Die TOP 10 der BDIZ EDI-Hotline

Brennpunkt Parodontologie

Zum Thema PAR-Abrechnung glüht die Abrechnungshotline des BDIZ EDI unvermindert. Die Top 10 Fragen hat Kerstin Salhoff in diesem Praxistipp zusammengefasst und beantwortet sie gleichzeitig.

1. Müssen bei PKV-Patienten auch Abstände, z. B. bis zur BEV oder bei der UPT, eingehalten werden?

Nein, bei der Behandlung nach GOZ existieren keine vorgegebenen Fristen bzw. Behandlungszeiträume wie im BEMA.

2. Muss ich die Analogleistungen aus den Beschlüssen des Beratungsforums verwenden?

Nicht, wenn die erbrachte Leistung von der Leistungsbeschreibung abweicht. Weicht der Leistungsinhalt der erbrachten Leistung so stark von der in der GOZ beschriebenen Leistung ab, dass er von der Leistungsbeschreibung nicht mehr erfasst ist, steht auch für diese Leistungen die analoge Berechnung nach § 6 Abs. 1 GOZ offen.

Wenn Sie die konsultierten Beschlüsse* umsetzen, also die empfohlenen Analogleistungen verwenden, erfolgt die Erstattung der PKV oft unproblematisch.

* Beschlüsse des Beratungsforums vom 19.12.2022

Nr. 54, PSI im Rahmen der UPT: Wird dieser mehr als zweimal pro Jahr erbracht, GOZ 4005 zusätzlich zweimal analog.

Nr. 55, AIT in der 2. Therapiestufe: „Subgingivale Instrumentierung – PAR (AIT)" bei einwurzeligen Zähnen GOZ 3010a und bei mehrwurzeligen Zähnen GOZ 4138a + 1040 GOZ.

Nr. 56, UPT: Lokalisierte subgingivale Instrumentierung bei Resttaschen in der Unterstützenden Parodontitistherapie GOZ 0090a für den einwurzeligen Zahn und GOZ 2197a für den mehrwurzeligen Zahn. Nicht neben GOZ 4070/4075 + GOZ 1040.

Nr. 57, PAR-Status: GOZ 8000a mit dem Rechnungstext „PAR-Diagnostik, Staging/Grading, Dokumentation".

Die Ausfertigung des Formblatts für den Zahlungspflichtigen kann zusätzlich berechnet werden = GOZ 4030a und dem Rechnungstext „Ausfertigung PAR-Formblatt".

Nr. 58, ATG: Zweimal je Parodontitis-Behandlungsstrecke ist die GOZ 2110a „Parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch" für die Aufklärung berechnungsfähig über die Diagnose, Gründe der Erkrankung, Risikofaktoren, Therapiealternativen, zu erwartende Vor- und Nachteile der Behandlung, Option, die Behandlung nicht durchzuführen und Erläuterung des personalisierten Therapieplanes.

Nr. 59, BEV: Je nach Schweregrad ist die parodontologische Reevaluation bis zu dreimal innerhalb eines Jahres nach GOZ 5070a mit dem Rechnungstext „Befundevaluation – PAR" berechnungsfähig. Die GOZ 4000 und die GOZ 4005 inkl. GOZ 4005a sowie weitere Beratungsleistungen sind daneben nicht berechnungsfähig.

- Ein Ausgleich des Honorarunterschieds zwischen BEMA- und GOZ-Vergütung kann über eine Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 GOZ erfolgen.
- Andernfalls können Besonderheiten ggf. über § 5 GOZ bei der Faktorbemessung Berücksichtigung finden.

Achten Sie darauf, die in Anführungszeichen gesetzten Texte als Leistungsbeschreibung zwingend auf der Rechnung anzugeben, um Erstattungsprobleme im Vorfeld zu vermeiden.

3. Kann ich weiterhin alle Analogleistungen der PAR-Strecke ansetzen?

Wenn Ihre Leistungsbeschreibung vom Beschlusstext abweicht, sind Sie berechtigt, die Leistung analog nach § 6 Abs. 1 GOZ zu berechnen. Allerdings wandeln die Kostenerstatter Ihre Analogleistung und erstatten dem Patienten nur die analogen Leistungen aus dem Beschluss vom 19.12.22. Dies bedeutet eine Kürzung des Leistungsanspruches für den Patienten.

4. Muss für die PAR-Behandlung beim Privatpatienten ein genehmigter PAR-Status bzw. PAR-Kostenvoranschlag von der Krankenversicherung oder Beihilfestelle vorliegen?

Eine PAR-Behandlung seitens der privaten Krankenversicherung bzw. Beihilfestelle muss nicht genehmigt werden.

Im Patientenrechtegesetz ist die „wirtschaftliche Aufklärungspflicht" geregelt. Wenn es unklar ist, ob die Kosten von Dritten (PKV oder Beihilfestelle) übernommen werden, empfehle ich immer einen Therapieplan (in Textform) zu erstellen und über die Kosten aufzuklären. Meist liegt im Vorfeld keine gesicherte Kostenzusage der PKV oder Beihilfestelle vor.

Aktuell ist den Schreiben der Beihilfestellen zu entnehmen, dass sie erst bei Einreichen der Rechnung beurteilen und entscheiden können, ob die gewählte Analogleistung medizinisch notwendig ist und erstattet werden kann.

Tipp:
„Dieser Therapieplan enthält auch fakultative Leistungen, ggf. auch Analogleistungen gemäß § 6 Abs. 1 GOZ, die dann mit dem Buchstaben a nach der Leistungsziffer gekennzeichnet sind.

Durch unvorhersehbare Befunde und Umstände, die sich während der Behandlung ergeben, kann es zu einer Änderung der Kosten kommen. Möglicherweise ist eine völlige Erstattung durch Ihre Krankenkasse bzw. Beihilfestelle nicht gewährleistet.

Ich habe den Therapieplan und die Kosten zur Kenntnis genommen und willige hiermit in die Behandlung ein. Ich habe nach erfolgter Information und Aufklärung, auch über alternative Therapiemöglichkeiten, keine weiteren Fragen und bin mit der Durchführung der geplanten Behandlungsmaßnahmen einverstanden.

Ich verpflichte mich, die entstehenden Kosten, unabhängig von einer reduzierten Erstattung durch die Versicherung oder Beihilfestelle, in voller Höhe zu übernehmen".

Immer öfter enthalten die Versicherungsverträge Klauseln und Einschränkungen.

Vorsicht bei Patienten, die im Basistarif versichert sind. Diese Patienten sind verpflichtet, auch für die PAR-Behandlung vor Durchführung der Therapie einen privaten Therapieplan einzureichen.

5. Welchen Steigerungsfaktor kann ich bei Analogleistungen ansetzen?

Auch bei Analogleistungen findet der § 5 Abs. 2 GOZ Anwendung. Der Faktor wird je nach Schwierigkeit, Zeitaufwand und Umständen bei der Behandlung vom Behandler festgelegt. Werden Faktoren oberhalb des 2,3-fachen Steigerungsfaktors berechnet, geben Sie bitte eine individuelle, patientenbezogene Begründung in der Rechnung an, niemals jedoch im Therapieplan (auch Kostenvoranschlag genannt). Eine noch nicht erbrachte Leistung kann nicht begründet werden. Dennoch sollten Sie die gewünschten Faktoren im Therapieplan berücksichtigen:

Textbaustein:
Der jeweilige Steigerungssatz einzelner Leistungen kann erst nach deren Erbringung festgesetzt werden (Schwierigkeit, Zeitaufwand usw.). Insofern ist auch die Angabe des Honorars nur ein Schätzwert. Die Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes ist geschätzt. Bei Überschreitung des Schwellenwertes erfolgt bei Rechnungslegung eine Begründung gemäß § 5 der GOZ. Wir haben die Kostenvorausberechnung nach bestem Wissen und Gewissen erstellt, um unserer wirtschaftlichen Aufklärungspflicht nachzukommen.

6. Darf ich auch eine PAR-Analogleistung über den 3,5-fachen Satz hinausgehend vereinbaren?

Die nun vom Beratungsforum empfohlenen PAR-Analogleistungen erfordern in einigen Praxen zwingend eine Honorarvereinbarung, abhängig von der Zahnarzt-Betriebskostenstunde. Auch bei den originär nach GOZ zu berechnenden PAR-Leistungen und allen anderen analog zu berechnenden Leistungen – immer dann, wenn die Leistungsbeschreibung der jeweiligen GOZ-Ziffer unzutreffend ist –, ist vor Behandlungsbeginn eine Honorarvereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ mit dem Patienten nach persönlicher Absprache zu treffen.

Die BDIZ EDI-Tabelle 2023 bietet Ihnen Hilfestellung zur Auswahl Ihrer persönlichen Analogleistung.

Wählen Sie die Leistung so, dass Sie schon im niedrigen Steigerungsfaktor kostendeckend behandeln können. So können Sie ohne Begründung bis zum 2,3-fachen Steigerungssatz steigern und in der Regel auf eine Honorarvereinbarung verzichten. Vergessen Sie nicht, Materialkosten extra zu berechnen oder die Kosten in der Analogleistung zu berücksichtigen.

7. Muss bei einer Honorarvereinbarung der vereinbarte Faktor in der Rechnung begründet werden?

Nein! In der Rechnung reicht ein Hinweis auf die Honorarvereinbarung, denn Honorarvereinbarungen werden von der Begründungspflicht nicht erfasst. Dies bestätigt das OLG Köln mit seinem Urteil vom 14.01.2020, Az. 9 U 39/19, § 10 und stellt fest: „Hat ein Zahnarzt mit einem Privatpatienten eine Honorarvereinbarung zur abweichenden Höhe der Steigerungsfaktoren im Sinne des § 2 GOZ abgeschlossen, muss er das Überschreiten des Regel- oder Höchstsatzes in der Abrechnung nicht gesondert begründen. Die berechneten Gebühren ergeben sich gerade nicht aus § 5 Abs. 2 GOZ, sondern beruhen auf einer zwischen dem Zahnarzt und dem Patienten getroffenen Vereinbarung."

Nach § 10 Abs. 3 Satz 3 GOZ sind jedoch Faktorerhöhungen oberhalb des 2,3-fachen Satzes auf Verlangen gegenüber dem Patienten schriftlich zu begründen und ggf. näher zu erläutern. Diese Begründungs- und Erläuterungspflicht zu jeder einzelnen Leistung erwächst als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag. Das kommt regelmäßig dann zum Tragen, wenn Kostenträger Nachfragen haben.

8. Wie hat sich das Erstattungsverhalten der PKV durch die Beschlüsse geändert?

Leider sind derzeit die Reaktionen sehr unterschiedlich und vom Kostenträger abhängig. Die Bandbreite ist groß und lässt sich derzeit wie folgt beurteilen:

- Vollständige Erstattung, auch mit selbst gewählten Analogleistungen;
- Wandlung in die vom Beratungsforum empfohlenen Analogleistungen;
- nicht erstattungsfähig, obwohl die empfohlenen Leistungen berechnet wurden;
- Analogleistungen stehen nicht unter Versicherungsschutz.
- Unserer Auffassung nach sind die Voraussetzungen für die Wahl der Analogleistungen nicht erfüllt, bzw. schließen sich mit anderen Leistungen aus.
- Nach der GOZ dürfen Leistungen nicht mit anderen Leistungen kombiniert werden.
- Den voraussichtlichen Erstattungsbetrag können wir erst anhand der Originalrechnung errechnen.

9. Kann man auch bei gesetzlich versicherten Patienten eine Honorarvereinbarung abschließen?

Alle Leistungen, die nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V entsprechen, nicht den Richtlinien entsprechen oder nicht Bestandteil des BEMA sind, werden nach den Bestimmungen der GOZ vereinbart.

Die Vereinbarung nach § 8 Abs. 7 BMV-Z muss zwingend durch die Honorarvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 ergänzt werden!

10. Die neue PAR-Leitlinie hat bereits 2021 für deutlich mehr PAR-Fälle in der Praxis gesorgt. Kann ich beim gesetzlich versicherten Patienten über die Kostenerstattung mein PAR-Budget schonen?

Behandlungen sind weiterhin im BEMA über die GKV abzurechnen. Dieser hat einen Anspruch auf die PAR-Therapie, jedoch nur, wenn diese nach den Richtlinien angezeigt ist!

Vertragszahnärzte haben, rechtlich gesehen, keinen Anspruch auf eine bestimmte Vergütung, nur einen Anspruch auf Teilhabe an der Verteilung der Vergütung. Eine Verweigerung der Behandlung aufgrund von vermeintlich zu geringem Honorar wurde durch das BSG (B 6 KA 36/00R vom 14.03.2001) als nicht rechtens eingestuft.

Eine Behandlungsverweigerung oder Terminverschiebung ins nächste Quartal ist übrigens rechtswidrig.

Zur Vermeidung von Honorarkürzungen ist die BEMA-Behandlung nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot klar abzugrenzen.

Eine private Vereinbarung nach § 8 Abs. 7 BMV-Z der PAR-Behandlung ist nur dann zulässig, wenn die Leistungen nicht den Richtlinien entsprechen oder nicht Bestandteil des BEMA sind.

Im § 85 SGB V ist die Gesamtvergütung nach Maßgabe des Gesamtvertrages an die jeweilige KZV mit befreiender Wirkung geregelt. „Ist der Topf leer, wird auch nicht erstattet." In § 85 SBG V Abs. 2 ist geregelt, dass auch Ausgaben der Krankenkassen für Kostenerstattungsleistungen der Gesamtvergütung zugerechnet werden.

An dieser Stelle gilt mein Dank den BDIZ EDI-Mitgliedern für die zur Verfügung gestellten Schreiben der Kostenerstatter.

KSA

Abrechnungshotline des BDIZ EDI

Fragen rund um die Kostenerstattung beantwortet Kerstin Salhoff in der Abrechnungshotline des BDIZ EDI immer dienstags von 8 bis 12 Uhr unter Tel.: 089 72069883. Noch schneller geht es via Mail an goz@bdizedi.org

Mitglieder haben die Möglichkeit, die Abrechnungshotline 15 Minuten pro Monat kostenfrei in Anspruch zu nehmen. Darüber hinaus berät Kerstin Salhoff auch gerne gegen Gebühr.