

## Abrechnungstipp zu 4110 und 4138 GOZ

# Regenerative Verfahren

Die regenerative Parodontaltherapie ist auch bei GKV-Versicherten vereinbarungsfähig, beschreibt Kerstin Salhoff in ihrem Abrechnungstipp.

Es gibt verschiedene Verfahren, um das entstandene Defizit von parodontalem Gewebe, zumindest teilweise, rückgängig zu machen. Dazu gehören die sogenannten GTR-Verfahren (Guided Tissue Regeneration), die unter Verwendung von Membranen und/oder Knochenersatzmaterialien sowie biologisch wirksamer Proteine eine Neubildung des Zahnhalteapparates zum Ziel haben.

In der neuen S3-Leitlinie zur systematischen Behandlung von Parodontalerkrankungen ist bei der chirurgischen Therapie (CPT) auch das regenerative Verfahren bei parodontalen Knochendefekten berücksichtigt worden: „Primäres Behandlungsziel der Parodontitistherapie ist die Beseitigung der Entzündung und damit das Stoppen der Abbauvorgänge.“

Da es im BEMA keine vergleichbare Sachleistung gibt, ist die 4110 GOZ zusätzlich zur vertragszahnärztlichen Versorgung auch im Rahmen einer Parodontalbehandlung nach BEMA CPTa oder CPTb privat vereinbarungsfähig. Der Anspruch auf die Vertragsleistung bleibt erhalten.

Bitte beachten Sie, dass die CPT nur dann als BEMA-Vertragsleistung abrechnungsfähig ist, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht wurde und die CPT-Maßnahmen der Krankenkasse angezeigt wurden.

Somit müssen Sie die außervertragliche Leistung vor Behandlungsbeginn mit dem Patienten gemäß § 8 Abs. 7 BV-Z schriftlich vereinbaren (vergleiche Schnittstellenkommentar BEMA und GOZ der KZVB). Anzumerken ist, dass der Kommentar stark veraltet ist. Bei der letzten Aktualisierung im Juni 2015, also vor über acht Jahren, gab es weder die neue S3-Leitlinie noch ist dort die moderne Medizin unseres Praxisalltags thematisiert.

## Auszug aus dem BEMA-GOZ Kommentar von Liebold/Raff/Wissing, Stand Mai 2023

„Regenerative Eingriffe sind kein Bestandteil der CPT, sondern gehen insgesamt über den Behandlungsumfang der vertraglichen Leistungen hinaus“

- ➔ 4110 GOZ: Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Aufbaumaterial (ggf. orts- und sitzungsgleich neben BEMA-Nrn. AIT und CPT berechnungsfähig)
- ➔ 4138 GOZ: Verwendung einer Membran zur Behandlung eines Knochendefektes (ggf. orts- und sitzungsgleich neben BEMA-Nr. CPT berechnungsfähig)

Folgende zusätzliche sitzungsgleiche außervertragliche PAR-Maßnahmen sind möglich:

- regenerative PAR-Therapie (4110, 4138 GOZ)
- subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation, je Zahn (4025 GOZ)
- zusätzlicher Einsatz dekontaminierender/ entepithelialisierender Laserverfahren\*
- photodynamische Therapie (§ 6 Abs. 1 GOZ)
- plastische PAR-Therapie (z. B. 4120, 4130, 4133, 3240, 3250 GOZ, 2675 GOÄ)
- osteoplastische (knochenmodellierende) Maßnahmen wie z. B. klinische Kronenverlängerung oder tunnelierende Osteoplastik (4136 GOZ)
- offene Maßnahmen am Implantat (chirurgische Periimplantitistherapie) (§ 6 Abs. 1 GOZ)

\* Der Leistungsinhalt der BEMA-Nrn. AIT/CPT ist durch eine alleinige Lasertherapie nicht erfüllt., Quelle: [www.bema-goz.de](http://www.bema-goz.de)

Zur Berechnung der CPT mit regenerativen Maßnahmen gibt es in den PAR-FAQs einzelner KZVen unterschiedliche Auffassungen zur Berechnungsmöglichkeit:

- *Quelle: www.kzvb.de/abrechnung/abrechnungsmappetips/FAQ:* „Werden CPT und regenerative Therapie in gleicher Sitzung durchgeführt, müssen beide Leistungen rein privat abgerechnet werden, da es sonst zu einer Leistungsüberschneidung kommt.“ Nur wenn die Leistungen in getrennten Sitzungen erfolgen, liegt keine Leistungsüberschneidung vor.
- *Quelle: www.kzvlb.de/FAQ:* Kann man zur CPT auch KEM zusätzlich abrechnen? „Sie dürfen vor der Behandlung mit dem Patienten privat vereinbaren, zusätzlich zur CPT (GKV-Behandlung) das Knochenersatzmaterial zu verwenden. Die CPT bleibt aber trotzdem eine GKV-Leistung.“

### Prognose/Wirtschaftlichkeitsgebot bei der CPT

Die CPT betrifft grundsätzlich nur Zähne mit stärkerer Vorschädigung (Sondierungstiefe von  $\geq 6$  mm) bzw. relativ hohem Attachmentverlust. Insofern findet die CPT bei Zähnen statt, die überdurchschnittlich häufig auch mit eingeschränkter Prognose hinsichtlich ihrer Lebensdauer behaftet sind.

Die Prognose einzelner Zähne oder des gesamten Gebisses hängt

von einer Reihe von Einflussfaktoren ab, die sich – treten sie in Kombination auf – gegenseitig verstärken können. Deswegen wurde in § 4 der PAR-Richtlinie festgehalten, dass bei weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75 % oder einem Furkationsbefall von Grad III bei gleichzeitigem Vorliegen eines Lockerungsgrades III in der Regel die Entfernung des Zahnes angezeigt ist. Eine etwaige PAR-Behandlung solcher Zähne ist also in der Regel als außervertraglich eingestuft. Wobei durch die Formulierung „in der Regel“ auch hier noch Ausnahmen zugelassen werden sollen bei der beschriebenen Kombination von fortgeschrittenem Furkationsbefall, Knochenabbau und Lockerungsgrad.

Der Vertragszahnarzt ist bei seiner Therapie nicht nur dem Patienten gegenüber verantwortlich, sondern unterliegt im Rahmen seiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Letztlich bleibt es dem Behandler (zusammen mit dem Patienten) überlassen, die Grenzen zwischen Vertragsleistung und Privatleistung zu bestimmen, da nur dieser durch sorgfältige Befundung eine sichere Prognose stellen kann.

Keiner dieser o. g. Faktoren führt zwingend zum Behandlungsausschluss. Jeder kann jedoch – sowohl einzeln als auch verstärkt in Kombination – Anlass sein, aus Gründen des Wirtschaftlichkeitsgebots die PAR-Therapie aus der gesetzlichen Krankenversicherung auszugliedern und – falls der Patient dies wünscht – privat zu vereinbaren. Erstellen Sie Therapiepläne richtliniengetreu, abhängig von der Prognose. Bei schlechter Prognose wäre z. B. ein Erhaltungsversuch eines Zahnes eine Privatleistung! Beachten Sie strikt das Zuzahlungsverbot und Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V).

Die GOZ 4110 beinhaltet das Auffüllen kleinerer parodontaler Knochendefekte ohne Volumenvermehrung, mit Aufbaumaterial (Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial), auch Einbringen von Proteinen, zur regenerativen Behandlung parodontaler Defekte, ggf. einschließlich Materialentnahme im Aufbaubereich, je Zahn oder Parodontium (oder „Implantat“) – hierzu hat die BZÄK im GOZ-Kommentar klargestellt: „Die Bezugnahme zu einem Implantat im Leistungstext und somit zum Auffüllen eines periimplantären Knochendefektes ist fachlich obsolet, da kein Parodontium und somit kein parodontaler Defekt vorliegt.“

*Quelle: BZÄK GOZ-Kommentar, Stand 08/2022*

Die Leistung umfasst den rekonstruktiven Aufbau mit Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial ohne Volumenvermehrung und beschreibt das Auffüllen knöcherner Defekte unter Beteiligung eines Parodontiums. Sie ist auf die Region eines Zahnes bzw. seines Parodontiums begrenzt. Werden an mehreren Zähnen jeweils kleinere parodontale Defekte aufgefüllt, wird nach Anzahl der behandelten Zähne abgerechnet.



Auch ist die 4110 GOZ für das Auffüllen kleinerer chirurgischer knöcherner Defekte unter Beteiligung des Parodontiums berechenbar, z. B. nach:

- Reimplantation eines Zahnes (3140 GOZ)
- Transplantation eines Zahnes (3160 GOZ)
- Zystektomie einer dentogenen Zyste bis zur Größe einer Zahnregion (3190 und 3200 GOZ)

Die GOZ 4110 ist eine umfangreiche Leistung, bei der im Faktor 2,3-fach ein Honorar von 23,28€ im Verhältnis zu sehr hohen Materialkosten steht.

Kalkulieren Sie jeden Behandlungsfall individuell nach Schwierigkeit, Zeitaufwand und den Umständen. Scheuen Sie nicht den § 5 anzuwenden (Begründung auf der Rechnung bis Faktor 3,5-fach). Wenn somit kein ausreichendes Honorar erzielt werden kann, bleibt Ihnen nur die Möglichkeit der Honorarvereinbarung gemäß § 2 GOZ, dies ist auch bei GKV-Versicherten möglich.

### **Socket Preservation – analoge Berechnung § 6 Abs. 1 GOZ**

Auch das Auffüllen einer Extraktionsalveole nach der Entfernung eines Zahnes oder Implants im Sinne einer „Socket Preservation“ zum Erhalt des Restknochens erfüllt nicht den Leistungsinhalt der GOZ 4110 und ist weder in der GOZ noch in der GOÄ enthalten, was für Sie kein finanzieller Nachteil ist. Bei der Auswahl einer analogen Gebührensatz nach § 6 Abs. 1 GOZ sollten Sie die Materialkosten für das Knochenersatzmaterial mit dem Bruttobetrag, ggf. unter Beachtung von Porto- und Verpackungskosten, mit in Ihre Analogleistung einkalkulieren und nicht gesondert ausweisen. Auch wenn ich meine Empfehlung wiederhole: Wählen Sie eine Analogziffer aus, die im 1,0-fachen Gebührensatz den Gesamtbetrag abdeckt. So können Sie bei unerwarteten Schwierigkeiten ohne Angabe einer Begründung bis zum 2,3-fachen Satz steigern. Die bisherige Erfahrung zeigt, dass gesondert aufgeführte Materialkosten bei Analogziffern generell von den Kostenträgern abgelehnt werden.

Im Rahmen der Analogberechnung können Sie durch eine durchdachte Auswahl der gewählten Leistung, die Sie heranziehen möchten, auf eine Honorarvereinbarung verzichten, z. B. 9100a Socket Preservation inkl. Knochenersatzmaterial entsprechend Aufbau des Alveolarfortsatzes; somit hätten Sie bei Faktor 1,0-fach ein Honorar in Höhe von 151,52€.

Da inzwischen viele Patienten Einschränkungen im Versicherungsvertrag akzeptiert haben, bekommen diese Patienten nur maximal den 3,5-fachen Steigerungssatz, nach Vorliegen der personenbezogenen Begründung auf der Rechnung, erstattet. Insofern ist festzustellen, dass sich bei selbstständigen Leistun-

gen, die nicht in der GOZ oder GOÄ beschrieben sind, die Analogleistung einfacher umsetzen lässt als eine Honorarvereinbarung nach § 2 GOZ für eine originäre GOZ-Leistung. Bei einer Honorarvereinbarung ist der Patient der Leidtragende, da sich die Eigenleistung Ihres Patienten erhöht.

### **Knochen(ersatz)material**

Die Knochendefektauffüllung kann mit Knochenmaterial, mit alloplastischem Material, mit regenerativen Proteinen (z. B. Emdogain®), aber auch in Kombination dieser Materialien erfolgen.

Einmal verwendbare Knochenkollektoren oder -schaber sind nach der Bestimmung zur 4110 GOZ berechnungsfähig. Die anderen Materialien können nach den Allgemeinen Bestimmungen Satz 2 Abschnitt E zusätzlich berechnet werden, z. B. Materialien zur Förderung der Blutgerinnung sowie zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen, atraumatisches Nahtmaterial, eingebrachtes Knochen- oder Knochenersatzmaterial, eingebrachtes regeneratives Material (Proteine, Barrieremembrane resorbierbar oder nicht resorbierbar etc.), einfache Fixierungen von Barrierefolien (Pins, Schrauben etc.), Einmalkollektoren oder Einmalschaber zur Knochengewinnung.

Auch die vorgenommene Knochenentnahme von autologem Knochen nur im „Aufbauggebiet“ ist im Leistungstext der 4110 GOZ enthalten. Wird zusätzlich Knochen aus einem getrennten Operationsgebiet gewonnen und eingebracht, ist die 9140 GOZ, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, zusätzlich berechnungsfähig.



Kerstin Salhoff