematischen Parodontitis-Behandlung von PKV-Patienten die Umsetzung der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“, unter Anwendung wissenschaftlich fundierter neuer Leistungsbeschreibungen, erfolgt, sind neue Leistungen gemäß § 6 Abs. 1 GOZ zu berechnen, da die GOZ entsprechende Leistungen nachweislich nicht enthält. Die PAR-Leistungen der GOZ wurden bei der Novellierung 2012 weitgehend auf den Stand der GOZ vom 01.01.1988 belassen und entsprechen keinesfalls dem aktuellen Stand der Wissenschaft.

Im Folgenden werden zu einigen Ziffern Argumente für die analoge Berechnung von parodontologischen Gebührensziiffern nach der GOZ vorgestellt, die Sie in einem Schriftwechsel mit privaten Kostenträgern und für Ihre Patientenberatung verwenden können.

1. Parodontalstatus

Vor dem Jahr 1988 beschränkte sich die parodontale Befunderhebung im Wesentlichen auf die Messung der Taschentiefen und auf vorhandene Rezessionen. Die dafür vorgesehene Nr. 4000 GOZ erfasst daher lediglich eine rein metrische Bestimmung der Taschentiefen und Rezessionen, ohne weiterführende Auswertung und verlässliche Informationen über die zu erwartende Progredienz der parodontalen Erkrankung.

Der Verlust des klinischen Attachments (CAL) ist heute jedoch die Referenz für die eigentliche Beurteilung der parodontalen Destruktion und wird ggf. zur Beurteilung des zu erwartenden Krankheitsverlaufs herangezogen.

Parodontitis definiert sich durch den Verlust der parodontalen Gewebe, was üblicherweise anhand des radiologischen Knochenabbaus oder klinisch durch approximalen Verlust an klinischem Attachmentlevel (CAL) erfasst wird. Weitere relevante parodontale Befunde sind daher heute:



PAR-Leistungen der GOZ auf dem Stand von 1988

Nr. 4000 umfasst nur eine metrische Bestimmung der Taschentiefe

Verlust des CAL ist heute eigentliche Referenz

- Anzahl und Anteil von Zähnen mit Sondierungstiefen ab einem bestimmten Schwellenwert (meist > 4 mm mit BOP und ≥ 6 mm),
- die Anzahl der Zähne, die aufgrund von Parodontitis verloren gegangen sind,
- die Anzahl der Zähne mit Knochentaschen,
- die Anzahl der Zähne mit Furkationsbefall Grad II und III.

Der individuelle Parodontitisfall sollte durch Staging und Grading der Erkrankung weiter charakterisiert werden. Die Einteilung des Stadiums ist dabei größtenteils abhängig vom Schweregrad der Erkrankung, ebenso vom zu erwartenden Therapieaufwand und umfasst des Weiteren eine Beschreibung des Ausmaßes und der Verteilung der Erkrankung in der Dentition. Der Grad bietet zusätzliche Informationen

- über biologische Eigenschaften der Erkrankung,
- zur Beurteilung der Progressionsrate basierend auf der Beurteilung der Anamnese,
- zur Einschätzung des Risikos für die zukünftige Progression,
- zur Abschätzung eines möglichen ungünstigen Therapieverlaufs
- sowie zur Risikobeurteilung, ob die Erkrankung oder deren Therapie einen negativen Einfluss auf die Allgemeingesundheit des Patienten nach sich ziehen könnte.

Im Jahre 2018 wurde eine neue Klassifikation parodontaler Erkrankungen von der Wissenschaft eingeführt. Die neue Klassifikation verwendet das häufig in der Medizin genutzte Staging und Grading:

- Das **Staging**, das vom Schweregrad und der Komplexität der Erkrankung abhängig ist, sollte dabei die Grundlage für den individuellen Behandlungsplan unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Evidenz für unterschiedliche therapeutische Interventionen bilden.
- Das **Grading** hingegen umfasst zusätzliche Informationen zu patientenbewerteten Risikofaktoren und der Progressionsrate und sollte daher die Grundlage für individuelle Strukturierung der Betreuung sein (Papapanou et al., 2018; Tonetti et al., 2018).

■ **Gegenüberstellung von PAR-Gebührensiffern**

BEMA	Nr.	Leistungstext	*Betrag/Euro
	4	Befunderhebung und Erstellen eines Parodontalstatus	52,80
GOZ	Nr.	Leistungstext	2,3-fach Euro
	4000	Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus	20,70
BZÄK Vorschlag 2022**	Nr.	Leistungstext	1,4-fach Euro
	9000a	Befunderhebung und Erstellung eines Parodontalstatus gemäß S3-Leitlinie entsprechend GOZ-Nr. 9000 Implantatbezogene Analyse	54,69

* Punktwert 1,20 Euro 2022

** Faktor und Gebührensiffer-Empfehlung BZÄK 2022

Individuellen Fall durch Staging und Grading präzise charakterisieren

Staging und Grading werden seit 2018 zur Befunderhebung angewendet

Vor 1988 waren weder die umfangreichen Wechselwirkungen zwischen Parodontitis und Allgemeinerkrankungen bekannt, noch gab es ein wissenschaftlich belegtes Konzept zur Beurteilung der zu erwartenden Progredienz der Erkrankung. Eine Definition der therapeutischen Konsequenzen durch das Staging und Grading existierte zu diesem Zeitpunkt ebenfalls nicht.

Diese u. a. aus dem PAR-Status folgende Therapiefestlegung umfasst nunmehr ggf. auch die Entscheidung über adjuvante Therapiemaßnahmen (physikalische oder chemische Medizinprodukte, immunmodulatorische Mittel, subgingival applizierte lokale/systemische Antibiotika), die vor 1988 noch nicht bekannt waren oder über deren Wirksamkeit noch keine ausreichenden Erkenntnisse vorlagen.

Kurz: Der in den Jahren bis 1988 bekannte Leistungsinhalt hat mit den aktuellen Behandlungsempfehlungen keine Übereinstimmung. Der Parodontalstatus nach der Nr. 4000 GOZ bildet dieses Leistungsgeschehen nicht ab.

2. Aufklärungs- und Therapiegespräch

Eine spezifische und patientenindividuelle Beratung über die parodontale Erkrankung erfolgte bis 1988 nicht. Die Aufklärung beschränkte sich lediglich auf eine allgemeine Mundhygieneunterweisung und am Rande auf Ernährungsgewohnheiten. Der gesamte Bereich der Risikofaktoren war zu diesem Zeitpunkt wissenschaftlich nicht erschlossen. Insofern war auch die Notwendigkeit Patienten über die Wechselwirkungen der parodontalen Erkrankung mit anderen Erkrankungen und Lebensgewohnheiten zu informieren, nicht gegeben.

BEMA	Nr.	Leistungstext	Betrag/Euro
	ATG	Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch	33,60

GOZ	Nr.	Leistungstext	2,3-fach Euro
	–	Keine vergleichbare Leistung enthalten	–

BZÄK Vorschlag 2022	Nr.	Leistungstext	1,0-fach Euro
	9040a	Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG) entsprechend Nr. 9040 GOZ Freilegung Implantat	35,21

Grundvoraussetzung vor Beginn der Therapie ist die Aufklärung des Patienten über seine Diagnose, die Gründe der Erkrankung, Risikofaktoren, Therapiealternativen, zu erwartende Vor- und Nachteile der Behandlung und auch über die Information zur Option, die Behandlung nicht durchführen zu lassen. Nach der Aufklärung sollte die Zustimmung zu dem personalisierten Behandlungsplan eingeholt werden. Es kann sich im Laufe der Therapie die Notwendigkeit ergeben, den Behandlungsplan abhängig von den Präferenzen des Patienten, den klinischen Befunden und Veränderungen der allgemeinen Gesundheit anzupassen.

Parodontalstatus
gemäß Nr. 4000 GOZ
völlig veraltet

In den 80er-Jahren
informierte man
nicht über Risiko-
faktoren

Aufklärung über
die Therapie und
deren Folgen sind
elementar

Die Kontrolle von Risikofaktoren wie Lebensgewohnheiten und Allgemeinerkrankungen, für die Evidenz hinsichtlich des Einflusses auf die Ätiopathogenese der Parodontitis existiert, wird wissenschaftlich empfohlen. Dies setzt eine speziell am individuellen Krankheitsfall ausgerichtete Aufklärung über die Erkrankung und Beratung bezüglich der Therapie voraus. Der Umfang, die Inhalte und die Bedeutung eines solchen, individuell und gesamtgesellschaftlich am Patienten ausgerichteten Aufklärungs- und Therapiegesprächs war vor dem Jahr 1988 unbekannt und ist in der GOZ nicht beschrieben.

3. Mundhygieneunterweisung

Bis zum Jahr 1988 beschränkte sich die Mundhygieneunterweisung auf die allgemeine Demonstration von Zahnputztechniken, der Anwendung von Zahnseide und speziellen Hilfsmitteln. Nach durchgeführter Schulung erfolgte zeitnah eine Kontrolle des Übungserfolgs, wie dies in den Nrn. 1000 und 1010 GOZ beschrieben ist.

Heute soll eine kontinuierliche Anleitung bezüglich der häuslichen Mundhygienemaßnahmen zur Kontrolle von gingivalen Entzündungen im Verlauf aller Therapiestufen inklusive der unterstützenden Parodontaltherapie (UPT) durchgeführt werden.

BEMA	Nr.	Leistungstext	Betrag/Euro
	MHU	Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung	54,00

GOZ	Nr.	Leistungstext	2,3-fach Euro
	1000	Mundhygienestatus	25,87
	1010	Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten	12,94

BZÄK Vorschlag 2022	Nr.	Leistungstext	1,4-fach Euro
	9150a	Patientenindividuelle Mundhygieneunterweisung entsprechend Nr. 9150 GOZ Fixation oder Stabilisierung des Augmentates durch Osteosynthesemaßnahmen	53,15

Es wird empfohlen, in der ersten Therapiestufe, in Kombination mit der Mundhygieneinstruktion die Kontrolle der Risikofaktoren während der gesamten Therapie vorzunehmen. Ziel ist es, durch eine kontinuierliche Intervention die Lebensgewohnheiten des Patienten hin zur parodontalen Gesundheit zu beeinflussen. Dies ist eine neue Leistung, die in der GOZ von 1988 nicht beschrieben und abgebildet ist.

Die erste Therapiestufe bezweckt, auf eine Veränderung des Verhaltens einzuwirken, indem der Patient motiviert wird, Maßnahmen zur Entfernung des supragingivalen Biofilms und der Kontrolle von Risikofaktoren umzusetzen. Diese Therapiestufe kann folgende Interventionen umfassen:

Am individuellen Krankheitsfall ausgerichtete Aufklärung/Beratung

Kontinuierliche Anleitung während aller Therapiestufen

Lebensgewohnheiten des Patienten sollen positiv beeinflusst werden

- Kontrolle des supragingivalen Biofilms,
- Interventionen zur Verbesserung der Effektivität der Mundhygiene (Motivation, Mundhygieneinstruktion),
- adjuvante Therapien bei gingivaler Entzündung,
- Kontrolle lokaler und systemischer Risikofaktoren, inklusive
 - der Kontrolle und Therapie kariologischer, mikrobieller und restaurativer Faktoren sowie
 - Interventionen zur Änderung des Gesundheitsverhaltens, um bekannte Risikofaktoren für die Entstehung und Progression einer Parodontitis zu eliminieren bzw. abzumildern (Raucherentwöhnung, Verbesserung der metabolischen Kontrolle eines Diabetes, eventuell körperliche Bewegung, Ernährungslenkung und Gewichtsreduktion).

Die in den Nrn. 1000 und 1010 GOZ erfasste Mundhygieneunterweisung beschreibt diese Motivation und Instruktion des Patienten nicht. Es handelt sich vielmehr um eine den Patienten begleitende, gesamtgesundheitliche Beeinflussung in Abhängigkeit vom Schweregrad der parodontalen Erkrankung und der Assoziation mit anderen Risikofaktoren.

Kurz: Das in den Jahren bis 1988 bekannte und praktizierte, von den vorstehenden Gebührennummern umfasste Leistungsgeschehen bildet den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand nicht ab.

4. Subgingivale Instrumentierung

Vor 1988 bezeichnete der übergeordnete Begriff „geschlossene Kürettage“

- die Reinigung der Wurzeloberflächen,
- das Abtragen endotoxinhaltiger Zementschichten,
- die Wurzelglättung und
- die Weichteilkürettage ohne Präparation eines Zugangslappens.

Dieses Leistungsgeschehen ist als parodontalchirurgische Leistung auch nach Novellierung der GOZ im Jahr 2012 in den Gebührennummern 4070 und 4075 GOZ beschrieben.

Die subgingivale Instrumentierung gemäß S3-Leitlinie kennzeichnet einen Paradigmenwechsel in der Parodontologie. Gemäß S3-Leitlinie wird in der zweiten Therapiestufe eine nicht-chirurgische subgingivale Instrumentierung zur Kontrolle/Reduktion der Infektion empfohlen.

BEMA	Nr.	Leistungstext	Betrag/Euro
	AIT	Antiinfektiöse Therapie	
	AIT	a) je behandeltem einwurzeligen Zahn	16,80
	AIT	b) je behandeltem mehrwurzeligen Zahn	31,20

GOZ	Nr.	Leistungstext	2,3-fach Euro
	4070	Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremente und Wurzelglättung), geschlossenes Vorgehen an einem einwurzeligen Zahn oder	12,94
	4075	Implantat an einem mehrwurzeligen Zahn	16,82

Inhalte der ersten Therapiestufe

Nrn. 1000 und 1010 decken nicht das ganze Spektrum der Unterweisung ab

Subgingivale Instrumentierung gem. S3-Leitlinie ist Paradigmenwechsel

BZÄK Vorschlag 2022	Nr.	Leistungstext	1,0-/1,1-fach Euro
	9060a	Antiinfektiöse Therapie einwurzeliger Zahn entsprechend Nr. 9060 GOZ Auswechseln Aufbauelemente	19,36
	9020a	Antiinfektiöse Therapie mehrwurzeliger Zahn entsprechend Nr. 9020 GOZ Insertion Implantat zum temporären Verbleib	31,86

Die Aufgabe der subgingivalen Instrumentierung besteht in der Entfernung bzw. Zerstörung der subgingivalen Plaque sowie mineralisierter Ablagerungen (subgingivaler Zahnstein, subgingivale Konkremente) von den Wurzeloberflächen, ohne diese offen durch Elevation eines Schleimhautlappens darzustellen. Diese subgingivale Instrumentierung wird mit Handinstrumenten und/oder mit maschinellen Instrumenten durchgeführt und umfasst ausdrücklich nicht die übermäßige Bearbeitung der Wurzeloberflächen mit gezielter Zemententfernung oder Weichgewebeskürettage.

Die subgingivale Instrumentierung ist vor diesem Hintergrund keine parodontalchirurgische Maßnahme. Ebenso wird die subgingivale Instrumentierung nicht von der professionellen Zahnreinigung erfasst, die ausschließlich auf die Entfernung gingivaler und supragingivaler Beläge abstellt.

Kurz: Es handelt sich bei der subgingivalen Instrumentierung um eine vor 1988 nicht bekannte Leistung. Nicht zuletzt hat der technische Wandel der letzten Jahrzehnte zur Einführung neuer und grazilerer Instrumente erheblich beigetragen. Diese nicht-chirurgische subgingivale Belagsentfernung kann als Initialtherapie im Rahmen der antiinfektiösen Therapie (AIT), der professionellen mechanischen Plaquereduktion (PMPR) oder während der unterstützenden Parodontitistherapie (UPT, PMPR+) indiziert sein.

Analoge Leistungen

Die BZÄK spricht aus grundsätzlichen Erwägungen selten Empfehlungen für konkret zur analogen Bewertung und Berechnung heranzuziehende Leistungen sowie Steigerungsfaktoren aus. Nur approbierte Zahnärzte sind berechtigt und in der Lage festzulegen welche Leistung nach Art, Kosten- und Zeitaufwand als gleichwertig erachtet werden kann. Die in diesem Beitrag ausgewiesenen analogen Gebührensätze sind nur als unverbindliche Beispiele für die mögliche Auswahl geeigneter, d. h. nach den Kriterien des § 6 Abs. 1 GOZ gleichwertiger Leistungen zu verstehen.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Parodontitistherapie: BZÄK übersetzt BEMA- in GOZ-Leistungen – das sollten Sie wissen! (PA 10/2021, Seite 5)
- Die BZÄK empfiehlt Analogziffern für die private PAR-Abrechnung – eine Premiere! (PA 08/2022, Seite 3)
- Analogleistungen in der Parodontologie – wie reagieren die privaten Kostenträger? (PA 08/2022, Seite 6)
- PKV kritisiert PAR-Abrechnungsempfehlung der BZÄK, BMG stärkt Analogabrechnung den Rücken! (PA 06/2022, Seite 14)

Subgingivale
Instrumentierung
umfasst nicht die
Wurzeloberflächen

Fortschritt der
letzten 35 Jahre ist
nicht zu ignorieren



ARCHIV

iww.de/pa