

» Leitfaden für den PAR-Gutachter

Gemäß Ziffer V der Richtlinie des
Gemeinsamen Bundesausschusses für
eine ausreichende, zweckmäßige und
wirtschaftliche vertragszahnärztliche
Versorgung (Behandlungsrichtlinie)

KASSENZAHNÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG **KZBV**



Inhalt

Vorwort	5
1. Der PAR-Gutachter in der gesetzlichen Krankenversicherung	6
1.1 Allgemeine Rechtsgrundlagen	6
1.2 Die Rolle des PAR-Gutachters	7
2. Ablauf des Gutachterverfahrens	8
2.1 Verfahren bei (Erst-)Gutachten	8
2.2 Verfahren bei Obergutachten	9
3. Durchführung der Begutachtung	10
3.1 Vorbereitung des Gutachtens	10
3.2 Prüfung der Unterlagen auf Vollständigkeit	11
3.3 Prüfung der Behandlungsvoraussetzungen	12
3.4 Prüfung der Behandlungsplanung / Wirtschaftlichkeit	13
3.5 Parodontalbehandlung im Zusammenhang mit der Versorgung mit Zahnersatz	15
4. Inhalt und Aufbau des Gutachtens	16
5. Gutachtergebühren	18
Anhang 1: Rechtsgrundlagen für den PAR-Gutachter	20
1.1 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V)	20
1.2 Behandlungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	21
1.3 Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z)	26
1.3.1 Auszug aus BMV-Z	26
1.3.2 Gutachtervereinbarung	28
1.3.3 Parodontalstatus (Anlagen 10 a und 10 b BMV-Z)	32
1.4 Ersatzkassenvertrag – Zahnärzte (EKVZ)	34
1.4.1 Auszug aus EKVZ	34
1.4.2 Parodontalstatus (Anlagen 10 a und 10 b EKVZ)	37
1.5 Bema-Teil 4: Systematische Behandlung von Parodontopathien	38
Anhang 2: Stellungnahmen der Fachgesellschaften	40
Impressum	42

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Deutsche Mundgesundheitsstudie IV zeigt, dass Parodontalerkrankungen trotz oder gerade wegen der bemerkenswerten Erfolge in der Prophylaxe deutlich zunehmen. Weshalb? Heute werden viel mehr Zähne erhalten als früher. Immer mehr ältere Patienten besitzen noch einen Großteil ihrer eigenen Zähne und mit steigendem Lebensalter steigt deshalb das Risiko einer parodontalen Erkrankung.

So haben lt. DMS IV „mittelschwere und schwere Parodontalerkrankungen [...] bei Erwachsenen und Senioren seit der letzten Erhebung 1997 um 26,9 Prozentpunkte bzw. 23,7 Prozentpunkte zugenommen. [...] Unter den Erwachsenen leiden 52,7 Prozent unter mittelschweren und 20,5 Prozent unter schweren Formen der Parodontitis. Bei den Senioren sind 48,0 Prozent von einer mittelschweren und 39,8 Prozent von einer schweren Erkrankung betroffen.“

Dieses stellt nicht nur die Zahnärztinnen und Zahnärzte bei der Behandlung vor neue Herausforderungen, sondern auch die Gutachterinnen und Gutachter.

Bei der Bema-Umrelationierung 2004 war ursprünglich eine umfassende Änderung des Leistungskataloges angedacht gewesen. Aufgrund der beschränkten finanziellen Mittel ließ sich eine allumfassende, am neuesten Stand der medizinischen Erkenntnisse ausgerichtete Behandlung nicht realisieren. Insbesondere regenerative und aufwändige chirurgische Verfahren konnten im Leistungskatalog keine Berücksichtigung finden. Die unterstützende Parodontitistherapie sowie professionelle Zahnreinigungsmaßnahmen sind im Leistungskatalog ebenfalls nicht enthalten.

Der Gutachter steht deshalb vor dem Problem, nicht nur die medizinische Notwendigkeit der geplanten Therapie-maßnahmen beurteilen, sondern diese auch im Zusammenhang mit den gesetzlichen Einschränkungen, Richtlinien und Bema-Bestimmungen bewerten zu müssen. Wirtschaftlichkeitsgebot und Zweckmäßigkeit der Behandlung stehen gleichberechtigt neben der medizinischen Notwendigkeit. Dies fordert vom Gutachter Augenmaß und Abwägung. Jeder Fall ist individuell zu beurteilen.

Der aktuelle Leitfaden soll helfen, sich im Dschungel von gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen zurechtzufinden.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Ute Maier

Fachberaterin der KZBV für Parodontologie

Dr. Wolfgang Eßer

Stellv. Vorsitzender des Vorstandes der KZBV

1.1 Allgemeine Rechtsgrundlagen

Grundlage für alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB V). Daneben regeln die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sowie die zwischen der KZBV und den Krankenkassen geschlossenen Bundesmantelverträge die vertragszahnärztliche Versorgung. Folgende Rechtsvorschriften sind für die parodontologische Versorgung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Tätigkeit zentral:

Nach § 27 Abs. 1 SGB V haben gesetzlich Krankenversicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Leistungen der Krankenkassen unterliegen dem in § 12 SGB V verankerten Wirtschaftlichkeitsgebot. Dem entsprechend umfasst die vertragszahnärztliche Versorgung gemäß § 73 Abs. 2 i. V. mit § 28 Abs. 2 SGB V die Tätigkeiten des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten – also auch Parodontalerkrankungen – ausreichend und zweckmäßig sind.

Die Richtlinien des G-BA für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinien) regeln die Rahmenbedingungen der „systematischen Behandlung von Parodontopathien (PAR-Behandlung)“. Danach haben gesetzlich Krankenversicherte unter den nachfolgend genannten Bedingungen Anspruch auf Kostenübernahme der bundesmantelvertraglich vereinbarten Leistungen zur Parodontitistherapie.

Voraussetzungen für eine Leistungsübernahme durch die Krankenkassen:

- Fehlen von Zahnstein
- Fehlen sonstiger Reizfaktoren
- Erfolgte Anleitung des Patienten zur richtigen Mundhygiene
- Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Parodontopathie
- Wirtschaftlichkeit der geplanten Behandlung unter Berücksichtigung von Prognose und Mitarbeit des Patienten

Bei der systematischen Behandlung einer Parodontopathie handelt es sich um eine Behandlung, die der Krankenkasse vorab zu einer leistungsrechtlichen Entscheidung zuzuführen ist. Nach den Behandlungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses kann die Krankenkasse als Regelung zum Qualitätsmanagement die anhand von Anamnese, klinischer sowie radiologischer Befundung gestellte Diagnose und die daraus abgeleitete Therapieplanung begutachten lassen. Das Nähere über die Ausgestaltung der Begutachtung ist zwischen der KZBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vertraglich vereinbart (siehe Gutachtervereinbarung in Anlage 9 des Bundesmantelvertrag-Zahnärzte [BMV-Z] bzw. § 24 des Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte [EKVZ]).

Mit der Behandlung soll im Hinblick auf die Verträge und die Richtlinien des G-BA grundsätzlich erst dann begonnen werden, wenn die Leistungszusage

der Krankenkasse vorliegt. Hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen. Die Begutachtung einer bereits begonnenen oder durchgeführten Parodontitistherapie ist vertraglich nicht vorgesehen.

1.2 Die Rolle des PAR-Gutachters

Als Gutachter und Obergutachter für Parodontologie werden im GKV-System vertragszahnärztlich tätige Zahnärzte von den KZVen bzw. der KZBV (Obergutachter) im Einvernehmen mit den Krankenkassen benannt. Die Aufgabe des Gutachters ist es, der Krankenkasse mit seiner Stellungnahme die fachliche Basis für eine korrekte leistungsrechtliche Entscheidung zu liefern. Eine positive gutachterliche Stellungnahme dient zugleich dem behandelnden Zahnarzt zur Bestätigung der korrekten medizinischen Indikationsstellung sowie der richtlinienkonformen Behandlungsplanung unter Berücksichtigung des SGB V.

Der Gutachter ist unabhängig in seiner Beurteilung. Grundlage seiner Stellungnahme sind ausschließlich der medizinische Sachverhalt und die Berücksichtigung der Rechtsvorschriften. Neben medizinischer Fachkompetenz sind deshalb Kenntnisse der aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen unabdingbar.

Nach der zwischen der KZBV und den Krankenkassen getroffenen Vereinbarung zum Gutachterverfahren bei Behandlungen von Parodontopathien sind die Kassen im Falle der Begutachtung verpflichtet, einen der einvernehmlich bestellten Gutachter zu beauftragen und ihre Leistungsentscheidung gegenüber dem Versicherten unter Berücksichtigung des Gutachtens zu treffen. Den Krankenkassen ist es zudem unbenommen, zusätzlich einen Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) mit einer Stellungnahme zu beauftragen. Die Krankenkassen sind jedoch nicht berechtigt, anstelle des Gutachtens des vertraglich vereinbarten Gutachterverfahrens dasjenige des MDK zum Gegenstand einer den Antrag des Versicherten förmlich ablehnenden Entscheidung zu machen.¹

¹ Urteil des BSG vom 18.05.1989 (AZ: 6 R Ka 10/88) zur Einsetzung sogenannter Beratungszahnärzte der Krankenkassen

2 Ablauf des Gutachterverfahrens

2.1 Verfahren bei (Erst-)Gutachten

Die Begutachtung geplanter Behandlungen von Parodontopathien richtet sich nach den in den Bundesmantelverträgen getroffenen Vereinbarungen (vgl. Anlage 9 und Anlage 2 Nr. 5.1 BMV-Z, §§ 14, 22, 24 EKVZ). Danach gilt für den Ablauf des Verfahrens:

Vor Beginn der Behandlung hat der Zahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen einen Parodontalstatus (Blatt 1 und Blatt 2) zu erstellen und der Krankenkasse zuzuleiten. Wenn im Rahmen der geplanten Behandlung auch prothetische Maßnahmen erforderlich werden, ist dem Parodontalstatus ein Heil- und Kostenplan für die prothetische Behandlung beizufügen.

Sofern die Krankenkasse den Parodontalstatus begutachten lassen möchte, erteilt sie einem der Gutachter einen schriftlichen Auftrag. Gleichzeitig unterrichtet sie den Zahnarzt über den beauftragten Gutachter und übersendet ihm beide Blätter des Parodontalstatus. Der Zahnarzt hat dem Gutachter den Parodontalstatus zusammen mit den Befundunterlagen (Röntgenaufnahmen) zuzuleiten. Abweichende länderspezifische Regelungen des Verfahrenswegs bleiben hiervon unberührt.

So ist beispielsweise im Bereich der KZV Baden-Württemberg mit den Krankenkassen vereinbart, dass Gutachtaufträge nicht an den Gutachter direkt, sondern an zentrale Gutachterstellen in den Zahnärzthäusern gesandt werden.

Der Gutachter nimmt zum Parodontalstatus Stellung. Befürwortet er die Planung, so vermerkt er dies auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) und sendet Blatt 1 und 2 der Krankenkasse zu. Die übrigen Unterlagen sendet er dem Zahnarzt zurück. Befürwortet der Gutachter den Parodontalstatus nicht, so sendet er Blatt 1 und 2 mit seiner schriftlichen Stellungnahme der Krankenkasse, die übrigen Unterlagen dem Zahnarzt zurück. Die Krankenkasse übersendet den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) sowie die gutachterliche Stellungnahme dem Zahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die Kosten übernimmt. Dies gilt für die Therapieergänzung entsprechend.

Im Primärkassenbereich ist der Gutachter verpflichtet, die von der Krankenkasse erteilten Aufträge innerhalb von zwei Wochen zu bearbeiten; für den Ersatzkassenbereich sind keine Fristen geregelt. Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse.

2.2 Verfahren bei Obergutachten

Gegen die Stellungnahme des Gutachters kann der behandelnde Zahnarzt, aber auch die Krankenkasse, Einspruch einlegen und ein Obergutachten beantragen.

Der Patient ist nicht zur Antragstellung eines Obergutachtens berechtigt. Das Obergutacherverfahren stellt keine Rechtsmittelinstanz dar, auf die vom Versicherten bei einem ablehnenden Bescheid der Krankenkasse ein Anspruch besteht.

Der Einspruch ist vom Einspruchsführer zu begründen und an die KZBV zu richten. Die Frist für die Einlegung des Einspruchs beträgt bei den Primärkassen zwei Monate, bei Ersatzkassen einen Monat nach Zugang der Stellungnahme des Gutachters.

Die Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter gelten sinngemäß auch für die Obergutachter.

Nach Eingang des Einspruchs prüft die KZBV, ob die erforderlichen Unterlagen (Parodontalstatus, evtl. Heil- und Kostenplan für Zahnersatz, Gutachten, Entscheidung der Krankenkasse und eine fachliche Begründung für den Einspruch) vorliegen und leitet anschließend die Unterlagen an den Obergutachter weiter. Der Obergutachter erstellt das Obergutachten und sendet es an die KZBV. Diese leitet Durchschriften des Obergutachtens an den Fachberater der KZBV, den behandelnden Zahnarzt, den Gutachter und die Krankenkasse. Der Fachberater bestimmt – im Einvernehmen mit dem jeweiligen Bundesverband bzw. dem vdek – die Höhe der Gebühr und teilt mit, wer die Kosten des Obergutachtens zu tragen hat. Grundsätzlich hat die Krankenkasse die Kosten zu tragen. Der Zahnarzt wird mit den Kosten des Obergutachtens belastet, wenn der Obergutachter der Auffassung des Zahnarztes nicht folgt (Primärkassenregelung) bzw. sein Einspruch gegen die Stellungnahme des Gutachters erfolglos bleibt (Ersatzkassenregelung).

Gegen ein erstelltes Obergutachten sind Rechtsmittel nicht möglich, da es sich nicht um einen Verwaltungsakt, sondern lediglich um eine gutachterliche Stellungnahme handelt, auf deren Grundlage die Krankenkasse ihre leistungrechtliche Entscheidung über die Kostenübernahme treffen kann. Gegen die Entscheidung der Krankenkasse kann der Versicherte, soweit er durch sie belastet wird, Rechtsmittel in Form von Widerspruch und Klage einlegen.

3 Durchführung der Begutachtung

Der Gutachter hat den Antrag auf die Behandlung einer Parodontopathie auf der Grundlage des allgemein anerkannten Stands zahnmedizinischer Erkenntnisse unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie den im SGB V verankerten Grundsätzen der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu beurteilen (vgl. Nr. 2 Satz 1 i. V. m. Nr. 1 des Anhangs zu Anlage 9 zum BMV-Z). Es empfiehlt sich folgendes Vorgehen:

3.1 Vorbereitung des Gutachtens

Nach Erhalt des Gutachtenauftrags durch die Krankenkasse sollte in einem ersten Überblick über den Behandlungsfall entschieden werden, ob der Auftrag angenommen werden kann. Insbesondere sind folgende Fragestellungen zu prüfen:

Wurde die Behandlung bereits begonnen?

Nach den zwischen der KZBV und den Krankenkassen getroffenen Vereinbarungen soll der Zahnarzt erst nach Rücksendung des Parodontalstatus mit der Behandlung beginnen. Davon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen. Der Gutachter sollte deshalb anhand der Unterlagen zunächst prüfen, ob der Zahnarzt mit der Behandlung bereits begonnen hat. Ergeben sich entsprechende Anhaltspunkte, ist bei der anstehenden Untersuchung des Patienten zu prüfen, ob die begonnene Behandlung gerechtfertigt erscheint. Eine nachträgliche Befürwortung der Behandlung kann nur dann erfolgen, wenn die Therapie vor der Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse medizinisch unumgänglich war, zum Beispiel weil sie zur Beseitigung von Schmerzen erforderlich war.

Stellt der Gutachter bei der Sichtung der Unterlagen oder der körperlichen Untersuchung fest, dass die Behandlung bereits begonnen oder durchgeführt wurde ohne dass eine dringende medizinische Indikation (beispielsweise Schmerzen) vorlag, muss der Behandlungsplan mit einer ablehnenden gutachterlichen Stellungnahme der Krankenkasse zugeleitet werden.

Persönliche Untersuchung des Patienten

Bei der Begutachtung einer geplanten Parodontitistherapie empfiehlt es sich, grundsätzlich eine körperliche Untersuchung des Patienten durchzuführen, da der tatsächliche Zustand der Parodontien, das Fehlen von Zahnstein sowie die Mundhygiene des Patienten nur so beurteilt werden können. Dabei hat sich das Verfahren bewährt, dass sich der Gutachter bei einem Versicherten einer Primärkrankenkasse mit der Krankenkasse in Verbindung setzt. Diese lädt den Versicherten zur Untersuchung beim Gutachter ein. Im Ersatzkassenbereich ist vereinbart, dass der Gutachter den Untersuchungstermin im Benehmen mit dem Versicherten und dem Vertragszahnarzt festlegt und die Ersatzkasse hiervon zu unterrichten ist.

3.2 Prüfung der Unterlagen auf Vollständigkeit

Die Begutachtung beginnt mit der Durchsicht des Parodontalstatus und der sonstigen überlassenen Unterlagen. Dabei ist zu prüfen, ob diese vollständig vorliegen und insbesondere, ob die Blätter des Parodontalstatus vollständig ausgefüllt sind. Der Gutachter kann fehlende oder ergänzende diagnostische Unterlagen vom Behandler anfordern bzw. der Krankenkasse anheimstellen, weitere Unterlagen sowie Nachbefunde vom Behandler zu verlangen. Die Kosten für die Anfertigung ergänzender diagnostischer Unterlagen sind dem Zahnarzt nach dem Bema von der Kasse zu vergüten.

Röntgenbilder

Eine Stellungnahme durch den Gutachter kann nur auf Basis einer ausreichenden Qualität der röntgenologischen Unterlagen erfolgen. Die Aufnahmen sollten in der Regel nicht älter als sechs Monate sein. Sie müssen alle zahntragenden Kieferbereiche erfassen, also auch diejenigen, die nicht behandelt werden sollen. Jeder Zahn muss deutlich dargestellt sein, ebenso die interdentalen Bereiche. Die bewährte Technik ist die intraorale Aufnahme in der Rechtwinkeltechnik. Panoramaaufnahmen oder Orthopantomogramme sind zur Röntgendiagnostik der parodontalen Erkrankungen häufig nicht ausreichend. Soweit die vorgelegten Röntgenaufnahmen nicht zur sicheren Diagnostik geeignet sind, sind neue Aufnahmen anzufordern. Röntgenbilder müssen zweifelsfrei dem Patienten zugeordnet werden können durch eindeutige Beschriftung mit Aufnahmedatum, Name des Patienten, Zahnbezeichnung und Zahnarzt. Die Qualität digitaler Aufnahmen muss denen herkömmlicher Verfahren entsprechen. Ausdrucke auf Papier sind möglich. Die entsprechende DIN-Norm (DIN 6868-160) wurde Mitte 2011 eingeführt (siehe auch Arbeitsanweisung der BZÄK: „Verwendung des Testbilds nach DIN 6868-160 für die Datenweitergabe digitaler Röntgenbilder als Ausdruck.“).

Angaben zur prothetischen Planung

Nach den Zahnersatzrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses hat die notwendige konservierend-chirurgische und parodontale Behandlung des Restgebisses der Versorgung mit Zahnersatz voranzugehen. Werden im Rahmen einer systematischen Behandlung von Parodontopathien prothetische Maßnahmen erforderlich, so ist in der Regel ein Heil- und Kostenplan für Zahnersatz beizufügen. Fehlt dieser, kann der Gutachter die Unterlagen nachfordern, soweit er sie aus fachlichen Gründen als erforderlich ansieht.

Der BMV-Z sieht vor, dass die Unterlagen über die Krankenkasse angefordert werden (§ 3 Abs. 2 der Anlage 9 zum BMV-Z). In der Praxis hat es sich allerdings eingespielt, dass der Gutachter sich wegen fehlender Unterlagen direkt an den behandelnden Zahnarzt wendet. Dieses vereinfachte Verfahren ist im EKVZ in § 22 Abs. 5 ausdrücklich vereinbart. Stellt der Zahnarzt die Unterlagen nicht zur Verfügung, kann die Behandlung nicht befürwortet werden; der Auftrag für die Begutachtung ist dann an die Krankenkasse zurückzugeben. Der Gutachter

kann in diesem Fall zumindest seine Auslagen der Krankenkasse in Rechnung stellen.

3.3 Prüfung der Behandlungsvoraussetzungen

Hauptaufgabe des Gutachters ist es festzustellen, ob bei dem Patienten die nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgegebenen Voraussetzungen für die Behandlung einer Parodontopathie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung vorliegen. Die Richtlinien nennen folgende zwingende Voraussetzungen:

- Fehlen von Zahnstein
- Fehlen sonstiger Reizfaktoren
- Erfolgte Anleitung des Patienten zur richtigen Mundhygiene
- Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Parodontopathie

Fehlen von Zahnstein und sonstiger Reizfaktoren

Das Vorliegen von Zahnstein stellt eine Kontraindikation für die Parodontitis-therapie dar. Ebenso müssen alle Reizfaktoren eliminiert sein, wie beispielsweise überstehende Füllungsrän-der.

Erfolgte Anleitung des Patienten zur richtigen Mundhygiene

Der Patient muss vom Zahnarzt über die richtige Mundhygiene aufgeklärt sein. Die Aufklärung dient dem Zweck, die auch in den Richtlinien des G-BA geforderte aktive Mitarbeit des Patienten an der Behandlung zu fördern. Ob der Patient bis zur Vorstellung beim Gutachter die Anleitung zur Mundhygiene richtig umgesetzt hat, ist für die Begutachtung der Behandlungsplanung nicht entscheidend. Vielmehr kommt es darauf an, dass der Patient sein Bemühen erkennen lässt, sich durch gute Mundpflege aktiv an der Verbesserung seines Parodontalzustands zu beteiligen. Näheres zur Mitarbeit und der mit Blick auf die Wirtschaftlichkeit der Behandlung geforderten Prognose siehe Kapitel 3.4.

Während des Untersuchungstermins sollte der Gutachter abklären, inwieweit dem Patienten der Stellenwert von Risikofaktoren sowie die Verbindung zwischen Allgemein- und Parodontalerkrankungen bekannt sind.

Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Parodontopathie

Der Gutachter hat zu prüfen, ob der Patient an einer Parodontalerkrankung leidet, die eine systematische Behandlung im Sinne der allgemeinen Behandlungsrichtlinien des G-BA erfordert. Nach den Richtlinien liegt eine behandlungsbedürftige Parodontopathie vor, wenn ein Parodontaler Screening-Index (PSI)-Wert von Code 3 oder 4 erhoben wird oder wenn eine der folgenden Diagnosen gestellt wird und dabei eine Sondiertiefe von 3,5 mm und mehr vorliegt:

- Chronische Parodontitis
- Aggressive Parodontitis
- Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen
- Nekrotisierende Parodontalerkrankungen
- Parodontalabszess
- Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen
- Folgende entwicklungsbedingte oder erworbene Deformitäten oder Zustände:
 - Gingivale Vergrößerungen
 - Gingiva- und Weichgewebswucherungen

Der Gutachter ist bundesmantelvertraglich verpflichtet, den vollständigen Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) zu überprüfen. Dazu gehören insbesondere die auf Blatt 2 genannten Erhebungen der Sondierungstiefen, Rezessionen, Furkationsbeteiligungen und Zahnlockerungsgrade. Erst sie ermöglichen – unter Berücksichtigung der auf Blatt 1 genannten Daten sowie der Auswertung der Röntgenaufnahmen – eine exakte Diagnose der jeweils vorliegenden Parodontalerkrankung.

Weitere Prüfschritte

Nach den Richtlinien sind konservierend-chirurgische Maßnahmen je nach Indikation vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie durchzuführen. Mit dieser Formulierung bleibt es weitgehend dem behandelnden Zahnarzt überlassen, den zeitlichen Ablauf der Behandlungsschritte festzulegen. Dennoch ist es Aufgabe des Gutachters, zu prüfen, ob einzelne Behandlungen zugunsten der anstehenden Parodontitistherapie aus fachlichen Gründen vorher durchgeführt werden sollten. In Betracht kommen hier die Kariestherapie, endodontische Maßnahmen sowie ggf. die Extraktion von Zähnen. Die definitive prothetische Versorgung soll in der Regel erst nach der Parodontitistherapie erfolgen; ein vorher eingegliedertes Zahnersatz kann zur Ablehnung der Parodontitistherapie durch den Gutachter führen.

3.4 Prüfung der Behandlungsplanung/ Wirtschaftlichkeit

Hat der Gutachter das Vorliegen einer Parodontopathie gemäß den Richtlinien des G-BA bestätigt, muss er noch prüfen, ob die geplante Therapie den Kriterien „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots gem. § 12 Abs. 1 SGB V entspricht. In diesem Zusammenhang ist neben den geplanten Therapiemaßnahmen auch die Prognose der Behandlung relevant.

Therapeutische Maßnahmen

Die systematische Behandlung einer Parodontopathie umfasst den Richtlinien entsprechend das geschlossene und das offene Vorgehen. In der Regel soll die

geschlossene Behandlung der offenen vorgehen. Nur in Ausnahmefällen kann das offene Vorgehen auch ohne vorheriges geschlossenes Vorgehen erfolgen (Näheres hierzu siehe Abschnitt B. V. 5. der Behandlungsrichtlinien).

Der Gutachter hat daher zu beurteilen, ob er dem gewählten Verfahren zustimmen kann. Soweit ein offenes Vorgehen nicht als Therapieergänzung, sondern als Einstieg in die Parodontitisbehandlung geplant ist, hat er zu prüfen, ob eine begründete Ausnahme für die Verfahrensweise vorliegt. Ein direktes offenes Verfahren ist insbesondere in Situationen denkbar, bei denen das geschlossene Verfahren offensichtlich nicht zum Ziel führen würde.

Nach den bundesmantelvertraglichen Vereinbarungen zur Gutachtertätigkeit steht dem behandelnden Zahnarzt die Wahl der therapeutischen Mittel frei. Meinungsverschiedenheiten sollten mit dem Behandler in kollegialer Weise geklärt werden. Insbesondere bei schwerwiegenden Meinungsverschiedenheiten bzw. gravierenden Änderungsvorschlägen zur Behandlungsplanung empfiehlt sich ein klärendes Gespräch. Die kollegiale Klärung bedeutet jedoch nicht, dass zwischen Behandler und Gutachter Einvernehmen hergestellt werden muss. Letztlich hat der Gutachter seine Entscheidung nach fachlichen und rechtlichen Gesichtspunkten auf den konkreten Einzelfall bezogen zu treffen.

Prognose der Behandlung

Das Ziel der Behandlung einer Parodontopathie ist es, Entzündungen zum Abklingen zu bringen, ein Fortschreiten der Erkrankung zu vermeiden und letztlich dem Zahnverlust vorzubeugen. Im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung hat der Behandlungsaufwand aus Wirtschaftlichkeitsgründen in einem sinnvollen Verhältnis zur Prognose und der erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten zu stehen. Der Gutachter hat deshalb zu prüfen, ob die geplante Therapie einen langfristigen Erhalt der zu behandelnden Zähne erwarten lässt.

Die Prognose richtet sich zum einen nach Faktoren wie Art der Parodontitis, Risikofaktoren, Gesundheitszustand, Alter, etc. Zum anderen hängt die Prognose in erheblichem Maße von der Mitarbeit des Patienten ab. Nach den Richtlinien des G-BA besteht die Mitwirkung darin, „dass sich der Patient nach seinen individuellen Möglichkeiten aktiv bemüht, exogene und endogene Risikofaktoren zu reduzieren, an den notwendigen Behandlungsterminen teilzunehmen und eventuell eingesetzte Therapiemittel indikationsgerecht anzuwenden“. Trotz der hier weichen Formulierung droht dem Patienten für den Fall der nicht ausreichenden Mitarbeit oder einer unzureichenden Mundhygiene – ebenfalls nach den Richtlinien – die Behandlungseinschränkung oder der Behandlungsabbruch.

Der Gutachter hat deshalb die Aufgabe, einzuschätzen, ob der Patient motiviert bzw. an einer Verbesserung seines Mundgesundheitszustands interessiert ist und eine entsprechende Compliance erwarten lässt.

Grundsätzlich ist der Gutachter gefordert, jeweils den individuellen Fall einzuschätzen. Handelt es sich bei dem Gutachtenauftrag um die Planung einer erneuten Therapie innerhalb weniger Monate nach einer bereits abgeschlossenen Behandlung, sollte die Prognose wegen des Wirtschaftlichkeitsgebotes besonders vorsichtig eingeschätzt werden. In diesen Fällen ist insbesondere die Mitwirkung des Patienten, aber auch die Wirksamkeit der geplanten Maßnahmen zu hinterfragen.

3.5 Parodontalbehandlung im Zusammenhang mit der Versorgung mit Zahnersatz

Nach Buchstabe C, Ziffer 11 der Richtlinien über die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen hat die notwendige konservierend-chirurgische und parodontale Behandlung des Restgebisses der Versorgung mit Zahnersatz voranzugehen. In der Regel ist nach den geltenden Verträgen dem Parodontalstatus ein Heil- und Kostenplan für Zahnersatz beizufügen, wenn prothetische Leistungen erforderlich werden. Nur für den Fall, dass zum Zeitpunkt der geplanten systematischen Parodontitistherapie nicht absehbar ist, ob und ggf. welche prothetische Versorgung erforderlich wird, kann der Heil- und Kostenplan entfallen. In Fällen, in denen die Parodontitistherapie im Zusammenhang mit einer Zahnersatzbehandlung geplant wird, kann die Begutachtung insgesamt durch den PAR-Gutachter erfolgen.

Wenn beide Gutachten von der Krankenkasse in Auftrag gegeben wurden, fallen zwei Gebühren an. Erteilt die Krankenkasse nur einen Auftrag zur Begutachtung des Parodontalstatus, ist wie folgt zu verfahren:

Kommt der PAR-Gutachter bei der Begutachtung einer geplanten systematischen Parodontitistherapie zu der Erkenntnis, dass auch eine gutachterliche Stellungnahme zum prothetischen Heil- und Kostenplan erforderlich ist, sollte er bei der Krankenkasse nachfragen, ob er zur prothetischen Behandlungsplanung Stellung beziehen soll.

4 Inhalt und Aufbau des Gutachtens

Ein Gutachten muss die Krankenkasse in die Lage versetzen, eine Entscheidung über die Leistungsübernahme bzw. über das weitere Vorgehen treffen zu können. Das gelingt nur, wenn das Gutachten nachvollziehbar und plausibel ist. Führt die klinische Untersuchung des Patienten eindeutig zur Bestätigung der vom Zahnarzt gestellten Diagnose, sind zudem die in den Richtlinien des G-BA genannten sonstigen Behandlungsvoraussetzungen erfüllt, und gibt es zur Behandlungsplanung keine Beanstandungen, ist die Erklärung „Gutachterlich befürwortet“ auf dem Parodontalstatus Blatt 2 in der Regel ausreichend. In Einzelfällen empfiehlt es sich, die Zustimmung zusätzlich schriftlich zu begründen.

Hält der Gutachter die vorgesehenen Behandlungsmaßnahmen für unzureichend, kann er Ergänzungen und Änderungen empfehlen, die er begründen sollte. Kann der Gutachter den Behandlungsmaßnahmen ggf. auch nach kollegialer Aussprache nicht zustimmen, so muss er die Nichtbefürwortung begründen. Die Begründung für eine Nichtbefürwortung sollte im Rahmen der Gesamtbeurteilung auf separatem Schreiben kurz und verständlich abgegeben werden, beispielsweise:

- keine ausreichende Motivation/Mundhygiene
- Gingivitis – keine Parodontitis
- nur Pseudotaschen
- keine Taschentiefen ab 3,5 mm o. Ä.
- vorhandener Zahnstein bzw. sonstige Reizfaktoren

Persönliche Bemerkungen, fachliche Ratschläge usw. sind nicht Gegenstand des Gutachtens.

Zur Sicherung der Qualität des Gutachtens sollte die schriftliche Begründung eindeutig formuliert werden. In der Regel empfiehlt sich folgende Struktur:

- (1) Briefkopf (Anschrift, Absender, Datum)
- (2) Betreff (Name und Anschrift des Patienten und des behandelnden Zahnarztes, Auftraggeber, Aktenzeichen)
- (3) Auflistung der diagnostischen Unterlagen, auf die sich das Gutachten stützt
- (4) Darstellung des Sachverhalts ohne Wertungen
 - mit Feststellung, ob eine körperliche Untersuchung stattgefunden hat
 - mit Anamnese und ggf. Untersuchungs- sowie Röntgenbefund

- (5) Gutachterliche Beurteilung
- Bezugnahme auf die vorgelegte Planung
 - Feststellung, ob
 - a) die in den Richtlinien genannten Voraussetzungen „Fehlen von Zahnstein und sonstiger Reizfaktoren“ sowie „Anleitung zur richtigen Mundhygiene“ erfüllt sind,
 - b) eine behandlungsbedürftige Parodontopathie vorliegt,
 - c) die Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Rahmen der GKV gegeben ist (inklusive Aussagen zum sinnvollen Verhältnis zur Prognose und zur erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes).
 - Ggf. Empfehlungen oder Ergänzungen der Behandlungsplanung mit Begründung
- (6) Zusammenfassendes Ergebnis der Beurteilung
- (7) Eigenhändige Unterschrift und ggf. Stempel des Gutachters

5 Gutachtergebühren

Gutachter und Obergutachter erhalten nach BMV-Z und EKVZ unterschiedlich geregelte Gebühren. Die Kosten für Erst- und Obergutachten trägt grundsätzlich die Krankenkasse. Der Zahnarzt trägt die Kosten des Obergutachtens, wenn der Obergutachter der Auffassung des Zahnarztes nicht folgt (Primärkassenregelung) bzw. sein Einspruch gegen die Stellungnahme des Gutachters erfolglos bleibt (Ersatzkassenregelung).

Gutachter können die folgenden Gebühren in Rechnung stellen. Sie errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. Centbeträge sind bei den Primärkassen auf 10 Cent aufzurunden.

Primärkassenbereich

	Bewertungszahl
a) für die Begutachtung eines Parodontalstatus	80
b) für die Begutachtung eines Nachbefundes (§ 3 Abs. 2 der Anlage 9 zum BMV-Z), soweit die Begutachtung durch denselben Gutachter, der das Erstgutachten erstellt hat, erfolgt,	20
andererseits	80
c) für die Untersuchung des Patienten zusätzlich	18
d) Für Obergutachten wird die Gebühr jeweils vom Fachberater für Parodontologie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem zuständigen Bundesverband der Krankenkassen festgesetzt.	

Ersatzkassenbereich

	Punkte
Gutachtergebühren:	
a) Gutachten zu einzelnen Behandlungspositionen	40
b) Gutachten zur gesamten Behandlungsplanung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, mit fachlicher Begründung	80
c) Obergutachten zur gesamten Behandlungsplanung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, mit fachlicher Begründung (siehe § 22 Abs. 3)	
d) für die körperliche Untersuchung des Patienten	18

Darüber hinaus gilt für beide Kassenarten:

Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 10,70 je Gutachten abgegolten.

Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. Die GOÄ-Nrn. 70 oder 75 können nicht zusätzlich berechnet werden.

Soweit neben dem Parodontalstatus auch ein Heil- und Kostenplan für Zahnersatz begutachtet wird, gilt Anlage 12 zum BMV-Z nebst Anhang bzw. § 25 EKVZ.

1.1 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V)

Auszug:

§ 12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot)

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

§ 27 SGB V (Krankenbehandlung)

(1) Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst

1. [...],
2. zahnärztliche Behandlung,
 - 2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,
3. [...]

§ 28 SGB V (Ärztliche und zahnärztliche Behandlung)

(1) [...]

(2) Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. [...]

§ 73 SGB V (Kassenärztliche Versorgung)

(1) [...]

(2) Die vertragsärztliche Versorgung umfasst die

1. [...]
2. zahnärztliche Behandlung und kieferorthopädische Behandlung nach Maßgabe des § 28 Abs. 2,
 - 2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, soweit sie § 56 Abs. 2 entspricht.
3. [...]

§ 92 SGB V (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses)

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten [...]. Er soll insbesondere Richtlinien beschließen über die

1. [...]
2. zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sowie kieferorthopädische Behandlung,
3. [...]

1.2 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinien) in der ab 18.06.2006 gültigen Fassung

Auszug:

B. V. Systematische Behandlung von Parodontopathien (PAR-Behandlung)

1. Grundlagen, Ziel der Behandlung und Indikationen

Das Parodontium umfasst Gingiva, Wurzelzement, Desmodont und Alveolarknochen. Es verankert den Zahn im Kieferknochen und bildet dadurch mit dem Zahn eine Funktionseinheit. Entzündliche Erkrankungen des Parodontiums, die mit Attachmentverlust einhergehen, werden als Parodontitiden bezeichnet. Parodontitiden sind multifaktorielle Erkrankungen. Sie werden durch parodontopathogene Mikroorganismen verursacht. Ihre Progredienz wird durch endogene und exogene Risikofaktoren beeinflusst. Das Ziel der Behandlung von Parodontitiden ist, entzündliche Erscheinungen zum Abklingen zu bringen, ein Fortschreiten der Erkrankung zu verhindern und einem weiteren Alveolarknochenverlust und damit Zahnverlust vorzubeugen.

Regelmäßige Voraussetzung für die durchzuführende Parodontitistherapie ist das Fehlen von Zahnstein und sonstiger Reizfaktoren sowie die Anleitung des Patienten zur richtigen Mundhygiene.

Bei der Parodontitistherapie ist es unverzichtbar, die Wurzeloberflächen zu reinigen und Mikroorganismen aus parodontalen Taschen zu entfernen.

Zur Reduktion exogener und endogener Risikofaktoren wird bei Patienten, bei denen die allgemeine Anamnese Hinweise auf nicht adäquat behandelte Allgemeinerkrankungen gibt, auf ärztliche Behandlung verwiesen und Rauchern geraten, den Tabakkonsum einzustellen oder ihn einzuschränken. Konservierend-chirurgische Maßnahmen sind je nach Indikation vor oder im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie durchzuführen.

Die systematische Parodontitistherapie kann umfassen:

- geschlossenes Vorgehen
- offenes Vorgehen
- Antibiotische Therapie
- Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges nach Maßgabe von Nr. 7

Eine behandlungsbedürftige Parodontopathie liegt vor, wenn ein Parodontaler Screening-Index (PSI)-Wert von Code 3 oder 4 (Anlage) erhoben wird oder wenn eine der folgenden Diagnosen gestellt wird und dabei eine Sondiertiefe von 3,5 mm und mehr vorliegt:

- Chronische Parodontitis

- Aggressive Parodontitis
- Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen
- nekrotisierende Parodontalerkrankungen
- Parodontalabszess
- Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen
- folgende entwicklungsbedingte oder erworbene Deformitäten oder Zustände:
 - Gingivale Vergrößerungen
 - Gingiva- und Weichgewebswucherungen

Nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten gehört die Behandlung der Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten angewachsenen Schleimhaut.

2. Anamnese und Diagnostik im Hinblick auf den Parodontalzustand

Grundlage für die Therapie sind die Anamnese, der klinische Befund (Parodontalstatus) und Röntgenaufnahmen. Die Krankenkasse kann vor der Kosten-Übernahmeentscheidung diese Unterlagen und den Patienten begutachten lassen. Die Anamnese umfasst:

- Allgemeine Anamnese (darunter Risikofaktoren für Parodontitis wie Diabetes mellitus, Tabakkonsum, HIV-Infektion im fortgeschrittenen Stadium, Behandlung mit immunsuppressiven Medikamenten, Osteoporose)
- Familienanamnese im Hinblick auf Parodontalerkrankungen
- Spezielle Anamnese (Schmerzen/Vorbehandlungen).

Die Dokumentation des klinischen Befunds (Parodontalstatus) umfasst:

- Taschentiefen und Blutung der Zahnfleischtaschen auf Sondieren
- parodontale Rezessionen, um einen Ausgangswert für die Beurteilung einer möglichen Progression der Parodontitis zu erheben; fakultativ und alternativ kann auch der klinische Attachmentverlust aufgezeichnet werden.
- Furkationsbefall:
 - Grad 1 = bis 3 mm in horizontaler Richtung
 - Grad 2 = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung
 - Grad 3 = durchgängig
- Zahnlockerung:
 - Grad I = gering horizontal (0,2 mm – 1 mm)
 - Grad II = moderat horizontal (mehr als 1 mm)
 - Grad III = ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und in vertikaler Richtung

Der Röntgenbefund erfordert aktuelle (in der Regel nicht älter als sechs Monate), auswertbare Röntgenaufnahmen.

Die Diagnosen sind gemäß der jeweils gültigen Klassifikation der Parodontiden der maßgeblichen parodontologischen wissenschaftlichen Fachgesellschaft anzugeben.

3. Prognose

Wesentlich für eine günstige Prognose ist die Mitwirkung des Patienten (Nr. 4).

Die Prognose ist für das gesamte Gebiss oder für einzelne Parodontien ungünstig bei weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75 % oder einem Furkationsbefall von Grad 3.

Die Prognose für die Therapie lokaler oder generalisierter Parodontopathien wird zusätzlich durch folgende Faktoren ungünstig beeinflusst:

- Vorliegen systemischer Risikofaktoren (z. B. schlecht eingestellte Diabetes, HIV im fortgeschrittenen Stadium, Therapie mit immunsuppressiven Medikamenten, Osteoporose)
- Vorliegen exogener Risikofaktoren (z. B. Nikotinkonsum, Alkoholabusus)
- unzureichende Mitwirkung des Patienten

Bei weit fortgeschrittenem Knochenabbau von über 75 % oder einem Furkationsbefall von Grad 3 ist bei gleichzeitigem Vorliegen eines Lockerungsgrades III in der Regel die Entfernung des Zahnes angezeigt.

4. Mitwirkung des Patienten

Der Zahnarzt hat den Patienten in allen Therapiephasen über die Notwendigkeit der aktiven Mitwirkung zu informieren. Die Mitwirkung besteht darin, dass sich der Patient nach seinen individuellen Möglichkeiten aktiv bemüht, exogene und endogene Risikofaktoren zu reduzieren, an den notwendigen Behandlungsterminen teilzunehmen und eventuell eingesetzte Therapiemittel indikationsgerecht anzuwenden.

Vor und während der Parodontitisbehandlung ist zu überprüfen, in welchem Umfang eine Parodontitisbehandlung nach diesen Richtlinien angezeigt ist und dem Wirtschaftlichkeitsgebot entspricht. Dies hängt besonders von der Mitarbeit des Patienten ab.

Patienten, die trotzdem nicht ausreichend mitarbeiten oder unzureichende Mundhygiene betreiben, hat der Zahnarzt erneut auf die Notwendigkeit der Mitwirkung hinzuweisen und darüber aufzuklären, dass die Behandlung eingeschränkt oder ggf. beendet werden muss.

Stellt der Zahnarzt fest, dass der Patient nicht ausreichend mitarbeitet, hat der Zahnarzt das Behandlungsziel neu zu bestimmen und ggf. die Behandlung zu beenden,

- wenn eine Verhaltensänderung des Patienten in absehbarer Zeit ausgeschlossen erscheint oder
- wenn er in einem weiteren Behandlungstermin feststellt, dass eine wesentliche Verhaltensänderung nicht erfolgt ist.

Der Zahnarzt hat hierüber die Krankenkasse zu unterrichten. Die Behandlung kann erst dann fortgeführt werden, wenn die Voraussetzungen gemäß Nr. 1 Absatz 2 vorliegen.

5. Systematische Parodontitistherapie

Die systematische Parodontitistherapie umfasst:

a) Geschlossenes Vorgehen

Bei Zahnfleischtaschen mit einer Sondiertiefe von 3,5mm und mehr, wobei alle supragingivalen und klinisch erreichbaren subgingivalen weichen und harten Beläge – Biofilm und Zahnstein – nach Möglichkeit innerhalb von 4 Wochen entfernt werden.

b) Offenes Vorgehen

Bei Sondiertiefen von mehr als 5,5mm kann das geschlossene Vorgehen vor dem offenen Vorgehen durchgeführt werden. Nach dem geschlossenen Vorgehen ist zu prüfen, ob an einzelnen Parodontien ein offenes Vorgehen zusätzlich durchzuführen ist.

In Ausnahmefällen kann das offene Vorgehen auch ohne vorheriges geschlossenes Vorgehen erfolgen.

Vor Durchführung eines offenen Vorgehens ist zu prüfen, ob die Mitwirkung des Patienten im bisherigen Verlauf der Behandlung gegeben war. Im Frontzahnbereich besteht aus ästhetischen Gründen eine strenge Indikation zum offenen Vorgehen.

Bei gingivalen Vergrößerungen und Gingiva- bzw. Weichgewebswucherungen ist zusätzlich die chirurgische Entfernung pathologisch veränderten Gewebes unter Wiederherstellung einer physiologischen Gingivamorphologie erforderlich.

6. Antibiotische Therapie

Bei besonders schweren Formen der Parodontitis, die mit einem raschen Attachmentverlust einhergehen, können systemisch wirkende Antibiotika im zeitlichen Zusammenhang mit der Parodontitistherapie verordnet werden. Dies kann in der Regel direkt nach Abschluss des supra- und subgingivalen Debridements erfolgen.

Vor der Verordnung von Antibiotika ist zu prüfen, ob die Mitwirkung des Patienten (Nr. 4) im bisherigen Verlauf der Behandlung gegeben war und sie auch weiterhin zu erwarten ist.

Eine mikrobiologische Diagnostik sowie die lokale Antibiotikatherapie sind grundsätzlich nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung.

7. Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges

Die regelmäßige Untersuchung des Patienten nach Abschluss einer systematischen Behandlung von Parodontopathien ist wegen der Gefahr einer bakteriellen Wiederbesiedlung der Taschen erforderlich.

Lokale Maßnahmen an einzelnen Parodontien sind gegebenenfalls zu wiederholen.

Die erste Untersuchung sollte bei geschlossenem Vorgehen nach 6 Monaten und nach offenem Vorgehen spätestens nach 3 Monaten erfolgen.

8. Regelungen zum Qualitätsmanagement

Die Krankenkasse kann die anhand von Anamnese, klinischer sowie radiologischer Befundung gestellte Diagnose und die daraus abgeleitete Therapieplanung begutachten lassen.

Anlage zu den Behandlungs-Richtlinien

Parodontaler Screening-Index (PSI)

Der PSI bietet einen orientierenden Überblick über das Vorliegen und/oder die Schwere einer parodontalen Erkrankung und den Behandlungsbedarf. Er ist auch geeignet, Erkrankungsrezidive aufzudecken.

Die Messung des PSI erfolgt bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr an den Parodontien der Indexzähne 11, 16, 26, 31, 36, 46 bzw. bei deren Fehlen ersatzweise an den daneben stehenden Zähnen. Bei Erwachsenen erfolgt die Messung an allen vorhandenen Zähnen mit Ausnahme der Weisheitszähne. Die Befundung wird mittels einer Mess-Sonde mit halbkugelförmiger Spitze und Markierung (schwarzes Band zwischen 3,5 und 5,5 mm) durchgeführt. Zur Erhebung ist das Gebiss in Sextanten eingeteilt.

Aufgezeichnet wird der höchste Wert pro Sextant:

- Code 0 = Entzündungsfrei, kein Zahnstein oder überstehende Füllungs- oder Kronenränder
- Code 1 = Blutung nach vorsichtigem Sondieren
- Code 2 = Blutung nach vorsichtigem Sondieren, supra- oder subgingivale Plaque und Zahnstein und/oder überstehende Füllungs- oder Kronenränder
- Code 3 = Sondiertiefe 3,5 bis 5,5 mm (schwarzes Band teilweise sichtbar)
- Code 4 = Sondiertiefe 6 mm oder mehr (schwarzes Band nicht mehr sichtbar)

Falls beim Sondieren von Taschen sich purulentes Exsudat entleert, ist dies der Blutung gleichzustellen.

Wird an einem Parodontium ein Wert von Code 4 gemessen, wird für den Sextanten die Messung beendet und für den Sextanten ein Wert von Code 4 eingetragen. Ist ein Sextant Zahnlos, wird ein x eingetragen.

Wird eine Furkationsbeteiligung festgestellt, wird der Sextant mit einem * versehen und eine Einordnung in den nächsthöheren als den per Messung festgestellten Code vorgenommen.

1.3 Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z)

1.3.1 Auszug aus BMV-Z

§ 2 BMV-Z (Umfang der vertragszahnärztlichen Versorgung)

(1) Die vertragszahnärztliche Versorgung umfasst die gemäß § 73 Abs. 2 SGB V bezeichnete zahnärztliche Behandlung. Zur vertragszahnärztlichen Versorgung gehören auch die Anordnung der Hilfeleistungen anderer Personen, die zahnärztliche Behandlung und kieferorthopädische Behandlung nach Maßgabe des § 28 Abs. 2 SGB V, die Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, soweit sie § 56 Abs. 2 SGB V entspricht, die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil-, Hilfsmitteln und Krankenhausbehandlung sowie die Ausstellung von Bescheinigungen und die Erstellung von Berichten, die die Krankenkassen und der medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben und die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen.

(2) Zur zahnärztlichen Behandlung im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung gehören

a) die ambulante zahnärztliche Behandlung einschließlich der ambulant in Krankenhäusern ausgeführten zahnärztlichen Leistungen, der von Nichtvertragszahnärzten in dringenden Fällen ambulant ausgeführten zahnärztlichen Leistungen, der zahnärztlichen Leistungen, die in poliklinischen Einrichtungen der Hochschulen nach Verträgen gem. §§ 76 Abs. 1, 115, 120 SGB V ausgeführt werden;

b) die stationäre vertragszahnärztliche Behandlung gem. § 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V.

(3) Im Falle kieferorthopädischer Maßnahmen, der Behandlung von Parodontopathien und der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen können sich die Krankenkassen eines Gutachterverfahrens bedienen, das in Vereinbarungen zwischen den Partnern dieses Vertrags geregelt wird (Anlagen 6, 9 und 12).

§ 14 BMVZ (Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, Grundsatz der Wirtschaftlichkeit)

(1) Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Richtlinien nach § 92 Abs. 1 SGB V sind zu beachten.

(2) Heilmaßnahmen, insbesondere die von den Kranken anzuwendenden Arzneien sowie Heilmittel, sind hinsichtlich ihrer Art und ihres Umfangs bei sorgfältiger Prüfung der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu verordnen.

Auszug aus Anlage 2 zum BMV-Z

5. Planung und Abrechnung von parodontologischen Leistungen (BEMA-Teil 4)

- 5.1. Vor Beginn einer systematischen Behandlung von Parodontopathien ist vom Vertragszahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Parodontalstatus (Blatt 1 – Anlage 10 a und Blatt 2 – Anlage 10 b) zu erstellen. Der Vertragszahnarzt sendet den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) der Krankenkasse zu.

Die Krankenkasse sendet den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) mit einer Kostenübernahmeerklärung an den Vertragszahnarzt zurück, wenn sie der Übernahme der Behandlungskosten zustimmt. Mit der Behandlung soll erst nach Eingang dieser Mitteilung begonnen werden; hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen.

Eine Therapieergänzung im Sinne eines zusätzlichen offenen Vorgehens (chirurgische Therapie) ist auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) zu vermerken und der Krankenkasse zu übermitteln. Soweit die Krankenkasse innerhalb von vierzehn Tagen nach Eingang des Parodontalstatus (Blatt 1) kein Gutachterverfahren einleitet, gilt die Therapieergänzung als genehmigt. Eine Therapieergänzung kann nur innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten nach Durchführung des geschlossenen Vorgehens erfolgen.

Werden im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien prothetische Maßnahmen oder Maßnahmen zur Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen erforderlich, so ist ein Heil- und Kostenplan für die prothetische Behandlung bzw. ein Behandlungsplan bei Kiefergelenkserkrankungen beizufügen.

1.3.2 Gutachtervereinbarung

Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei Behandlungen von Parodontopathien (Anlage 9 zum BMV-Z)

§ 1 Einleitung des Verfahrens

(1) Vor Beginn einer systematischen Behandlung von Parodontopathien ist vom Zahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Parodontalstatus (Blatt 1 – Anlage 10a zum BMV-Z – und Blatt 2 – Anlage 10b zum BMV-Z) zu erstellen. Der Zahnarzt sendet den Parodontalstatus der Krankenkasse zu.

(2) Eine Therapieergänzung im Sinne eines zusätzlichen offenen Vorgehens (chirurgische Therapie) ist auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) zu vermerken und der Krankenkasse zu übermitteln. Soweit die Krankenkasse innerhalb von vierzehn Tagen nach Eingang des Parodontalstatus (Blatt 1) kein Gutachterverfahren einleitet, gilt die Therapieergänzung als genehmigt. Eine Therapieergänzung kann nur innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten nach Durchführung des geschlossenen Vorgehens erfolgen.

(3) Werden im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien prothetische Maßnahmen oder Maßnahmen zur Behandlung von Kiefergelenkserkrankungen erforderlich, so ist ein Heil- und Kostenplan für die prothetische Behandlung bzw. ein Behandlungsplan bei Kiefergelenkserkrankungen beizufügen.

§ 2 Kostenregelung, Behandlungsbeginn

(1) Bei Kostenübernahme sendet die Krankenkasse den Parodontalstatus an den Zahnarzt zurück.

(2) Mit der Behandlung soll erst nach Rücksendung des Parodontalstatus an den Zahnarzt begonnen werden; hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung der Schmerzen.

(3) Die Abrechnung der parodontologischen Leistungen erfolgt nach dem Abschluss der geplanten Leistungen auf dem Vordruck „Parodontalstatus (Blatt 2)“.

§ 3 Bestimmungen für den Fall der Begutachtung

(1) Die Krankenkasse kann den bei ihr eingereichten Parodontalstatus begutachten lassen. In diesem Falle sendet sie beide Blätter des Parodontalstatus an den Zahnarzt zurück mit der Bitte, dem von ihr benannten Gutachter den Parodontalstatus zusammen mit den Befundunterlagen (Rö-Aufnahmen) zuzuleiten. Die Krankenkasse erteilt den Auftrag zur Begutachtung unter Verwendung der Anlage 13 a zum BMV-Z. Dies gilt für die Therapieergänzung gemäß § 1 Abs. 2 entsprechend.

(2) Der Gutachter kann der Krankenkasse anheimstellen, weitere Unterlagen sowie Nachbefunde zu verlangen. Die Kosten hierfür sind dem Zahnarzt unter Berücksichtigung des § 16 Abs. 1 BMV-Z nach dem Bema von der Kasse zu vergüten.

(3) Die Begutachtung einschließlich der Kostenregelung richtet sich nach den Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter (siehe Anhang).

(4) Der Gutachter nimmt zum Parodontalstatus Stellung. Befürwortet er den Parodontalstatus, so vermerkt er dies auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) und sendet Blatt 1 und 2 der Krankenkasse zu. Die übrigen Unterlagen sendet er dem Zahnarzt zurück. Befürwortet er den Parodontalstatus nicht, so sendet er Blatt 1 und 2 mit seiner schriftlichen Stellungnahme der Krankenkasse, die übrigen Unterlagen dem Zahnarzt zurück. Die Krankenkasse übersendet den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) sowie ggf. die gutachterliche Stellungnahme dem Zahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die Kosten übernimmt. Dies gilt für die Therapieergänzung gemäß § 1 Abs. 2 entsprechend.

§ 4 Obergutachten

(1) Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Parodontalstatus können Zahnarzt und Krankenkasse Einspruch zum Zwecke der Einholung eines Obergutachtens einlegen. Der Einspruch ist zu begründen und binnen zweier Monate nach dem Zugang der Stellungnahme des Gutachters schriftlich bei der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einzulegen.

(2) Im Übrigen gelten die Bestimmungen des § 3 sinngemäß.

§ 5 Bestellung der Gutachter

(1) Das Nähere über die Bestellung der Gutachter vereinbaren die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den landwirtschaftlichen Krankenkassen.

(2) Der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung bestellt im Einvernehmen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen die Obergutachter. Die Bestellung kann widerrufen werden. Die Bundesverbände der Krankenkassen können den Widerruf aus wichtigem Grund verlangen.

§ 6 Kosten der Begutachtung

Die Kosten der Begutachtung trägt grundsätzlich die Krankenkasse. Der Zahnarzt trägt die Kosten des Obergutachtens, wenn sein Einspruch gegen die Stellungnahme des Gutachters erfolglos bleibt.

Anhang zur Vereinbarung über das Gutachterverfahren bei Behandlung von Parodontopathien (Anlage 9 zum BMV-Z)

Bestimmungen für die Tätigkeit der Gutachter

1. Der behandelnde Zahnarzt, dem die Wahl der therapeutischen Mittel freisteht, hat darauf zu achten, dass der Behandlungsaufwand in einem sinnvollen Verhältnis zur Prognose und zur erreichbaren Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten steht. Hierbei hat ihn der Gutachter beratend zu unterstützen.

2. Der Gutachter nimmt zu dem Parodontalstatus nach fachlichen Gesichtspunkten und unter Berücksichtigung der Nr. 1 Stellung. Er empfiehlt Ergänzungen und Änderungen, wenn die diagnostischen Unterlagen oder die therapeutischen Vorschläge unzureichend sind. Meinungsverschiedenheiten über die Beurteilung des Behandlungsfalles sind in kollegialer Weise zu klären.

3. Der Gutachter ist verpflichtet, die eingehenden Anträge innerhalb von zwei Wochen zu bearbeiten. Röntgenaufnahmen sind dem behandelnden Zahnarzt unmittelbar zurückzusenden.

4. Die Gutachter sind verpflichtet, an den von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung einberufenen Gutachtertägungen teilzunehmen. An den Gutachtertägungen können auch Vertreter der Bundesverbände der Krankenkassen teilnehmen.

5. Die Gebühren errechnen sich durch Multiplikation der nachstehend angegebenen Bewertungszahlen mit den jeweils gültigen Punktwerten. Centbeträge sind auf 10 Cent aufzurunden.

	Bewertungszahl
a) für die Begutachtung eines Parodontalstatus	80
b) für die Begutachtung eines Nachbefundes (§ 3 Abs. 2 der Anlage 9 zum BMV-Z), soweit die Begutachtung durch denselben Gutachter, der das Erstgutachten erstellt hat, erfolgt,	20
andererseits	80
c) für die Untersuchung des Patienten zusätzlich	18
d) für Obergutachten wird die Gebühr jeweils vom Fachberater für Parodontologie der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem zuständigen Bundesverband der Krankenkassen festgesetzt.	

Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 10,70 je Gutachten abgegolten.

Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter/Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. Die GOÄ-Nr. 70 und 75 kann nicht zusätzlich berechnet werden.

1.3.3 Parodontalstatus (Anlagen 10 a und 10 b BMV-Z)

Name der Krankenkasse		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragszahnarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Zutreffendes ankreuzen bzw. eintragen

Allgemeine Vorgeschichte

Diabetes mellitus

Bluterkrankungen (z. B. Leukämie)

HIV-Infektion

Genetische Erkrankung (z. B. Down-Syndrom)

Osteoporose

Tabakkonsum

Sonstiges

Familienvorgeschichte

Eltern hatten Zahnfleischerkrankungen und ggf. dadurch Zähne verloren

Spezielle Vorgeschichte

Zahnfleischbluten

Entzündungen mit Anschwellen des Zahnfleisches

Zahnwanderungen

Zahnverlust durch Zahnlockerung

Frühere Zahnfleischbehandlung

Angabe des Jahres ca.

Befund

Marginales Parodontium

Bluten auf Sondieren generell

lokalisiert

Subgingivaler Zahnstein

Taschensekretion

Folgen von Parafunktionen

Abrasionen / Schliff-Flächen

Zahnersatz

Festsitzend Angabe des Jahres ca.

Herausnehmbar Angabe des Jahres ca.

Anschrift Krankenkasse

PARODONTALSTATUS Blatt 1

Behandlungsplan
 Therapieergänzung

Diagnose

Chronische Parodontitis

Agressive Parodontitis

Parodontitis als Manifestation von Systemerkrankungen

Nekrotisierende Parodontalerkrankung

Parodontalabszess

Parodontitis im Zusammenhang mit endodontalen Läsionen

Gingivale Vergrößerungen

Gingiva- und Weichgewebswucherung

ergänzende Angaben zur Diagnose

Therapieergänzung (ggf. eintragen):

Behandlungsplan vom

Geb.-Nr.	Anz.	Zahnangabe
P202	<input type="text"/>	<input type="text"/>
P203	<input type="text"/>	<input type="text"/>
111	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datum, Unterschrift und Stempel des **Zahnarztes**

Entscheidung der Krankenkasse

Die Kosten der vorgesehenen systematischen Par-Behandlung werden übernommen nicht übernommen.

Datum, Unterschrift und Stempel der **Krankenkasse**

MUSTER SCHÜTZDRUCK 30169 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (05 11) 32 73 44

SCHÜTZDRUCK 30169 Hannover, Marktstr. 49, Tel. (05 11) 32 73 44
Vord.-Nr. Z.6011 1.04

1.4 Ersatzkassenvertrag – Zahnärzte (EKVZ)

1.4.1 Auszug aus EKVZ

§ 14 (Krankenversichertenkarte, Behandlungsausweise, Behandlungsplanung und Abrechnungsvordrucke)

(4) BEMA-Teil 4

1. Vor Beginn einer systematischen Behandlung von Parodontopathien ist vom Vertragszahnarzt anhand der erforderlichen diagnostischen Unterlagen ein Parodontalstatus (Blatt 1 – Anlage 10 a und Blatt 2 – Anlage 10 b) zu erstellen. Der Vertragszahnarzt sendet den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) der Ersatzkasse zu.

Die Ersatzkasse sendet den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) mit einer Kostenübernahmeerklärung an den Vertragszahnarzt zurück, wenn sie der Übernahme der Behandlungskosten zustimmt. Mit der Behandlung soll erst nach Eingang dieser Mitteilung begonnen werden; hiervon ausgenommen sind Maßnahmen zur Beseitigung von Schmerzen.

Eine Therapieergänzung im Sinne eines zusätzlichen offenen Vorgehens (chirurgische Therapie) ist auf dem Parodontalstatus (Blatt 1) zu vermerken und der Ersatzkasse zu übermitteln. Soweit die Ersatzkasse innerhalb von vierzehn Tagen nach Eingang des Parodontalstatus (Blatt 1) kein Gutachterverfahren einleitet, gilt die Therapieergänzung als genehmigt. Eine Therapieergänzung kann nur innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten nach Durchführung des geschlossenen Vorgehens erfolgen.

Werden im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien prothetische Maßnahmen oder Maßnahmen zur Behandlung von Kiefergelenkerkrankungen erforderlich, so ist ein Heil- und Kostenplan für die prothetische Behandlung bzw. ein Behandlungsplan bei Kiefergelenkerkrankungen beizufügen.

2. Die Abrechnung der parodontologischen Leistungen erfolgt nach dem Abschluss der geplanten Behandlung auf dem Parodontalstatus (Blatt 2).

Wenn sich im Laufe der Durchführung einer systematischen PAR-Behandlung der Punktwert ändert, dann ist bei der Abrechnung des Behandlungsfalles durch den Vertragszahnarzt dem bisherigen Punktwert die Hälfte der Differenz zwischen diesem und dem neuen Punktwert hinzuzurechnen.

PAR-Fälle, für die die Ersatzkassen die Kostenübernahmeerklärung vor dem Wechsel des Punktwertes abgegeben hat und mit deren Behandlung erst nach In-Kraft-Treten des neuen Punktwertes begonnen worden ist, werden in vollem Umfang nach dem neuen Punktwert abgerechnet; bei der Abrechnung gibt der Vertragszahnarzt das Datum des Behandlungsbeginns an.

§ 22 Gutachter und Obergutachter

(1) Im Einvernehmen mit dem VdAK/AEV bestellt jede KZV Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter in der erforderlichen Anzahl. Die Obergutachter für kieferorthopädische und parodontologische Behandlungsfälle bestellt die KZBV im Einvernehmen mit dem VdAK/AEV. Entsprechendes gilt für den Widerruf. Das Einvernehmen kann aus wichtigem Grund versagt werden.

Die Bestellung der Gutachter und Obergutachter erfolgt jeweils für die Dauer der Amtsperiode der Organe der KZV bzw. der KZBV.

Für Implantologie-Gutachter und -Obergutachter gilt die Vereinbarung über das Gutachterverfahren für implantologische Leistungen (Anlage 5).

Die Kieferorthopädie-Gutachter und -Obergutachter sollen die Anerkennung als Fachzahnärzte für Kieferorthopädie besitzen.

(2) Die Gebühren für die Begutachtung von Zahnersatz, kieferorthopädischer Behandlung und Parodontalbehandlung sowie die Oberbegutachtung bei Zahnersatz trägt die Ersatzkasse. Dem Vertragszahnarzt können die Kosten des Zahnersatz-Obergutachtens von der KZV auferlegt werden, wenn es nach den Umständen gerechtfertigt erscheint.

Die Punktwerte für Gutachten und Zahnersatz-Obergutachten werden gemäß den §§ 23, 24 und 25 dieses Vertrages in den Gesamtverträgen vereinbart.

(3) Die Gebühren für KFO- und PAR-Obergutachten trägt grundsätzlich die Krankenkasse. Der Zahnarzt trägt die Kosten des Obergutachtens, wenn sein Einspruch gegen die Stellungnahme des Gutachters erfolglos bleibt. Die Höhe der Gebühr legt die KZBV im Einvernehmen mit dem VdAK/AEV fest.

(4) Die Tätigkeit der Gutachter und Zahnersatz-Obergutachter soll in der Regel auf den jeweiligen KZV-Bereich beschränkt sein. In Ausnahmefällen, z. B. Wohnortwechsel des Versicherten, kann hiervon abgewichen werden.

(5) Der Vertragszahnarzt ist verpflichtet, dem Gutachter bzw. Obergutachter die erforderlichen Behandlungs- und Befundunterlagen (z. B. Modelle, Röntgenaufnahmen) zur Verfügung zu stellen. Der Gutachter bzw. Obergutachter kann vom Vertragszahnarzt weitere Unterlagen anfordern. Die Ersatzkasse wird hiervon in Kenntnis gesetzt. Die Kosten hierfür sind dem Vertragszahnarzt unter Berücksichtigung von § 7 Absatz 4 dieses Vertrages nach dem Bema von der Ersatzkasse zu vergüten.

(6) Der Gutachter bzw. Obergutachter kann eine Untersuchung des Versicherten veranlassen. Die Ersatzkasse ist hiervon zu unterrichten. Der Untersuchungstermin wird vom Gutachter im Benehmen mit dem Versicherten und dem Vertragszahnarzt festgelegt. Der Vertragszahnarzt kann an der Untersuchung teilnehmen.

(7) Wenn und solange die in den §§ 22 bis 26 dieses Vertrages beschriebenen Gutachterverfahren in einem bestimmten Teil des Geltungsbereiches dieses Vertrages nach übereinstimmender Bewertung der Partner dieses Vertrages aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht praktiziert werden, sind die Ersatzkassen berechtigt, andere sachverständige Zahnärzte mit der Erstellung entsprechender Gutachten zu beauftragen. Die Bestimmungen der §§ 275, 276 SGB V und § 100 SGB X bleiben durch das vertraglich geregelte Gutachterverfahren unberührt.

§ 24 Gutachterverfahren für Bema-Teil 4

(1) Die Ersatzkasse kann den bei ihr eingereichten Parodontalstatus begutachten lassen. In diesem Falle sendet sie den Parodontalstatus (Blatt 1 und 2) an den Vertragszahnarzt zurück mit der Bitte, dem von ihr benannten Gutachter beide Blätter des Parodontalstatus zusammen mit den Befundunterlagen (Röntgenaufnahmen) zuzuleiten. Dies gilt für die Therapieergänzung gemäß § 14 Absatz 4 Sätze 5 bis 7 dieses Vertrages entsprechend.

(2) Der Gutachter kann vom Vertragszahnarzt die Vorbehandlungszeit, ggf. die Gebühren-Positionen erfragen.

(3) Der Gutachter nimmt zum Parodontalstatus Stellung. Befürwortet er den Parodontalstatus, so vermerkt er dies auf dem Parodontalstatus (Blatt 2) und sendet Blatt 1 und 2 der Ersatzkasse zu. Die übrigen Unterlagen sendet er dem Vertragszahnarzt zurück. Befürwortet er den Parodontalstatus nicht, so sendet er Blatt 1 und 2 mit seiner schriftlichen Stellungnahme der Ersatzkasse, die übrigen Unterlagen dem Vertragszahnarzt zurück. Die Ersatzkasse übersendet beide Blätter des Parodontalstatus sowie ggf. die gutachterliche Stellungnahme dem Vertragszahnarzt mit dem Vermerk, ob sie die Kosten übernimmt. Dies gilt für die Therapieergänzung gemäß § 14 Absatz 4 Sätze 5 bis 7 dieses Vertrages entsprechend.

(4) Gegen die Stellungnahme des Gutachters zum Parodontalstatus können Vertragszahnarzt und Ersatzkasse innerhalb von einem Monat nach Zugang der Stellungnahme des Gutachters ein Obergutachten bei der KZBV beantragen. Der Vertragszahnarzt übersendet in diesem Fall der KZBV beide Blätter des Parodontalstatus und das Gutachten. Soweit er Einspruch eingelegt hat, fügt er seine fachliche Begründung bei. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 3 entsprechend.

(5) Gutachtergebühren:

	Punkte
a) Gutachten zu einzelnen Behandlungspositionen	40
b) Gutachten zur gesamten Behandlungsplanung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, mit fachlicher Begründung	80
c) Obergutachten zur gesamten Behandlungsplanung nach Auswertung von Röntgenaufnahmen und ggf. Modellen, mit fachlicher Begründung (siehe § 22 Abs.3)	
d) für die körperliche Untersuchung des Patienten	18

Die baren Auslagen werden durch eine Kostenpauschale von EUR 10,70 je Gutachten abgegolten.

Daneben können die für die Begutachtung ggf. erforderlichen, durch den Gutachter oder Obergutachter erbrachten zahnärztlichen Leistungen zusätzlich abgerechnet werden. Die GOÄ-Nrn. 70 oder 75 können nicht zusätzlich berechnet werden.

1.4.2 Parodontalstatus (Anlagen 10 a und 10 b EKVZ)

Die Formularblätter sind identisch mit denen des BMV-Z. Siehe dazu Anhang 1 Nr. 1.3.3.

1.5 Bema-Teil 4: Systematische Behandlung von Parodontopathien

Die Leistungen aus Bema-Teil 4 sind nur abrechnungsfähig, wenn ein PSI-Code von 3 oder 4 oder eine Sondiertiefe von 3,5 mm und mehr festgestellt worden ist. In diesem Teil nicht aufgeführte Leistungen können nach den anderen Teilen abgerechnet werden.

	Bewertungszahl
4 Befundaufnahme und Erstellen eines Heil- und Kostenplanes bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums	39
P200 Systematische Behandlung von Parodontopathien (Supra- und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen je behandelten einwurzeligen Zahn	14
P201 Systematische Behandlung von Parodontopathien (Supra- und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen je behandelten mehrwurzeligen Zahn	26

Die Leistungen nach den Nrn. P200 und P201 umfassen Maßnahmen der systematischen Behandlung der Parodontopathien. Mit Leistungen nach den Nrn. P200 und P201 sind während und unmittelbar nach der systematischen Behandlung erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105 und 107 abgegolten.

Die Gingivektomie oder Gingivoplastik ist nach Nr. P200 oder P201 abrechnungsfähig.

Mit der Bewertungszahl sind alle Sitzungen abgegolten. Die Anästhesie ist zusätzlich abrechnungsfähig.

P202 Systematische Behandlung von Parodontopathien (Chirurgische Therapie), offenes Vorgehen je behandelten einwurzeligen Zahn	22
P203 Systematische Behandlung von Parodontopathien (Chirurgische Therapie), offenes Vorgehen je behandelten mehrwurzeligen Zahn	34

Die Leistungen nach den Nrn. P202 und P203 setzen chirurgische Maßnahmen der systematischen Behandlung der Parodontopathien voraus. Diese umfassen die Lappenoperation (einschließlich Naht und/oder Schleimhautverbände) sowie das supra- und subgingivale Debridement. Mit Leistungen nach den Nrn. P202 oder P203 sind während und unmittelbar nach der systematischen Behandlung erbrachte Leistungen nach den Nrn. 105 und 107 abgegolten.

Mit der Bewertungszahl sind alle Sitzungen abgegolten.
Die Anästhesie ist zusätzlich abrechnungsfähig.

- 108 Einschleifen des natürlichen Gebisses zum Kauebenenausgleich
und zur Entlastung, je Sitzung 6

Eine Leistung nach Nr. 108 kann nicht im Zusammenhang mit
konservierenden, prothetischen und chirurgischen Leistungen
abgerechnet werden.

- 111 Nachbehandlung im Rahmen der systematischen Behandlung
von Parodontopathien, je Sitzung 10

Für diese Leistung kann die Nr. 38 daneben nicht abgerechnet
werden.

Anhang 2: Stellungnahmen der Fachgesellschaften

Gemeinsame Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGP)

Parodontale Erkrankungen während der Schwangerschaft:

Besteht Behandlungsbedarf?

Autoren: D. Deimling, M. Kunze, P. Ratka-Krüger

Datum: Version 4.0 vom 15.03.2007

Quelle: <http://www.dgzmk.de/zahnaerzte/wissenschaft-forschung/stellungnahmen.html>

Laser in der Parodontologie

Autoren: M. Frentzen, A. Sculean, H. Visser

Datum: Version 01.07.2005/2 Quelle: 60 (6) 2005

Quelle: <http://www.dgzmk.de/zahnaerzte/wissenschaft-forschung/stellungnahmen.html>

Mikrobiologische Diagnostik in der Parodontitistherapie

Autoren: T. Beikler, T. F. Flemmig, H. Karch

Datum: Version 01.10.2005/1 Quelle: DZZ 60 (2005) 12 (S. 660-662)

Quelle: <http://www.dgzmk.de/zahnaerzte/wissenschaft-forschung/stellungnahmen.html>

Schall- und Ultraschallscaler in der Parodontitistherapie

Autoren: T. F. Flemmig, G. Petersilka

Datum: Version 1/2005 Quelle: 60 (6) 2005

Quelle: http://www.dgparo.de/PDF/PDF_Wissen/Schall-und-Ultraschallscaler-in-der-Parodontitistherapie-2003-01-31.pdf

Impressum

Herausgeber Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
Universitätsstraße 73 · 50931 Köln · www.kzbv.de

Gestaltung atelier wieneritsch

Titelfoto © erikdegraaf / www.fotosearch.de

Köln, Januar 2013