

Der Leistungsinhalt der GOZ-Nrn. 1040 und 4070/4075 unter Berücksichtigung des Delegationsrahmens gemäß § 1 Abs. 5 Zahnheilkundegesetz (ZHG)

1. Einleitung

Die parodontalchirurgische Therapie im geschlossenen Verfahren wird seit Einführung der neuen GOZ 2012 mit den GOZ-Nrn. 4070 und 4075 berechnet. Der Leistungstext der GOZ-Nr. 4070 lautet: „Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremente und Wurzelglättung) an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, geschlossenes Vorgehen.“ Die GOZ-Nr. 4075 beinhaltet dieselbe Leistung an einem mehrwurzeligen Zahn, nicht jedoch am Implantat. Unter Geltung der GOZ 1988 wurde der „Vorgänger“ dieser Gebühren – die GOZ-Nr. 407, bei der keine ein- und mehrwurzelige Differenzierung vorgesehen war – analog für die Durchführung der professionellen Zahnreinigung (PZR) berechnet, da die Gebührenordnung keine originäre Gebühr für diese Therapie enthielt. Mit der GOZ-Novelle 2012 ist außer der Differenzierung der geschlossenen Parodontaltherapie an einem ein- und mehrwurzeligen Zahn auch eine Gebühr für die professionelle Zahnreinigung aufgenommen worden – die GOZ-Nr. 1040.

2. Die professionelle Zahnreinigung nach der GOZ-Nr. 1040

Gemäß der 1. Abrechnungsbestimmung nach der GOZ-Nr. 1040 umfasst die Leistung „das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn oder Implantat oder Brückenglied.“

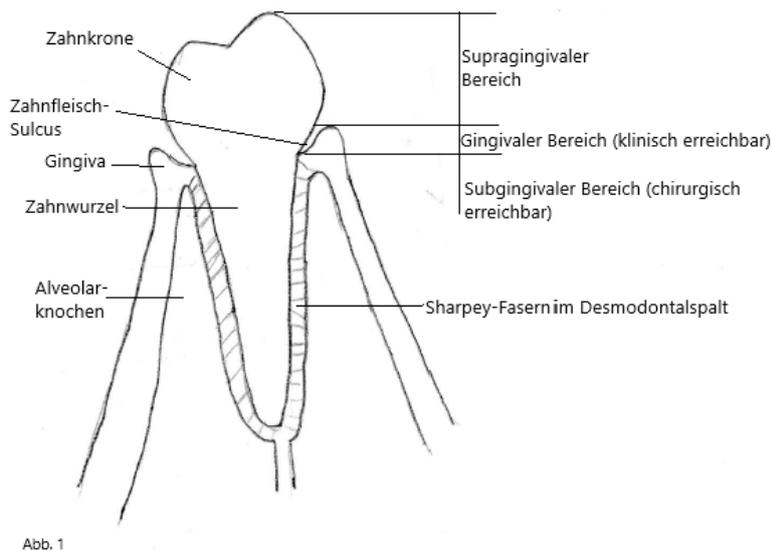
Auch wenn diese notwendigen Klärungen vorgenommen wurden, gibt es nach wie vor Uneinigkeit in Bezug auf die PZR. Bereits kurz nach der Einführung der neuen GOZ sorgte der Begriff „gingival“ in der Abrechnungsbestimmung der GOZ-Nr. 1040 für Verwirrung. Zahlreiche Rechnungssteller nahmen diese vermeintliche begriffliche Unschärfe zum Anlass, die Entfernung der subgingival erreichbaren Beläge analog neben der originären GOZ-Nr. 1040 zu berechnen. Aus ihrer Sicht seien die subgingivalen Beläge nicht vom Leistungstext erfasst. Ungeachtet dessen, dass der Ordnungsgeber bei einer Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte sicher nicht beabsichtigt hatte, die Durchführung einer – dem wissenschaftlichen Stand entsprechenden – PZR zum einen Teil originär mit der GOZ-Nr. 1040 und zum anderen Teil mit einer willkürlichen Analogberechnung abzugelten, wurde diese Berechnungsweise schnell Gegenstand von Gerichtsverhandlungen.

In der einzigen bisher zu dieser Streitfrage ergangenen obergerichtlichen Entscheidung stellt das Oberverwaltungsgericht (OVG) NRW in überzeugender Weise fest, dass die Entfernung subgingivaler Beläge vom Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 1040 erfasst ist (Az.: 1 A 477/13, Beschluss vom 21.2.2014). Dabei legt das Gericht hinsichtlich der Definition des Begriffes „gingival“ eine logische Betrachtungsweise zu Grunde und berücksichtigt neben der nachvollziehbaren Interpretation des Begriffes „gingival“ auch die Notwendigkeit der Durchführung einer dem wissenschaftlichen Standard entsprechenden PZR:

„Da dem Normgeber nicht unterstellt werden kann, mit dem weiteren Tatbestandsmerkmal gingivaler Beläge eine sinn- bzw. bedeutungslose Regelung getroffen zu haben, muss diesem Merkmal eine eigenständige Bedeutung zukommen. Diese Bedeutung erschließt sich ohne Weiteres, wenn zweierlei berücksichtigt wird: Zum einen umfasst die „Professionelle Zahnreinigung“ neben dem Entfernen von Belägen auf Zahnoberflächen ausdrücklich das Entfernen von Belägen auf Wurzeloberflächen, und zum anderen gehört zu den Leistungen der „Parodontalchirurgische Therapie“ (Nr. 4070 und Nr. 4075), welche ebenfalls die Wurzeloberflächen betrifft, die Entfernung subgingivaler Konkremete („deep scaling“). Vor diesem zweifachen Hintergrund fällt die nicht im parodontalchirurgischen Wege erfolgende Reinigung von Wurzeloberflächen, d.h. die Entfernung der klinisch sichtbaren und ohne chirurgischen Eingriff erreichbaren Beläge auf Wurzeloberflächen (Konkremete) unter den Begriff der Entfernung gingivaler Beläge auf Wurzeloberflächen. Diese Auslegung stellt zugleich sicher, dass die Gebührenziffer Nr. 1040 mit ihrem Leistungstext die von ihr geregelte „Professionelle Zahnreinigung“ hinsichtlich der – auch nach dem Klägervortrag – insoweit wissenschaftlich gebotenen Reinigungsmaßnahmen vollständig erfasst.“

3. Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 1040 im Einklang mit der Anatomie des Zahnhalteapparates

Der gesunde Zahn ist über den Zahnhalteapparat (Parodontium) mit dem Alveolarknochen verbunden. Er besteht aus Zahnfleisch, Alveolarknochen, Wurzelzement und Wurzelhaut. Zwischen der äußersten Schicht der Zahnwurzel – dem Wurzelzement – und Alveolarknochen ist der sog. Desmodontalspalt. Die Zahnwurzel ist über Kollagenfasern (den sog. Sharpey'schen Fasern) als Bestandteil der Wurzelhaut mit dem Knochen verbunden. Der Ansatz der Fasern beginnt beim parodontal gesunden Zahn ca. 1 bis 2 mm unter der Zahnfleischgrenze, die der Schmelz-Zementgrenze zwischen Zahnkrone und Zahnwurzel entspricht (s. Abb. 1).



Dabei ist die Entfernung von Belägen, Zahnstein und Konkrementen bis zum Ansatz der Sharpey'schen Fasern, die zum Zahnhalteapparat gehören, laut § 1 Abs. 5 ZHG an das Prophylaxe-Personal delegationsfähig. Dieser Bereich wird im ZHG als klinisch erreichbarer subgingivaler Bereich definiert, der gemäß dem vorgenannten Beschluss des OVG NRW unter dem Begriff „gingival“ zu subsumieren ist. Die Intervention im darüber hinaus gehenden subgingivalen Bereich stellt eine (parodontal-)chirurgische Behandlung gemäß dem Leistungsinhalt der GOZ-Nrn. 4070 und 4075 dar und darf nur vom Zahnarzt selbst durchgeführt werden. Beim parodontal erkrankten

Die Intervention im darüber hinaus gehenden subgingivalen Bereich stellt eine (parodontal-)chirurgische Behandlung gemäß dem Leistungsinhalt der GOZ-Nrn. 4070 und 4075 dar und darf nur vom Zahnarzt selbst durchgeführt werden. Beim parodontal erkrankten

Zahn wird der Zahnhalteapparat durch entzündliche Prozesse abgebaut, sodass der Ansatz der Sharpey'schen Fasern Richtung Wurzelspitze wandert.

4. „Parodontale Erhaltungstherapie“

In jüngster Zeit beobachtet der PKV-Verband eine – die GOZ-Nrn. 4070 und 4075 betreffende – Abrechnungsweise. Bei einigen Versicherten werden zwei- bis viermal jährlich auffällige Parodontaltherapien durchgeführt, die z. B. als sog. „Parodontale Erhaltungstherapie“ oder „PAR-Therapie“ bezeichnet werden:

Auffällig ist, dass

- die Behandlungen ohne Anästhesie erfolgen,
- keine Röntgenbilder vorab angefertigt werden,
- kein Erstellen eines Parodontalstatus (GOZ-Nr. 4000) durchgeführt wird,
- keine Nachkontrolle (GOZ-Nr. 4150) erfolgt,
- der Bemessungsfaktor häufig unter dem 2,3fachen Satz liegt,
- eine ähnliche Rechnungslegung 2 bis 4x jährlich erfolgt,
- die Leistung nach Aussage der Versicherten nicht vom Zahnarzt erbracht wird.

Diese Therapien werden vielfach routinemäßig und contra legem mit den GOZ-Nrn. 4070 und 4075 originär berechnet.

4. Die leitliniengerechte Parodontalbehandlung

Die vorgenannte Abrechnungsweise steht im Widerspruch zu den evidenzbasierten Empfehlungen gemäß der aktuell gültigen S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ der DG Paro und DGZMK¹. Demnach sind Patienten im Rahmen der Parodontitis-Behandlung nach einem stufenweise ablaufenden, aufeinander aufbauenden Therapiekonzept zu behandeln. Dabei sind die Therapiestufen vom Schweregrad abhängig, und jedes Stadium bedarf unterschiedlicher Interventionen.

Die erste Therapiestufe beinhaltet die Motivation der Patienten sowie Maßnahmen zur Entfernung des Biofilms, wie z.B. die professionelle Zahnreinigung und die Kontrolle von Risikofaktoren. Diese erste Therapiestufe sollte unabhängig vom Stadium bei allen Parodontitispatienten erfolgen.

Die zweite Therapiestufe stellt eine ursachenbezogene Therapie dar und zielt auf die Reduktion bzw. Elimination des subgingivalen Biofilms und Zahnsteins (subgingivale Instrumentierung) ab. Die zweite Therapiestufe sollte ebenso unabhängig vom Stadium der Erkrankung bei allen Parodontitispatienten erfolgen, aber nur an Zähnen mit Verlust von parodontalem Stützgewebe und/oder mit parodontalen Taschen.

¹ 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), DG Paro und DGZMK, Stand: Dezember 2020

Nach der Ausheilung des parodontalen Gewebes sollte die individuelle Reaktion auf die erfolgte subgingivale parodontalchirurgische Maßnahme bewertet werden.

Zum wissenschaftlichen Standard gehört also, dass eine parodontalchirurgische Therapie im Sinne der GOZ-Nrn. 4070 und 4075 erst dann erbracht wird, wenn zuvor eine Initialtherapie zeitlich getrennt von der parodontalchirurgischen Therapie durchgeführt wurde. Die Initialtherapie ist Bestandteil der 1. Therapiestufe gemäß dem Therapiekonzept der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ der DG Paro und DGZMK und besteht i. d. R. aus der vollständigen Entfernung aller klinisch erreichbaren Beläge und wird üblicherweise vom Prophylaxepersonal durchgeführt. Erst wenn die klinisch erreichbaren Beläge im Rahmen der Initialtherapie entfernt wurden und danach immer noch pathologische Zahnfleischtaschen bestehen, wird zeitlich getrennt davon eine parodontalchirurgische Therapie im Sinne der GOZ-Nrn. 4070/4075 durchgeführt. Hierbei handelt es sich um eine aufwendige und umfangreiche chirurgische Behandlung, an die sich im Rahmen der Erhaltungsphase die unterstützende Parodontitistherapie (UPT) anschließt. Die gesamte Parodontitis-Therapie einschließlich Nachsorge dauert i.d.R. mehrere Monate. Daher ist nicht nachvollziehbar, dass das „Kernstück“ dieser Therapie – die chirurgische Parodontitisbehandlung wie in der Rechnungslegung zur sog. „parodontalen Erhaltungstherapie“ (s.o.) – mehrfach im Jahr durchgeführt wird.

Aus Sicht der PKV gehört zu einer ordnungsgemäß durchgeführten PAR-Therapie, dass im Rahmen von mehreren Vorbehandlungen bereits die Entfernung von weichen und harten sowie klinisch erreichbaren subgingivalen Belägen erfolgt ist. Diese Vorbehandlungen stellen delegierbare Leistungen dar (s.o.) und werden in der Regel von der/dem Zahnmedizinischen Fachangestellten (ZMF), der/dem Dentalhygieniker (DH) o.Ä. durchgeführt. Erst wenn diese Vorbehandlungen abgeschlossen sind und die Notwendigkeit eines weiteren chirurgischen Vorgehens festgestellt wurde, dürfen die Leistungen nach den GOZ-Nrn. 4070/4075 erbracht werden. Eine Aufteilung dieser (chirurgischen) Leistungen in delegierbare und nicht delegierbare Maßnahmen ist vor dem Hintergrund, dass in den Leistungstexten explizit die „Parodontalchirurgische Therapie“ beschrieben wird, die dem Zahnarztvorbehalt nach dem Zahnheilkundengesetz unterliegt, gebührenrechtlich nicht nachvollziehbar und berufsrechtlich in hohem Maße zweifelhaft.

Die Bundeszahnärztekammer bestätigt in ihrem Kommentar zu den Leistungsinhalten der GOZ-Nrn. 4070 und 4075 die zeitliche Trennung der parodontalchirurgischen Therapie von der Initialtherapie:

„Sie folgt in der Regel einer Initialtherapie, z. B. der supragingivalen Zahnstein- und Belagentfernung und/oder der professionellen Zahnreinigung. Das „geschlossene Vorgehen“ bezeichnet die chirurgische Parodontaltherapie ohne Mobilisierung oder Aufklappung des Zahnfleisches bei Erhaltung der Gingivamanschette. Sie beinhaltet vor allem die Entfernung der Konkremente sowie die Reinigung und Glättung der Wurzeloberfläche. Eine ggf. notwendige Gingivakürettage zur Entfernung von Granulationsgewebe gehört ebenfalls zum Leistungsinhalt.“

5. Stellungnahme der Bayerischen Landeszahnärztekammer

Laut einer Stellungnahme der Bayerischen Landeszahnärztekammer² (BLZÄK) ist die Entfernung nicht invasiv erreichbarer Beläge und Konkremete an das Prophylaxe-Personal delegierbar. Tatsächlich ist laut § 1 Abs. 5 ZHG die „Entfernung von weichen und harten sowie klinisch erreichbaren subgingivalen Belägen“ delegierbar (s.o.). Wie die BLZÄK aber richtig feststellt, sind das sog. Deepscaling, das Rootplaning und die Gingivakürretage Leistungsbestandteile der GOZ-Nrn. 4070/4075. Dabei handelt es sich um eindeutig chirurgische Leistungen, da unter und hinter dem Zahnfleisch gearbeitet wird und Blutungen unvermeidlich sind. Die weitere Behauptung, dass die Entfernung nicht invasiv erreichbarer Beläge Leistungsbestandteil der GOZ-Nrn. 4070 und 4075 sei und deshalb die fortgebildete Zahnarzthelferin die Leistungen mit anschließender Kontrolle durch den Zahnarzt durchführen dürfe, und bei keinem weiteren Behandlungsbedarf auch mit den GOZ-Nrn. 4070/4075 abgerechnet werden dürfe, ist gebührenrechtlich nicht vertretbar. Sie stellt den Versuch dar, die berufsrechtlichen Zweifel, die unten näher ausgeführt werden, und die die Kammer als Körperschaft öffentlichen Rechts offenbar selbst zu Recht hegt, auf diese Weise zu rechtfertigen.

„Die fortgebildete Zahnarzthelferin darf gemäß Zahnheilkundegesetz und Ausbildungsverordnung „nicht invasiv erreichbare Beläge“ und Konkremete entfernen. Sie kann also ein[en] Teil der Leistung der GOZ-Ziffer 4070/4075 erbringen. Hat sie diese erreichbaren Konkremete entfernt, muss aber der Zahnarzt die Leistung kontrollieren und entscheiden, ob weitergehende Maßnahmen notwendig sind. Müssen weitere Konkremete in den Zahnfleischtaschen entfernt oder eine Wurzelglättung u.ä. durchgeführt werden, ist diese Leistung vom Zahnarzt selbst zu erbringen. Stellt der Zahnarzt jedoch bei der Kontrolle fest, dass sämtliche Konkremete entfernt worden sind, ist die Leistung erbracht und kann abgerechnet werden. Es ist anzuraten, die Kontrolle und das Ergebnis der Kontrolle im Krankenblatt zu dokumentieren.“³ [Hervorhebungen und Ergänzungen durch den Autor]

Bei dem „Teil der Leistung der GOZ-Ziffer 4070/4075“, der laut BLZÄK von der fortgebildeten Zahnarzthelferin erbracht werden darf, handelt es sich um die Entfernung „nicht invasiv erreichbarer Beläge“ und somit um den Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 1040 (PZR). Bei den Leistungsinhalten der GOZ-Nrn. 4070 und 4075 handelt es sich um parodontalchirurgische Maßnahmen, die nur vom Zahnarzt selbst durchgeführt werden dürfen (vgl. AG Oldenburg, Urteil vom 23.08.2013, Az.: 7 C 7199/12). Die GOZ-Nrn. 4070 und 4075 sind nicht berechnungsfähig für die nicht invasive Entfernung klinisch erreichbarer subgingivaler Beläge auf Wurzeloberflächen in parodontalpathologischen Taschen gemäß Delegationsdefinition im Zahnheilkundegesetz. Das entspricht auch der herrschenden Auffassung in der zahnärztlichen Kommentarliteratur⁴. Die Behauptung der BLZÄK, dass der Leistungsinhalt der GOZ-Nrn. 4070 und 4075 auch dann berechnet werden könne, wenn nach der Entfernung klinisch erreichbarer subgingivaler Beläge kein weiterer Behandlungsbedarf besteht, stellt sich daher nicht bloß als unorthodoxe Auslegung des Gebührenrechts

² Stellungnahme Bayerische Landeszahnärztekammer, Stand 2017, vgl. auch https://www.blzk.de/blzk/site.nsf/id/li_delegierbare_leistungen_pzr_par-behandlung.html

³ Auszug aus Stellungnahme Bayerische Landeszahnärztekammer, Stand 2017

⁴ vgl. GOZ-Nrn. 4070, 4075, Liebold/Raff/Wissing, DER Kommentar BEMA und GOZ – online, Stand 21.02.2018; GOZ-Nrn. 4070, 4075, Spitta, abrechnung-zahnmedizin.de, Stand 21.02.2018; Esser, GOZ 2012, 1. Auflage 2012, S. 311

dar, sondern bringt den Zahnarzt in eine rechtlich fragwürdige Situation, da er eine Leistung abrechnet, die er nicht vollständig erbracht hat.

6. Anderslautende Stellungnahme der ZÄK Nordrhein

Die Zahnärztekammer Nordrhein hat in ihrer Kammerzeitschrift „Rheinisches Zahnärzteblatt“ genau zu dieser Frage eine – die Behauptungen der BLZÄK in überzeugender und stringenter Form widerlegende – Stellungnahme verfasst⁵. Demnach gilt, dass approbierte Zahnärzte u. a. das „Entfernen von weichen und harten sowie klinisch erreichbaren subgingivalen Belägen“ an entsprechend qualifiziertes Personal delegieren können. Allerdings könne dafür – aufgrund der Leistungsbeschreibung der GOZ-Nr. 4070 und der Leistungsbeschreibung der GOZ-Nr. 4075, in der der Begriff „Parodontalchirurgische Therapie“ am Anfang der Leistungsbeschreibung steht – nicht mehr, wie vor der Änderung im Jahr 2012 üblich, die Abrechnung der GOZ-Nr. 4070 respektive der neuen GOZ-Nr. 4075 erfolgen. Aufgrund dieser Änderung in der Leistungsbeschreibung stehe der Begriff der „Parodontalchirurgischen Therapie“, die zwingend vom behandelnden Zahnarzt/der behandelnden Zahnärztin erbracht werden muss, im Vordergrund. Demnach berechtige die alleinige Erbringung der weiterhin delegierbaren Leistungsbestandteile der GOZ-Nr. 4070 und 4075, etwa das Hartgewebsmanagement, nicht zur Berechnung dieser Gebührennummern. Die Zahnärztekammer bestätigt vollumfänglich, dass aus gebührenrechtlicher Sicht für diese Leistungen die GOZ-Nr. 1040 zur Verfügung stehe.

7. Fazit

Die GOZ-Nrn. 4070 und 4075 stellen parodontalchirurgische Maßnahmen dar, deren Leistungsinhalte vom Zahnarzt persönlich erbracht werden müssen und nicht an das Prophylaxe-Personal delegiert werden dürfen. Die Leistungen sind Bestandteil eines wissenschaftlich gesicherten Therapiekonzeptes und werden flankiert von zusätzlichen Maßnahmen wie beispielsweise der professionellen Zahnreinigung, deren Leistungsinhalte gemäß § 1 Abs. 5 ZHG delegierbar sind. Die Leistungsinhalte und deren Delegationsmöglichkeit sind in der GOZ und durch das Zahnheilkundengesetz klar definiert und müssen bei der Durchführung und Abrechnung einer Parodontaltherapie beachtet werden.

⁵ RZB 12 | 04.12.2019