

Auslegungsfragen der GOZ 2012



In dieser Ausgabe widmet sich der Verband dem Thema **„Gebührenrechtliche Bewertung der Endodontie-Leistungen am Beispiel der Urteile des AG Ludwigsburg (Az.: 8 C 1040/16) und LG Hamburg (Az.: 323 O 16/15)“**

Einleitung

So wie in vielen anderen Bereichen der Zahnmedizin gibt es auch bei der endodontologischen Behandlung neue Behandlungsmethoden, die sich in der Zahnarztpraxis etabliert haben und im Zuge der Novellierung der GOZ 2012 neu beschrieben und aufgenommen wurden. Das gilt insbesondere für die beiden GOZ-Zuschlagsleistungen 0110 und 0120. Die Zuschläge sind nur mit einer Hauptleistung berechnungsfähig, die im Leistungstext der jeweiligen Zuschlagsnummer aufgezählt sind. Bei anderen Gebühren sind Klarstellungen durch Ergänzungen des Leistungstextes und der Abrechnungsbestimmungen erfolgt, wie z. B. bei der GOZ-Nr. 2390, deren Leistungstext um den Zusatz „als selbstständige Leistung“ ergänzt wurde.

Sowohl die GOZ-Nr. 0110 für die Anwendung des Operationsmikroskops als auch die GOZ-Nr. 0120 für die Anwendung eines Lasers sind im Rahmen einer Wurzelkanalaufbereitung (GOZ-Nr. 2410) berechnungsfähig. Die GOZ-Nr. 0110 ist darüber hinaus auch mit der GOZ-Nr. 2360 für die Vitalextraktion (Entfernung des Pulpagewebes) und mit der GOZ-Nr. 2440 für die Wurzelfüllung berechnungsfähig. Damit ist die Anwendung dieser Geräte im Rahmen einer Wurzelkanalbehandlung durch die GOZ ausreichend abgedeckt. Allerdings ist durch den Wegfall der Stichtagsregelung in § 6 Absatz 1 GOZ die Berechnung von selbstständigen Leistungen möglich geworden, die auch schon vor der GOZ-Novelle entwickelt worden sind. Das hat seit der GOZ-Novelle dazu geführt, dass einige Zahnärzte nun Analogabrechnungen vornehmen, obwohl die Voraussetzungen für die analoge Berechnungsfähigkeit nicht erfüllt sind.

Voraussetzung für eine Analogberechnung ist zunächst, dass die Leistung keine Aufnahme in das Gebührenverzeichnis gefunden hat, zudem muss die Regelungslücke planwidrig sein. Aufgrund des Wegfalles der Stichtagsregelung gilt dies auch für Leistungen, die schon vor dem Zeitpunkt des Erlasses der Gebührenordnung bekannt waren. Sollte eine Leistung nicht in der GOZ zu finden sein, bedeutet das nicht zwangsläufig, dass die Leistung analog berechnet werden kann, es muss vielmehr besonders sorgfältig geprüft werden, ob die Leistung nicht bereits durch eine andere Leistung in der GOZ abgebildet ist, einen Teilschritt einer anderen Leistung (Zielleistungsprinzip) oder eine abweichende Modalität bzw. besondere Ausführung darstellt. Eine Analogie gemäß § 6 Abs. 1 GOZ setzt nämlich voraus, dass es sich um eine selbstständige zahnärztliche Leistung handelt. Diese liegt nach § 4 Abs. 1 Satz 2 GOZ insbesondere nicht vor, wenn sie Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung ist (siehe § 4 Abs. 3 GOZ). Eine Analogberechnung für Leistungen, die sich lediglich durch einen besonderen Zeitaufwand, einen besonderen Schwierigkeitsgrad oder besondere Umstände bei der Leistungsausführung von den bestehenden GOZ-Leistungen unterscheiden, kommt nicht in Betracht. Diesen Umständen ist vielmehr durch entsprechende Anpassung des Steigerungsfaktors nach § 5 Abs. 2 GOZ Rechnung zu tragen. Bei wissenschaftlich nicht anerkannten Leistungen ist insbesondere die zahnmedizinische Notwendigkeit nach § 1 Abs. 2 GOZ zu beachten. Nur für tatsächlich medizinisch notwendige Maßnahmen darf der Arzt grundsätzlich eine Vergütung und der Privatversicherte Ersatz der Aufwendungen von seinem Versicherer verlangen.

Das Problem

Im konkreten Fall der oben vorgestellten Zuschlagsleistungen bedeutet das, dass die Anwendung des Operationsmikroskops und des Lasers in der GOZ abschließend beschrieben ist und daher die Voraussetzungen für eine Analogberechnung nicht gegeben sind. Sofern Zahnärzte trotzdem die Anwendung beider Geräte über diese abschließend definierten Regelungen hinaus analog berechnen, meist mit der Begründung, dass es sich um eine selbstständige Leistung handle, die unabhängig von den jeweils aufgezählten Bezugsleistungen im Leistungstext der Zuschläge erbracht werden, ist dies gebührenrechtlich unzulässig. Die jüngst ergangenen Urteile des Amtsgerichts Ludwigsburg und des Landgerichts Hamburg sind Beispiele für die Fehleinschätzung der Gerichte in Bezug auf die Voraussetzungen für eine analoge Berechnungsfähigkeit und der Selbstständigkeit der hier in Rede stehenden Maßnahmen.

Urteil des AG Ludwigsburg vom 28. März 2017 (Az.: 8 C 1040/16)

Ein MKG-Chirurg verklagte seinen Patienten auf Begleichung einer Honorarforderung. Das Gericht gab dem Arzt nach Einholung eines Sachverständigen überwiegend recht. Im Einzelnen war es u. a. der Ansicht, dass die Analogberechnungen GOZ-Nr. 2440a für die „intra- und intrakanaläre Diagnostik“ (IKD) und die GOZ-Nr. 4090a für die „Dekontamination der Wurzelkanalinnenwand mittels Laser“ zu Recht berechnet wurden.

Begründet wurde diese Entscheidung mit der Einschätzung des Sachverständigen, dass es sich bei der IKD um eine eigenständige Diagnostik und somit um eine selbstständige zahnärztliche Leistung handelt, die in der GOZ nicht aufgeführt und die gemäß § 6 Abs. 1 GOZ mit einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung analog berechnet werden kann. Dies sei abzugrenzen davon, dass das Mikroskop nur unterstützend bei der OP eingesetzt wird, was durch den Ansatz der GOZ-Zuschlagsnummer 0110 abzurechnen wäre. Die Selbstständigkeit der Leistung wurde weiter damit begründet, dass durch die mikroskopische Darstellung der Gestalt, Lage und „Geometrie“ der bereits bekannten Wurzelkanäle ein bisher nicht diagnostizierter akzessorischer Kanal gefunden und verfüllt werden konnte.

Die Analogberechnung der GOZ-Nr. 4090a für die Laseranwendung war aus Sicht des Gerichts gerechtfertigt, weil durch die Laserbehandlung mit erheblichem Aufwand im Sinne einer selbstständigen Leistung die Oberflächenmorphologie der Kanalinnenwand bearbeitet (verglast) und

dadurch dekontaminiert wurde. Der Laserzuschlag hingegen sei nur für eine adjuvante Laserdekontamination berechnungsfähig.

Bewertung der PKV:

Beide Schlussfolgerungen des Gerichts sind nicht vertretbar und stehen in Widerspruch zum zahnärztlichen Gebührenrecht. Die Tatsache, dass ein akzessorischer (zusätzlicher) Kanal durch den Einsatz des Mikroskops gefunden wurde, bedingt nicht die Selbstständigkeit der Leistung. Selbstverständlich ist der Einsatz des Mikroskops in diesem Falle eine unterstützende Maßnahme bei der Wurzelkanalaufbereitung. Auch wenn die IKD eine diagnostische Leistung ist, steht sie immer im Zusammenhang mit einer Wurzelkanalbehandlung, d. h. konkret, dass entweder eine Vitalextripation (GOZ-Nr. 2360) und/oder eine Wurzelkanalaufbereitung (GOZ-Nr. 2410) und/oder eine Wurzelfüllung (GOZ-Nr. 2440) zusammen mit der IKD durchgeführt werden. Der Fall, dass nach der Eröffnung des Zahnes allein eine IKD durchgeführt und anschließend ohne Weiterbehandlung der Zahn verschlossen wird, ist eine sehr seltene Ausnahme und kommt nur dann vor, wenn die Diagnose der IKD die Extraktion des Zahnes z. B. wegen irreparablen Rissen nach sich zieht. In dem Falle würde sich eine aufwendige Aufbereitung der Kanäle i. d. R. nicht lohnen. Die Systematik der GOZ sieht nicht vor, dass jede diagnostische Leistung auch separat honoriert wird. Die Anwendung des Operationsmikroskops stellt im Zusammenhang mit allen Bezugsleistungen eine unterstützende, aber auch eine diagnostische Maßnahme dar. Beispielsweise werden bei der Anwendung mit der GOZ-Nr. 2340 (Maßnahmen zur Erhaltung der freiliegenden vitalen Pulpa (Exkavieren, direkte Überkappung)) mithilfe des Operationsmikroskops kleinste Eröffnungen des Pulpakavums diagnostiziert. Selbstverständlich ist auch in diesem Falle die Diagnostik mit der Hauptleistung abgegolten und keine Analogberechnung für die Anwendung des Mikroskops möglich. Auch in der Füllungstherapie ist zweifelsohne auch die Diagnose der Karies, die nach dem Aufbohren des Zahnes sichtbar ist, Leistungsbestandteil. Das Nutzen der Sonde, Lupenbrille, Exkavator etc. in diesem Zusammenhang ist unselbstständiger Bestandteil der Füllungsleistung. Gerade die Beurteilung des Kanalsystems und auch das Auffinden eines akzessorischen Kanals mithilfe des Operationsmikroskops stellen diagnostische und unterstützende Maßnahmen im Zusammenhang mit einer Wurzelkanalaufbereitung dar. Darüber hinaus steht die Entscheidung im Widerspruch zum 1. Beschluss des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen. Der PKV-Verband, die Beihilfe und die Bundeszahnärztekammer haben sich auf folgenden Beschluss geeinigt:

„Der Zuschlag für die Anwendung des Operationsmikroskops ist nur für die in der GOZ-Nr. 0110 abschließend aufgezählten Gebührenpositionen berechnungsfähig. Eine analoge Anwendung dieser Zuschlagsposition oder anderer GOZ-Positionen für die Verwendung des Operationsmikroskops bei anderen als den in GOZ-Nr. 0110 bezeichneten Leistungen kommt nicht in Betracht. Wird eine nicht zuschlagsfähige Leistung erbracht, die aufgrund von darzulegender Schwierigkeit oder Zeitaufwand den Einsatz des Operationsmikroskops erfordert, kann dies mittels der §§ 5 bzw. 2 GOZ abgebildet werden.“

In Bezug auf die Anwendung des Lasers hat der Sachverständige dargelegt, dass die Laserbehandlung „dann selbstständig berechnungsfähig ist, wenn mit erheblichem Aufwand im Sinne einer selbstständigen Leistung die Oberflächenmorphologie der Kanalinnenwand bearbeitet (verglast) und dadurch dekontaminiert wurde und nicht nur adjuvant eine zusätzliche Laserdekontamination im Sinne der GOZ-Nr. 0120 vorgenommen wurde.“¹ Das Kriterium für die Selbstständigkeit einer Leistung ist nicht der Umfang ihres Aufwandes. Ein höherer Aufwand wird durch die Anpassung des Bemessungsfaktors gemäß § 5 GOZ abgegolten, nicht durch eine zusätzlich geschaffene Gebühr. Dass der Sachverständige rechtliche Schlussfolgerungen zieht, die grundsätzlich allein dem Gericht obliegen, befremdet. Er kann zwar den Aufwand für eine bestimmte Leistung in seinem Gutachten beschreiben, alle weiteren gebührenrechtlichen Schlussfolgerungen sind Aufgabe des Gerichts. Der Sachverständige bestätigt, dass durch die „adjuvante“ (begleitende) Laseranwendung eine Dekontamination – die eine der essentiellen Ziele einer Wurzelkanalaufbereitung darstellt – erreicht wird. Eine Selbstständigkeit dieser konkreten Laser-Anwendung ist nicht gegeben, da dessen Durchführung immer einen Bestandteil der Wurzelkanalaufbereitung darstellt. Deswegen hat der Gesetzgeber auch einem Teil der endodontischen Leistungen die Zuschlagsleistungen GOZ-Nrn. 0110 und 0120 zugeordnet und diese beiden Maßnahmen nicht als selbstständige Leistungen in die GOZ aufgenommen. Es mag sein, dass es Maßnahmen gibt, die ausschließlich mit dem Laser durchführbar sind wie beispielsweise die antibakterielle photodynamische Therapie (aPDT/PACT) im Rahmen einer Periimplantitisbehandlung², die dann auch analog berechnet werden können. Im vorliegenden Fall ist aber die ordnungsgemäße Wurzelkanalaufbereitung das Leistungsziel und die Anwendung des Lasers, egal ob aufwendig oder nicht, eine unterstützende Maßnahme, um dieses

Ziel zu erreichen. Die Behauptung eines eigenständigen Leistungsziels bei der „IKD“ und auch bei der „Laserdekontamination“ ist dadurch motiviert, eine „Scheinselbstständigkeit“ der Leistung zu konstruieren, um die Analogberechnung zu ermöglichen.

Berechnungsfähig sind nur „echte“ selbstständige Leistungen, für die eine eigene zahnmedizinische Indikation besteht und die nicht bereits in der GOZ abgebildet sind. Leistungen, die bloß Teilschritte auf dem Weg zur Erreichung eines in der GOZ beschriebenen Leistungsziels sind nicht berechnungsfähig. Ist eine Leistung ein Bestandteil, eine besondere Ausführungsform, eine methodische Variation in der Erbringungsweise der im Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistung, auch durch technische Weiterentwicklung, fehlt es an einer solchen Selbstständigkeit.

Urteil des LG Hamburg vom 30. August 2018 (Az.: 323 O 16/15)

Das Gericht musste zwar in der Hauptsache über eine Schadenersatzforderung für eine prothetische Behandlung entscheiden, jedoch hatte das Gericht auch über endodontische Behandlungen zu entscheiden.

Das Landgericht ist nach Einholung eines Sachverständigengutachtens der Ansicht, dass die GOZ-Nr. 2390 (Trepanation eines Zahnes, als selbstständige Leistung) zu Recht berechnet wurde. Es ist weiter der Ansicht, dass die verwendeten Instrumente zur Wurzelkanalaufbereitung auch rechtmäßig berechnet wurden, da sie aus hygienischen Gründen nur einmal zu verwenden sind.

Bewertung der PKV:

Die kontroversen Auffassungen zu der GOZ-Nr. 2390 existieren seit der Einführung der GOZ 2012, da die Leistungsbeschreibung um den Zusatz „als selbstständige Leistung“ ergänzt wurde. Zur Geltung der alten GOZ war es nämlich möglich, die Trepanation als Zugangsleistung zur Erbringung weiterer endodontischer Maßnahmen separat zu berechnen. Genau das ist seit der GOZ-Novelle ausweislich der amtlichen Begründung nicht mehr möglich: „Die Leistung nach der Nummer 2390 kann allenfalls im Rahmen einer Notfallbehandlung angezeigt sein. Sie ist nur als selbstständige Leistung berechnungsfähig und nicht z. B. als Zugangsleistung zur Erbringung der Leistungen nach den Nummern 2410 und

1 Urteil AG Ludwigsburg vom 28.03.2017, Az.: 8 C 1040/16, S.4, erster Absatz

2 Die aPDT ist im Rahmen einer Periimplantitisbehandlung wissenschaftlich anerkannt. Die wissenschaftliche Anerkennung im Rahmen einer Parodontitisbehandlung ist nicht gegeben (vgl. VG Köln, Urteil vom 10.11.2017, Az.: 19 K 533/16, VG Chemnitz, Urteil vom 08.03.2017, Az.: 3 K 2107/14,5, OVG Lüneburg, Urteil vom 30.06.2016, Az.: LA 178/15, VG Köln, Urteil vom 17.12.2015, Az.: 10 K 5770/14, VG Neustadt, Urteil vom 22.4.2015, Az.: 1 K 953/14.NW).

2440.“ Das ist nachvollziehbar, da es sich bei der Trepanation rein technisch um die Bohrung eines Zugangsloches zum Pulpakavum handelt. Diese Maßnahme ist ein notwendiger Teilschritt der endodontischen Leistungen und ist vergleichbar mit der notwendigen Bohrung bei einer Füllungslegung, die auch nicht separat berechnet wird. Wenn allerdings eine Notfallbehandlung indiziert ist, dann kann auch die alleinige Trepanation – ggf. sitzungsgleich neben anderen nicht endodontischen Leistungen – die Therapie darstellen und stellt dann auch eine selbstständige Leistung dar, die in dem Falle natürlich auch separat mit der GOZ-Nr. 2390 berechnet werden kann. Im Gegenzug sind die wesentlichen endodontischen Leistungen wie die GOZ-Nr. 2410 (Aufbereitung eines Wurzelkanals...), die GOZ-Nr. 2430 (Medikamentöse Einlage...) und die GOZ-Nr. 2440 (Füllung eines Wurzelkanals) in ihrer Bewertung aufgewertet worden, sodass der „Verlust“ GOZ-Nr. 2390 als Zugangsleistung um ein Vielfaches ausgeglichen wird.

Insoweit ist zwar die Berechnungsweise der GOZ-Nr. 2390 eindeutig geklärt. Es fällt nun aber auf, dass diese Gebühr von einigen Zahnärzten regelhaft bei jeder Wurzelkanalbehandlung berechnet wird. Als Rechtfertigung wird auch hier wieder die Selbstständigkeit der Leistung konstruiert. Laut Gericht soll die Trepanation mit der Eröffnung des koronalen Pulpakavums abgeschlossen sein. Die weiteren endodontischen Maßnahmen seien eigenständige abrechnungsfähige Leistungen, soweit deren Durchführung im unmittelbaren Anschluss an die Trepanation erfolge. Wäre diese Begründung zutreffend, dann wäre der Zusatz „als selbstständige Leistung“ vollkommen überflüssig, denn dann wäre die Trepanation immer eine selbstständige Leistung, unabhängig davon, ob Notfall- oder reguläre Behandlung, so wie es bereits vor der Novelle schon war. Es ist nicht nachvollziehbar, dass der Verordnungsgeber eine nicht an Rechtsfolgen geknüpfte Änderung des Leistungstextes vorgenommen haben soll. Im Gegenteil, die amtliche Begründung macht klar, dass gerade die Maßnahme der Trepanation als Zugangsleistung keine selbstständige Leistung darstellt und folglich nicht gesondert mit der GOZ-Nr. 2390 berechnet werden darf. Die Interpretation des LG Hamburg geht also fehl. Dazu sind bereits anderslautende Urteile ergangen: VGH Baden-Württemberg vom 04.04.2014 (Az.: 2 S 78/14 und 2 S 77/14), AG Heidenheim an der Brenz vom 13.07.2018 (Az.: 5 C 1225/17) und AG Düsseldorf vom 01.07.2016 (Az.: 25 C 2953/14).

In Bezug auf die Argumentation zur rechtmäßigen Berechnung der Wurzelkanalinstrumente ist klarzustellen, dass gemäß § 4 Absatz 3 GOZ mit den Gebühren Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf, für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten sowie für Lagerhaltung abgegolten sind, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist. Bezüglich der Wurzelkanalbehandlung ist in den Allgemeinen Bestimmungen zu Kapitel C festgelegt, dass nur einmal verwendbare Nickel-Titan-Instrumente zur Wurzelkanalaufbereitung gesondert berechnungsfähig sind. Alle anderen Instrumente sind zur Wiederverwendung bestimmt und somit sterilisierbar. Wäre die Aussage richtig, dass Instrumente aus hygienischen Gründen nur einmal verwendbar sind, dann dürfte kein zahnärztliches Instrument wiederverwendet werden. Die einmalige Verwendbarkeit ergibt sich nicht aus hygienischen Gründen, sondern dadurch, dass Instrumente wegen ihrer Materialeigenschaften nicht sterilisierbar sind. Dies ist bei den zuvor erwähnten Nickel-Titan-Instrumenten der Fall. In allen anderen Fällen sind die Instrumente sterilisier- und weiter verwendbar und somit nicht separat berechnungsfähig.

Fazit

Immer wieder kommt es im Bereich der Endodontologie zu untergerichtlichen Fehlurteilen. Das liegt in der Mehrzahl der Fälle daran, dass sich Gerichte unkritisch auf die Ausführungen des zahnärztlichen Sachverständigen verlassen bzw. diese dem Urteil zugrunde legen. Das führt dann oft zu interessengeleiteten gutachterlichen Stellungnahmen und Bewertungen. Dem kann man dadurch entgegenwirken, indem man einen zahnärztlichen Sachverständigen als befangen ablehnt, wenn die Besorgnis besteht, dass dieser ein eigenes wirtschaftliches Interesse am Ausgang des Verfahrens haben könnte, da er selbst als Zahnarzt in der streitgegenständlichen Art und Weise abrechnet. Wie die obergerichtliche Rechtsprechung bereits in einschlägigen Beschlüssen bestätigt hat³, gibt der zahnärztliche Sachverständige damit zu erkennen, dass er diese Abrechnungsweise für berechtigt hält. Aus Sicht einer Prozesspartei kann dadurch der Eindruck entstehen, dass der zahnärztliche Sachverständige nicht unvoreingenommen an die Sache herangeht, sondern vielmehr seine eigene Abrechnungspraxis zu verteidigen sucht.

³ OLG Frankfurt am Main, Beschlüsse vom 27.03.2018, Az.: 14 W 15/18 und 07.07.2017, Az.: 7 W 17/17; OLG Hamm, Beschluss vom 28.04.2017, Az.: 29 W 9/17, OLG München, Beschluss vom 22.12.2015, Az.: 21 W 1921/15

Auslegungsfragen der GOZ 2012



In dieser Ausgabe widmet sich der PKV-Verband dem Thema „**Häufig berechnete GOÄ-Positionen in zahnärztlichen Rechnungen**“

I. Rechtliche Grundlagen

Dem Grundsatz der Trennung zwischen dem Beruf des Arztes und des Zahnarztes entspricht es, dass Ärzte bzw. Zahnärzte ihre beruflichen Leistungen auf Grundlage verschiedener Gebührenordnungen abrechnen. Der Vergütungsanspruch eines Zahnarztes für die Behandlung eines privat Versicherten oder Beihilfeberechtigten beruht in aller Regel auf der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), Ärzte berechnen ihre beruflichen Leistungen gegenüber Privatpatienten mit der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Ausnahmsweise kann eine zahnärztliche Leistung auch nach der GOÄ berechnet werden, sofern diese Leistung nicht in der GOZ geregelt ist, diese sich als selbstständige Leistung darstellt und der entsprechende Abschnitt der GOÄ für den Zahnarzt „geöffnet“ ist (vgl. § 6 Abs. 2 GOZ). Der Sinn dieser Regelung erschließt sich nicht. Sie schafft nur Abgrenzungsprobleme. Der Verordnungsgeber hat es leider auch bei der Novellierung der GOZ 2012 versäumt, originäre zahnärztliche Leistungen wie die zahnärztliche Beratung (GOÄ-Nr. 1), die Fremdanamnese (GOÄ-Nr. 4), die symptombezogene Untersuchung (GOÄ-Nr. 5) oder die Erbringung bildgebender Leistungen wie Röntgen-, CT- oder DVT-Leistungen als eigene zahnärztliche Leistungen in der GOZ zu verankern. Dies widerspricht nicht nur dem Trennungsprinzip, sondern schafft auch zahlreiche Auslegungsprobleme in der Praxis.

§ 6 Abs. 2 GOZ legt abschließend fest, welche Abschnitte und Gebühren aus der GOÄ für den Zahnarzt geöffnet sind. Manche Zahnärzte missverstehen diese Vorschrift als Befugnis, alle medizinischen Maßnahmen, die sich hinter den für sie grundsätzlich berechnungsfähigen Gebühren aus der GOÄ

verbergen, auch durchführen und berechnen zu können. Diese Interpretation ist jedoch falsch: § 6 Abs. 2 GOZ erweitert nicht die berufsrechtlichen Kompetenzen eines Zahnarztes (vgl. PKV Verband, Grenzen der zahnmedizinischen Berufsausübung, Auslegungsfragen der GOZ 2012, Januar 2017). Fehlt ein Bezug zu Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, kann die betreffende Gebührennummer nicht berechnet werden. Daran ändern auch die für den Zahnarzt formal geöffneten Gebührenabschnitte der GOÄ in § 6 Abs. 2 GOZ nichts.

II. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen

Häufig kommt es vor, dass MKG-Chirurgen wegen ihrer ärztlichen Approbation denken, dass sie sich an beiden Gebührenordnungen – GOZ und GOÄ – ohne Einschränkung bedienen können – sie haben sozusagen die Wahl. Für diese Facharzttrichtung (sowie für Hals-, Nasen- und Ohrenärzte und Chirurgen) gilt § 6 Abs. 1 GOÄ. Demnach müssen MKG-Chirurgen nach der GOZ berechnen, wenn die Leistung dort aufgeführt ist – und zwar nicht nur in Bezug auf den wortwörtlichen Leistungstext, sondern auch unter Berücksichtigung aller Allgemeinen Bestimmungen und Abrechnungsbestimmungen (siehe IV. Inhaltsähnliche und -identische Leistungen in GOZ und GOÄ, Beispiel Weichteilunterfütterung). Außerdem ist die tatsächliche Leistungserbringung entscheidend (siehe IV. Inhaltsähnliche und -identische Leistungen in GOZ und GOÄ, z.B. plastischer Verschluss Kieferhöhle). Sie haben keine Wahlfreiheit.

Das von Bundeszahnärztekammer, Beihilfeträger und PKV-Verband im Jahre 2013 errichtete Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen, das sich

der partnerschaftlichen und konsensualen Klärung von vor allem gebührenrechtlichen Auslegungsfragen nach Inkrafttreten der GOZ-Novelle 2012 widmet, hat den Vorrang der GOZ für MKG-Chirurgen mit der Verabschiedung des 25. Beschlusses bestätigt:

„Erbringen Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach der jeweils geltenden Fassung der GOZ zu berechnen. Ein Wahlrecht zwischen GOÄ und GOZ besteht insoweit nicht.“

III. Voraussetzungen für Berechnungen aus der GOÄ

Es gibt einige Gebühren aus der GOÄ, die unzweifelhaft auch für die zahnmedizinische Behandlung anwendbar sind (z. B. GOÄ-Nr. 1 oder einige Röntgenleistungen). Jedoch tauchen in zahnärztlichen Rechnungen auch immer wieder – originär und analog berechnete – GOÄ-Positionen auf, die aus unserer Sicht unzulässig berechnet wurden. Die Voraussetzungen für die Berechnungsfähigkeit einer GOÄ-Gebühr im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung sind:

1. Die Leistung ist nicht in der GOZ beschrieben.
2. Die Leistung ist kein Bestandteil einer anderen Leistung, die in der GOZ schon enthalten ist.
3. Die Leistung kann nicht gemäß § 6 Abs. 1 analog nach der GOZ berechnet werden.
4. Bei dem Leistungsinhalt der berechneten Gebühr handelt es sich um keine für den Zahnarzt fachfremde Leistung (vgl. Online-Artikel „Grenzen der zahnmedizinischen Berufsausübung“ abrufbar unter <https://www.pkv.de/w/files/goz-kommentierungfaq/haeufige-fragen-zur-goz.pdf>).

IV. Inhaltsähnliche und -identische Leistungen in GOZ und GOÄ

Im Zuge der GOZ-Novelle sind einige neue Gebühren hinzugekommen. Der Ordnungsgeber wollte dem zahnärztlichen Fortschritt Rechnung tragen und häufige analog berechnete Leistungen – auch aus der GOÄ – einer Regelung zuführen. Leider haben sich die bei vielen Zahnärzten etablierten Abrechnungsgewohnheiten nicht geändert, z. B. bei den extrem aufgewerteten Leistungen für Einlagefüllungen und Teleskopkronen, von denen man annahm, dass sie künftig durchschnittlich nicht

mehr über dem 2,3fachen Satz berechnet werden. Diese Annahme hat sich nicht bestätigt. Obwohl Gebühren für typische zahnärztliche Leistungen eingeführt wurden, die einen Abgriff auf die GOÄ obsolet machen, werden diese weiterhin berechnet. Beispiele sind:

– Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten

In der GOZ steht die GOZ-Nr. 0010 zur Verfügung, es wird aber oft die GOÄ-Nr. 6 berechnet. Bei der eingehenden Untersuchung nach der GOZ-Nr. 0010 handelt es sich um einen allgemeinen umfassenden Befund, einschließlich der intra- und extraoralen Untersuchung des stomatognathen Systems (vgl. GOZ, Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes-) Zahnärztekammern, Stand Dezember 2017, www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf, S.37). Die Untersuchung nach GOÄ-Nr. 6 wird hiervon erfasst, stellt sich also als Teil einer anderen Leistung in der GOZ dar. Somit sind die Voraussetzungen des § 6 Abs. 2 GOZ nicht erfüllt und daher die Berechnung der GOÄ-Nr. 6 für Zahnärzte ausgeschlossen (vgl. Mitteilungsblatt Berliner Zahnärzte, 1/2018, S. 40, abrufbar unter http://www.zaek-berlin.de/dateien/Content/Dokumente/Presse/MBZ_2018/MBZ_01_2018_online.pdf). Selbstverständlich schließen sich diese beiden Gebührenpositionen gegenseitig aus und dürfen erst recht nicht nebeneinander berechnet werden.

– Vestibulumplastik

In der GOZ steht die GOZ-Nr. 3240 zur Verfügung, es wird aber oft die GOÄ-Nr. 2675 berechnet – trotz Ausdehnung des Operationsgebietes auf zwei Zahnbreiten.

– Nahtentfernung

In der GOZ steht die GOZ-Nr. 3300 zur Verfügung, es wird aber oft die GOÄ-Nr. 2007 berechnet.

– Chirurgische Wundbehandlung

In der GOZ steht die GOZ-Nr. 3310 zur Verfügung, es wird aber oft die GOÄ-Nr. 2006 berechnet.

– Plastischer Verschluss Kieferhöhle

In der GOZ steht für den operativen Verschluss der Kieferhöhle (z. B. nach Extraktion) die GOZ-Nr. 3090 zur Verfügung, es wird aber oft die GOÄ-Nr. 1628 berechnet. Für die Berechnung der GOÄ-Nr. 1628 ist das Vorliegen einer im Leistungstext ausdrücklich genannten „Kieferhöhlenfistel“ Voraussetzung.

– Weichteilunterfütterung mit Knochenersatzmaterial

In der GOZ steht die GOZ-Nr. 4110 für die Verwendung von alloplastischem Material zur Verfügung, es wird aber oft die GOÄ-Nr. 2442 berechnet. Laut der 1. Abrechnungsbestimmung nach der GOZ-Nr. 4110 ist die Leistung – trotz anderslautender Leistungsbeschreibung – auch im Rahmen einer chirurgischen Behandlung berechnungsfähig.

V. Typische Berechnungen aus der GOÄ mit Kommentar PKV

Im Folgenden möchten wir einige Beispiele für häufig von Zahnärzten berechneten GOÄ-Positionen nennen. Wir legen dar, unter welchen Voraussetzungen die Gebühr berechnungsfähig ist und in welchen Fällen die Gebühr nicht berechnet werden darf.

GOÄ-Nr.: 34

Erörterung (Dauer mindestens 20 Minuten) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung - gegebenenfalls einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken -, einschließlich Beratung - gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen.

PKV: Wie im Leistungstext erwähnt, ist die Berechnungsvoraussetzung dieser Gebühr das Vorliegen einer lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung. Beispiele sind Stoffwechselerkrankungen, HIV- oder Hepatitis-Infektion, Tumorerkrankung, Niereninsuffizienz, Herzinfarkt, Autoimmunerkrankung etc. (Lang/Schäfer/Stiel/Vogt, Der GOÄ-Kommentar, 2. Aufl., 2002, GOÄ-Nr. 34).

Weitere Voraussetzung ist, dass ein zeitlicher oder inhaltlicher unmittelbarer Zusammenhang mit der Feststellung bzw. Verschlimmerung der Krankheit bestehen muss. Das bedeutet, dass die Befunde entweder erst kurzfristig erhoben wurden oder dass längerfristig erhobene Befunde die Erkenntnis über das Vorliegen einer gravierenden Erkrankung ergeben (vgl. Lang/Schäfer/Stiel/Vogt, Der GOÄ-Kommentar, 2. Aufl., 2002, GOÄ-Nr. 34). Schon bei der Aufzählung der Beispiele wird klar, dass deren Feststellung i. d. R. durch einen Arzt/Facharzt erfolgt. Sowohl die Feststellung der aufgezählten Krankheiten als auch deren Behandlung liegt nicht im Fachbereich des Zahnarztes. Als Ausnahme sind die MKG-Chirurgen zu nennen, die als Fachärzte für z. B. maligne Tumoren oder schwere Verletzungen im Kopfbereich häufiger auf

diese Gebühr zurückgreifen müssen. Denkbar sind Tumore, die ausgedehnte Resektionen im Kieferbereich als Folge haben und so den Patienten in seiner Nahrungsaufnahme, Sprache, Aussehen etc. stark beeinträchtigen werden.

Als einzeln approbierter Zahnarzt ist ggf. die Behandlung im Zusammenhang mit einem Teilaspekt einer gravierenden Krankheit denkbar wie beispielsweise die Behandlung der Zähne vor einer geplanten Herzklappen-OP. Jedoch wird der Patient in Bezug auf die ursprüngliche Krankheit – nämlich die Herzerkrankung – von seinem Kardiologen beraten, der die Erörterung selbst vornimmt und natürlich auch berechnen darf. Die Beratung im Zusammenhang mit der Schaffung eines entzündungsfreien Gebisses erfüllt den Leistungsinhalt der GOÄ-Nr. 34 nicht. Für eine eingehende Beratung steht die GOÄ-Nr. 3 zur Verfügung, deren Abrechnungsbestimmung in jedem Fall zu beachten ist:

„Die Leistung nach Nummer 3 ist nur als einzige Leistung berechnungsfähig oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nummern 5, 6, 7, 8, 800 oder 801. Eine mehr als einmalige Berechnung im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung.“

GOÄ-Nr. 75

Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)

PKV: Die Leistung umfasst die Beschreibung der wesentlichen anamnestischen Angaben, Beschreibung der/des Befunde/s, kritische Stellungnahme zu den festgestellten Daten und ggf. zur Differentialdiagnose, ggf. Angaben zur Therapie (vgl. Lang/Schäfer/Stiel/Vogt, Der GOÄ-Kommentar, 2. Aufl., 2002, GOÄ-Nr. 75).

Laut der Abrechnungsbestimmung nach der GOÄ-Nr. 75 ist die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit der Gebühr für die zugrunde liegende Leistung abgegolten. Das gilt nicht nur für die Leistungen im Abschnitt O. der GOÄ (vgl. BZÄK, Kommentar der hochfrequenten GOÄ-Leistungen bei der Rechnungserstellung in der Zahnarztpraxis, September 2017, S. 23), sondern für alle Gebühren – auch die in der GOZ. Fälschlicherweise wird aber eben dieser einfache Befundbericht mit der GOÄ-Nr. 75 berechnet. Wenn der Zahnarzt beispielsweise im Rahmen einer Zahnsanierung vor Bestrahlung einen Befundbericht (ohne vollständige Erfüllung aller o. g. Leistungsbestandteile der GOÄ-Nr. 75 wie z. B. Angaben zur epikritischen Bewertung) an den Radiologen/Onkologen schickt, ist der Bericht mit der Berechnung der Gebühren für die Zahnbehandlung abgegolten. Die GOÄ-Nr.

75 kann auch nicht für Fotokopien von Berichten, Begleitschreiben zu Untersuchungsanforderungen, Überweisungen u. ä. (Lang/Schäfer/Stiel/Vogt, Der GOÄ-Kommentar, 2. Aufl., 2002, GOÄ-Nr. 75) berechnet werden. Diese ist nur berechnungsfähig, wenn der vollständige Leistungsinhalt der GOÄ-Nr. 75 erbracht wird. Dies beinhaltet einen ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundbericht einschließlich Angaben zur Anamnese, zu den Befunden, zur epikritischen Bewertung und ggf. zur Therapie. Es bleibt festzuhalten, dass in einer Vielzahl der Fälle im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung der vollständige Leistungsinhalt – insbesondere die epikritische Bewertung – nicht erfüllt wird. Die Aufwendungen für Kopien können ggf. als Auslagenersatz berechnet werden.

GOÄ-Nr. 2181

Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks

PKV: Diese Maßnahme kommt in der Zahnarztpraxis nicht zur Behandlung von Erkrankungen des Kiefergelenks vor. Leistungsvoraussetzung ist die Anwendung einer gewaltsamen Therapie. Ein konservatives Vorgehen im Falle einer Kieferklemme (Störung der Mundöffnung) z. B. als Folge einer Leitungsanästhesie löst nicht den Ansatz der GOÄ-Nr. 2181 aus. Gleiches gilt, wenn sich die Kieferklemme als Symptom einer anderen Erkrankung, wie z. B. eines Abszesses manifestiert und durch die Behandlung der ursprünglichen Erkrankung auch die Kieferklemme beseitigt wird.

Die Gebühr ist auf jene Fälle zugeschnitten, bei denen es durch eine schmerzbedingte Schonung zu Gelenkkapselschrumpfung und/oder zu leichten Verklebungen der Gelenkschleimhaut (Synovia) gekommen ist, beispielsweise im Gefolge einer Gelenkentzündung, eines Gelenkrheumatismus etc. Das Gelenk wird dann (in Narkose oder Lokalanästhesie) unter dosierter Gewaltanwendung mobilisiert. Die GOÄ-Nr. 2181 ist nur als Zielleistung (selbstständige Leistung) berechnungsfähig, also nicht als begleitende Hilfsmaßnahme während einer anderen Operation (vgl. Brück, Online-Kommentar zur GOÄ, Stand 2017, GOÄ-Nr. 2181) und schon gar nicht im Rahmen einer Funktionsanalyse. Unvorstellbar ist der Ansatz im Rahmen der Kieferorthopädie. Selbstverständlich erfüllt auch nicht die Anwendung einer sanften Kieferlockerung/Massage den Leistungsinhalt.

Die GOÄ-Nr. 2181 wird auch häufig als Analogleistung für die Streckung des Kiefergelenks nach Manueller Strukturanalyse (MSA) nach Prof. Bumann angesetzt. Diese Maßnahme ist jedoch Bestandteil der Funktionsanalyse nach GOZ-Nr. 8000 (vgl. PKV-Verband, Kommentierung praxisrelevanter Analogberechnungen, abrufbar unter <https://>

www.pkv.de/w/files/goz-kommentierungfaq/kommentierung-praxisrelevanter-analogabrechnungen.pdf). Ein möglicher Mehraufwand kann ggf. mit dem Steigerungsfaktor abgebildet werden.

GOÄ-Nr. 2381

Einfache Hautlappenplastik

PKV: Für Wundverschlussplastiken in der Zahnheilkunde kommen die GOÄ-Nrn. 2381 und 2382 gebührenrechtlich nicht in Betracht, da hierunter Plastiken im Bereich der Epidermis (Außenhaut) abgerechnet werden. Die Mundhöhle hingegen ist vollständig mit Mukosa (Schleimhaut) ausgekleidet. Sofern im Rahmen des chirurgischen Eingriffs eine zusätzliche Lappenbildung durchgeführt wurde, können die GOZ-Nr. 3100 (soweit eine Periostschlitzung erfolgt) oder die GOZ-Nr. 4120 berechnet werden.

Spaltlappen, lateraler Verschiebelappen, Schwenklappen, Rotationslappen, Semilunarlappen, V-Y- und Z-Plastik, Rückverlagerungsplastik usw. beschreiben jeweils gestielte Schleimhautlappen. Diese Plastiken sind in der GOZ 2012 unter den GOZ-Nrn. 3100, 4120, 4130, 4133 beschrieben. Somit dürfen diese Arten der Schleimhautplastiken nicht nach den GOÄ-Nrn. 2381 – einfache Hautlappenplastik – und 2382 – schwierige Hautlappenplastik – berechnet werden. Die GOÄ unterscheidet zwischen Haut und Schleimhaut (vgl. ZÄK Nordrhein, Rheinisches Zahnärzteblatt, 2015, Heft 7-8, S. 423 f.). Da die Schleimhautplastiken in der GOZ beschrieben sind, entfällt grundsätzlich die Zugriffsmöglichkeit auf die GOÄ.

GOÄ-Nr. 2382

Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation

PKV: Es gelten dieselben Erläuterungen wie zu der GOÄ-Nr. 2381. Mit der GOÄ-Nr. 2382 wird außer der schwierigen Hautlappenplastik auch die Spalthauttransplantation berechnet. Diese Maßnahme wird häufig bei Verbrennungsoffern eingesetzt. In keinem Fall ist die Maßnahme im Mundschleimhautbereich denkbar.

GOÄ-Nr. 2442

Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbstständige Leistung

PKV: Vor der GOZ-Novelle gab es keine Gebühr in der GOZ, mit der man die Implantation alloplastischen Materials (Knochenersatzmaterial) berechnen konnte, d. h. man musste gemäß § 6 Abs. 2 (§ 6 Abs. 1 GOZ 1988) auf die GOÄ zurückgreifen. Die neue GOZ sieht mit der GOZ-Nr. 4110

eine Gebühr für die Implantation körperfremden Knochensatzmaterials vor. Denn trotz des entgegenstehenden Leistungstextes („zur regenerativen Behandlung parodontaler Defekte“) kann die Gebühr auch im Rahmen einer chirurgischen Behandlung berechnet werden (1. Abrechnungsbestimmung nach GOZ-Nr. 4110). Der Ansatz einer Gebührenposition aus der GOÄ setzt gemäß § 6 Abs. 2 GOZ voraus, dass die GOZ für die erbrachte Leistung keine Gebührenposition beinhaltet. Mit der GOZ-Nr. 4110 ist aber eine einschlägige Gebührenposition vorhanden, die auch im Rahmen einer Weichteilunterfütterung berechnet werden kann.

Darüber hinaus ist die Berechnung der GOÄ-Nr. 2442 im Zusammenhang mit zahnärztlich-chirurgischen und/oder implantologischen Leistungen im Hinblick auf die Rekonstruktion von Knochendefekten und/oder Weichgeweben (z. B. Weichteilunterfütterung) nicht möglich, weil es sich nicht um eine selbstständige Leistung handelt (vgl. ZÄK Nordrhein, Rheinisches Zahnärzteblatt 12/2013, S. 648). Insofern ist der Empfehlung der Bundeszahnärztekammer, die für die Weichteilunterfütterung mit einem Collagen Patch die Berechnung der GOÄ-Nr. 2442 vorschlägt, nicht zu folgen (vgl. GOZ, Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes-) Zahnärztekammern, Stand März 2017, www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf, S. 150, 154, 268, 269).

GOÄ-Nr. 2702

Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten - auch Entfernung von Schienen oder Stützapparaten -, je Kiefer

PKV: Seit Inkrafttreten der neuen GOZ 2012 wird die GOÄ-Nr. 2702 häufig im Rahmen kieferorthopädischer Leistungen berechnet. Insbesondere für das Entfernen/Ausligieren von Teilbögen oder Bögen wird die Berechnung der GOÄ-Nr. 2702 in verschiedenen Kommentaren empfohlen. Während die Bundeszahnärztekammer zunächst in ihrer Kommentierung die Meinung vertrat, dass das Ausligieren von Bögen Leistungsinhalt der GOZ-Nrn. 6040 und 6050 sei, hat sie mit der Aktualisierung vom 9. Februar 2013 ihre Meinung geändert und die Berechnung der GOÄ-Nr. 2702 für diese Maßnahme empfohlen. Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden empfiehlt seinerseits die Berechnung der GOZ-Nr. 2290. Beide Auffassungen gehen fehl.

Diese Berechnungsweisen verbieten sich aufgrund der neuen 3. Abrechnungsbestimmung nach der GOZ-Nr. 6080. Danach sind alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention innerhalb eines Zeitraumes von vier Jahren unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden oder ver-

wendeten Therapiegeräten mit den Kernpositionen der GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 abgegolten. Die Entfernung von Bögen ist eine in der Regel an das qualifizierte Fachpersonal delegierte Maßnahme, die es schon lange vor der Novellierung der GOZ gab. Während das Einligieren von Bögen nur im ausgeformten Zahnbogen – also im Rahmen der Retention und nicht während der Umformung/Einstellung der Kiefer – gemäß § 1 Abs. 6 Zahnheilkundengesetz delegierbar ist, ist das Ausligieren in jedem Fall delegierbar. Da der Verordnungsgeber daher bewusst keine eigene Gebührenposition für diese Maßnahme, sondern vielmehr eine neue Abrechnungsbestimmung (s. o.) geschaffen hat, die eine zusätzliche Berechnung neben den Kernpositionen (im geltenden Vierjahreszeitraum) ausdrücklich ausschließt, ist die analoge Berechnung der Entfernung von Bögen/Teilbögen nicht zulässig. Diese Sichtweise wird durch die Gerichte AG Riedlingen (Urteil vom 15.04.2017, Az.: 1 C 209/15), AG Lörrach (Urteil vom 29.03.2017, Az.: 4 C 1166/16), AG Wendel (Urteil vom 21.03.2017, Az.: 13 C 661/16 (05)), AG Potsdam (Urteil vom 02.03.2017, Az.: 33 C 53/15), AG Ravensburg (Urteil vom 19.01.2017, Az.: 5 C 887/16), LG Hildesheim (Urteil vom 11.11.2016, Az.: 7 S 124/16), LG München I (Urteil vom 03.05.2016, Az.: 23 S 20117/15), VG Saarland (Urteil vom 05.04.2016, Az.: 6 K 2038/13), LG Bayreuth (Urteil vom 28.01.2015, Az.: 13 S 113/14), AG Bayreuth (Urteil vom 27.02.2014, Az.: 107 C 1090/13), AG Saarbrücken (Urteil vom 15.07.2014, Az.: 5 C 85/14) und VG Stuttgart (Urteil vom 02.09.2013, Az.: 3K 1809/13) bestätigt.

Da das Ausligieren von Bögen bereits in der GOZ abgebildet ist, sind weder die Voraussetzungen für eine Analogberechnung gegeben, noch erlaubt das Zielleistungsprinzip (§ 4 Abs. 2 GOZ) eine originäre zusätzliche Berechnung.

GOÄ-Nr. 5370

Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich –gegebenenfalls einschließlich des kranio-zervikalen Übergangs–

PKV: In der Abrechnungspraxis hat es sich etabliert, die GOÄ-Nr. 5370 für die Anfertigung einer Digitalen Volumentomografie (DVT) zu berechnen. Bei der DVT handelt es sich um ein radiologisches bildgebendes Verfahren, das die Anatomie der Zähne, der Kiefer und des Gesichtsschädels dreidimensional darstellt. Ihren Einsatz findet sie v. a. im Bereich der Zahnmedizin, MKG-Chirurgie und HNO-Heilkunde. Mit ihrer Hilfe können anatomische Verhältnisse geklärt werden, die die Panoramaschichtaufnahme unklar lässt.

Bei der DVT handelt es sich nicht um eine Computertomografie im herkömmlichen Sinne. Sie unter-

scheidet sich in ihrer technischen Beschaffenheit, sodass auch eine Analogberechnung gerechtfertigt wäre (vgl. Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer, Dtsch Arztebl 2012; 109(49): A-2483 / B-2035 / C-1991).

Unabhängig, ob man analog oder originär berechnet, erscheint angesichts der im Vergleich zur klassischen CT erheblich geringeren Anschaffungskosten für die DVT die Berechnung der GOÄ-Nr. 5370 zum Einfachsatz als angemessen (Abrechnungs- und Indikationsempfehlung der Arbeitsgruppe DVT, http://www.dvt-abrechnung.de/pdf/Abrechnungs_und_Indikationsempfehlung.pdf).

Zur dentalen digitalen Volumentomographie existiert eine aktuelle S2k (konsensbasierte)-Leitlinie der AG für Röntgenologie in der DGZMK vom 5. August 2013 (abrufbar unter http://www.dgzmk.de/uploads/tx_szdgmzkdocuments/083-0051_S2k_Dentale_Volumentomographie_2013-10.pdf). Folgende Punkte müssen demnach bei der Anwendung der DVT berücksichtigt werden:

- Das ALARA-(As low as reasonably achievable) Prinzip: es muss die Methode gewählt werden, die eine möglichst geringe Strahlendosis bei einer für die jeweilige Indikation ausreichenden Abbildungsqualität aufweist.
- Laut § 23 Röntgenverordnung erfordert die rechtfertigende Indikation die Feststellung, dass der gesundheitliche Nutzen der Anwendung am Menschen gegenüber dem Strahlenrisiko überwiegt.
- Es liegen nur wenige Daten mit einem hohen Evidenzgrad vor, welche den tatsächlichen diagnostischen oder therapeutischen Vorteil bei Verwendung einer DVT im Vergleich zur Anwendung herkömmlicher zweidimensionaler Röntgenprojektionsverfahren nachweisen.
- Es liegt eine deutlich erhöhte Strahlendosis (mindestens 10fach effektive Dosis im Vergleich zur intraoralen Tubus- oder Aufbissaufnahme) gegenüber den zweidimensionalen Röntgenaufnahmen (Zahnfilm, OPG) vor, sodass eine sorgfältige Abwägung zwischen dem Nutzen der Anwendung gegenüber der Strahlendosis gefordert ist.
- Die Indikation zur Anfertigung einer DVT bei Kindern und Jugendlichen muss besonders streng gestellt werden.

Im Bereich der Implantologie kann man beobachten, dass die DVT-Aufnahme auch ohne besondere Indikation immer mehr als erstdiagnostisches Mittel dient. Das verstößt gegen § 23 der Rönt-

genverordnung, nach der gewährleistet sein muss, dass der gesundheitliche Nutzen der Anwendung am Menschen gegenüber dem Strahlenrisiko überwiegt. Dabei ist zu beachten, dass i. d. R. eine zweidimensionale Röntgendiagnostik mit Referenzkörpern indiziert und ausreichend ist. Lassen sich die erforderlichen Informationen für Diagnostik, Therapieentscheidung und Durchführung sowie in speziellen Fällen für Verlaufskontrollen aus der klassischen zweidimensionalen Bildgebung nicht gewinnen, kann eine dreidimensionale Diagnostik erforderlich sein. Bei der Festlegung der diagnostischen Maßnahmen muss der Zahnarzt/MKG-Chirurg üblicherweise stufenweise vorgehen und zunächst ein zweidimensionales Röntgenverfahren einsetzen (vgl. DGI, S2-k-Leitlinie „Indikationen zur implantologischen 3D-Röntgendiagnostik und navigationsgestützten Implantologie“ Stand 12/2011, S. 8, 12). Eine DVT ist also stets ein weitergehendes diagnostisches Mittel und stellt in aller Regel kein Mittel der Primärdiagnostik dar.

Zusammenfassend kann man sagen, dass für alle Anwendungen der DVT eine strenge rechtfertigende Indikation bestehen muss. Bei gleicher diagnostischer Aussagekraft ist immer ein konventionelles Bildgebungsverfahren zu bevorzugen. Es müssen alle Maßnahmen ergriffen werden, um die effektive Strahlendosis so gering wie möglich zu halten (exakte Begrenzung des Volumens auf die zu untersuchende Region). Es muss vor Anfertigung klar sein, inwieweit die dreidimensionale Darstellung dem therapeutischen Konzept dient.

VI. Fazit

Die Öffnung beider Gebührenordnungen für die zahnärztliche Behandlung schafft Verwirrung und Unsicherheit auf allen Seiten. Die unberechtigten Abgriffe aus der GOÄ resultieren häufig aus Unwissenheit oder Beibehaltung alter Abrechnungsgewohnheiten. Die Patienten sind betroffen, da der Konflikt mit dem Versicherer vorprogrammiert ist; meist entsteht eine verlängerte Bearbeitungszeit der Rechnungen mit Rückfragen, die der Patient aufgrund der getrennten Vertragsverhältnisse an den Zahnarzt weiterleiten muss. Die Lösung auf lange Sicht wäre eine abschließende und konsistente Beschreibung aller zahnärztlichen Leistungen (einschließlich Beratungs- und röntgenologischen Leistungen) innerhalb der GOZ – ohne weitere Zugriffsmöglichkeit auf die GOÄ. Bei dieser Gelegenheit könnten zugleich die unterschiedlichen Auffassungen von Kostenerstatern und Leistungserbringern zur Berechnungsfähigkeit bestimmter Leistungen und andere offene Fragen geklärt werden.

Auslegungsfragen der GOZ 2012



In dieser Ausgabe widmet sich der PKV-Verband dem Thema „**Grenzen der zahnmedizinischen Berufsausübung**“

„Ausübung der Zahnheilkunde ist die berufsmäßige, auf zahnärztliche wissenschaftliche Erkenntnisse gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.“ So heißt es in § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (Zahnheilkundengesetz – ZHG). An ihre rechtlichen Grenzen stoßen Zahnärzte, wenn sie ihre Behandlung über dieses Gebiet hinaus ausdehnen. In diesem Artikel konkretisiert der PKV-Verband diese Grenzen anhand von Beispielen und beleuchtet die Rechtsprechung zu diesem Thema. Dieser Beitrag soll die Mitarbeiter in den PKV-Unternehmen darin unterstützen, anhand objektiver Kriterien über die Erstattungsfähigkeit einer fachfremden (z. B. medizinischen oder heilpraktischen) Leistung zu entscheiden und zugleich den interessierten Patienten über die diesbezügliche Rechtslage informieren.

Grundsätze der zahnmedizinischen Berufsausübung

Wer in Deutschland die Zahnheilkunde dauernd ausüben will, benötigt eine Approbation nach § 1 ZHG, die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit dahingegen erfordert eine Approbation nach § 3 Bundesärzteordnung (BÄO). Die Approbation berechtigt zur Führung der Bezeichnung „Zahnarzt“ oder „Zahnärztin“ (§ 1 Abs. 1 Satz 2 ZHG). Die „Ausübung der Zahnheilkunde“ wird in § 1 Abs. 3 Satz 1 ZHG wie folgt definiert als „berufsmäßige und auf zahnärztlich wissenschaftliche Erkenntnisse gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“. Der Gesetzgeber hat also eine räumliche Grenzziehung vorgenommen, welche Körperteile von Zahnärzten behandelt werden dürfen: Zahn, Mund und Kiefer. Angrenzende Bereiche, wie

etwa das Gesicht oder der Hals werden nicht aufgezählt. Zahnärztliche Behandlungen müssen sich unmittelbar auf diese drei Körperbereiche beziehen, ein mittelbarer Bezug ist nicht ausreichend.

Was Zahnärzte nicht dürfen:

- Faltenunterspritzung

Faltenunterspritzung im Mund- und Naso-Labial-Bereich ist nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts unzulässig, denn dies würde über den räumlich abgrenzbaren Bereich hinausgehen (vgl. BVerwG, Urteil vom 17. Januar 2014, Az.: 3 B 48/13, so auch die Vorinstanz OVG NRW, Urteil vom 18. April 2013, Az.: 13 A 1210/11).

- Radiofrequenzbehandlung

Ebenso ist eine Radiofrequenzbehandlung zur Glättung der Gesichtshaut nicht von der zahnärztlichen Approbation gedeckt (vgl. VG Münster, Urteil vom 4. Februar 2015, Az.: 18 K 1442/13.T).

- Symbiosebehandlung

Eine Parodontitis stellt grundsätzlich eine Erkrankung im Zahn-, Mund- und Kieferbereich dar, die selbstverständlich durch Zahnärzte behandelt werden darf. Wird jedoch die Ursache im Magen-Darm-Trakt vermutet, berechtigt die Approbation als Zahnarzt nicht, diesen pathologischen Zustand in einer völlig anderen Körperregion zu behandeln (sog. Symbiosebehandlung).

- Gesprächstherapie bei Bruxismus

Eine Gesprächstherapie bei Bruxismus (Zähneknirschen) darf nicht von einem Zahnarzt

erbracht werden, da im Rahmen der Gespräche die Ursache für das Zähneknirschen ergründet und beseitigt werden sollen. „Behandelt“ wird somit die Psyche bzw. das Unterbewusstsein, das dieses Knirschen auslöst (vgl. OVG NRW, Urteil vom 13. August 1998, Az.: 13 A 1781/96). Dies ist keine zahnärztliche Tätigkeit.

Keine Erweiterung der Befugnisse durch Fachzahnarzt Ausbildung

Neben weiterbildenden Masterstudiengängen haben Zahnärzte die Möglichkeit, sich auf einem Teilgebiet der Zahn-, Mund und Kieferheilkunde zu spezialisieren und durch eine mindestens vierjährige Weiterbildung mit abschließender Prüfung beispielsweise einen Fachzahnarzt für Kieferorthopädie oder einen Fachzahnarzt für Oralchirurgie zu erlangen. Anders ist dies bei einer Weiterbildung zu einem Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Für diesen Facharzt sind außer dem abgeschlossenen Zahnmedizinstudium ein abgeschlossenes Studium der Humanmedizin und eine fünfjährige Facharztweiterbildung erforderlich, von der mindestens drei Jahre im Stationsdienst abgeleistet werden müssen.

Eine Fachzahnarzt Ausbildung berechtigt jedoch nicht zur Ausdehnung des Behandlungsgebiets über den Zahn-, Mund- und Kiefer hinaus, einzig der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie ist dazu unter Berücksichtigung der jeweiligen Weiterbildungsordnung der zuständigen Landesärztekammer berechtigt.

Wann darf ein Zahnarzt auf Basis der GOÄ abrechnen?

Dem Grundsatz der Trennung zwischen dem Beruf des Arztes und des Zahnarztes entspricht es, dass Ärzte bzw. Zahnärzte ihre beruflichen Leistungen auf Grundlage verschiedener Gebührenordnungen abrechnen. Der Vergütungsanspruch eines Zahnarztes für die Behandlung eines privat Versicherten oder Beihilfeberechtigten beruht in aller Regel auf der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), Ärzte berechnen ihre beruflichen Leistungen gegenüber diesen Patienten mit der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Ausnahmsweise kann eine zahnärztliche Leistung auch nach der GOÄ berechnet werden, sofern diese Leistung nicht in der GOZ geregelt ist, diese sich als selbstständige Leistung darstellt und der entsprechende Abschnitt der GOÄ für den Zahnarzt „geöffnet“ ist (vgl. § 6 Abs. 2 GOZ). Der Sinn dieser Regelung erschließt sich nicht. Sie schafft nur Abgrenzungsprobleme. Der Ordnungsgeber hat es leider auch bei der Novellierung der

GOZ 2012 versäumt, originäre zahnärztliche Leistungen wie die zahnärztliche Beratung (GOÄ-Nr. 1), die Fremdanamnese (GOÄ-Nr. 4), die symptombezogene Untersuchung (GOÄ-Nr. 5), die Untersuchung des stomatognathen Systems (GOÄ-Nr. 6) oder die Erbringung bildgebender Leistungen (Röntgen, CT, DVT) als eigene zahnärztliche Leistungen in der GOZ zu verankern. Dies widerspricht nicht nur dem Trennungsprinzip, sondern schafft auch zahlreiche Auslegungsprobleme in der Praxis.

§ 6 Abs. 2 GOZ legt zwar abschließend fest, welche Abschnitte und Gebühren aus der GOÄ für den Zahnarzt geöffnet sind. Manche Zahnärzte missverstehen diese Vorschrift als Befugnis, alle medizinischen Maßnahmen, die sich hinter den für sie grundsätzlich berechnungsfähigen Gebühren verbergen, auch durchführen und berechnen zu können. Diese Interpretation ist jedoch falsch: § 6 Abs. 2 GOZ erweitert nicht die berufsrechtlichen Kompetenzen eines Zahnarztes. Fehlt ein Bezug zu Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, kann natürlich auch keine GOÄ-Nr. berechnet werden. Daran ändert auch § 6 Abs. 2 GOZ nichts.

Die Leistungsbeschreibungen der geöffneten Gebühren in der GOÄ offenbaren, dass in der Aufzählung in § 6 Abs. 2 GOZ keine sinnvolle und differenzierte Zuordnung zum zahnärztlichen Fachgebiet stattgefunden hat, sondern vielmehr ganze Abschnitte und Kapitel aus der GOÄ pauschal und unreflektiert in Bezug genommen wurden. Ein gutes Beispiel für diese These ist der für Zahnärzte geöffnete Abschnitt B I der GOÄ („Allgemeine Beratungen und Untersuchungen“). Beratungsleistungen sind in der GOZ nicht geregelt. Leistungen nach den GOÄ-Nrn. 1 (Beratung, auch telefonisch) und 3 (eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung, auch mittels Fernsprecher) dürfen Zahnärzte daher berechnen, sofern sie über Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten beraten. Dass aber auch die GOÄ-Nr. 11 (Digitaluntersuchung Mastdarm/Prostata), die GOÄ-Nr. 33 (Diabetiker-Einzelschulung) oder die GOÄ-Nr. 360 (Kontrastmitteleinbringung mittels Herzkatheter, Herzkranzgefäß, je Sitzung) in § 6 Abs. 2 GOZ aufgeführt sind, entspringt keiner Logik oder Systematik, sondern ist schlicht eine Nachlässigkeit des Ordnungsgebers. Jedenfalls dürfen Zahnärzte diese Leistungen nicht erbringen. Jede andere Interpretation verstieße gegen die Vorgaben der Ermächtigungsgrundlage des § 15 ZHG, die der Bundesregierung lediglich erlaubt, die Entgelte für zahnärztliche Tätigkeiten zu regeln, nicht aber die Grenzen der zahnärztlichen Tätigkeit zu erweitern.

Es gibt aber auch Fälle, in denen die anatomische Abgrenzung zum zahnmedizinischen Fachgebiet

nicht so eindeutig ist. So ist z. B. die GOÄ-Nr. 1520 (Exstirpation der Unterkiefer- und/oder Unterzungenspeicheldrüse(n)) für den Zahnarzt berechnungsfähig. Die Speicheldrüsen gehören zwar mittelbar in den Behandlungsbereich des Zahnarztes, beispielsweise können Speichelsteine im Ausführungsgang der Unterkieferdrüse den Speichelfluss behindern, was in vielen Fällen im Rahmen von regelmäßigen Kontrolluntersuchungen von einem Zahnarzt diagnostiziert wird. Die operative Entfernung (z. B. aufgrund eines großen Speichelsteines) der Kopfspeicheldrüsen gehört jedoch in den Fachbereich der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde oder der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und darf nicht von einem Zahnarzt durchgeführt werden.

Dass die für den Zahnarzt geöffneten Abschnitte der GOÄ keiner sinnvollen Systematik folgen, zeigt sich auch darin, dass einzelne Leistungen, die heute zum zahnärztlichen Leistungsspektrum gehören, für den Zahnarzt nach der GOÄ nicht berechnet werden können. Beispiel: Lachgasbehandlung – diese Leistung darf ein Zahnarzt bei enger Indikationsstellung unter Berücksichtigung der Vorgaben der einschlägigen Fachgesellschaften erbringen.¹ Dennoch ist die GOÄ-Nr. 450 (Rauschnarkose – auch mit Lachgas) – wie der gesamte Abschnitt D der GOÄ – für den Zahnarzt nicht geöffnet.

Beispiele für nicht berechnungsfähige (fachfremde) Leistungen aus der GOÄ

- **GOÄ-Nr. 7** (Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege))

Grund: Diese Leistung ist für einen Zahnarzt nicht berechnungsfähig. Sämtliche o. g. Organsysteme gehören nicht zum Fachbereich des Zahnarztes.

- **GOÄ-Nr. 8** (Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus, gegebenenfalls einschließlich Dokumentation)

Grund: Der Ganzkörperstatus ist die Untersuchung der Haut, der sichtbaren Schleimhäute, der Brust- und Bauchorgane, der Stütz- und Bewegungsorgane sowie eine orientierende

neurologische Untersuchung. Der Mediziner führt diese Untersuchung durch, um sich einen Eindruck über den allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten zu verschaffen. Analog dazu steht dem Zahnarzt für sein Gebiet die GOZ-Nr. 0010 (Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes) zur Verfügung, sodass es eines Zugriffs auf die GOÄ-Nr. 8 nicht bedarf.

- **GOÄ-Nr. 15** (Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken)

Grund: Schon die Begründung der Bundesregierung zur vierten Änderungsverordnung zur GOÄ vom 18. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1861 ff.) zeigt, dass die GOÄ-Nr. 15 nicht für Zahnärzte geöffnet sein soll. In dieser heißt es: „Die Gebührenordnungsnummer 15 soll eine adäquate Honorierung der hausärztlichen Koordinierungsfunktionen im Rahmen der ambulanten Erkrankung chronisch Kranker sicherstellen (Gespräche mit anderen behandelnden Ärzten, Vor- und Nachbereitung von Krankenhausaufenthalten, regelmäßige Überprüfung der Medikation, Kontakte zu sozialen Einrichtungen oder Versicherungsträgern)“.

Zwar sind chronische Erkrankungen auch in der Zahnmedizin – vor allem in der Anamnese – bedeutsam, weil sie etwa bei der Medikamentengabe zwingend zu berücksichtigen sind. Auch können sich Nebensymptome einer chronischen Haupterkrankung zu einer Erkrankung im Zahn-, Mund- und Kieferbereich manifestieren. Häufigste chronische Krankheiten sind Diabetes mellitus, Krankheiten aus dem rheumatischen Formenkreis und der Zustand nach Apoplex. Diese Krankheiten behandelt aber nicht der Zahnarzt, sondern der jeweilige Haus- oder Facharzt. Daher darf der Zahnarzt diese auch nicht mit der GOÄ-Nr. 15 berechnen. Originär zahnmedizinisch-chronische Erkrankungen wie etwa die Parodontose rechtfertigen ebenfalls nicht die Berechnung der GOÄ-Nr. 15, da die GOZ alle in diesem Zusammenhang stehenden Behandlungsmaßnahmen mit spezifischen GOZ-Nrn. abdeckt. Sollte die parodontale Erkrankung im Zusammenhang mit einer anderen systemischen Erkrankung stehen, muss der Patient ohnehin zur Weiterbehandlung einen Haus- oder Facharzt aufsuchen.

1) Diese verlangen, dass besondere Anforderungen hinsichtlich der personellen und technischen Ausstattung erfüllt werden. Eine Facharztausbildung sei zwar z. B. nach European Academy of Dentists (1997), Council of European Dentists (CED) 2011 und NICE Guidelines (2010) nicht notwendig, die Anwendung erfordere aber ein spezielles Training, also eine Aus- und periodische Weiterbildung (vgl. Einsatz von Lachgas zur minimalen Sedierung von Kindern in der Zahnheilkunde, Gemeinsame wissenschaftliche Mitteilung des wissenschaftlichen Arbeitskreises Kinderanästhesie der DGAI und des interdisziplinären Arbeitskreises Zahnärztliche Anästhesie von DGAI, BDA, DGKiZ und DGZMK, 2013).

- **GOÄ-Nr. 34** (Erörterung (Dauer mindestens 20 Minuten) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung – gegebenenfalls einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken –, einschließlich Beratung – gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen)

Grund: Nachhaltig lebensverändernde Erkrankungen sind z.B. Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Diabetes mellitus und Asthma bronchiale. Unter lebensbedrohenden Erkrankungen versteht man alle bösartigen Erkrankungen beispielsweise Karzinome und schwere systemische Erkrankungen wie Morbus Hodgkin oder AIDS (vgl. Brück, Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte, 3. Aufl., Stand: 1. Juni 2013, GOÄ-Nr. 34, Rn. 3). Diese Voraussetzungen zur Erfüllung des Leistungsinhaltes sind im zahnmedizinischen Bereich eindeutig nicht gegeben.

Welche Arzneimittel darf ein Zahnarzt verschreiben?

Mit der Frage, welche ärztlichen Leistungen Zahnärzte erbringen dürfen, geht die Frage einher, welche Arzneimittel Zahnärzte verschreiben dürfen. Die Verschreibungsfähigkeit durch Zahnärzte wird durch die zahnärztliche Approbation normiert. Maßgeblich ist erneut das ZHG mit seiner räumlichen Eingrenzung auf die Feststellung und Behandlung von Krankheiten aus dem Zahn-, Mund- und Kieferbereich. Der Zahnarzt darf insoweit Analgetika, Lokalanästhetika und Antibiotika verschreiben. Humanarzneimittel, die nicht zur Behandlung oder Vorbeugung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten verschrieben werden, überschreiten jedoch den durch die zahnärztliche Approbation gedeckten und definierten Bereich der Zahnheilkunde. Daher darf der Zahnarzt beispielsweise kein orales Kontrazeptivum („Antibaby-Pille“) verordnen (so auch Arzneimittelkommission der Bundes-Zahnärztekammer (AKZ), ZM 98, Nr. 7, 1. April 2008).

Welche Vorschriften gelten für Zahnärzte mit einer Heilpraktikererlaubnis?

Nach § 1 Abs. 2 Heilpraktikergesetz (HeilprakG) ist „Ausübung der Heilkunde“ jede berufsmäßig oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen.

Wer Heilkunde ausüben will, bedarf einer behördlichen Erlaubnis, derjenige, der ohne diese tätig wird, macht sich strafbar (§ 5 HeilprakG). Ausgenommen von dieser Erlaubnispflicht sind lediglich approbierte Ärzte. Auch der Zahnarzt, der ebenfalls Heilkunde am Menschen ausübt, braucht für eine Tätigkeit in seinem angestammten Bereich keine Heilpraktikererlaubnis. Denn § 6 Abs. 1 HeilprakG nimmt die Ausübung der Zahnheilkunde von den Bestimmungen aus.

Übt der Zahnarzt dagegen eine die Zahnheilkunde überschreitende heilkundliche Tätigkeit aus, bedarf er der Erlaubnis nach dem HeilprakG (vgl. OVG NRW, Urteil vom 13. August 1998, Az.: 13 A 1781/96; Richtlinie zur Durchführung des Heilpraktikergesetzers, RdErl. d. Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW). Der Zahnarzt darf also jenseits seiner zahnärztlichen Approbation heilkundlich tätig sein, sofern er im Besitz eine Erlaubnis nach dem HeilprakG ist. Nach allgemeiner, weit überwiegender Auffassung sind Heilpraktiker-Eigenschaft und ärztliche Approbation allerdings miteinander unvereinbar.

Im Gegensatz zur zahnärztlichen Spezialisierung ist der Heilpraktiker keine zahnärztliche Zusatzqualifikation, sondern ein eigenständiger Beruf. Voraussetzung ist, dass der Zahnarzt die sog. „amtsärztliche Heilpraktikerprüfung“ erfolgreich absolviert (§ 1 Abs. 1 HeilprakG). Entscheidender Unterschied zu einer zahnärztlichen Tätigkeit ist, dass sich das Spektrum eines Heilpraktikers über Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich erstreckt. Als sogenannte ganzheitliche naturheilkundliche Behandlungen mit Bezug zum Mund, Zahn und Kiefer werden beispielsweise homöopathische Begleitbehandlungen einer Nierenausscheidungsschwäche bei Amalgamentgiftung, eine Symbiosebehandlung des Darms bei Parodontitisbehandlung, eine Gesprächstherapie bei Bruxismus oder allgemeine stimulierende Maßnahmen mit dem Ziel der körperlichen Toleranz wurzelbehandelter Zähne angeboten (OVG NRW, Urteil vom 13. August 1998, Az.: 13 A 1781/96).

Dem Zahnarzt ist es aber berufsrechtlich untersagt, als Zahnarzt und Heilpraktiker in einer Zahnarztpraxis komplementär ganzheitlich zu diagnostizieren und zu therapieren. Sämtliche Kammengesetze verlangen eine räumliche und sachliche Trennung beider Tätigkeiten (vgl. § 9 Abs. 4 MBO-Z).

Im Einklang mit dieser Trennung muss auch die Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen und der Heilpraktikerleistungen getrennt erfolgen (vgl. BGH, Urteil vom 29. Mai 2008, Az.: I ZR 75/05). Heilpraktikerleistungen stellen keine

beruflichen Leistungen eines Zahnarztes dar und dürfen daher weder nach der GOZ noch nach der GOÄ berechnet werden. Das GebüH (Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker) wird in der Praxis häufig als Abrechnungsgrundlage zugrunde gelegt, auch wenn dieses Verzeichnis keine amtliche Taxe darstellt. Die Bundesbeihilfavorschriften sehen Obergrenzen für die Vergütung von Heilpraktikerleistungen vor, die natürlich auch Einfluss auf das Abrechnungsverhalten gegenüber privat Versicherten haben. Der Patient sollte jedenfalls – insbesondere bei Abweichungen vom GebüH oder bei Beihilfeberechtigten von den einschlägigen Vorschriften der Bundesbeihilfe – im Vorfeld der Behandlung über die zu erwartenden Kosten aufgeklärt werden.

Ganzheitliche Zahnmedizin

Von Heilpraktikerleistungen sind Leistungen der ganzheitlichen Zahnmedizin zu unterscheiden. Eine Praxis beispielsweise unter der Bezeichnung „Praxis für Ganzheitliche Zahnheilkunde“ zu führen, ist nach der Rechtsprechung des OLG Hamm rechtlich zulässig, weil dies dem Patienten einen sinnvollen Hinweis gebe (OLG Hamm, Urteil vom 14. September 2000, Az.: 4 U 57/00). Leistungen der ganzheitlichen Zahnmedizin stellen berufliche Leistungen eines Zahnarztes dar, die auf Grundlage der GOZ (bzw. ausnahmsweise der GOÄ) berechnet werden müssen. Ein Zahnarzt darf allerdings gemäß § 1 Abs. 2 Satz GOZ Vergütungen grundsätzlich nur für solche Leistungen berechnen, die für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich sind. Darüber hinausgehende Leistungen darf er nur dann berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ). Diese werden daher auch als „Verlangensleistungen“ bezeichnet. Diese Verlangensleistungen müssen in einem vor Erbringung der Leistungen erstellten Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden (vgl. § 2 Abs. 3 Satz 1 GOZ). Da Therapien der ganzheitlichen Zahnmedizin in der Regel die Anforderungen an die evidenzbasierte Zahnmedizin, deren patientenrelevanter Nutzen in angemessenen wissenschaftlichen Studien nachgewiesen sein muss, nicht erfüllen, ist die medizinische Notwendigkeit solcher Behandlungsansätze jedenfalls zweifelhaft. Zwar dürfen auch zahnmedizinisch nicht hinreichend belegte Maßnahmen – nach entsprechender Risikoauflklärung – erbracht werden, der Krankenversicherer muss für diese Leistungen aber regelmäßig nicht eintreten, da zum Schutze und im Interesse der Versichertengemeinschaft der Krankenversicherer nur zur Erstattung von

in Studien nachgewiesenen wirksamen und qualitätsgesicherten Verfahren verpflichtet ist. Ausnahmsweise muss der Versicherer dem Grunde nach auch Leistungen für Maßnahmen der alternativen Medizin erbringen, wenn diese sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben wie die Methoden der Schulmedizin oder keinerlei Erfolg versprechende Heilmethoden der Schulmedizin zur Verfügung stehen (vgl. § 4 Abs. 6 MB/KK). Die Gleichwertigkeit der Alternativmedizin bzw. der ganzheitlichen Medizin muss der Versicherte darlegen. Die zweite Alternative, dass keine Erfolg versprechende Methoden der Schulmedizin mehr bestehen, der Patient gleichsam schulmedizinisch „austherapiert“ ist, wird in der Zahnmedizin ganz selten anzutreffen sein.

Leistungen der ganzheitlichen oder alternativen Zahnmedizin müssen folglich im Regelfall als Verlangensleistung i. S. d. § 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ, d. h. als Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, gekennzeichnet und berechnet werden. Der Zahnarzt hat den Patienten gemäß § 2 Abs. 3 Satz 2 GOZ auch über die wirtschaftlichen Folgen der Verlangensleistung aufzuklären, nämlich dass eine Erstattung durch den Beihilfekostenträger bzw. die Private Krankenversicherung möglicherweise nicht gewährleistet ist (wirtschaftliche Aufklärungspflicht). Sämtliche Verlangensleistungen einschließlich der Vergütung müssen vor ihrer Erbringung in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden. Dies dient dem Schutz der Entschließungsfreiheit des Patienten und ist eine zwingende Formvorschrift. Eine Verletzung führt zum Verlust des zahnärztlichen Honorars.

Fazit

Das Spektrum des zahnärztlichen Behandlungsgebietes ist durch das Zahnheilkundengesetz klar definiert. Eine zusätzliche Qualifikation als Heilpraktiker berechtigt den Zahnarzt nicht zu einer uneingeschränkten Ausdehnung des Behandlungsgebietes auf den ganzen Körper. Dabei muss er beachten, dass er die Heilpraktikerleistungen nicht nach der GOZ abrechnen darf und sie in einer getrennten Rechnung aufführt. Der Zahnarzt, der zugleich Heilpraktiker ist, ist also nicht berechtigt, operative Eingriffe durchzuführen, die über den Zahn-, Mund- und Kieferbereich hinausgehen. Einzig der doppelapprobierte Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg ist unter Beachtung der Weiterbildungsordnung seiner zuständigen Ärztekammer berechtigt, ärztliche und zahnärztliche Leistungen zu erbringen.

Auslegungsfragen der GOZ 2012



In dieser Ausgabe widmet sich der PKV-Verband dem Thema **Analogberechnungen und „selbstständige Leistungen“** – eine Kommentierung des § 6 GOZ

Einleitung

§ 6 Abs. 1 GOZ regelt die Voraussetzungen, wann eine nicht im Gebührenverzeichnis aufgenommene selbstständige Leistung nach den Vorschriften der GOZ berechnet werden kann. Die Regelung entspricht § 6 Abs. 2 GOÄ und stellt durch die gegen den Widerstand der PKV vorgenommene Änderung des § 6 Abs. 2 GOZ alt (jetzt § 6 Abs. 1 GOZ neu) – den Wegfall der Stichtagsregelung – eine wesentliche Änderung in der GOZ 2012 dar. Konnte man früher nur diejenigen Leistungen analog berechnen, die erst nach Inkrafttreten der GOZ aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt wurden, kann man heute alle nicht in der GOZ bzw. GOÄ beschriebenen selbstständigen Leistungen berechnen. Dies hat zu einer deutlichen Entwicklung und Zunahme im Bereich der analogen Berechnung geführt. Daher haben mittlerweile viele zahnärztliche Interessenvertreter (z. B. Fachgesellschaften, Kammern und diverse Kommentatoren) ihre eigenen, meist umfangreichen Listen mit analogfähigen Leistungen veröffentlicht.

Rechtsrelevanz kommt diesen Listen nicht zu, vielmehr stellen sie sich als reine Meinungsäußerungen dar. Ein größeres Gewicht oder eine Deutungshoheit gegenüber Kommentierungen anderer Interessenvertretungen, wie z. B. der „Kommentierung praxisrelevanter Analognummern“ des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V., kommt ihnen nicht zu. Die entscheidende Kompetenz, die GOZ rechtsverbindlich auszulegen, haben nur (Bundes-) Gerichte. Um Rechtsunsicherheiten im partnerschaftlichen Miteinander nach der Novellierung der GOZ zu beseitigen, haben die Bundeszahnärztekammer, der Verband der Privaten Krankenversicherung und

die Beihilfestellen von Bund und Ländern im Jahr 2013 die Einrichtung eines Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen vereinbart. Die von diesem Gremium konsentierten Beschlüsse über die analoge Berechnungsfähigkeit einer bestimmten Leistung haben zwar keine Rechtsverbindlichkeit, dennoch haben diese in der Praxis ein besonderes Gewicht und finden auch in gerichtlichen Verfahren Beachtung, da sie einen Konsens aller beteiligten (Gegen-)Parteien darstellen.

§ 6 Abs. 2 GOZ ergänzt die GOZ durch Leistungen, die der Zahnarzt nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbringen darf.

Voraussetzungen für die Analogberechnung nach GOZ/GOÄ (§ 6 Absatz 1 GOZ)

• Keine Aufnahme im Gebührenverzeichnis

Voraussetzung für eine Analogberechnung ist zunächst, dass die Leistung keine Aufnahme in das Gebührenverzeichnis gefunden hat, zudem muss die Regelungslücke planwidrig sein. Aufgrund des Wegfalles der Stichtagsregelung gilt dies auch für Leistungen, die schon vor dem Zeitpunkt des Erlasses der Gebührenordnung bekannt waren.

• Selbstständige zahnärztliche Leistung und wissenschaftliche Anerkennung

Sollte eine Leistung nicht in der GOZ zu finden sein, bedeutet das nicht zwangsläufig, dass die Leistung analog berechnet werden kann, es muss vielmehr besonders sorgfältig geprüft werden, ob die Leistung nicht bereits einen Teilschritt einer anderen Leistung (Zielleistungsprinzip) oder eine

abweichende Modalität bzw. besondere Ausführung darstellt. Eine Analogie gemäß § 6 Abs. 1 setzt nämlich voraus, dass es sich um eine selbstständige zahnärztliche Leistung handelt. Diese liegt nach § 4 Abs. 1 Satz 2 insbesondere nicht vor, wenn sie Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung ist (siehe § 4 Abs. 3). Eine Analogberechnung für Leistungen, die sich lediglich durch einen besonderen Zeitaufwand, einen besonderen Schwierigkeitsgrad oder besondere Umstände bei der Leistungsausführung von den bestehenden GOZ-Leistungen unterscheiden, kommt nicht in Betracht. Diesen Umständen ist vielmehr durch entsprechende Anpassung des Steigerungsfaktors nach § 5 Abs. 2 Rechnung zu tragen.

Bei wissenschaftlich nicht anerkannten Leistungen ist insbesondere die zahnmedizinische Notwendigkeit nach § 1 Abs. 2 GOZ zu beachten. Nur für tatsächlich medizinisch notwendige Maßnahmen darf der Arzt grundsätzlich eine Vergütung und der Privatversicherte Ersatz der Aufwendungen von seinem Versicherer verlangen.

Häufig herrscht bei den Zahnärzten die Meinung vor, dass der behandelnde Zahnarzt zu entscheiden habe, ob die Behandlung medizinisch notwendig ist. Diese Auffassung ist nicht richtig. Mit dem Thema hat sich der Bundesgerichtshof in mehreren Urteilen beschäftigt und zusammenfassend festgestellt, dass es nicht auf die subjektive Sicht des (Zahn)Arztes ankomme, es sei vielmehr ein objektiver Maßstab anzulegen. Das ist ständige Rechtsprechung des BGH, vgl. BGH, Urteil vom 10. Juli 1996 – IV ZR 133/95–, BGHZ 133, 208-219; BGH, Urteil vom 21. September 2005 – IV ZR 113/04 –, BGHZ 164, 122-132 (siehe Beilage zu PKV Publik 3/2013). Die Private Krankenversicherung muss nicht für experimentelle (und regelmäßig kostenintensive) Methoden aufkommen, wenn bewährte und nutzenbelegte Standardtherapien zur Verfügung stehen.

Nicht zuletzt dürfen komplizierte Formulierungen der Analogleistungen darüber hinwegtäuschen, dass es sich um eine ganz „banale“ und bekannte zahnärztliche Leistung handelt:

Beispiel: Die „Entfernung aller Sharpey`schen Fasern + Ligaments bei einer Extraktion und anschließender Implantation“ ist eine gebräuchliche Analogberechnung, die auf Rechnungen zusätzlich zu den Extraktions- und Osteotomie-Leistungen zu finden ist. Jedoch handelt es sich bei den „Sharpey`schen Fasern und Ligament“ um Bestandteile des Zahnhalteapparates, die bei der schrittweisen Luxation und Rotation im Rahmen einer vorschriftsmäßigen Extraktion (z.B. GOZ-Nr. 3000) zwangsläufig immer mit entfernt werden. Derartige

semantische Verschleierungen verstoßen gegen den Grundsatz des § 10 Abs. 4 GOZ. Solche Beschreibungen sind für den Zahlungspflichtigen alles andere als „verständlich“ im Sinne der gesetzlichen Regelung, sondern vielmehr irreführend.

• Gleichwertigkeit der Leistung, Wahl der angemessenen Analoggebühr

Die tatsächlich erbrachte Leistung muss entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung berechnet werden, wobei alle drei Kriterien gegeben sein müssen. Diese Bindung an sachlich nachvollziehbare Kriterien erleichtert nicht zuletzt die rechtliche Nachprüfung, der die Entscheidung des Arztes uneingeschränkt unterliegt. Nach dem eindeutigen Wortlaut ist auf die Gleichwertigkeit und nicht die Gleichartigkeit abzustellen.

Durch das Beurteilungskriterium der Gleichwertigkeit nach ihrer Art wird eine Vergleichbarkeit des Behandlungszieles oder des Behandlungsablaufes verlangt. Es können sowohl äußere als auch innere Leistungsmerkmale herangezogen werden. Als äußere Leistungsmerkmale kommen insbesondere vergleichbare Untersuchungsmaterialien oder Untersuchungstechniken in Betracht. Inneres Leistungsmerkmal kann der leistungsspezifische Schwierigkeitsgrad sein.

Der Kostenaufwand betrifft die tatsächlich anfallenden Kosten der Leistungserbringung, wobei insbesondere die nach § 4 Abs. 3 mit den Gebühren abgegoltenen Kosten (Praxiskosten einschließlich Sprechstundenbedarf, Füllungsmaterial, Kosten für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten sowie Lagerhaltung) zu berücksichtigen sind. Auch die Erforderlichkeit des Einsatzes eines speziellen Instrumentariums kann Einfluss haben. Letztlich soll der Zeitaufwand für die in der GOZ nicht enthaltene Leistung vergleichbar mit dem für die analog herangezogene Leistung sein.

Oft werden diese Kriterien jedoch nicht eingehalten, vielmehr erfolgt eine willkürliche Auswahl der Analoggebühr. Besonders beliebt ist der Ansatz von Komplexleistungen (z.B. 9100) und Kernpositionen (GOZ-Nrn. 6030 bis 6080), weil sie hoch bewertet sind. Ein solcher Ansatz ist unter Berücksichtigung insbesondere der Kriterien der Art und des Zeitaufwandes in den meisten Fällen fehlerhaft und unangemessen:

Beispiel: GOZ-Nr. 6040 analog für die computergestützte Kondylenpositionsanalyse (KPA)

Bei der KPA handelt es sich um ein Messverfahren zur dreidimensionalen Erfassung der Unterkieferposition in verschiedenen Zuständen. Mit der GOZ-Nr. 6040

(Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, mittlerer Umfang) werden eine Vielzahl kieferorthopädischer Maßnahmen berechnet, die innerhalb eines Zeitraums bis zu 4 Jahren anfallen. Hier wird also eine punktuelle funktionsanalytische Maßnahme mit einer mehrere Jahre dauernden kieferorthopädischen Komplexmaßnahme verglichen, die Missachtung der Anwendung aller Kriterien des § 6 Absatz 1 wird besonders deutlich.

- Berechnung nach der GOÄ

§ 6 Abs. 1 GOZ ist zu entnehmen, dass vorrangig eine gleichwertige Leistung aus der Gebührenordnung für Zahnärzte zur Analogberechnung heranzuziehen ist. Erst wenn eine den Kriterien des § 6 Absatz 1 GOZ entsprechende Leistung nicht in der GOZ zu finden ist, kann eine Leistung aus den gemäß § 6 Abs. 2 GOZ geöffneten Abschnitten der Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils geltenden Fassung analog berechnet werden.

- „Vererben“ der Rahmenbedingungen (Online-Artikel Nr. 4 /Oktober 2015)

Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet, hat dies zur Folge, dass der Gebührenrahmen nebst sämtlichen weiteren gebührenrechtlichen Vorgaben, die der zur analogen Berechnung herangezogenen Gebührenposition aus dem Gebührenverzeichnis zugeordnet sind, auch für die tatsächlich erbrachte und analog berechnete Leistung gilt (vgl. VG Ansbach, 26. Januar 2011, Az.: AN 15 K 08.02057; Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt 104, Heft 10 vom 9. März 2007, Seite A-680; Hoffmann, Kommentar, Gebührenordnung für Ärzte, 3. Auflage 2013, § 6 Rn. 2, S. 8/5; Miebach, in: Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, 3. Auflage 2006, § 6 GOÄ Rn. 12, Satz 89). Dies betrifft die Berechnungsweise (z.B. „je Sitzung“), Abrechnungsbestimmungen, Allgemeine Bestimmungen und Zuschlagsregelungen etc. Auch systematische Gründe sprechen für diese „Vererbung“, schließlich soll eine „nach Art gleichwertige“, also wesensverwandte Gebührenposition analog herangezogen werden. In Übrigen ist dies auch in praktischer Hinsicht unabkömmlich, da andernfalls die Rechnungsstellung bei Analogabgriffen willkürlich verlief (s.o.).

Beispiel: Eine häufige anerkannte Analogberechnung ist die GOZ-Nr. 0070 analog für die Anwendung des Periotests. Genauso wie die originäre Leistung – nämlich die Vitalitätsprüfung – muss die Analoggebühr „je Sitzung“ berechnet werden und nicht etwa „je Zahn“, wie man es in der Praxis immer wieder sieht.

Diese Sichtweise wurde jüngst in dem Urteil des Oberlandesgerichts Nürnberg (Az. 8 U 2650/14)

vom 18.4.2016 bestätigt: „[...] Die Tatsache, dass die Ziffer 5855 nur analog angewendet wird, führt entgegen der im Schriftsatz vom 30.03.2016 vertieften Rechtsauffassung der Klägerin nicht dazu, dass die Beschränkung des § 5 Abs. 3 GOÄ nicht gelten würde [...]. Die analoge Anwendung beruht nach § 6 Abs. 2 GOÄ auf einer Gleichwertigkeit nach Art-, Kosten- und Zeitaufwand, sodass kein Grund vorhanden ist, Beschränkungen der analog angewandten Ziffer nicht zu übertragen [...]. In der Literatur wird deshalb zutreffend davon gesprochen, dass eine analoge Abrechnungsziffer die Einschränkungen der Original-Leistungsposition „erbt“ [...].“

- Darstellung in der Rechnung

Zwingende Voraussetzung für die Fälligkeit einer Vergütung einer analog berechneten Gebührenziffer ist die Erstellung einer gemäß § 10 Abs. 1 i.V.m. § 10 Abs. 4 entsprechenden Rechnung. Nach § 10 Abs. 4 hat die Rechnung zwingend vier Angaben zu enthalten: Erforderlich ist, dass die entsprechend bewertete Leistung verständlich für den Zahlungspflichtigen beschrieben wird. Zudem muss die Leistung in der Rechnung mit dem Hinweis „entsprechend“ gekennzeichnet werden. Die Nummer und die Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung müssen ebenfalls angegeben werden.

Darüber hinaus muss der angegebenen vierstelligen Gebührenziffer ein „a“ angehängt werden, um die Leistung als Analogposition kenntlich zu machen. Zwar ergibt sich diese Voraussetzung nicht aus § 10 Abs. 4, jedoch ist dies der Anlage 2 zur GOZ – dem „Liquidationsvordruck“ (oft auch als Rechnungsformular bezeichnet) – zu entnehmen. Dieses wurde am 2. Juli 2012 im Bundesanzeiger veröffentlicht und ist als Anlage 2 zur GOZ rechtlicher Bestandteil der Verordnung. Dem Rechnungsformular ist zu entnehmen, dass hinter der gewählten Gebührennummer ein „a“ anzuhängen ist, also GOZ-Nr. XXXXa. In der Praxis wird diese Vorschrift nicht immer beachtet, was zu einem erhöhten Prüfungsaufwand bei den kostenerstattenden Stellen führt. Ein großes „A“ oder andere Kennzeichnungen bzw. das Weglassen führen zur Nichtlesbarkeit der Analogposition und erfordern aufwendige manuelle Nachbearbeitungen. Die Großschreibung ist daher zu vermeiden, ebenso wie eine andere Kennzeichnung. Der Buchstabe ersetzt aber keineswegs die Pflicht im Leistungstext den Begriff „entsprechend“ auszuführen (§ 10 Abs. 4).

Es soll an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass eine Rechnung, die diesen Kriterien, insbesondere dem Rechnungsformular nicht genügt, nicht fällig wird; der Zahlungspflichtige kann

somit nicht zur Zahlung des Honorars verpflichtet werden. Eine gegen das Rechnungsformular angestrenzte Klage hat das Verwaltungsgericht Köln (Urteil vom 3.11.2015, Az.: 7 K 3279/13) abgewiesen und entschieden, dass § 10 Abs. 1 GOZ rechtmäßig ist, wonach die Fälligkeit der Vergütung von der Verwendung eines bestimmten Rechnungsformulars abhängig ist. Das Formular diene der Aufwandsminimierung und Beschleunigung im Erstattungsverfahren und somit sowohl den Interessen der Patienten als auch der Zahnärzte.

• Keine abweichende Vereinbarung statt Analogberechnung

Für eine nicht im Gebührenverzeichnis enthaltene Leistung kann – ohne Anwendung des § 6 Abs. 1 – nicht einfach in einer abweichenden Vereinbarung eine bestimmte Vergütung vereinbart werden. Mit der Honorarvereinbarung kann nur der Multiplikator (Steigerungsfaktor) verändert werden, ansonsten sind die Vorgaben des § 6 Abs. 1 zwingend und stehen nicht zur Disposition der Vertragsparteien. Sowohl im Gebührenverzeichnis enthaltene als auch nicht enthaltene Leistungen sind nach der GOZ abzurechnen.

Geöffnete Abschnitte in der GOÄ (§ 6 Absatz 2)

• Umfang der Öffnung

§ 6 Abs. 2 ist zu entnehmen, dass Zahnärzte lediglich Leistungen aus den genannten Abschnitten und Unterabschnitten oder einzelne Gebührenpositionen nach Vergütungsregelungen der GOÄ abrechnen dürfen. Die Aufzählung ist abschließend, ein Rückgriff auf nicht aufgezählte Leistungen ist dem Zahnarzt verwehrt. Aus dem Verweis auf vollständige Abschnitte der GOÄ folgt jedoch nicht, dass der Zahnarzt jede aufgeführte Leistung erbringen darf, vielmehr wurde diese Aufzählung aus Zweckmäßigkeitsgründen gewählt. § 6 Abs. 2 stellt keine Erweiterung der berufsrechtlichen Kompetenzen eines Zahnarztes dar. Vielmehr muss die Erbringung der jeweiligen Leistung berufsrechtlich erlaubt sein, d.h. es muss sich um die berufsmäßige auf zahnärztlich wissenschaftliche Erkenntnisse gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach § 1 Abs. 3 ZHK handeln. Nach der Gesetzesbegründung handelt es sich um eine „gleitende Verweisung“ auf die GOÄ, sodass die GOÄ in der jeweils geltenden Fassung Anwendung findet.

• Subsidiarität

Voraussetzung für eine Berechnung nach der GOÄ ist darüber hinaus, dass die zu berechnende Leistung nicht als selbstständige Leistung oder als Teil einer anderen Leistung in der GOZ enthalten ist (s.o.). Beispielsweise kann für das Aufbereiten eines Wurzelkanals nicht auf die GOÄ-Nrn. 321, 370, 5260 zurückgegriffen werden, da diese Leistung durch die speziellere GOZ-Nr. 2410 beschrieben wird. Dies entspricht der in § 6 Abs. 1 Satz 2 getroffenen Regelung hinsichtlich der Reihenfolge bei der Wahl des Gebührenverzeichnisses (1. Priorität GOZ).

Auswirkungen hat dies insbesondere aufgrund des höheren Punktwerts in der GOÄ – 5,82873 Cent (§ 5 Abs. 1 Satz 3 GOÄ) statt 5,62421 Cent (§ 5 Abs. 1 Satz 3 GOZ) –, der abweichenden Bestimmungen zum Auslagenersatz nach § 10 GOÄ sowie des in § 5 Abs. 2 GOÄ geregelten kleineren Gebührenrahmens für die Abschnitte A, E, M und O in der GOÄ.

• Mund-Kiefer-Gesichtschirurger

Ein Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie muss nach dem Berufsrecht sowohl ärztlich als auch zahnärztlich ausgebildet sein. Demnach kann er auf alle Abschnitte der GOÄ und der GOZ zugreifen, d. h. die Beschränkungen auf bestimmte Abschnitte der GOÄ, die der Zahnarzt zu beachten hat (§ 6 Abs. 2 GOZ), gelten für diesen grundsätzlich nicht.

Erbringt der Facharzt jedoch Leistungen, die in der GOZ aufgeführt sind, hat er diese nach § 6 Abs. 1 GOÄ über die GOZ abzurechnen. Ist die durchgeführte Leistung sowohl in einer Gebührenposition der GOZ als auch in einer der GOÄ erfasst, hat er nicht etwa die Wahl zwischen den beiden Gebührenordnungen, sondern ist gemäß § 6 Abs. 1 GOÄ verpflichtet, nach der GOZ abzurechnen. Dabei kommt es nicht darauf an, ob er originär zahnärztliche Leistungen (z. B. Füllungen oder Wurzelkanalbehandlungen) erbringt oder aber kieferchirurgisch tätig wird. Sind die kieferchirurgischen Leistungen in der GOZ abgebildet, hat der MKG-Chirurg für die Abrechnung die GOZ zugrunde zu legen.

Selbstverständlich ist die GOÄ mit Ausnahme der in § 6 Abs. 2 GOZ aufgeführten geöffneten Abschnitte erst recht versperrt für solche Leistungserbringer, die nur zahnärztlich approbiert sind, selbst wenn sie überwiegend kiefer- oder oralchirurgisch tätig sind.

Definition der Begriffe „selbstständige Leistung“ und „Zielleistungsprinzip“

Besonders bei der Anwendung der §§ 4 und 6 der GOZ spielt der Begriff der „selbstständigen Leistung“ eine zentrale Rolle. Dass Leistungserbringer und Kostenerstatter den Begriff häufig unterschiedlich interpretieren, führt auf der einen Seite bei (Nicht-) Erstattungsbescheiden zu Verwirrungen und Unverständnis beim Patienten und auf der anderen Seite zu Schwierigkeiten bei den Rechnungsprüfungen und Abgrenzungen der vom Zahnarzt erbrachten Leistungsinhalte durch die Sachbearbeiter bei den Privaten Krankenversicherungen. Um Missverständnissen vorzubeugen, scheint eine Definition der Begriffe sinnvoll.

Grundlage ist die in der Gebührenordnung für Zahnärzte in § 4 Absatz 2 selbst verankerte Definition des Begriffes „selbstständige Leistung“: „Der Zahnarzt kann Gebühren nur für selbstständige zahnärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Zahnarzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet.“

Die Leistung darf also nicht berechnet werden, wenn sie Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen bereits berechneten Leistung ist. Der Ordnungsgeber verfolgt damit das Ziel, Doppelberechnungen oder Mehrfachberechnungen aus sich überschneidenden Leistungsinhalten auszuschließen.

Weitere Klarheit über die Definition der selbstständigen Leistung gibt die Amtliche Begründung zu GOZ-Nr. 3070: „Die Leistung nach der Nummer 3070 ist – wie bereits bisher – nur als selbstständige Leistung berechnungsfähig. Dieser Zusatz in der Leistungsbeschreibung betont nochmals das in § 4 Abs. 2 Satz 2 GOZ festgelegte Prinzip der Zielleistung. Es soll damit ausgeschlossen werden, dass diese Leistung als notwendiger Leistungsbestandteil einer anderen, umfassenderen Leistung zusätzlich berechnet wird. Dies ist z.B. der Fall, wenn es sich um Zugangsleistungen oder der eigentlichen Hauptleistung vorangehende oder nachgeschaltete Begleitverrichtungen handelt, die immer oder mit einer erkennbaren Regelmäßigkeit mit der Hauptleistung verknüpft sind. Mit dem Zusatz „als selbstständige Leistung“ ist jedoch nicht gemeint, dass diese Leistung nur als einzige oder alleinige Leistung berechnet werden kann.“

Mit der Auslegung des Begriffes der selbstständigen Leistung hat sich inzwischen auch der Bundesgerichtshof befasst. Seiner Entscheidung vom 5. Juni 2008 (Az.: III ZR 239/07) zufolge bedarf es für eine selbstständige Abrechenbarkeit einer Leistung einer „hinreichend eigenständigen Indikation“. Wenn Maßnahmen im Zusammenhang mit der Erbringung der Zielleistung veranlasst werden, um umliegende Nerven oder anliegendes Gewebe zu schonen, ist – so der BGH – eine selbstständige Leistung nicht gegeben. Es fehlt dann an einer eigenständigen zahnmedizinischen Indikation. Das gilt auch für regelmäßig anfallende unselbstständige Begleitleistungen, die Bestandteil der Hauptleistung sind. Sie können nicht gesondert berechnet werden. Prägnante Beispiele sind die Blutstillungsfälle im Zusammenhang mit chirurgischen Leistungen. In der GOZ existiert zwar eine Gebühr für die Blutungsstillung (GOZ-Nr. 3050). Deren Leistungstext enthält indessen den Hinweis „als selbstständige Leistung“. Damit hebt der Ordnungsgeber nochmals hervor, dass es einer eigenständigen zahnmedizinischen Indikation für die Blutungsstillung bedarf. Eine Blutungsstillung infolge einer Weisheitszahn-OP ist eine typische unselbstständige Teilleistung, die bei Erbringung der chirurgischen Hauptleistung wegen Platzmangels regelmäßig auftritt und mit dieser Leistung abgegolten ist. Anders aber, wenn der Patient beispielsweise eine Nachblutung von einer zuvor durchgeführten Exzision erlitten hat. Kriterien für die Annahme einer selbstständigen Leistung, d.h. einer eigenständigen zahnmedizinischen Indikation im Zusammenhang mit der Blutstillung können sein: nicht ortsgleich (z.B. Blutung an anderer Stelle) oder nicht zeitgleich (z.B. starke das typische Maß übersteigende Nachblutung nach Versorgung der Extraktionswunde). Zu beachten ist auch in diesem Zusammenhang der 3. Beschluss des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen:

„Die GOZ 3050 ist im Rahmen der dentoalveolären Chirurgie ggf. als selbstständige Leistung zusätzlich berechenbar, wenn die Blutung das typische Maß bei dem Eingriff deutlich übersteigt und eine Unterbrechung der eigentlichen operativen Maßnahme erfordert. In allen anderen Fällen sind Blutstillungsmaßnahmen (auch größeren Umfangs), die ortsgleich mit chirurgischen Leistungen erfolgen, Bestandteil der jeweiligen Hauptleistung und dürfen nicht gesondert nach GOZ-Nr. 3050 berechnet werden. Dies gilt auch für die chirurgischen Leistungen aus der GOÄ, die für den Zahnarzt gemäß § 6 Abs. 2 GOZ geöffnet sind.“

Unmittelbar in Verbindung dazu steht auch die Definition des Begriffes „Zielleistung“. Dazu heißt es in § 4 Absatz 2 GOZ: „[...] Dies gilt auch für

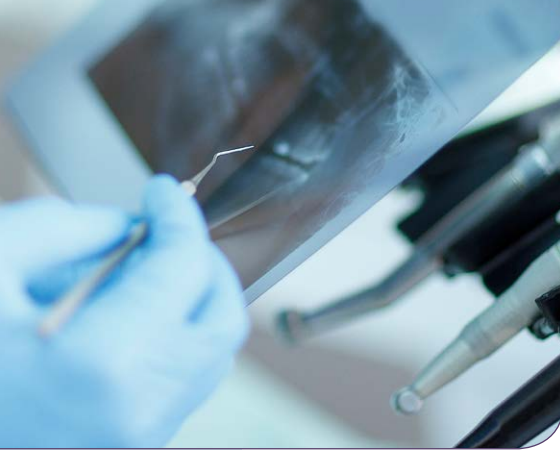
die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte. Eine Leistung ist methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der anderen Leistung (Zielleistung) umfasst und auch in deren Bewertung berücksichtigt worden ist.“

Wenn also eine Leistung ein methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen umfassenderen Leistung ist und inhaltlich von dieser erfasst ist, darf für diese Leistung keine Gebühr berechnet werden. Wenn die Bewertung dieser Leistung im Verhältnis zu der anderen umfassenderen Leistung jedoch so hoch ist, dass für die anderen methodisch notwendigen Teilschritte nicht genügend Platz bleibt, kann sie offensichtlich nicht mit der Zielleistung abgegolten sein. Hier gilt es, genau zu prüfen, ob die Leistung evtl. von einer weiteren anderen umfassenderen Leistung abgegolten ist oder ob sie gar als selbstständige Leistung neben den anderen (Ziel)leistungen berechnet werden darf.

Fazit:

Analogabrechnungen sind nur zulässig, wenn eine tatsächliche, planwidrige Regelungslücke im Gebührenverzeichnis besteht, die nach Maßgabe der Vorgaben des § 6 Abs. 1 GOZ auszufüllen ist. Berechnungsfähig sind nur „selbstständige“ Leistungen, für die eine eigene zahnmedizinische Indikation besteht. Leistungen, die bloß Teilschritte auf dem Weg zur Erreichung eines in der GOZ beschriebenen Leistungsziels sind nicht berechnungsfähig. Ist eine Leistung ein Bestandteil, eine besondere Ausführungsform, eine methodische Variation in der Erbringungsweise der im Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistung, auch durch technische Weiterentwicklung, fehlt es an einer solchen Selbstständigkeit.

Auslegungsfragen der GOZ 2012



In dieser Ausgabe widmet sich der PKV-Verband dem Thema **Analogberechnungen**

Kriterien einer Analogberechnung/ Vererben der Rahmenbedingungen der gewählten Analogleistung

Gemäß § 6 Absatz 1 GOZ können selbstständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses der GOZ berechnet werden. Voraussetzung für eine analoge Abrechnung ist also, dass eine – nicht im Gebührenverzeichnis aufgenommene – selbstständige zahnärztliche Leistung erbracht wird. Nach herrschender Auffassung in der gebührenrechtlichen Literatur gelten der Gebührenrahmen nebst sämtlichen weiteren gebührenrechtlichen Vorgaben, die der zur analogen Berechnung herangezogenen Gebührenposition aus dem Gebührenverzeichnis zugeordnet sind, auch für die tatsächlich erbrachte und analog berechnete Leistung (vgl. Hoffmann, Kommentar, Gebührenordnung für Ärzte, 3. Auflage 2013, § 6 Rn. 2, S. 8/5; Miebach, in: Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, 3. Auflage 2006, § 6 GOÄ Rn. 12, S. 89).

Das entspricht – soweit zu diesem Thema überhaupt Rechtsprechung ergangen ist – auch der Auffassung der Zivil- und Verwaltungsgerichte. Das Verwaltungsgericht Ansbach hat zum Beispiel dazu Folgendes festgestellt: „[...] Denn bei einer Abrechnung über Analogziffern ist der § 6 Absatz 2 GOÄ immer zu beachten. Danach aber ist für die erbrachte Leistung eine „gleichwertige“ Leistung aus dem Gebührenverzeichnis herauszusuchen und der Abrechnung zugrunde zu legen. Wenn die durch Analogie dann heranzuziehende Leistungsziffer keine Abrechnung von Zuschlägen

zulässt, gilt das dann auch für die abzurechnende Leistung, die nicht im Gebührenverzeichnis ist. Mit anderen Worten, aus § 6 Absatz 2 GOÄ folgt, dass bei einer Analogabrechnung die Abrechnungsbestimmungen der GOÄ vollumfänglich auf die analoge Position „vererbt“ werden“ (VG Ansbach - Urteil vom 26. Januar 2011 - Az.: AN 15 K 08.02057). In ähnlicher Weise hat sich auch das Amtsgericht Rosenheim in seinem Urteil vom 6. Februar 2012 – 15 C 144/10 geäußert.

Im Übrigen entspricht das auch der Meinung der Bundesärztekammer. In ihrem am 9. März 2007 im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten „GOÄ-Ratgeber“ nimmt die Bundesärztekammer eine klare Position ein. Wörtlich heißt es in dem Ratgeber:

„Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass die analoge Bewertung die Rahmenbedingungen der zur Analogie herangezogenen Gebührenposition erbt. Dies sind beispielsweise der Gebührenrahmen (ärztlich, ärztlich-technisch, Labor), die Ausschlüsse neben anderen Gebührenpositionen, die Einschränkungen der Berechnungsfähigkeit je Behandlungsfall, Sitzung etc. Aber auch Kriterien wie die Anzahl der Teilnehmer (wie Gruppen- oder Einzeltherapie), die Mindestdauer der Leistung sowie die ambulanten Zuschläge (Nummern 440 bis 449 GOÄ, Abschnitt C. VIII. GOÄ) werden „vererbt“ (Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt 104, Heft 10 vom 9. März 2007, Seite A-680).“

Der PKV-Verband schließt sich dieser Meinung der Bundesärztekammer ausdrücklich an.

Da die Formulierungen des § 6 Absatz 2 GOÄ und des § 6 Absatz 1 GOZ nahezu wortgleich sind,

besteht kein Grund, in der GOZ etwas anderes anzunehmen. Bildlich gesprochen kleiden sich die analog herangezogenen Gebührenpositionen in sämtliche für die originäre Gebührennummer geltenden Gewänder (Abrechnungsbestimmungen, Allgemeine Bestimmungen, Zuschlagsregelungen etc.). Dass diese Regel nicht nur systematisch richtig ist – schließlich soll eine „nach Art gleichwertige“, also wesensverwandte Gebührenposition analog herangezogen werden – sondern auch in praktischer Hinsicht unabkömmlich ist, da andernfalls die Rechnungsstellung bei Analogabgriffen willkürlich, diffus und chaotisch verläuft, können folgende zwei Beispiele aus der Praxis verdeutlichen:

Für die Anwendung des Periotests wird sehr häufig die GOZ-Nr. 0070 analog je Zahn bzw. je Anwendung berechnet. Die GOZ-Nr. 0070 kann laut Leistungstext nur je Sitzung berechnet werden. Die Anwendung des Periotests ist also nicht je Zahn oder je Anwendung, sondern entsprechend der analog herangezogenen Gebührenposition nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.

Für die antimikrobielle Konditionierung mit CHX-Gel (Cervitec) wird mehr als 20 Mal in einer Sitzung die GOZ-Nr. 1020 analog berechnet. Parallel hierzu wird noch Cervitec als Sachkosten in Rechnung gestellt. Die originäre GOZ-Nr. 1020 ist genau wie GOZ-Nr. 0070 je Sitzung berechnungsfähig, die 4. Abrechnungsbestimmung begrenzt sogar die Berechnungsfähigkeit der Gebühr auf viermal im Jahr. Da schon der Lack/das Gel zur Fluoridierung der originären Gebühr nicht als Materialkosten gesondert berechnungsfähig ist, kann natürlich auch nicht das verwendete Cervitec-Gel der Analoggebühr zusätzlich berechnet werden. Hier erscheint die Missachtung der Abrechnungsbestimmungen besonders absurd. Bis auf das Wort „Fluoridierung“ im Leistungstext der originären Leistung handelt es sich bei der Analogleistung um die gleiche Behandlung mit gleichem Aufwand und vergleichbarem Material (Cervitec anstatt Fluoridlack). Auch hier gilt wie im Beispiel davor: die GOZ-Nr. 1020 kann auch bei der analogen Anwendung nur einmal je Sitzung berechnet werden. Darüber hinaus ist die Analogleistung höchstens viermal im Jahr berechnungsfähig und das verwendete Material ist mit der Gebühr abgegolten.

Bei der Wahl der Analogposition spielt auch häufig die Berechnungsmöglichkeit eines ambulanten Zuschlags eine primäre Rolle, d.h. ausschließlich die Bewertung der originären Leistung, die für die Berechnungsmöglichkeit des Zuschlages maßgeblich ist, wird als Kriterium zugrunde gelegt. Diese Vorgehensweise verstößt klar gegen die Kriterien des § 6 Absatz 1 GOZ, wonach die Analogleistung

„einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung“ der GOZ entsprechen muss.

Full-Mouth Disinfection

Das Prinzip der Full-Mouth Disinfection (FMD) beruht darauf, dass man davon ausgeht, dass die Bakterien aus unbehandelten Zahnfleischtaschen bereits behandelte Zahnfleischtaschen – wie es beim konventionellen quadrantenweisen Scaling und Rootplaning vorkommt – reinfizieren und das Behandlungsergebnis verschlechtern. Auf dieser Grundlage wurde das FMD-Konzept entwickelt, das auf der Behandlung aller infizierter Parodontien und Schleimhäute der Mundhöhle innerhalb 24 Stunden und der adjuvanten Anwendung von Chlorhexidin beruht.

Die FMD ist keine eigenständige Behandlung. Sie ist eine Form der systematischen Parodontitis-therapie. Die Full-Mouth Disinfection dient dem Ziel, in der gesamten Mundhöhle – vor allem aber in der Gesamtheit der Zahnfleischtaschen – in kurzer Zeit eine möglichst hohe Keimfreiheit zu erreichen.

Sie besteht aus einer initialen Chlorhexidin-Spülung sowie dem Abwischen aller Schleimhäute der Mundhöhle (inkl. Tonsillen, Speichel, Zunge, Zahnfleischtaschen) und der daran anschließenden geschlossenen PA-Therapie. Da in der Regel wegen der Anästhesiemengen und der Dauer die Behandlung gesplittet wird (zum Beispiel OK/UK oder links/rechts) soll durch die Desinfektion mittels der ergänzenden Anwendung von Chlorhexidin (haftet durch Adhäsion auf Schleimhäuten und Zahnoberflächen) innerhalb von 24 Stunden verhindert werden, dass die bei einer Behandlung über mehrere Sitzungen/Quadranten in unbehandelten Bereichen/Quadranten verbliebenen pathogenen Keime (z.B. durch Zunge und Wange, Zahnbürste/Zahnzwischenraumbürste etc.) die bereits behandelten Bereiche erneut infizieren und so den Therapieerfolg gefährden. Wichtig ist jedoch, dass die Wurzeloberflächenreinigung aller Zähne innerhalb von 24 Stunden erfolgt. Eine konventionelle Parodontaltherapie mit begleitenden Mundspülungen, die mehrere Sitzungen über einen längeren Zeitraum (mehrere Tage bis Wochen) umfasst, entspricht nicht dem Konzept der Full-Mouth Therapie.

Es gibt bisher keine wissenschaftlich anerkannten Studien (Stand 17.6.2015), die eine signifikante Verbesserung der Behandlungsergebnisse nach FMD belegen. Die Autoren einer Studie zur Wirksamkeit der Full-Mouth Disinfection der Cochrane Review Groups (CRGs) stellten beim Vergleich

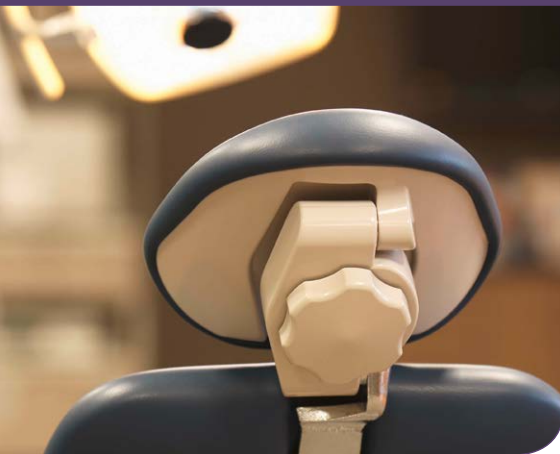
von drei Behandlungsmodalitäten fest, dass die FMD keinen Vorteil gegenüber dem konventionellen Vorgehen bietet (vgl. Eberhard J1, Jepsen S, Jervøe-Storm PM, Needleman I, Worthington HV, Full-mouth disinfection for the treatment of adult chronic periodontitis, *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Jan 23;(1):CD004622. doi: 10.1002/14651858.CD004622.pub2).

Bei einem Update der Studie konnten fünf weitere randomisierte, klinische Studien eingeschlossen werden, was jedoch die Schlussfolgerung des früheren Reviews nicht verändert hat. Als häufige Nebenwirkung der FMD wurde sogar eine erhöhte Körpertemperatur festgestellt, sodass bei einer geplanten Behandlung der Allgemeinzustand des Patienten berücksichtigt werden muss (vgl. Eberhard J, Jepsen S, Jervøe-Storm PM, Needleman I, Worthington HV, Full-mouth treatment modalities (within 24 hours) for chronic periodontitis in adults, *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Apr 17;4:CD004622. doi: 10.1002/14651858.CD004622.pub3).

Da hiernach die Wirksamkeit und der Nutzen dieser Verfahren nicht belegt sind, diese Methode vielmehr als experimentell bezeichnet werden muss, dürfte sie den Anforderungen an die Berechnungsfähigkeit gemäß § 1 Absatz 2 Satz 1 GOZ nicht entsprechen und somit auch nicht die Voraussetzungen des § 1 Absatz 2 der MB/KK erfüllen. Vielmehr muss das Verfahren im Sinne des § 1 Absatz 2, Satz 1 und § 2 Absatz 3 GOZ als Verlangensleistung berechnet werden. Der Zahnarzt/-ärztin müsste, sofern er diese Verfahren anwenden möchte, den Patienten ausdrücklich auf den experimentellen Charakter dieser Methode hinweisen und auch darüber aufklären, dass eine Übernahme der Kosten durch seine Private Krankenversicherung oder Beihilfekostenstellen nicht gesichert ist und mit welchen voraussichtlichen Kosten errechnen muss (vgl. § 30 c Abs. 3 BGB).

Es kommt häufig vor, dass eine Mundspülung mit antibakteriellen Substanzen als Analogleistung „Full-Mouth Disinfection“ berechnet wird. Zum einen entspricht eine isolierte Mundspüllösung ohne gleichzeitige Wurzeloberflächenreinigung innerhalb 24 Stunden nicht dem Therapiekonzept der FMD und zum anderen ist die Wirksamkeit dieser Therapie wissenschaftlich nicht ausreichend belegt (s.o.). Bei einer großzügigen Auslegung der GOZ mag bei einer fachgerecht durchgeführten FMD (Wurzeloberflächenreinigung mittels Deep Scaling und Root Planing und Mundspülung/Desinfektion aller Schleimhäute innerhalb 24 Stunden) die Anpassung des Steigerungsfaktors der parodontalchirurgischen Leistung gerechtfertigt sein. Als Spülung zur Desinfektion vor einer zahnärztlich-chirurgischen Maßnahme handelt es sich nicht um eine selbstständige Leistung. Die allgemeinen Hygienemaßnahmen zur Vermeidung einer Kontamination im Rahmen eines operativen Eingriffes gehören, unabhängig von der Dauer und den angewandten Spüllösungen, zur sachgerechten Durchführung einer Operation und sind Bestandteil der ärztlichen Sorgfaltspflicht.

Auslegungsfragen der GOZ 2012



In dieser Ausgabe kommentiert der PKV-Verband die Thematik **„Ausligieren von Bögen bzw. Teilbögen“** unter Berücksichtigung der **aktuellen Urteile**

A. EINLEITUNG

Seit Inkrafttreten der neuen GOZ 2012 werden im Rahmen kieferorthopädischer Leistungen immer wieder zusätzliche Gebühren für das Entfernen/Ausligieren von Teilbögen oder Bögen berechnet. Auch die Zahnärzteschaft ist sich bei dem Thema nicht einig. Während die Bundeszahnärztekammer zunächst in ihrer Kommentierung die Meinung vertrat, dass das Ausligieren von Bögen Leistungsinhalt der GOZ-Nrn. 6040 und 6050 sei, hat sie mit Aktualisierung vom 9. Februar 2013 ihre Meinung geändert und die Berechnung der GOÄ-Nr. 2702 für diese Maßnahme empfohlen. Der Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden empfiehlt seinerseits die Berechnung der GOZ-Nr. 2290. Beide Auffassungen gehen fehl. Da das Ausligieren von Bögen bereits in der GOZ abgebildet ist, sind weder die Voraussetzungen

für eine Analogberechnung gegeben noch erlaubt das Zielleistungsprinzip (§ 4 Absatz 2 GOZ) eine originäre zusätzliche Berechnung. Die kontroversen Sichtweisen zwischen Kostenträgern einerseits und Kieferorthopäden bzw. kieferorthopädisch tätigen Zahnärzten andererseits haben schon mehrere Urteile zu der Thematik nach sich gezogen. Konkret haben sich die Amtsgerichte Pankow/Weißensee, Bayreuth, Saarbrücken und das Verwaltungsgericht Stuttgart mit der Thematik befasst. Wir werden die Urteile und die Entscheidungsgründe kommentieren und aufzeigen, dass das Ausligieren von Bögen bereits von den GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 erfasst ist und somit die Grundlage für eine analoge oder auch originäre Berechnung nicht gegeben ist.

B. URTEILE

1. Amtsgericht Pankow/Weißensee, Urteil vom 10.1.2014, Az.: 6 C 46/13

In diesem Verfahren verlangt der Kläger (Versicherter/Patient) von der Beklagten (Private Krankenversicherung) die Erstattung der ihm in Rechnung gestellten GOZ-Nr. 2290 für die Entfernung von Bögen. Die Beklagte hat diese Leistung aus Kulanzgründen nach GOZ-Nr. 6140 zum Einzelsatz an den Kläger erstattet. Nach Auffassung des Gerichts sei die Entfernung eines Bogens/Teilbogens mit der GOZ-Nr. 2290 (Entfernung einer Einlagefüllung, einer Krone, eines Brückenankers, Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges oder Ähnliches) zu berechnen. Da der Text der unter diese Nummer fallenden

Leistungen nicht abschließend sei, könne man die Entfernung von Bögen als weitere Leistung nach der Nummer 2290 GOZ ansehen. Auch wenn die Gebühr im Abschnitt für konservierende Leistungen stehe, wäre es auch in anderen Fällen üblich, Leistungen abschnittsübergreifend zu berechnen.

Das Verhalten des Versicherers bewertet das Gericht als widersprüchlich. Zwar habe der Versicherer dem „Entfernen von Bögen“ keinen eigenständigen Wert beigemessen, andererseits aber – wenn auch aus Kulanz – die GOZ-Nr. 6140 zum einfachen Satz erstattet. Nach Auffassung des Amtsgerichts sei aber die GOZ-Nr. 2290 dem Wortlaut nach die passendere Ge-

bührenposition. GOZ-Nr. 6140 bilde stattdessen die Eingliederung eines Teilbogens ab und sei weder hinsichtlich des Leistungsinhalts noch der Bewertung eine gleichwertige Leistung zu der in Rede stehenden Leistung „Entfernen von Bögen“.

PKV: Das Gericht geht bei seiner Urteilsbegründung von der falschen Voraussetzung aus, dass das Entfernen/Ausligieren von Teilbögen oder Bögen nicht in der GOZ abgebildet sei. Auch wenn die Leistung nicht wortwörtlich im Gebührenverzeichnis zu finden ist, stellt die neue Abrechnungsbestimmung nach der GOZ-Nr. 6080 klar, dass mit den Kernpositionen (GOZ-Nrn. 6030 bis 6080) alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren abgegolten sind. Diese Abrechnungsbestimmung ist neu. Sie hat der Verordnungsgeber mit der GOZ-Novelle 2012 eingeführt. Mit dieser abstrakt generell formulierten Abrechnungsbestimmung will der Verordnungsgeber gerade die Berechnungsfähigkeit regelmäßig anfallender Nebenleistungen – wie das Entfernen/Ausligieren von Teilbögen oder Bögen – beschränken. Lediglich die in den GOZ-Nrn. 6100 bis 6180 beschriebenen Maßnahmen, die spezieller und aufwendiger sind, hat der Gesetzgeber gesondert aufgeführt und für einzeln berechnungsfähig erklärt. Dagegen ist die Entfernung von Bögen eine in der Regel an das qualifizierte nichtzahnärztliche Fachpersonal delegierte Maßnahme, die es schon lange vor der Novellierung der GOZ gegeben hat. Da der Verordnungsgeber bewusst keine eigene Gebührenposition für diese Maßnahme, sondern vielmehr eine neue – die gesonderte Berechnungsfähigkeit gerade beschränkende – Abrechnungsbestimmung (s.o.) geschaffen hat, ist die gesonderte Berechnung der Entfernung von Bögen/Teilbögen – analog oder originär – nicht zulässig.

2. Amtsgericht Bayreuth, Urteil vom 27.2.2014, Az.: 107 C 1090/13

Hier fordert der Kläger (Versicherter und Vater des Patienten) von der Beklagten (Private Krankenversicherung) die Erstattung der GOZ-Nr. 6150 analog für die Entfernung eines Bogens. Nach Auffassung des Gerichts sei in GOZ-Nr. 6150 die Eingliederung des ungeteilten Bogens erfasst, für die Entfernung sei aber keine Gebührenposition vorgesehen. Zwar räumt das Gericht ein, dass gemäß § 6 GOZ nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommene zahnärztliche Leistungen grundsätzlich analog berechnet werden können, jedoch könne nicht – wie in diesem Falle geschehen

– die GOZ-Nr. 6150 analog für die Entfernung eines Bogens herangezogen werden, da sie die Eingliederung des Bogens umfasse und somit keine vergleichbare Leistung darstelle. Die Eingliederung des Bogens sei Bestandteil der GOZ-Nr. 6080. Daher könne keine zusätzliche Gebühr geltend gemacht werden.

PKV: Dem Amtsgericht Bayreuth ist zuzustimmen. Es hat richtig festgestellt, dass das Ausligieren von Bögen Bestandteil der Kernpositionen – in diesem Fall der GOZ-Nr. 6080 – ist und eine Analogberechnung daher mangels Regelungslücke nicht in Betracht kommt.

3. Amtsgericht Saarbrücken, Urteil vom 15.7.2014, Az.: 5 C 85/14

Der Kläger (Versicherter) verlangt von der Beklagten (private Krankenversicherung) u.a. die Erstattung der analog berechneten GOÄ-Nr. 2702 für die Entfernung von Bögen. Das Gericht tritt der Argumentation des Versicherers bei und führt aus, dass die Entfernung von Bögen seit jeher durchgeführt werde. Trotzdem habe der Verordnungsgeber entschieden, bei der GOZ-Novelle hierfür keine eigene Gebührenposition zu schaffen. Insofern fehle es an einer Regelungslücke. Diese Auslegung werde auch von der Amtlichen Begründung zur GOZ-Novelle 2012 getragen, wonach Maßnahmen im Sinne der GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren enthalten würden. Die Leistung sei daher mit den Kernpositionen 6030 bis 6080 GOZ abgegolten.

PKV: Auch das Amtsgericht Saarbrücken bewertet die Streitfrage zutreffend und kommt zu dem Ergebnis, dass die Entfernung von Bögen mit den Kernpositionen 6030 bis 6080 GOZ abgegolten ist. Lediglich der Verweis auf die Amtliche Begründung überrascht, denn die vom Gericht zitierte Passage aus der Amtlichen Begründung entspricht exakt dem Wortlaut der neuen Abrechnungsbestimmung nach der GOZ-Nr. 6080 (s.o.). Allerdings stellt die Amtliche Begründung darüber hinaus zusätzlich klar, dass die GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 auch dann nur einmal in einem Vier-Jahres-Zeitraum berechnet werden dürfen, wenn besondere Behandlungsmethoden angewandt oder besondere Therapiegeräte (z.B. Loops, Bögen, Attachments bei Alignern, festsitzende Retainer oder Kunststoffschienen) verwendet werden.

Hervorzuheben ist die Feststellung des Gerichts, dass die Entfernung von Bögen eine schon lange

existente und gängige Maßnahme in der kieferorthopädischen Behandlung ist und das nichts dafür spricht, dass der Gesetzgeber diese Leistung schlichtweg vergessen hat. Im Gegenteil, die Einführung der 3. Abrechnungsbestimmung nach GOZ-Nr. 6080 belegt vielmehr, dass die Entfernung von Bögen mit den Vergütungen für die Kernpositionen 6030 bis 6080 GOZ abgegolten ist.

4. Verwaltungsgericht Stuttgart, Urteil vom 24.4.2014, Az.: 12 K 3839/12

Der Kläger (Versicherter) verlangt von der Beklagten (der Postbeamtenkrankenkasse) die Genehmigung eines kieferorthopädischen Behandlungsplanes. Mit Ausnahme der GOÄ-Nr. 2702 stimmt die Beklagte dem Behandlungsplan zu. Diesen Ausschluss begründet sie damit, dass die Gebühr nur im Zusammenhang mit einer Kieferbruchbehandlung berechnet werden könne. Der Kläger reagiert mit der Stellungnahme des Kieferorthopäden, aus der hervorgeht, dass die GOÄ-Nr. 2702 das Wiederanbringen, die Änderung oder auch das Entfernen von Schienen und Stützapparaten beschreibe und demnach für die Ausgliederung von Bögen im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung verwendet werden könne. Zusätzlich legt er die Kommentierung der Bundeszahnärztekammer zur GOZ 2012 vor (s.o.), wonach die Entfernung eines ungeteilten Bogens mit GOÄ-Nr. 2702 berechnet werden könne.

Dem tritt die Beklagte mit dem Hinweis entgegen, dass die GOÄ-Nr. 2702 im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung analog berechnet werden müsse, weil sie originär nur für Behandlungen von Kieferfrakturen oder Erkrankungen im Kiefer/Gesichtsbereich berechnungsfähig sei. Mit GOZ-Nrn. 6040 bzw. 6050 seien vorbereitende Maßnahmen, z.B. Abformungen, die Eingliederung von herausnehmbaren Apparaturen, Verlaufskontrollen oder die Entfernung von Bögen und Maßnahmen zur Retention abgegolten. Der Kläger erwidert mit einer Stellungnahme der Zahnärztekammer Saarland, wonach sich die GOZ-Nrn. 6040 und 6050 auf herausnehmbare Apparaturen beziehen und die Entfernung von Bögen/Teilbögen bei festsitzenden Apparaturen nicht in der GOZ beschrieben sein sollen. Die Beklagte bleibt bei ihrer Argumentation, dass die GOÄ-Nr. 2702 eine Maßnahme der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sei und die Gebühr für die „Wiederanbringung einer gelösten Apparatur“ bereits berechnet worden bzw. mit der bereits genehmigten GOZ-Nr. 6150 abgegolten sei.

PKV: Der vorgerichtliche Schriftverkehr offenbart ein großes Missverständnis zwischen den Parteien. Während die Postbeamtenkrankenkasse immer wieder mit der Einordnung der GOÄ-Nr. 2702 im Abschnitt Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie argumentiert und darüber hinaus fälschlicherweise annimmt, dass die Gebühr für die Wiederanbringung einer gelösten Apparatur angesetzt wurde, versucht der Versicherte klarzumachen, dass es mit dem Ansatz der GOÄ-Nr. 2702 um die Berechnung der Entfernung eines Teilbogens/Bogens gehe. Um seine eigene Auffassung zu untermauern, führt der Kläger gebührenrechtliche Stellungnahmen der BZÄK und der ZÄK Saarland in den Prozess ein.

Aufgrund des Missverständnisses verwundert es nicht, dass das Gericht im Sinne des Klägers entschieden hat. Es begründet seine Entscheidung damit, dass beide Kriterien des § 6 Absatz 2 GOZ erfüllt seien. Die betreffende Maßnahme sei nicht in der GOZ enthalten. Zudem sei die GOÄ-Nr. 2702 im für den Zahnarzt geöffneten Abschnitt IX der GOÄ aufgeführt.

Das Gericht macht in seinen Entscheidungsgründen deutlich, dass ein Missverständnis zwischen den Parteien bezüglich der Anwendbarkeit der GOÄ-Nr. 2702 herrscht. Die Argumentation der Beklagten, dass die betreffende Maßnahme mit den GOZ-Nrn. 6040 bzw. 6050 abgegolten sei, könne nicht nachvollzogen werden, da diese Gebührenpositionen in dem Behandlungsplan gar nicht aufgeführt seien.

Die Beklagte hat es offenbar versäumt, vorzutragen, dass das Entfernen eines Bogens mit dem Ansatz der Kernpositionen nach den GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 abgegolten ist. Die GOZ enthält im Übrigen keinen Anhaltspunkt dafür, dass die Kernpositionen nur für herausnehmbare Apparaturen anwendbar sind. Diese Behauptung der Zahnärztekammer Saarland wird von der Bundeszahnärztekammer widerlegt, die hierzu in ihrem Kommentar ausführt, dass „Maßnahmen zur Umformung unabhängig von der Art der Behandlungsmethode oder der verwendeten Therapiegeräte, z.B. festsitzende oder abnehmbare Apparaturen, berechnet werden [dürfen].“ (GOZ, Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes-) Zahnärztekammern, Stand 2. März 2015, www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf, zu GOZ-Nrn. 6030, 6040, 6050, S. 204, 206, 208). Gleiches gilt auch für die GOZ-Nrn. 6060 bis 6080 (vgl. GOZ, Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes-) Zahnärztekammern, Stand 2. März 2015, www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-

kommentar-bzaek.pdf, zu GOZ-Nrn. 6060, 6070, 6080, S. 210, 211, 213).

Jedoch trifft auch die Argumentation der Beklagten nicht zu, dass die GOÄ-Nr. 2702 nur im Rahmen von Kieferbrüchen berechnungsfähig sei. Diese Einschränkung bezieht sich laut § 6 Absatz 2 nur auf die GOÄ-Nrn. 2253 bis 2256 und 2321,

2355, 2356. Zu diesem unglücklichen Urteil ist es auch deshalb gekommen, weil die Beklagte trotz wiederholter Erklärungsversuche des Versicherten auf ihrem Standpunkt beharrt hat, dass die GOÄ-Nr. 2702 für das „Wiederanbringen einer gelösten Apparatur“ berechnet worden wäre und diese Maßnahme ja schon mit der bereits genehmigten GOZ-Nr. 6150 abgegolten sei.

C. FAZIT

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Entscheidungen der Gerichte immer dann positiv für den Kostenträger ausgegangen sind, wenn der Sachverhalt richtig erfasst und der Prozess sorgfältig und mit entsprechend zutreffenden Argumenten geführt wurde. Da der Patient/Versicherte, so er sich die Meinung seines Zahnarztes

zu eigen macht, in den meisten Fällen von seinem Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden argumentativ unterstützt wird, ist eine gute Vorbereitung des Kostenträgers, idealerweise unter Einbeziehung eines beratenden Zahnarztes/Kieferorthopäden von entscheidender Bedeutung.

Auslegungsfragen der GOZ 2012



In dieser Ausgabe behandelt der PKV-Verband die **Berechnungsfähigkeit der GOZ-Nr. 2197 neben 6100 GOZ**

Eine Kommentierung der wesentlichen Argumente des LG Hildesheim (Urt. v. 24.7.2014, Az. 1 S 15/14)

A. EINLEITUNG

Die neue Gebührennummer 2197 ist im Zuge der Novellierung der GOZ 2012 hinzugekommen, um den Aufwand für die (dentin)adhäsive Befestigung zu vergüten. Klassisches Beispiel für die Anwendung der dentinadhäsiven Klebetechnik ist das Keramikinlay. Leider hat die Abrechnungspraxis nunmehr nach zwei Jahren gezeigt, dass die GOZ-Nr. 2197 auch dann zusätzlich berechnet wird, wenn die eigentliche Zielleistung die (dentin)adhäsive Befestigung bereits enthält. Trotz des klaren Wortlauts beispielsweise der GOZ-Nrn. 2060, 2080, 2100 und 2120, demzufolge das „Präparieren einer Kavität [...], in Adhäsivtechnik“ erfolgen muss, ist in den Rechnungen immer wieder festzustellen, dass die GOZ-Nr. 2197 nonchalant zusätzlich in Rechnung gestellt wird. Dass das gebührenrechtlich nicht gerechtfertigt ist, haben wir in unserer Online-Beilage der letzten Ausgabe der PKV-Publik (1/2015) eingehend diskutiert.

In dieser Ausgabe möchten wir aufzeigen, dass auch die „Eingliederung eines Klebebrackets“ die adhäsive Befestigung gemäß Nr. 2197 bereits umfasst und eine Nebeneinanderberechnung nicht in Betracht kommt. Das Landgericht Hildesheim sieht das anders (Urt. v. 24.7.2014, Az.: 1 S 15/14). Im Folgenden wird aufgezeigt werden, dass die Annahmen und Schlussfolgerungen, auf denen das Gericht seine Entscheidung stützt, unzutreffend sind und sich widerlegen lassen.

B. MASSGEBLICHE ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE

1. Argument:

Die GOZ-Nr. 2197 könne grundsätzlich auch bei der Eingliederung von Brackets zur Anwendung kommen. Die Aufzählung im Leistungstext der GOZ-Nr. 2197 sei nicht begrenzt.

PKV: Die Aufzählung im Klammerzusatz des Leistungstextes der GOZ-Nr. 2197 enthält ausnahmslos zahnmedizinische Restaurationen. Das Bracket als kieferorthopädisches Hilfsmittel passt nicht in die Systematik.

Die GOZ-Nr. 2197 bezieht sich auf Befestigungsmaßnahmen, die nicht nur durch Kleben, sondern auch auf andere Art und Weise, z. B. durch Zementieren, durchgeführt werden können. Damit soll dem mit dieser Methode verbundenen Mehraufwand Rechnung getragen werden. Bei GOZ-Nr. 6100 gibt es aber keine verschiedenen Befestigungsalternativen, sondern nur das Kleben.

Der Einwand, dass auch ein Veneer (GOZ-Nr. 2220) nur in Adhäsivtechnik befestigt werden kann und die GOZ-Nr. 2197 Veneers dennoch ausdrücklich im Leistungstext aufführt, ändert nichts an der vorgebrachten Sichtweise. Im Unterschied zu Klebebrackets als eigenständige Versorgungsform im Sinne der GOZ-Nr. 6100, handelt es sich bei einer Veneerversorgung um eine besondere

Ausführung einer Teilkrone (GOZ-Nr. 2220). Teilkronen können – als Metallkronen – konventionell befestigt werden oder – als Keramikronen – auch adhäsiv. Nachvollziehbarerweise ist der Aufwand des Zahnarztes bei adhäsiv befestigten Teilkronen (Keramikronen) entsprechend höher, so dass der zusätzliche Ansatz der GOZ-Nr. 2197 gerechtfertigt erscheint. Aus diesem Sinn und Zweck heraus hat der Verordnungsgeber Veneers der GOZ-Nr. 2197 unterstellt. Mit dieser Differenzierung hat sich die Kammer – die bei diesen komplexen Fragestellungen kein gerichtliches Sachverständigen-gutachten eingeholt hat – jedoch nicht auseinandergesetzt.

In einer Stellungnahme des BMG vom 31. Oktober 2013 heißt es dazu: „Die Aufzählung der von der Leistung nach Nummer 2197 erfassten Leistungen ist beispielhaft. Allerdings hätte der Verordnungsgeber bei dieser beispielhaften Aufzählung insbesondere häufige oder typische Standardleistungen, wie z. B. die Eingliederung eines Klebebrackets zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel, ausdrücklich aufgeführt und nicht unter etc. subsumiert.“

2. Argument:

Die GOZ-Nr. 2197 ist auch im kieferorthopädischen Bereich berechnungsfähig. Auch die GOZ-Nr. 2000 (Glattflächenversiegelung) sei im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung berechnungsfähig.

PKV: Das Gebührenverzeichnis der GOZ ist in Abschnitte untergliedert. Jeder Abschnitt steht für einen bestimmten Bereich der Zahnmedizin (Prothetik, Parodontologie, Chirurgie, Implantologie etc.). Innerhalb eines Abschnitts sind die Leistungen grundsätzlich abschließend geregelt. Zuzustimmen ist allerdings der Auffassung, dass Leistungen aus der GOZ grundsätzlich auch abschnittsübergreifend berechnet werden dürfen, sofern eine Regelungslücke in dem entsprechenden Abschnitt besteht und der abschnittsübergreifende Ansatz nach Wortlaut und Systematik gerechtfertigt ist. In den allermeisten Fällen ist die abschnittsübergreifende Anwendung der Gebührennummern im Leistungstext oder den Abrechnungsbestimmungen der GOZ geregelt. Beispielhaft ist die GOZ-Nr. 4110, die dem Abschnitt E (Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums) zugeordnet ist, jedoch laut der 1. Abrechnungsbestimmung nach der GOZ-Nr. 4110 auch im Rahmen einer chirurgischen Behandlung (Abschnitte D und K) berechnungsfähig ist.

Die GOZ-Nr. 2000 ist mit der Leistung „Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren“ zu Recht im Abschnitt für konservierende Leistungen angesiedelt. Aufgrund der Erweiterung im Leistungstext auf die „Glattflächenversiegelung“, deren technische Ausführung der Fissurenversiegelung ähnlich ist, ist ihre Berechnung im kieferorthopädischen Bereich zulässig.

Sämtliche der in der GOZ-Nr. 2197 beschriebenen Maßnahmen lassen sich eindeutig solchen aus dem Abschnitt C (Konservierende Leistungen) oder dem Abschnitt F (Prothetische Leistungen) zuordnen. Das sind allesamt und ausnahmslos zahnmedizinisch-restaurative Leistungen. Außerhalb der Abschnitte C und F spielt die adhäsive Befestigung keine Rolle bzw. ist diese in der entsprechenden Gebührensposition (hier in der GOZ-Nr. 6100) als Leistungsbestandteil („Eingliederung eines Klebebrackets“) eingefügt worden. Folgerichtig kann eine außerhalb der Abschnitte C und F normierte Leistung wie diese nach Nr. 6100, deren Leistungsinhalt gerade das Klebebracket enthält, nicht zusätzlich mit der Nr. 2197 berechnet werden.

3. Argument:

Das Kleben eines Brackets sei nicht nur durch adhäsive Befestigung, sondern auch durch Verkleben mittels Glasionomerzement möglich.

PKV: Ein Blick in die zahnärztliche Literatur zeigt, dass die adhäsive Befestigung bei der Eingliederung eines Brackets den Goldstandard abbildet (z. B. „Kieferorthopädie II“ von Peter Diedrich, Urban & Fischer, 4. Auflage 2000, S. 169 ff.; Dr. W. Harzer, Kieferorthopädie, Thieme Verlag, 2011, S. 211; Prof. Dr. Schopf, Curriculum Kieferorthopädie Band II, Quintessenz Verlags-GmbH, 4. Auflage 2008, S. 473).

Als Grundprinzipien der „Klebeteknik“ (direkte oder indirekte Methode) werden u.a. die Säureätzung des Zahnes und das Kleben des Brackets mittels eines Adhäsivs bezeichnet (Kieferorthopädie II“ von Peter Diedrich, Urban & Fischer, 4. Auflage 2000, S. 192 f.).

Zwar wurden Glasionomerzemente wegen ihren adhäsiven Eigenschaften und ihrer Fluoridfreisetzung auch als Bracketkleber diskutiert, erwiesen sich aber in ihrer praktischen Anwendung wegen zu geringer Adhäsionskraft als ungeeignet (vgl. Diedrich, 4. Auflage 2000, Kieferorthopädie II, S. 181). Die Brackets sollen schließlich fest und für teilweise mehrere Jahre am Zahn haften und verschiedene Kräfte (z. B. Gummizüge) aushal-

ten. Dies kann nur durch eine adhäsive Befestigung mit Kompositmaterialien erreicht werden.

Adhäsive Befestigung bedeutet also nichts anderes als Befestigung durch Kleben. Die Vorbereitung der zu beklebenden Zahnflächen (Säureätzung, Konditionieren) ist ebenso wie das Anbringen des Brackets methodisch notwendiger Bestandteil des „Klebens“. Angesichts des Zielleistungsprinzips kann die adhäsive Befestigung (Nr. 2197) daher niemals zusammen mit der GOZ-Nr. 6100 berechnet werden. Sie ist methodisch notwendiger Bestandteil der Eingliederung des zu klebenden Brackets und wird inhaltlich von deren Leistungsbeschreibung umfasst. Zudem ist sie auch in deren Bewertung berücksichtigt worden (vgl. § 4 Abs. 2 GOZ), siehe unten zu Punkt 4.

4. Argument:

Die adhäsive Befestigung könne nicht in der GOZ-Nr. 6100 enthalten sein, weil die Bewertung von 165 Punkten zu niedrig sei. Als Beispiel wird die unterschiedliche Bewertung der Füllungen ohne Adhäsivtechnik gegenüber denen mit Adhäsivtechnik genannt.

PKV: Die unterschiedliche Bewertung der Adhäsivfüllungen gegenüber den konventionellen Füllungen ist nicht nur durch die Zuhilfenahme der Adhäsivtechnik begründet, sondern auch durch das Enthaltensein weiterer Leistungsbestandteile wie der Mehrschichttechnik, des Polierens und der Verwendung von Inserts. Andernfalls würden sich die Füllungen in Adhäsivtechnik gegenüber denen ohne Adhäsivtechnik in ihrer Bewertung nur um genau die Bewertung für die GOZ-Nr. 2197 unterscheiden, was nicht der Fall ist. Darüber hinaus ist der Aufwand für die Füllungslegung bzw. Befestigung eines Werkstücks in Adhäsivtechnik wesentlich höher als das Kleben eines Brackets. Die Klebe(ober)fläche eines Brackets ist glatt, relativ klein und gut zugänglich. Die zu beklebenden vestibulären Flächen sind gut erreichbar. Füllungen und prothetische Werkstücke sind oft in schwer zugänglichen Regionen zu legen/befestigen, in den meisten Fällen unter Beteiligung der Approximalflächen und des Dentins, was einen zusätzlichen Aufwand mit einer Matritze und mit einem Primer bedeutet, der das Zusammenfallen der Kollagengrundstruktur des Dentins verhindert. Auch ist die Oberfläche der zu füllenden Kavität in aller Regel um ein Vielfaches größer als die kleine Klebefläche auf dem Zahnschmelz.

5. Argument:

Nach Abzug der in GOZ-Nr. 2197 genannten Punktzahl von 130 verbleiben von der in GOZ-Nr. 6100 genannten Punktzahl von 165 lediglich 35 Punkte für die sonstigen Leistungen.

PKV: Die Aufwände für die adhäsive Befestigung sind in ihrer unterschiedlichen Anwendung nicht in allen Fällen vergleichbar. Beispielsweise ist das Befestigen eines Klebebrackets deutlich weniger aufwendig als die adhäsive Befestigung einer keramischen Teilkrone (s. o.). Daher ist der Anteil der reinen Bracketbefestigung an der Bewertung der GOZ-Nr. 6100 viel niedriger als der sich aus der Punktzahl der GOZ-Nr. 2197 ergebende Wert. Konkret bedeutet das: Von den 165 Punktzahlen, die der GOZ-Nr. 6100 zugordnet sind, werden für die adhäsive Befestigung keine 130 Punkte benötigt, da der Aufwand hier in diesem spezifischen Fall deutlich geringer ausfällt. Jede andere Behauptung wäre fachlich nicht nachvollziehbar. Des Weiteren lautet der Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 6100: „Eingliederung eines Klebebrackets [...]“. Die Hauptleistung ist daher nun einmal die Eingliederung bzw. Befestigung des Brackets in Adhäsivtechnik. Die übrigen Leistungsbestandteile wie die Positionierung des Brackets, die Überschussentfernung und die Materialkosten für unprogrammierte Edelstahlbrackets fallen dagegen kaum mehr ins Gewicht, deren Aufwände lassen sich jedenfalls mit den verbleibenden Punktzahlen adäquat abbilden. Es darf vor allem auch nicht verkannt werden, dass weder in der GOÄ noch in der GOZ jede Einzelleistung betriebswirtschaftlich zutreffend kalkuliert ist. Sie muss vielmehr im Gesamtkontext bewertet werden. Die Kernleistung, in deren Kontext die GOZ-Nr. 6100 zu sehen ist, ist die Umformung des Kiefers, die mit bis zu 3600 Punkten bewertet ist. Materialkosten können neben der GOZ-Nr. 6100 vielfach noch zusätzlich berechnet werden.

Sowohl fachlich als auch gebührenrechtlich hält die Argumentation des Gerichts einer genauen Analyse nicht stand, sodass die Entscheidung in diesem konkreten Einzelfall nicht nachvollziehbar ist und für eine Übertragbarkeit auf andere, vergleichbare Fälle keine Grundlage bietet. Im Übrigen hat in einem ähnlichen Fall das Amtsgericht Burgdorf (Az.: 13 C 338/13) gänzlich anders entschieden, viele der oben aufgeführten Argumente der PKV sind in den Entscheidungsgründen wiederzufinden.

Auslegungsfragen der GOZ 2012



In dieser Ausgabe behandelt der PKV-Verband die **Berechnungsfähigkeit der GOZ-Nr. 2197 neben den Füllungen in Adhäsivtechnik** (GOZ-Nrn. 2060, 2080, 2100 und 2120)

AG Bonn, Urteil vom 28. Juli 2014 (Az.: 116 C 148/13) – Eine kritische Auseinandersetzung

A. EINLEITUNG

Die seit 1988 unverändert gebliebene GOZ wurde mit der GOZ-Novelle 2012 zumindest partiell verändert, um den Stand der Wissenschaft und den zahnmedizinischen Fortschritt abzubilden. Wichtigstes Anliegen war allerdings die Schließung größter gebührenrechtlicher Lücken durch Präzisierung und Weiterentwicklung des Gebührenverzeichnisses. Damit sollten häufige gebührenrechtliche Streitigkeiten ausgeräumt werden. Dass aber auch die neue GOZ nicht alle offenen Fragen beantwortet, sondern sogar neue aufgeworfen hat, zeigt der Fall des AG Bonn zur Berechnungsfähigkeit der GOZ-Nr. 2197 neben den Füllungen in Adhäsivtechnik (GOZ-Nrn. 2060, 2080, 2100, 2120), auf den im Folgenden näher eingegangen werden soll.

B. LEITSÄTZE

- Die Leistung nach GOZ 2197 sei weder in der Position 2120 enthalten noch ein bereits notwendiger Bestandteil.
- GOZ-Nr. 2120 beschreibe eine Arbeitstechnik, bestehend aus einer bestimmten Präparationsform, Mehrschichttechnik und Konditionierung im Sinne einer Aufrauung. Im Ergebnis erreiche man eine mechanisch physikalische Anlagerung von Füllmaterialien.

- Die Position 2197 GOZ beinhalte das Auftragen des Primers und eines Haftvermittlers, um eine chemische Verbindung zum Zahn zu erreichen.
- Die adhäsive Befestigung stelle im Ergebnis eine chemisch adhäsive Befestigung dar und sei somit ein zusätzlicher Mehraufwand, der über die Position 2197 GOZ beschrieben wird.
- Das Konditionieren stelle nicht bereits die adhäsive Befestigung dar. Sie beginne technisch erst nach der Konditionierung.
- Die adhäsive Befestigung sei auch kein Teilschritt der Füllungen in Adhäsivtechnik.
- Die Adhäsivtechnik unterscheidet sich grundlegend von der zusätzlich möglichen chemischen adhäsiven Befestigung.

C. KOMMENTAR

Das Gericht hat ein medizinisches Sachverständigen-gutachten eingeholt und sich den Bewertungen und Schlussfolgerungen des Sachverständigen uneingeschränkt angeschlossen.

Dass die zahnmedizinische Einschätzung des gerichtlichen Sachverständigen widerlegbar ist, zeigt ein Blick in das von der Bundeszahnärztekammer bei der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ) in Auftrag gegebene Gutachten. Dort heißt es anders als in der Urteilsbegründung:

„Adhäsion bedeutet „Haften unterschiedlicher Substanzen“ durch Annäherung an den Berührungsfächen und dadurch wirksam werdende molekulare Anziehungskräfte. Dabei benötigt man eine feste (aufnehmende) Fläche, das Substrat (oder Adhärens) und eine flüssige Phase, das Adhäsiv. Neben rein mechanischen, mikroretentiven Verbindungen an rauen, porösen Materialoberflächen sind auch rein chemische Verbindungen zwischen Adhäsiv und Substrat möglich. [...] Adhäsivtechnik als Möglichkeit z.B. Kompositmaterialien an Schmelz und Dentin zu kleben wird in der Regel als primär mikromechanisch beschrieben, da reine/zusätzliche chemische Verbindungen bislang nur in geringem Maße nachgewiesen werden konnten. [...] Aus klinischer Sicht ist die Rolle der mikromechanischen Verankerung im Rahmen der Adhäsivtechnik eindeutig dominant.“

(Hervorhebungen durch Verfasser, vgl. DGZ-Gutachtens zur Adhäsivtechnik, S. 2, abrufbar unter: http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/DGZ_Gutachten.pdf)

Im DGZ-Gutachten zur Adhäsivtechnik wird festgestellt, dass bei Verbindung zwischen Komposit auf der einen Seite und Schmelz und Dentin auf der anderen Seite die mikromechanischen Verbindungen überwiegen. Folglich enthält die adhäsive Befestigung im Sinne der GOZ-Nr. 2197 mikromechanische und chemische Komponenten. Die Prämissen, von denen das Gericht ausgeht, nämlich dass die GOZ-Nr. 2197 ausschließlich eine chemische adhäsive Befestigung beschreibt, können angesichts des DGZ-Gutachtens zur Adhäsivtechnik als widerlegt angesehen werden.

Im Übrigen findet sich weder im Wortlaut der GOZ-Nr. 2197 noch im Leistungstext der Füllungspositionen (GOZ-Nr. 2060, 2080, 2100, 2120) der geringste Anhaltspunkt für die vom Gericht vorgenommene Unterscheidung zwischen einer mechanisch physikalischen und einer chemischen Verbindung.

In keiner Weise berücksichtigt das Urteil die Amtliche Begründung zur GOZ-Novelle zu den GOZ-Nrn. 2050 bis 2120. Dort lässt sich der Wille des Gesetzgebers nachvollziehen, der in diesem Zusammenhang feststellt, dass mit dem Begriff Adhäsivtechnik die Schmelz-Adhäsiv-Technik und die Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik gemeint sind (Bundesrat Drucksache 566/11, S. 54).

Dass die Argumente des Gerichts nicht überzeugen und verfangen können, wird besonders deutlich bei der Betrachtung der Leistung der GOZ-Nr. 2197 im Zusammenhang mit einem keramischen Werkstück. Hier sind das Konditionieren (Säu-

reätzung der Schmelz- und Dentinanteile) und das Bonding zwingende Arbeitsschritte und Leistungsbestandteile der GOZ-Nr. 2197, da andernfalls kein inniger Verbund zwischen Zahn und Werkstück möglich ist. Weitere Maßnahmen wie das „Primen“ kommen unter bestimmten Voraussetzungen hinzu. Das Konditionieren ist also nicht nur Leistungsbestandteil der GOZ-Nr. 2120, sondern unstreitig auch der GOZ-Nr. 2197.

Daraus folgt, dass die Nebeneinanderberechnung beider Ziffern gegen das Zielleistungsprinzip gemäß § 4 Abs. 2 Satz 2 GOZ verstößt. De facto überschneiden sich natürlich auch alle anderen Arbeitsschritte wie Primern, Bonden, Aushärten, die sämtlich in der GOZ-Nr. 2120 enthalten sind. Da das Gericht den Fokus auf den Klammerzusatz „(Konditionieren)“ legt, den es irrig als einzigen Leistungsbestandteil der Adhäsivtechnik auffasst, lässt sich der Fehler des Gerichts hier besonders deutlich machen. Bei der Adhäsivtechnik folgt einer separaten Konditionierung immer und ohne Ausnahme das Auftragen eines Haftvermittlers (auch bei einer reinen Beteiligung des Zahnschmelzes), der zusätzliche Arbeitsschritt des „Primerns“ kommt bei einer Dentinbeteiligung der Zahn- bzw. Füllungs Oberfläche hinzu. Das Auftragen des Haftvermittlers und des Primers bei Dentinbeteiligung ist bereits in der Leistung nach GOZ-Nr. 2120 enthalten. Sie sind methodisch notwendige Einzelschritte der Adhäsivtechnik und gemäß § 4 Absatz 2 von der Zielleistung „Füllung in Adhäsivtechnik“ umfasst.

Würde rein hypothetisch unterstellt, die Auffassung des Gerichts sei richtig, stellt sich die Frage, welche Art von Füllung der Verordnungsgeber in den GOZ-Nrn. 2060, 2080, 2100, und 2120 beschreiben wollte, die auch ohne „fakultativen Mehraufwand“ der adhäsiven Befestigung erfolgen würde? Das Gericht meint, die Füllung würde nach der selektiven Schmelzätzung erfolgen, jedoch ohne Applikation eines Primers/Bondings. Doch es stellt sich die Frage: Was soll das für eine Füllung sein? Die selbstadhäsiven Komposits für direkte restaurative Therapien benötigen keine separate Konditionierung (Schmelzätzung) und auch sonst gibt es keine in der Praxis verbreitete Füllungsart, die diese Vorgehensweise voraussetzt. Dann hätte der Verordnungsgeber vier neue Leistungspositionen geschaffen, die isoliert betrachtet in der zahnärztlichen Praxis überhaupt nicht vorkommen. Dass das nicht richtig sein kann, liegt auf der Hand, vor allen vor dem Hintergrund, dass die Neudefinition der Füllungsleistungen eines der Kernstücke der GOZ-Novelle darstellt.

Im Übrigen steht das Urteil auch in Widerspruch zu der Auffassung der Bundeszahnärztekammer hinsichtlich der Bewertung des DGZ-Gutachtens:

„Im Bereich der kaufunktionsstabilen Restaurationen wurden sowohl der Ausführung, wie der verwendeten Materialien nach zwei verschiedene Gebührengruppen geschaffen: Die Nummern 2050/2070/2090/2110 für die Restaurationen mit plastischen nicht adhäsiv zu befestigenden Restaurationmaterialien (Verankerung in Unterschnittpräparation) und die Nummern 2060/2080/2100/2120 für die Restaurationen mit Kompositmaterialien in Adhäsivtechnik (Konditionieren), wobei der Klammerzusatz lediglich einen für die Adhäsivtechnik typischen Behandlungsschritt beschreibt. Ob diese Maßnahme isoliert oder in Kombination mit dem Primem und/oder Bonden erfolgt, ist gebührenrechtlich unerheblich. Der Einsatz aller Verfahren sowohl der Schmelz- als auch der Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik erfüllt aus gebührenrechtlicher Sicht die Anforderung an diesen Leistungsteil.“

(vgl. Bundeszahnärztekammer, März 2014: „Der Leistungsinhalt der Geb.-Nrn. 2060, 2080, 2100, 2120 GOZ - Eine fachliche und gebührenrechtliche Analyse“, Seite 2, abrufbar unter http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/g5_Pos_Leistungsinhalt2060f_Maerz2014f.pdf).

Zu Recht weist die BZÄK auch auf die Systematik der Füllungsleistungen in Adhäsivtechnik und mit plastischen nicht adhäsiv zu befestigenden Restaurationmaterialien hin. Weder ist das Gericht auf die bestehenden Kommentierungen noch auf die systematische Stellung der neu eingeführten Füllungsleistungen eingegangen. Vor diesem Hintergrund ist dieses Urteil, das ohnehin nur die unmittelbaren Prozessbeteiligten bindet, aufgrund der Mängel nahezu wertlos und unbeachtlich. Das Verwaltungsgericht Stuttgart (Urteil vom 18.11.2014, Az.: 13 K 757/13) und das Amtsgericht Celle (Urteil vom 11.11.2014, Az.: 13 C 1449/135.2) haben diese hier in Rede stehende Gebührenrechtsfrage gänzlich anders entschieden.

Auslegungsfragen der GOZ 2012



In dieser Ausgabe behandelt der PKV-Verband **Auskunftspflichten des Versicherten und Reichweite des Prüfungsrechts des Versicherers bei der Feststellung seiner Einstandspflicht aus der Krankheitskostenvollversicherung**

Nach § 9 Absatz 2 MB/KK und § 31 Abs. 1 VVG gehört es zu den Obliegenheiten des Versicherungsnehmers auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Zwischen Versicherungsnehmern, (Zahn-)Ärzten und den Unternehmen der Privaten Krankenversicherung bestehen gelegentlich unterschiedliche Auffassungen über die Reichweite dieser sich aus dem Versicherungsvertrag bzw. dem Gesetz ergebenden Auskunftspflichten des Versicherungsnehmers zwecks Feststellung der Leistungspflicht des Versicherers. Die Thematik ist immer wieder Gegenstand gerichtlicher Auseinandersetzungen. In einer aktuellen Entscheidung des Landgerichts Oldenburg vom 6. Dezember 2013 (Az.: 13 O 1563/13), dessen Urteil vom OLG Oldenburg durch Hinweisbeschluss vom 28. April 2014 (Az.: 5 U 2/14) bestätigt wurde, ist erneut klargestellt worden, dass der Anspruch des Versicherungsnehmers nicht fällig wird, sofern und solange der Versicherer die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen mangels Mitwirkung des Versicherungsnehmers nicht vornehmen kann (vgl. § 14 Abs. 1 VVG). Die Urteile sind noch nicht rechtskräftig.

Im konkreten Fall nahm der Versicherte (Kläger) das Versicherungsunternehmen (Beklagter) auf Zahlung zahnärztlicher Behandlungskosten in Anspruch. Ferner begehrte er die Feststellung, dass das beklagte Versicherungsunternehmen ihm gegenüber verpflichtet sei, bestimmte, erst künftig noch entstehende Behandlungskosten zu ersetzen. Dem Versicherten wurden mehrere zahnärztliche Untersuchungen und Behandlungen in Rechnung gestellt. Diese Rechnungen

übersandte der Kläger dem Beklagten mit der Bitte um Erstattung. Das Versicherungsunternehmen bat den Versicherten unter Verweis auf § 9 Abs. 2 MB/KK um Übermittlung von weiteren die konkrete Behandlung betreffenden Unterlagen, namentlich sämtlicher diagnostischer Unterlagen (Röntgenbilder etc.) sowie um Unterzeichnung einer Schweigepflichtentbindung bezüglich der behandelnden Ärzte. Der Versicherer wies darauf hin, dass ohne diese Auskünfte keine Leistungsprüfung erfolgen und daher auch keine Fälligkeit gem. § 14 VVG eintreten könne; dem Versicherer sei es aufgrund des Versicherungsvertrags mit dem Kläger nicht möglich, die Unterlagen direkt bei den Zahnärzten anzufordern. Diesem Übersendungsverlangen ist der Versicherte trotz mehrfacher Aufforderung nicht nachgekommen. Schließlich bat er den Beklagten, sich selbst mit der Zahnarztpraxis in Verbindung zu setzen, da er die gestellten Fragen nicht selbst fachkundig beantworten könne. Der Beklagte forderte den Kläger nach einer Abschlagszahlung erneut auf, die Unterlagen beizubringen. Auch dieser Aufforderung verweigerte sich der Kläger, stattdessen reichte er weitere Rechnungen sowie einen Heil- und Kostenplan ein. Der Versicherer verweigerte weiterhin unter Wiederholung und Vertiefung der bisherigen Argumentation die Erstattung der Rechnungen.

Das Landgericht Oldenburg wies die Klage des Versicherten ab. Die Berufung wurde vom OLG Oldenburg durch Beschluss zurückgewiesen. Beide Gerichte stellten fest, dass dem Anspruch des Klägers auf Erstattung der Zahnarztrechnungen § 14 Abs. 1 VVG entgegenstehe. Danach ist die Leistung erst mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhe-

bungen fällig. Der Versicherer müsse durch die Informationen in die Lage versetzt werden, das Vorliegen des Versicherungsfalles prüfen zu können. Könne das Informationsbedürfnis des Versicherers durch die Auskünfte der Zahnärzte/Ärzte und des Versicherungsnehmers nicht befriedigt werden, bliebe der Versicherer nur die Ablehnung der Leistung, was für den Versicherungsnehmer hieße, den Versicherungsfall und die Notwendigkeit der Leistungen in einem zeit- und kostspieligen Gerichtsverfahren nachweisen zu müssen; womit keiner der Parteien gedient wäre (LG Oldenburg, so auch: OLG München Urteil vom 06.09.2012, Az.: 14 U 4805/11).

Das Landgericht hebt auch auf den dem Versicherungsvertrag einbezogenen § 6 Abs. 1 MB/KK ab, der bestimmt, dass der Versicherer zur Leistung nur verpflichtet ist, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind. Auf dieser Grundlage sei der Versicherer berechtigt, die Einreichung der diagnostischen Unterlagen vom Kläger zu verlangen. Diese Klausel sei dahingehend ausulegen, dass nur solche Auskünfte gefordert werden dürften, die einen hinreichenden Bezug zum Leistungsfall aufwiesen. Darunter könnten allerdings sämtliche relevanten für die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit erforderlichen Unterlagen bis hin zur Patientenakte fallen (so auch: OLG München, Urteil vom 06.09.2012, Az.: 14 U 4805/11, abgedruckt in: VersR 2013, 169).

Eine Verletzung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung, wie vom Versicherten vorgebracht, sei auch nicht gegeben, da der Versicherer keine umfassenden Informationen verlange, wie etwa die gesamte Behandlungsakte, sondern lediglich konkret benannte diagnostische und mit dem konkreten Behandlungsfall zusammenhängende Unterlagen. Bei der Einsicht in Patientenunterlagen müsse zwischen dem Interesse der Versicherung auf Prüfung des Eintritts des Versicherungsfalles und dem Recht des Patienten auf informationelle Selbstbestimmung abgewogen werden. Daher sei mit der Rechtsprechung des BVerfG (BVerfG, Urteil vom 23.10.2006, Az.: 1 BvR 2027/02, in: VersR 2006, 1669) eine pauschale Ermächtigung des Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherer unzulässig. Allerdings sei ein auf den konkreten Einzelfall und den erforderlichen Teil der Krankenunterlagen beschränktes Auskunftsrecht des Versicherers als verhältnismäßig anzusehen. Damit würde den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts hinreichend Rechnung getragen.

Auch könne der Versicherer nicht selbst von den behandelnden Ärzten Auskunft verlangen. Der Versicherer sei nicht Partei des Behandlungsvertrages und habe daher keine Berechtigung selbst Informationen einzuziehen. Als Vertragspartner des Versicherten, so das OLG Oldenburg, durfte sich der Versicherer hinsichtlich der Auskünfte direkt an den Versicherten wenden, ohne sich auf den behandelnden Arzt verweisen zu lassen. Es sei dem Versicherten auch zumutbar, die Unterlagen, bei denen es sich um objektivierte Befunde und Behandlungsfakten handele, dem Versicherer zur Verfügung zu stellen. Schließlich habe der Versicherte aus dem Behandlungsvertrag gegen den Zahnarzt einen Anspruch auf Herausgabe der Unterlagen (vgl. etwa BGH, Beschluss vom 10. Januar 1984, Az.: VI ZR 103/83).

Kann das Vorliegen der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung nur von einem Arzt des jeweiligen Fachgebietes geprüft werden?

Neben dem Prüfungsumfang der Versicherung bei der medizinischen Notwendigkeit musste sich das LG Oldenburg auch mit dem in letzter Zeit von Seiten der Ärzte/Zahnärzte häufiger postulierten Argument auseinandersetzen, dass ein Sachbearbeiter der Versicherung die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung, also das Vorliegen eines Versicherungsfalles, zu bewerten nicht berechtigt sei, da Feststellungen zur medizinischen Notwendigkeit oder zur Indikationsstellung ausschließlich Approbierten vorbehalten seien.

Dieser Auffassung vermochten weder das Landgericht noch das Oberlandesgericht Oldenburg etwas abzugewinnen. Schließlich sei es Sache des Versicherers, auf welche Art und Weise und unter Hinzuziehung welcher Personen und Berufsgruppen Feststellungen zur medizinischen Notwendigkeit getroffen würden. Dem ist uneingeschränkt zuzustimmen. Dem Versicherungsvertragsgesetz, insbesondere dem einschlägigen § 14 Abs. 1 VVG, der den Versicherer ermächtigt, notwendige Prüfungen zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungspflicht vorzunehmen, ist nicht zu entnehmen, dass hierfür Ärzte oder Zahnärzte hinzugezogen werden müssen, wenngleich dies der üblichen Praxis der Versicherungsunternehmen entspricht, sich in Fragen der medizinischen Notwendigkeit von ihren Gesellschaftsärzten beraten zu lassen.

Auslegungsfragen der GOZ 2012



Der PKV-Verband beantwortet an dieser Stelle **praxisrelevante Fragen zur Gebührenordnung** für Zahnärzte.

In Fortsetzung der Beilagenserie zum Thema „Analogberechnungen“ widmet sich der PKV Verband in der aktuellen Ausgabe weiteren Fragestellungen. Die bereits erschienenen Beilagen finden Sie auch im [Internet](#).

Analogberechnungen GOZ 2012

FRAGE: Ist die dentinadhäsive Versiegelung des Kavitätenbodens eines Zahnes analog berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein.

ERLÄUTERUNGEN: Die dentinadhäsive Versiegelung des Kavitätenbodens ist keine eigenständige zahnärztliche Maßnahme. Sie stellt sich als unselbstständige Teilleistung der Wurzelfüllung bzw. der sich anschließenden (Aufbau-) Füllung dar. Die Leistung ist abgegolten mit der GOZ-Nrn. 2440 oder 2180 + 2197 und ist daher nicht analog berechnungsfähig.

FRAGE: Ist die computergestützte Auswertung der opto-elektronischen Abformung analog berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein.

Erläuterungen: Die optisch-elektronische Abformung bildet die Grundlage für die Herstellung von Zahnersatz. Zu diesem Zeitpunkt sind Diagnose und Planung bereits abgeschlossen. Insofern ist die computergesteuerte Auswertung als eigenständige Leistung nicht neben der GOZ-Nr. 0065 berechnungsfähig.

FRAGE: Ist die Sterilisation des Wurzelkanals (mittels Laser) analog berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein.

ERLÄUTERUNGEN: Die Laseranwendung im Zusammenhang mit Wurzelkanalaufbereitungen ist mit der Zuschlagsposition 0120 GOZ abgegolten. Eine ausfüllungsbedürftige Lücke in der GOZ als Voraussetzung für eine Analogberechnung ist somit nicht gegeben.

FRAGE: Ist die Totalrekonstruktion mit Ferrule analog berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein.

ERLÄUTERUNGEN: Liegt ein starker Substanzverlust eines Zahnes vor, muss die Zahnkrone mit Aufbaumaterial vollständig nachgebildet (rekonstruiert) werden. Einen stabilisierenden Effekt im Bereich der Zahnwurzel erreicht man durch die Anwendung einer speziellen Präparationstechnik (Ferrule), die auch als „Fassreifen-design“ bezeichnet wird. Da Ferrule eine besondere Ausführung der Präparation ist, ist sie mit der Präparationsleistung der Kronen- bzw. Brückenleistungen abgegolten (Zielleistung § 4 Absatz 2 GOZ).

FRAGE: Ist die Eingliederung einer provisorischen Krone mit Stiftverankerung analog berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein.

ERLÄUTERUNGEN: Für diese Leistung gab es in der alten GOZ eine eigene Gebührenposition (Nr. 228). Diese ist im Zuge der GOZ-Novellierung gestrichen worden. Die Leistung wird nunmehr von GOZ-Nr. 2270 erfasst und ist entsprechend zu berechnen. Eine provisorische Krone (GOZ-Nr. 2270) kann verschiedene Ausführungen haben. Wird beispielsweise ein gegossener Stifaufbau (GOZ-Nr. 2290) hergestellt, dann ist eine provisorische Stiftkrone das Mittel der Wahl für die Übergangszeit.

Auslegungsfragen der GOZ 2012



Bundeszahnärztekammer, PKV und Beihilfe lösen Auslegungsfragen der GOZ

Beschlüsse des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen

Die Bundeszahnärztekammer, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Beihilfestellen von Bund und Ländern haben im Jahr 2013 die Einrichtung eines Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen vereinbart, um im partnerschaftlichen Miteinander daran zu arbeiten, die Rechtsunsicherheit nach der Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu beseitigen. Das neue Gremium hat die Aufgabe übernommen, grundsätzliche Auslegungsfragen der GOZ, Fragen der privat Zahnärztlichen Qualitätssicherung sowie Fragen des Inhalts und der Abgrenzung privat Zahnärztlicher Leistungen zu diskutieren und möglichst einvernehmlich zu beantworten. Ein wichtiges Ziel ist dabei die Verbesserung der Beziehung zwischen Patient, Zahnarzt und Versicherungsmitarbeiter in der täglichen Praxis.

Mit der erklärten Zielsetzung, Probleme im Vorfeld zu lösen und dadurch Auslegungstreitigkeiten oder vielfache gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden, sind bereits erste gemeinsame Beschlüsse des Beratungsforums veröffentlicht worden (siehe z. B. Nr. 7 vom 1.4.2014 und Beilage zu PKVpublik 3/2014). Jetzt konnte zu weiteren Themen/Fragestellungen Einvernehmen erzielt werden. Das Beratungsforum hat sich auf die nachfolgenden zehn Beschlüsse* verständigt, die von den Vorständen und Gremien der beteiligten Institutionen bestätigt wurden:

Themenbereich Wurzelkanalbehandlungen

6. Der Verschluss atypisch weiter apikaler Foramina unter Verwendung von MTA (Mineral Trioxid Aggregate) wird in den Fällen, in denen ohne apikalen Verschluss (Apexifikation) eine ordnungsgemäße Wurzelfüllung nicht möglich ist und insofern der apikale Verschluss eine nach Art, Material- und apparativem Einsatz selbstständige Leistung darstellt, gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Um eine vollständige Aushärtung des MTA zu gewährleisten, sollte die Wurzelfüllung in einer folgenden getrennten Sitzung erfolgen. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2060 für angemessen.

7. Der Verschluss innerhalb des Parodontiums gelegener Perforationen des Wurzelkanalsystems

stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2060 für angemessen.

8. Die Entfernung frakturierter Wurzelkanalinstrumente aus dem Wurzelkanalsystem stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2300 (Entfernung eines Wurzelstiftes) für angemessen.

9. Die Entfernung nekrotischen Pulpagewebes vor der Aufbereitung des Wurzelkanals stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete

Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2360 (Vitalexstirpation) für angemessen.

10. Das erschwerte Aufsuchen verengter Wurzelkanäleingänge und das Überwinden natürlicher Hindernisse bei der Aufbereitung des Wurzelkanals (Dentikel, Obliterationen, Verengungen, Krümmungen etc.) sowie natürlicher oder iatrogener Stufen stellen keine selbstständigen, analog zu berechnenden Leistungen dar, sondern sind mit der Grundleistung unter Berücksichtigung von § 5 Abs. 2 der GOZ zu berechnen.

Anm.: Über die analoge Berechnungsfähigkeit der Entfernung vorhandenen definitiven Wurzelkanalfüllmaterials konnte kein Konsens erzielt werden.

Themenbereich Materialkosten

11. Mit den Gebühren der GOZ sind grundsätzlich gemäß § 4 Absatz 3 alle Auslagen abgegolten, soweit im Gebührenverzeichnis nichts anderes bestimmt ist. Darüber hinaus sind – bezugnehmend auf das BGH-Urteil vom 27. Mai 2004 (Az.: III ZR 264/03) – folgende Materialien zusätzlich berechnungsfähig:

- Oraquix® im Zusammenhang mit der GOZ-Nr. 0080
- ProRoot MTA® im Zusammenhang mit der Berechnung der GOZ-Nr. 2440
- Harvard MTA OptiCaps® im Zusammenhang mit der Berechnung der GOZ-Nr. 2440

Themenbereich Anästhesieleistungen

12. Die GOÄ-Nrn. 490, 491, 493, 494 dürfen von Zahnärzten ohne ärztliche Approbation nicht zum Zwecke der intraoralen Lokal- bzw. Leitungsanästhesie berechnet werden. Die Berechnung der GOÄ-Nr. 494 ist auch für den MKG-Chirurgen zum alleinigen Zwecke der Schmerzausschaltung bei zahnärztlich-chirurgischen Leistungen fachlich nicht indiziert und daher nicht berechnungsfähig.

Themenbereich Röntgen

13. Im Zusammenhang mit den in der zahnärztlichen Therapie gängigen Röntgenaufnahmen (GOÄ-Nrn. 5000, 5002, 5004) ist eine Berechnung der GOÄ-Nr. 5298 nicht zulässig.

Themenbereich Chirurgie/Implantation

14. Neben der GOZ-Nr. 9100 ist die GOZ-Nr. 9090 nicht berechnungsfähig. Neben den GOZ-Nrn. 9110, 9120 ist die GOZ-Nr. 9090 dann berechnungsfähig, wenn die Knochentransplantation im Operationsgebiet nicht der Auffüllung des durch die Anhebung der Kieferhöhlenschleimhaut entstandenen Hohlraumes dient. Dies ist bei der Auffüllung von Knochendefiziten mit Eigenknochen im Bereich der Implantatschulter bei zeitgleicher Implantation oder beim Ausgleich von Knochendefiziten des Alveolarkamms mit Eigenknochen getrennt vom Bereich des Sinuslifts der Fall. Wird neben den GOZ-Nrn. 9110, 9120 die GOZ-Nr. 9100 in Ansatz gebracht, ist eine Berechnung der GOZ-Nr. 9090 in derselben Kieferhälfte nicht möglich.

Themenbereich Fotodokumentation

15. Im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung sind Fotos, die ausschließlich zu dokumentarischen Zwecken angefertigt worden sind, mit den Gebührennummern abgegolten und dürfen nicht gesondert berechnet werden. Fotos, die therapeutischen oder diagnostischen Zwecken, nicht jedoch einer kieferorthopädischen Auswertung dienen, sind analog berechnungsfähig. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 6000 für angemessen.

** Die Beschlüsse erfassen nur den ausdrücklich vom Wortlaut erfassten Sachverhalt. Auf andere, nicht ausdrücklich erfasste Sachverhalte sind sie nicht übertragbar.*

Auslegungsfragen der GOZ 2012



Der PKV-Verband beantwortet an dieser Stelle **praxisrelevante Fragen zur Gebührenordnung** für Zahnärzte.

Sind die GOZ-Nummern 6100 und 2197 nebeneinander berechnungsfähig?

Die Frage der Nebeneinanderberechnungsfähigkeit der GOZ-Nrn. 6100 (Eingliederung eines Klebebrackets zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel) und 2197 (Adhäsive Befestigung – plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Krone, Teilkrone, Veneer etc.) wird auf Ebene der Amtsgerichte unterschiedlich beurteilt. Während das AG Hildesheim (Urteil vom 07.02.2014, Az: 81 C 91/13, n. rk.) diese Frage verneint, wird sie vom AG Pankow/Weißensee (Urteil vom 10.01.2014, Az: 6 C 46/13) bejaht. Das Urteil des AG Pankow/Weißensee gibt Anlass für eine kritische Betrachtung der Entscheidungsgründe.

Interessanterweise räumt das Gericht zunächst ein, dass nach dem Wortlaut der GOZ-Nr. 6100 die adhäsive Befestigung eines Klebebrackets als Bestandteil dieser Gebührenposition angesehen werden könnte. Schließlich könne sich der beklagte Versicherer darauf berufen, dass in der GOZ-Nr. 6100 pauschal von Klebebrackets die Rede sei und es daher nicht auf die Art der Verbindung des Brackets mit dem Zahn ankommen könne. Seine am Wortlaut der GOZ-Nr. 6100 orientierte zutreffende Auslegung konterkariert das Gericht dann aber unvermittelt, in dem es zu der auf falschen Annahmen beruhenden und im Ergebnis nicht vertretbaren Feststellung gelangt, dass ein „Bracket prinzipiell ein Klebebracket sein kann, dabei aber die Verklebung – unstreitig – in unterschiedlicher Weise erfolgen kann“. Dabei nimmt das Gericht irrtümlich an, dass das konventionelle Befestigen auch eine Art des Klebens sei. In der Zahnmedizin wird das Wort „Kleben“ jedoch synonym mit der „adhäsiven Befestigung“ gebraucht. Beim Kleben entsteht zwischen Zahn

und Füllungswerkstoff ein chemischer Verbund, während die konventionelle Befestigung – auch das Zementieren – einen (instabileren) mechanischen Verbund erzeugt.

Fragwürdig ist zudem die Einschätzung des AG Pankow/Weißensee, dass die Befestigung eines Brackets im Sinne der GOZ-Nr. 6100 in unterschiedlicher Weise erfolgen könne. Auf höchst theoretischer und völlig abstrakter Ebene mag das zwar stimmen, die tatsächliche zahnärztliche Behandlungsrealität ist aber eine andere. Zwar kann eine Befestigung statt in Adhäsivtechnik auch unter Verwendung von Zement erfolgen, doch damit ist eine sichere Haftung des Brackets nicht gewährleistet, sodass diese Methode mangels Festigkeit der Verbindung des Brackets schon lange nicht mehr dem gegenwärtigen Stand der zahnärztlichen Wissenschaft und damit den Regeln der zahnärztlichen Kunst entspricht; sie wird daher in der Praxis kaum mehr angewandt.

Hinzu kommt, dass im Leistungstext der GOZ-Nr. 6100 ausdrücklich vom „Klebebracket“ die Rede ist. Damit ist die Art der Befestigung schon vorgegeben. Es muss klar zwischen „Kleben“ und „Zementieren“ unterschieden werden (s.o.). Beides ist unter dem Oberbegriff „Befestigung“ zu subsumieren. Insofern hat der Gesetzgeber schon im Wortlaut des Leistungstextes dem heutigen Standard in der Kieferorthopädie bei der Befestigung von Brackets Rechnung getragen.

Dieses Ergebnis lässt sich auch anhand einer Betrachtung des Regelungsgehalts der mit der GOZ-Novelle neu eingeführten GOZ-Nr. 2197 bestätigen, die als unselbständige Teilleistung nie alleine, sondern akzessorisch nur in Verbindung mit einer anderen Zielleistung berechnet

werden kann. Mit einer Ausnahme ist sämtlichen im Leistungstext der GOZ-Nr. 2197 aufgeführten Beispielen von (Ziel-)Leistungen gemeinsam, dass sie konservierende oder prothetische Versorgungen darstellen und im Regelfall gerade nicht in Adhäsivtechnik erbracht werden. Einzig das Veneer wird standardmäßig adhäsiv befestigt. Da es aber in der GOZ mit der Nr. 2220, die auch die Anfertigung einer Teilkrone umfasst, berechnet wird, hat der Gesetzgeber das Veneer mit in der Aufzählung aufgeführt. Wenn eine Krone oder ein Inlay adhäsiv befestigt wird, stellt das einen zusätzlichen zeitlichen und/oder materialbezogenen Aufwand dar, dem der Ordnungsgeber mit der zusätzlich berechnungsfähigen Position der GOZ-Nr. 2197 Rechnung getragen hat. Sofern aber die eigentliche Zielleistung – wie hier die Eingliederung eines Klebebrackets – nach dem gegenwärtigen Stand der zahnwissenschaftlichen Erkenntnisse einzig und allein auf der Adhäsivtechnik („Bracket-Adhäsivtechnik“) beruht, sind die Ausführungen des Gerichts zu den nach seiner Ansicht verschiedenen Möglichkeiten der „Verklebung“ nicht verständlich.

Dass neben der Adhäsivtechnik sämtliche anderen Befestigungsverfahren außer Acht gelassen werden können, lässt sich auch anhand der zahnärztlich-kieferorthopädischen Literatur belegen. In dem Standardwerk „Kieferorthopädie II“ von Peter Diedrich (Verlag Urban & Fischer, 4. Auflage), dessen aktuelle Auflage immerhin schon 14 Jahre alt ist, wird im Kontext der Einbringung von Brackets ausnahmslos die „Bracket-Adhäsivtechnik“, der ein eigenes Kapitel gewidmet ist, dargestellt (vgl. S. 169 ff.). Andere Verfahren werden noch nicht einmal als unter bestimmten Umständen in Betracht kommende Alternativen erwähnt. Stattdessen werden als Grundprinzipien der „Klebetchnik“ (direkte oder indirekte Methode) die Säureätzung des Zahnes und das Kleben des Brackets mittels eines Adhäsivs bezeichnet (vgl. Diedrich, Kieferorthopädie II, S. 192 f.).

Der Grund, warum das AG Pankow/Weißensee entgegen dem eindeutigen Wortlaut der GOZ-Nr. 6100 meint, die Norm teleologisch dahin reduzieren zu müssen, dass das Klebeverfahren mittels Adhäsivtechnik nicht in der GOZ-Nr. 6100 enthalten sein könne und daher GOZ-Nr. 2197 zusätzlich berechnungsfähig sein müsse, ist die aus seiner Sicht zu geringe Bewertung (Bepunktung) dieser Gebührenposition im Verhältnis zu dem Aufwand für die Einbringung des adhäsiv

befestigten Klebebrackets. Grundsätzlich kommt nach der juristischen Methodenlehre eine vom Wortlaut der Bestimmung abweichende Auslegung nach systematischen, teleologischen oder historischen Regeln nicht in Betracht, sofern die gesetzliche Regelung eindeutig ist (Larenz/Canaris, Methodenlehre der Rechtswissenschaft, 3. Aufl. 1995, S. 163 f.). Allerdings ist ebenso anerkannt, dass in engen Ausnahmefällen, in denen die sich aus dem Wortlaut ergebende Rechtsfolge unzumutbar erscheint, der Wortlaut teleologisch reduziert werden kann. Die teleologische Reduktion setzt eine verdeckte Regelungslücke im Sinne einer planwidrigen Unvollständigkeit des Gesetzes voraus (vgl. BGH, Urteil vom 26. November 2008, Az.: VIII ZR 200/05, in BGHZ 179, 27, Rn. 22). Hier sieht das Amtsgericht die Regelungslücke in der geringen Punktzahl für die Einbringung des Klebebrackets, die nicht auch noch mittels der nahezu gleich hoch bewerteten Adhäsivtechnik gemäß GOZ-Nr. 2197 erbracht werden könne. Es geht also von einem Wertungswiderspruch aus. Da allerdings Klebebrackets – und das nicht erst seit der GOZ-Novelle 2012 – im Grunde genommen ausschließlich als Adhäsiv-Klebebrackets eingebracht und beide Begriffe synonym verwendet werden, ist eine derartige Lücke nicht vorhanden. Dass die der adhäsiven Befestigung (GOZ-Nr. 2197) zugeordnete Punktzahl (130 Punkte) im Vergleich zu der für das Klebebracket (165 Punkte) eine vergleichsweise geringe Differenz aufweist, kann nicht als Beleg dafür dienen, dass die adhäsive Befestigung nicht in der GOZ-Nr. 6100 enthalten ist, auch wenn für die über die reine Befestigung des Brackets hinausgehenden Maßnahmen und Aufwände lediglich 35 Punkte verbleiben. Denn die Hauptleistung nach GOZ-Nr. 6100 besteht gerade in der Befestigung des Klebebrackets. Es geht also um nicht mehr und nicht weniger als um die Befestigung des Brackets.

Da sowohl Wortlaut als auch Regelungsabsicht der GOZ-Nr. 6100 eindeutig sind, auch und gerade im Lichte der in GOZ-Nr. 2197 aufgeführten Hauptleistungen, ist für die Eingliederung von Adhäsiv-Brackets nur GOZ-Nr. 6100 berechnungsfähig. Der zusätzliche Ansatz der GOÄ-Nr. 2197 ist gebührenrechtlich unzulässig.

Auslegungsfragen der GOZ 2012



Der PKV-Verband stellt in dieser Beilage zur Verbandszeitschrift die **konsentierten Beschlüsse des Beratungsforums** für Gebührenordnungsfragen vor.

Die Bundeszahnärztekammer, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Beihilfestellen von Bund und Ländern haben im Jahr 2013 die Einrichtung eines Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen vereinbart, um im partnerschaftlichen Miteinander daran zu arbeiten, die Rechtsunsicherheit nach der Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu beseitigen. Das neue Gremium hat die Aufgabe übernommen, grundsätzliche Auslegungsfragen der GOZ, Fragen der privat Zahnärztlichen Qualitätssicherung sowie Fragen des Inhalts und der Abgrenzung privat Zahnärztlicher Leistungen zu diskutieren und möglichst einvernehmlich zu beantworten. Ein wichtiges Ziel ist dabei die Verbesserung der Beziehung zwischen Patient, Zahnarzt und Versicherungsmitarbeiter in der täglichen Praxis.

Nach Ablauf des ersten Geschäftsjahres des Beratungsforums können die Mitglieder eine erfolgreiche Arbeit konstatieren. Mit der erklärten Zielsetzung, Probleme im Vorfeld zu lösen und dadurch Auslegungstreitigkeiten oder vielfache gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden, haben sich die Mitglieder des Beratungsforum einvernehmlich auf die nachfolgenden Beschlüsse verständigt, die von den Vorständen und Gremien der Mitglieder bestätigt wurden:

1. Berechnungsfähigkeit des Operationsmikroskops

Der Zuschlag für die Anwendung des Operationsmikroskops ist nur für die in der GOZ-Nr. 0110 abschließend aufgezählten Gebührenpositionen berechnungsfähig. Eine analoge Anwendung dieser Zuschlagsposition oder anderer GOZ-Positionen für die Verwendung des Operationsmikroskops bei anderen als den in GOZ-Nr. 0110 bezeichneten Leistungen kommt nicht in Betracht. Wird eine nicht zuschlagsfähige Leistung erbracht, die aufgrund von darzulegender Schwierigkeit oder Zeitaufwand den Einsatz des Operationsmikroskops erfordert, kann dies mittels der §§ 5 bzw. 2 GOZ abgebildet werden.

2. Zusätzliche Berechnung der GOZ-Nr. 2197 neben der GOZ-Nr. 2000

Im Zusammenhang mit der Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen und Glattflächenversiegelung nach der GOZ-Nr. 2000 ist die GOZ-Nr. 2197 für die adhäsive Befestigung der Versiegelung nicht zusätzlich berechnungsfähig, da die adhäsive Befestigung der Versiegelung nach der wissenschaftlichen „Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ Bestandteil der Fissurenversiegelung ist.

3. Stillung einer übermäßigen Blutung

Die GOZ 3050 ist im Rahmen der dentoalveolären Chirurgie ggf. als selbständige Leistung zusätzlich berechenbar, wenn die Blutung das typische Maß bei dem Eingriff deutlich übersteigt und eine Unterbrechung der eigentlichen operativen Maßnahme erfordert. In allen anderen Fällen sind Blutstillungsmaßnahmen (auch größeren Umfangs), die ortsgleich mit chirurgischen Leistungen erfolgen, Bestandteil der jeweiligen Hauptleistung und dürfen nicht gesondert nach GOZ-Nr. 3050 berechnet werden. Dies gilt auch für die chirurgischen Leistungen aus der GOÄ, die für den Zahnarzt gemäß § 6 Abs. 2 GOZ geöffnet sind.

4. Adhäsive Wurzelfüllung

Die Geb.-Nr. 2197 GOZ ist bei adhäsiver Befestigung der Wurzelfüllung neben der Geb.-Nr. 2440 GOZ zusätzlich berechnungsfähig.

5. Trennung von Liquidation und Erstattung

Bestimmungen, welche tarifbedingte Vertragsbestandteile des Versicherungsvertrages im reinen Innenverhältnis zwischen Versichertem und Versicherer sind, haben keinen Einfluss auf die Berechenbarkeit von Leistungen nach der GOZ.

Analogberechnungen GOZ 2012



Der PKV-Verband beschäftigt sich ab sofort in Beilagen zu seiner Verbandszeitschrift mit der Auslegung häufiger in der Abrechnungspraxis anzutreffender Analogberechnungen in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

In Fortsetzung der Beilagenserie zum Thema „Analogberechnungen“ widmet sich der PKV Verband in der aktuellen Ausgabe weiteren Fragestellungen. Anknüpfend an die letzte Ausgabe ist der Bereich Endodontie ein Hauptthema. Zudem werden Analogberechnungen zu den Themen Glattflächenversiegelung und Aufbaufüllungen näher betrachtet. Die bereits erschienenen Beilagen finden Sie auch im [Internet](#).

➤ Analogberechnungen Endodontie

FRAGE: Ist der retrograde Verschluss (alternativ: hermetischer Verschluss) nach WSR (Wurzelspitzenresektion) analog berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein.

ERLÄUTERUNGEN: Nach der Resektion einer Wurzelspitze ist es wichtig, die Wurzel bakterien dicht zu verschließen („hermetischer Verschluss“), um zu verhindern, dass sich Bakterien aus dem Wurzelkanal in den Kieferknochen ausbreiten. Mit der GOZ-Nr. 2440 steht eine originäre Gebührennummer für die Füllung eines Wurzelkanals zur Verfügung. Mit ihr sind alle Arten von Wurzelkanalfüllungen abgegolten wie z. B. Füllungen, die mit Kondensations- oder Injektionstechnik eingebracht werden und auch retrograde Wurzelkanalfüllungen, die im Rahmen einer Wurzelspitzenresektion gelegt werden. Erfolgt die Wurzelkanalfüllung adhäsiv, ist zusätzlich die GOZ-Nr. 2197 berechnungsfähig. Da die Leistung bereits in der GOZ 2012 abgebildet ist, bleibt für die analoge Berechnung der Maßnahme kein Raum.

FRAGE: Ist die Entfernung der avitalen Pulpa analog berechnungsfähig?

ANTWORT: Ja.

ERLÄUTERUNGEN: Die Entfernung der avitalen Pulpa ist in der GOZ 2012 nicht abgebildet. Da sie eine selbstständige Leistung im Sinne des § 6 Absatz 1 darstellt, kann sie analog berechnet werden. Der Aufwand ist die Kriterien des § 6 Absatz 1 berücksichtigend vergleichbar mit der einer Vitalextrirpation, daher ist die Berechnung der GOZ-Nr. 2360 analog angemessen.

FRAGE: Ist die Beseitigung einer intrakanalären Stufe analog berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein.

ERLÄUTERUNGEN: Die Beseitigung einer intrakanalären Stufe ist eine notwendige Teilleistung der Aufbereitung und kann daher nicht analog berechnet werden. In der Amtlichen Begründung zur GOZ-Nr. 2410 heißt es: „Bei anatomischen Besonderheiten kann eine Aufbereitung des Wurzelkanals ggf. nicht in einer Sitzung erfolgen. Nach Angaben der BZÄK liegen solche Besonderheiten in rd. 10% der Wurzelkanalaufbereitungen vor. Auch in diesen Fällen kann die Leistung nach der Nummer 2410 erneut berechnet werden. Die Berechnung der Nummer 2410 ist aber bei dieser Fallkonstellation auf höchstens zweimal je Aufbereitung eines Kanals – bezogen auf den gesamten Aufbereitungsvorgang bis zur definitiven Füllung – begrenzt. Im Einzelfall darüber hinausgehende erheblich höhere Aufwände können einzelfallbezogen bei der Bemessung des Honorars im Gebührenrahmen berücksichtigt

werden.“ Eine iatrogene Stufe kann zu den anatomischen Besonderheiten gezählt werden. Der Gesetzgeber sieht für diese Fälle eine zweimalige Berechnungsfähigkeit der Gebührennummer je Wurzelkanal vor (vgl. 2. Abrechnungsbestimmung nach GOZ-Nr. 2410). Darüber hinaus kann ein erhöhter Aufwand mit der Anpassung des Steigerungsfaktors abgedeckt werden.

flächen- bzw. Bracketumfeldversiegelung vor der Entfernung des Brackets porös werden oder beschädigt sein, ist die evtl. notwendige Entfernung vor der Erneuerung mit der Berechnung der GOZ-Nr. 2000 abgegolten. Dies gilt z. B. auch für die Entfernung einer insuffizienten Füllung, bevor sie erneuert wird. Auch hier kann die Entfernung der alten Füllung nicht gesondert berechnet werden.

➤ Entfernung Glattflächenversiegelung

FRAGE: Ist die Entfernung einer Glattflächenversiegelung im Rahmen der Kieferorthopädie analog berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein.

ERLÄUTERUNGEN: Die Hauptindikation einer Glattflächenversiegelung ist der Schutz von Zahnflächen während einer kieferorthopädischen Behandlung mit einer Multibracketapparatur, da während dieser Zeit die Mundhygiene mit den konventionellen Reinigungsmitteln (Zahnbürste, Zahnseide etc.) erschwert ist. Die Versiegelung erfolgt in der Regel mit einem dünnfließenden Kunststoff. Im Zuge der Bracketentfernung (GOZ-Nr. 6110) werden auch Rückstände des Adhäsivklebers bzw. der Glattflächenversiegelung entfernt. Die anschließende Politur und ggf. die Versiegelung des Zahnes sind Leistungsbestandteile der GOZ-Nr. 6110. Sollte eine Glatt-

➤ Aufbaufüllung

FRAGE: Ist der plastische Aufbau eines Zahnes vor der Versorgung mit einer Einlagefüllung analog berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein.

ERLÄUTERUNGEN: Für eine Aufbaufüllung vor der Versorgung mit einer Einlagefüllung sieht die GOZ keine Gebührenposition vor. Der Gesetzgeber hat die Aufbaufüllung (GOZ-Nr. 2180) neben den Inlaypositionen ausdrücklich ausgeschlossen (1. Abrechnungsbestimmung nach der GOZ-Nr. 2195). Angesichts dieser neuen Abrechnungsbestimmung ist eine Regelungslücke, die Voraussetzung für eine Analogberechnung ist, nicht ersichtlich. Daher kann die Aufbaufüllung vor einer Einlagefüllung weder mit der GOZ-Nr. 2180, noch mit einer anderen Gebührenposition analog berechnet werden.

Analogberechnungen GOZ 2012



Der PKV-Verband beschäftigt sich ab sofort in Beilagen zu seiner Verbandszeitschrift mit der Auslegung häufiger in der Abrechnungspraxis anzutreffender Analogberechnungen in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

In Fortsetzung der Beilagenserie zum Thema „Analogberechnungen“ widmet sich der PKV Verband in der aktuellen Ausgabe weiteren Fragestellungen. Die heutige Ausgabe befasst sich mit Analogberechnungen im Bereich der Endodontie. Die bereits erschienenen Beilagen finden Sie auch im [Internet](#).

➤ Postendodontische Aufbaufüllung

FRAGE: Ist die postendodontische Aufbaufüllung analog berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein.

ERLÄUTERUNGEN: Der postendodontische Aufbau soll den meist stark geschwächten Zahn nach einer abgeschlossenen Wurzelkanalbehandlung stabilisieren und abdichten. Da endodontisch behandelte Zähne in der Regel nach einer gewissen Wartezeit überkront werden, ist in diesem Falle die GOZ-Nr. 2180 originär anzusetzen. Für eine fakultative adhäsive Befestigung der Füllung steht die GOZ-Nr. 2197 zusätzlich zur Verfügung. Eine erneute Abrechnung der GOZ-Nr. 2180 in Vorbereitung eines zerstörten Zahnes zur Aufnahme einer Krone ist damit abgegolten.

➤ Endodontische Diagnostik mit Operationsmikroskop

Die bisherige Erfahrung in der zahnärztlichen Abrechnungspraxis zeigt im Bereich der endodontischen Diagnostik mittels Operationsmikroskop eine Vielfalt an analogen Berechnungen. Die analogen Gebühren beschreiben dabei im Wesentlichen, welcher Bereich mit einem Operationsmikroskop näher betrachtet bzw. dargestellt werden soll (z. B. intrakanaläre Diagnostik, Darstellung komplexer Wurzelkanalsysteme, Diagnostik des Pulpenkammerbodens etc.) oder

aus welchem Grund das Operationsmikroskop zum Einsatz kommen soll (z. B. Auffinden und/oder Ausschluss zusätzlicher Kanalstrukturen, Auffinden oder Ausschluss von Rissen, Sprüngen und Frakturen der Zahnhartsubstanzen etc.). Für diese Maßnahmen werden die unterschiedlichsten analogen Gebühren in Ansatz gebracht (z. B. 2220a, 5000a, 5020a, 2210a, 9000a etc.). Nicht selten werden diese Leistungen zusätzlich zu dem Zuschlag nach GOZ-Nr. 0110 abgerechnet.

FRAGE: Ist die endodontische Diagnostik mit dem Operationsmikroskop analog berechnungsfähig? Und ist die analoge Gebühr neben dem Zuschlag für die Anwendung des Operationsmikroskops (GOZ-Nr. 0110) berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein.

ERLÄUTERUNGEN: Nach § 6 Absatz 1 der GOZ können selbständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden. Der Zuschlag für die Anwendung des Operationsmikroskops (GOZ-Nr. 0110) stellt keine selbstständige zahnärztliche Leistung dar, sondern erfolgt zusätzlich zur Vergütung einer Grundleistung (vgl. „Der Praxiskommentar“ Peter H.G. Esser zur GOZ-Nr. 0110). Die GOZ-Nr. 0110 ist in der GOZ folgenden Leistungen zugeordnet: 2195, 2330, 2340, 2360, 2410, 2440, 3020, 3030, 3040, 3045, 3060, 3110, 3120,

3190, 3200, 4090, 4100, 4130, 4133, 9100, 9110, 9120, 9130 und 9170. Bei anderen Leistungen, bei denen auch ein Operationsmikroskop zur Anwendung kommen kann, darf der Zuschlag nicht berechnet werden.

Dies kann auch nicht dadurch umgangen werden, indem die Anwendung des Operationsmikroskops in den zahnärztlichen Rechnungen für die Inspektion bestimmter Areale (z. B. Pulpenkammerboden, Wurzelkanaleingang) oder für bestimmte Zwecke (z. B. Ausschluss zusätzlicher Kanalstrukturen) beliebig neu definiert und erweitert wird. Damit würde der gesetzgeberische Wille, wonach der Zuschlag nur bei bestimmten Gebührenkonstellationen ansatzfähig sein soll, ignoriert. Ein solches Vorgehen ist gebührenrechtlich unzulässig.

Darüber hinaus würde diese Auslegung der Berechnungsfähigkeit der GOZ-Nr. 0110 der dazugehörigen Abrechnungsbestimmung widersprechen, wonach der Zuschlag nach der Nummer 0110 nur einmal je Behandlungstag berechnungsfähig ist.

Zu Doppelvergütungen kommt es immer dann, wenn neben dem Zuschlag nach der GOZ-Nr. 0110 die Anwendung des Operationsmikroskops analog berechnet wird. Diese Abrechnung ist nicht nur im Sinne des § 6 Absatz 1 der GOZ unzulässig, sondern widerspricht auch dem Zielleistungsprinzip nach § 4 Absatz 2 der GOZ. Danach kann der Zahnarzt für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet.

Diese Sichtweise wird u. a. durch die BZÄK gestützt:

„Bei der Anwendung eines OP-Mikroskops im Zusammenhang mit den aufgeführten konservierenden, endodontischen, chirurgischen, parodontalchirurgischen und implantologischen Leistungen kann ein Zuschlag berechnet werden. Der Zuschlag ist jedoch nur einmal je Behandlungstag

und nur neben einer der oben abschließend aufgeführten Leistungen ansatzfähig.“

Im Rahmen einer endodontischen Behandlung kann der Zuschlag nach GOZ-Nr. 0110 z. B. mit der GOZ-Nr. 2410 oder 2440 originär berechnet werden. Daneben oder anstelle des Zuschlags schließt sich eine analoge Berechnung aus.

➤ Berechnungen von Teilleistungen nach endodontischer Behandlung

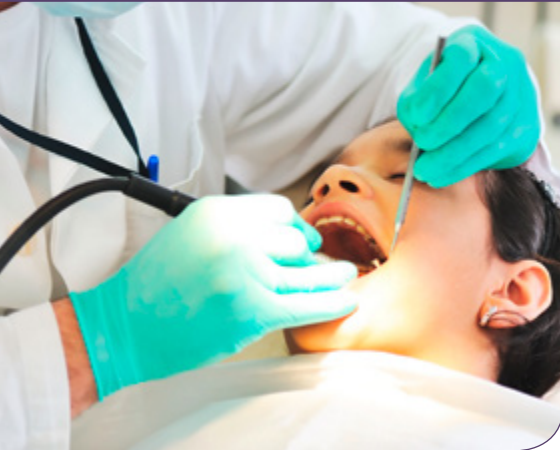
FRAGE: Sind Teilleistungen im Rahmen der Endodontie analog berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein.

ERLÄUTERUNGEN: In der Regel ist es nach einer endodontischen Behandlung und einer angemessenen Wartezeit notwendig, den Zahn mit einer Krone weiter zu versorgen. Um einen Zahn bis zur definitiven Versorgung zu schützen, kann als Alternative zur postendodontischen Aufbaufüllung (s. o.) ein Provisorium nach den GOZ-Nrn. 2260 und 2270 eingegliedert werden. Zur Aufnahme des Provisoriums ist eine Präparation des Zahnes erforderlich. In der zahnärztlichen Abrechnungspraxis kommt es vor, dass der in diesem Zusammenhang entstandene Präparationsaufwand in Form von Teilleistungen z. B. nach den GOZ-Nrn. 2230 und 2240 berechnet wird.

Nach dem Leistungstext sind die Teilleistungen nach den Nummern 2230 und 2240 bzw. 5050 und 5060 GOZ nur im Zusammenhang mit den GOZ-Nrn. 2200 bis 2220 bzw. 5000 bis 5040 berechnungsfähig. Die Abrechnungsbestimmungen nach der GOZ-Nr. 2240 bzw. nach der GOZ-Nr. 5060 regeln die konkrete Anwendung der Gebühren. Hiernach sind Teilleistungen nur berechnungsfähig, wenn es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen oder eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.

Analogberechnungen GOZ 2012



Der PKV-Verband beschäftigt sich ab sofort in Beilagen zu seiner Verbandszeitschrift mit der Auslegung häufiger in der Abrechnungspraxis anzutreffender Analogberechnungen in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

In Fortsetzung der Beilagenserie zum Thema „Analogie“ widmet sich der PKV Verband in der aktuellen Ausgabe weiteren Fragestellungen. Die bereits erschienenen Beilagen finden Sie auch im [Internet](#).

➤ Obliterationen und Dentikel in der Endodontologie

FRAGE: Ist die Beseitigung von Dentikeln und Obliterationen im Rahmen einer Wurzelkanalbehandlung analog berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein.

ERLÄUTERUNGEN: Anatomische Besonderheiten des Wurzelkanalsystems wie Dentikel (kleine Verhärtungen innerhalb des Wurzelkanals) und Obliterationen (Verengung innerhalb des Wurzelkanals) können die Aufbereitung der Wurzelkanäle erschweren (vergl. GOZ, Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes-) Zahnärztekammern,

Stand 13. August 2013, S. 99 [PDF](#)). Diese Erschwernisse können sich gemäß § 5 Absatz 2 GOZ in einem erhöhten Steigerungsfaktor widerspiegeln. Eine Analogberechnung setzt voraus, dass es sich um eine selbstständige zahnärztliche Leistung handeln muss (§ 6 Absatz 1 GOZ). Dieses Kriterium ist nicht erfüllt, da die Beseitigung von Dentikeln und Obliterationen eine Teilleistung der Leistung nach der GOZ-Nr. 2410 darstellt, mit dem Ziel, den Wurzelkanal aufzubereiten.

➤ Frakturierte Wurzelkanalinstrumente

FRAGE: Ist das Entfernen eines frakturierten Wurzelkanalinstruments analog berechnungsfähig?

ANTWORT: Ja.

ERLÄUTERUNGEN: Bei einer Wurzelkanalaufbereitung kann es je nach Anatomie des Wurzelkanals/der Wurzelkanäle (z. B. extreme Krümmung) zu einer Instrumentenfraktur kommen. Die Entfernung eines frakturierten Wurzelkanalinstruments ist in der GOZ nicht beschrieben. Die Maßnahme ist daher als selbstständige Leistung im Sinne des § 6 Absatz 1 der GOZ zu werten. Als analoge Gebühr ist die GOZ-Nr. 2300 (Entfernung eines Wurzelstiftes) als angemessene Vergütung heranzuziehen. Hiermit wird u.a. dem i.d.R. hohen Aufwand bei der Entfernung eines frakturierten Wurzelkanalinstruments, ggf. unter Einsatz eines speziellen Instrumentariums, Rechnung getragen.

➤ **Wiederbefestigung eines gelösten Stiftaufbaus oder einer Wurzelstiftkappe**

FRAGE: Ist die Wiederbefestigung eines gelösten Stiftaufbaus oder einer Wurzelstiftkappe analog berechnungsfähig?

ANTWORT: Ja.

ERLÄUTERUNGEN: Die Wiedereingliederung eines gelösten Stiftaufbaus oder einer Wurzelstiftkappe ist in der GOZ nicht abgebildet. Da der Aufwand mit der Wiedereingliederung einer Einlagefüllung vergleichbar ist, stellt sich die GOZ-Nr. 2310 als geeignete Analogposition dar.

➤ **Manuelle Strukturanalyse**

FRAGE: Ist die Manuelle Strukturanalyse analog berechnungsfähig?

ANTWORT: Ja.

ERLÄUTERUNGEN: Die Manuelle Strukturanalyse ist eine Zusatzuntersuchung zur Klinischen Funktionsanalyse. Sie liefert dem Zahnarzt weitere Informationen über den Funktionszustand des craniomandibulären Systems und dessen Strukturen. Die Manuelle Strukturanalyse ist in der GOZ nicht beschrieben. Da es sich um eine selbständige zahnärztliche Leistung handelt, kann eine Analogie gebildet werden. Die Inhalte der Manuelle Strukturanalyse sind mit denen der Klinischen Funktionsanalyse vergleichbar. Als analoge Gebühr ist die GOZ-Nr. 8000 (Klinische

Funktionsanalyse einschließlich Dokumentation) als angemessene Vergütung heranzuziehen.

➤ **Fotodokumentation**

FRAGE: Ist die Fotografie zur reinen Dokumentation analog berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein.

ERLÄUTERUNGEN: Laut BGH-Urteil vom 27. Mai 2004 (Az.: III ZR 264/03) ist die Fotografie nicht erstattungsfähig zu Zwecken der reinen Dokumentation. Der Zahnarzt schuldet dem Patienten als vertragliche Nebenpflicht aus dem Arztvertrag die ausführliche, sorgfältige und vollständige Dokumentation der zahnärztlichen Behandlung. Aktuell erfährt diese Pflicht eine neue Wertigkeit durch Einführung des Patientenrechtsgesetzes zum 26.02.2013 und dem neuen § 630f Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), der nunmehr per Gesetz Dokumentationsinhalte vorschreibt. Nur zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken ist eine Analogberechnung gerechtfertigt.

Analogberechnungen GOZ 2012



Der PKV-Verband beschäftigt sich ab sofort in Beilagen zu seiner Verbandszeitschrift mit der Auslegung häufiger in der Abrechnungspraxis anzutreffender Analogberechnungen in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Die Erfahrung mit der nunmehr fast zwei Jahre gültigen GOZ zeigt eine deutliche Entwicklung und Zunahme im Bereich der analogen Berechnung. Ein wesentlicher Grund hierfür ist die gegen den Widerstand der PKV vorgenommene Änderung des § 6 Absatz 2 GOZ alt (jetzt § 6 Absatz 1 GOZ neu). Konnten bisher nur solche zahnärztliche Leistungen analog berechnet werden, die nach Inkrafttreten der GOZ aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt wurden, ist diese Stichtagsregelung jetzt entfallen. Dies führte dazu, dass mittlerweile viele zahnärztliche Interessenvertreter (z. B. Fachgesellschaften, Kammern und diverse Kommentatoren) ihre eigenen, meist umfangreichen Listen mit analogfähigen Leistungen veröffentlicht haben. Die kostenerstattenden Stellen sind zum Großteil damit beschäftigt, die Berechtigung und die Angemessenheit der analogen Gebühren zu prüfen. Um diese Arbeit zu erleichtern, startet der PKV-Verband eine Beilagenserie zum Thema „Analogie“. Sie ist eine Fortsetzung der FAQs, in denen der PKV-Verband in Beilagen zur PKV Publik relevante gebührenrechtliche Fragestellungen regelmäßig kommentierte. Die bereits erschienenen Beilagen finden Sie auch im [Internet](#).

➤ Versiegelung von Dentinkanälchen

FRAGE: Ist die Versiegelung von Dentinkanälchen, insbesondere im Rahmen einer (dentinadhäsiven) Füllungstherapie, analog berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein.

ERLÄUTERUNGEN: Die Versiegelung der Dentinkanälchen ist eine Maßnahme, um überempfindliche Zahnflächen zu desensibilisieren. Im Rahmen einer Füllungstherapie in Adhäsivtechnik werden die Dentinkanälchen durch das Bonding versiegelt. Das Bonding als methodisch notwendiger Bestandteil der adhäsiven Füllungsleistung dient somit sowohl der Versiegelung der Dentinkanälchen als auch der Haftvermittlung. Es ist deswegen nicht zulässig, die Versiegelung der Dentinkanälchen gesondert (z. B. mit GOZ-Nr. 2030 analog) zu berechnen.

Unabhängig von der Füllungstherapie ist die Behandlung überempfindlicher Zahnflächen in der GOZ-Nr. 2010 beschrieben und bewertet. Eine analoge Berechnung ist nicht möglich, da die GOZ eine originäre Leistung enthält.

➤ Entfernung der avitalen Pulpa

FRAGE: Ist das Entfernen der avitalen Zahnpulpa analog berechnungsfähig?

ANTWORT: Ja.

ERLÄUTERUNGEN: In der GOZ gibt es mit der GOZ-Nr. 2360 eine Gebühr für die Entfernung der vitalen Pulpa. Es kommt aber auch vor, dass die Pulpa zuvor schon durch Trauma o. ä. nekrotisch (abgestorben) sein kann. Dieser Fall ist in der GOZ nicht abgebildet. Da es sich aber um eine selbstständige Leistung gemäß § 6 Absatz 1 handelt, ist die Voraussetzung für eine Analogberechnung gegeben. Die GOZ-Nr. 2360 analog ist hierfür die angemessene Gebühr.

➤ **Stiftversorgung eines Zahnes mit fraglicher Prognose**

FRAGE: Ist die Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit fraglicher Prognose durch einen Schraubenaufbau oder Glasfaserstift zur Aufnahme einer Füllung analog berechnungsfähig?

ANTWORT: In Einzelfällen ja.

ERLÄUTERUNGEN: Ein endodontisch versorgter Zahn sollte nach den wissenschaftlichen Erkenntnissen nach entsprechender Zeit immer mit einer Krone, Teilkrone oder einer Brücke versorgt werden, weil der Zahn extrem bruchgefährdet ist. Vor diesem Hintergrund bezieht sich die GOZ-Nr. 2195 in ihrer Leistungsbeschreibung ausschließlich auf die Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch einen Schraubenaufbau oder Glasfaserstift zur Aufnahme einer Krone. Die Versorgung eines solchen Zahnes mit einer definitiven Füllung bezeichnet eine Ausnahme, die z. B. dann nachzuvollziehen ist, wenn die Prognose für die Haltbarkeit des Zahnes in Frage steht und unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten die Füllung der Krone vorzuziehen ist. In diesen Einzelfällen ist die GOZ-Nr. 2195 als analoge Leistung heranzuziehen.

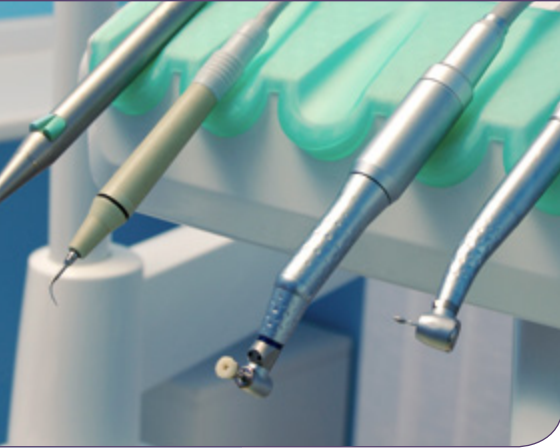
➤ **Kariesdetektor**

FRAGE: Dürfen Methoden zur Erkennung von Karies (z. B. Kariesdetektor) analog berechnet werden?

ANTWORT: Nein.

ERLÄUTERUNGEN: Häufig trifft man in der Abrechnungspraxis auf die Analogberechnung nach § 6 Absatz 1 (z. B. GOZ-Nr. 2030) für die Verwendung eines Kariesdetektors oder für andere Methoden zur Erkennung von Karies (z. B. Laserfluoreszenz). Eine Analogie gemäß § 6 Absatz 1 der GOZ setzt voraus, dass es sich um eine selbständige zahnärztliche Leistung handelt. Der Kariesdetektor erfüllt diese Voraussetzung nicht, denn es handelt sich um eine Methode, mit der man durch die Anwendung einer Flüssigkeit nach der Entfernung einer Karies verbliebene kariöse Stellen im Zahn farblich sichtbar machen kann. Die Feststellung, ob ein Zahn kariös ist oder nicht, gehört zum Leistungsinhalt der Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- Kiefererkrankungen (GOZ-Nr. 0010) oder der Füllungspositionen. Ob vor oder nach der Kariesentfernung oder auf welche Art diese Feststellung erfolgt, spielt dabei keine Rolle. Ein eventueller Mehraufwand kann sich in einem erhöhten Steigerungsfaktor der Zielleistung widerspiegeln.

Kommentierung zur GOZ



Die neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. In der Praxis ist mit einer Vielzahl von Abrechnungsproblemen zu rechnen. Der PKV-Verband beantwortet daher regelmäßig in einem Beiblatt zur PKV Publik relevante gebührenrechtliche Fragen.

In unserer aktuellen Ausgabe des Beiblattes werden offene Fragen zu Abschnitt H – Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen und Abschnitt J – Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und Abschnitt L – Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen beantwortet.

➤ Abschnitt H – Langzeitprovisorien und Aufbissbehelfe/Schienen

FRAGE: Dürfen für die Entfernung eines Langzeitprovisoriums bzw. Wiedereingliederung die GOZ-Nrn. 2290 (Entfernung einer Einlagefüllung, einer Krone...) bzw. 5110 (Wiedereingliederung einer endgültigen Brücke...) berechnet werden?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Laut der Abrechnungsbestimmung nach der GOZ-Nr. 7100 ist die Entfernung des unter dieser Gebührennummer erbrachten festsitzenden Langzeitprovisoriums sowie die eventuelle mehrfache Wiederbefestigung desselben Langzeitprovisoriums mit den Gebühren nach den Nummern 7080 bis 7100 GOZ abgegolten (so auch Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes-) Zahnärztekammern, Stand 9. Februar 2013, zu GOZ-Nr. 7080, <http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf>, S. 242). Dabei spielt die Art der Befestigung keine Rolle. Auch wenn ein definitiver Zement zum Einsatz kommt, rechtfertigt dies nicht die zusätzliche Berechnung der GOZ-Nrn. 2290 oder 5110 für die Entfernung bzw. Eingliederung des Provisoriums.

FRAGE: Ist im Zusammenhang mit der GOZ-Nr. 7030 (Wiederherstellung der Funktion eines

Aufbissbehelfs...) die Berechnung der GOZ-Nrn. 0050 und 0060 (Abformungen) möglich?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Um eine Wiederherstellungsmaßnahme eines Aufbissbehelfs durchführen zu können, kann eine Abdrucknahme erforderlich sein. Sie gestaltet sich dann als methodisch notwendiger Teilschritt der GOZ-Nr. 7030 und darf aufgrund des in § 4 Absatz 2 GOZ geregelten Zielleistungsprinzips nicht zusätzlich mit den GOZ-Nrn. 0050 und 0060 berechnet werden (so auch Liebold/Raff/Wissing, BEMA+GOZ Der Kommentar GOZ, Stand Februar 2012, zu Nr. 7030 GOZ neu, S. 1).

FRAGE: Ist im Zusammenhang mit der GOZ-Nr. 7070 (semipermanente Schiene...) die Berechnung der Adhäsivtechnik (GOZ-Nr. 2197) möglich?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Ziel der Leistung nach GOZ-Nr. 7070 ist die Versorgung der Zähne mit einer semipermanenten Schiene unter Anwendung der Ätztechnik. Im Zusammenhang mit dem Befestigen der semipermanenten Schiene stellt die Ätztechnik einen methodisch notwendigen Teilarbeitsschritt der sogenannten Adhäsivtechnik dar. Die Ätztechnik erzielt nicht den gewünschten medizinischen Zweck, wenn

nicht nach ihrer Anwendung ein dünnfließender Kunststoff (Haftvermittler) zum Einsatz kommt, der in die aufgerauten Strukturen des mit Säure vorbehandelten Zahnes eindringt und nach Lichthärtung einen mikromechanischen Verbund zum Zahn eingeht. Das ist auch der Grund, warum die Säureätztechnik in der Fachliteratur immer im Zusammenhang bzw. als Bestandteil der Adhäsivtechnik genannt wird (z. B. Lehmann, Klaus M., Elmar Hellwig: Zahnärztliche Propädeutik. 10. Auflage. Urban & Fischer bei Elsevier, 2005, ISBN 3-437-05391-4, S. 141 ff.) Für die zusätzliche Berechnung der GOZ-Nr. 2197 fehlt somit die Grundlage, da der Leistungsinhalt schon mit der GOZ-Nr. 7070 abgegolten ist. Hinzu kommt, dass die Säureätztechnik in der GOZ-Nr. 2197 als methodisch notwendiger Leistungsbestandteil der Adhäsivtechnik beschrieben und bewertet ist und sich die Leistungsinhalte mit der GOZ-Nr. 7070 überschneiden. Eine Leistung ist Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der Zielleistung umfasst und auch in deren Bewertung berücksichtigt worden ist (§ 4 Abs. 2 GOZ).

➤ **Abschnitt J – Aufbau von Funktionsflächen**

FRAGE: Ist es zulässig, anstatt oder neben der GOZ-Nr. 8090 (diagnostischer Aufbau von Funktionsflächen...) die Füllungspositionen nach den Nrn. 2050 bis 2120 zu berechnen?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Die Füllungspositionen nach den GOZ-Nrn. 2050 bis 2120 sind für die Herstellung von Restaurationen gedacht, die definitiv (dauerhaft) im Zahn verbleiben und einzig therapeutischen Zwecken dienen. Im Gegensatz dazu soll die GOZ-Nr. 8090 Aufbaumaßnahmen an den Okklusions- bzw. Artikulationsflächen an Zähnen oder Zahnersatz abbilden, die ausschließlich diagnostischen Zwecken dienen. Der diagnostische Aufbau hat die Funktion, dass durch eine schrittweise Veränderung in der Funktionsflächenmorphologie die Akzeptanz und Toleranz des Patienten beobachtet wird, um diese Informationen für eine spätere definitive Änderung der Funktionsflächen (z. B. durch Prothetik) zu nutzen. Er ist demnach als reversible Maßnahme gedacht und kann daher nicht mit den

Füllungspositionen nach den Nrn. 2050 bis 2220 GOZ berechnet werden.

FRAGE: Darf der Zahnarzt für die Entfernung der diagnostischen Funktionsflächen nach GOZ-Nr. 8090 eine zusätzliche Gebühr berechnen?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Die Leistung nach der GOZ-Nr. 8090 ist eine kurzweilige Maßnahme mit diagnostischer Zielsetzung. In diesem Zusammenhang ist die Wiederherstellung des ursprünglichen Zustandes, d. h. die Entfernung der diagnostischen Aufbauten, regelmäßig Bestandteil der diagnostischen Maßnahme und darf nicht zusätzlich analog berechnet werden (Zielleistungsprinzip, § 4 Abs. 2 GOZ).

➤ **Abschnitt L – Zuschläge neben anderen Auslagen**

FRAGE: Darf der Zahnarzt neben den Zuschlägen zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen aus Abschnitt L andere Auslagen berechnen?

ANTWORT: Ja

ERLÄUTERUNGEN: Mit den Zuschlägen nach Abschnitt L des Gebührenverzeichnisses werden in pauschalierter Form die Kosten für die Aufbereitung wiederverwendbarer Operationsmaterialien bzw. -geräte und/oder von Materialien, die mit der einmaligen Verwendung verbraucht sind, abgegolten. Neben den Zuschlägen nach den GOZ-Nrn. 0500 bis 0530 dürfen Kosten als Auslagenersatz berechnet werden, die laut der Allgemeinen Bestimmungen und den AB gesondert berechnungsfähig sind (z. B. atraumatisches Nahtmaterial, Membranen). Alle anderen Kosten sind laut § 4 Abs. 3 GOZ mit den Gebühren dieser Gebührenordnung und mit den Zuschlägen abgegolten.

Kommentierung zur GOZ



Die neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. In der Praxis ist mit einer Vielzahl von Abrechnungsproblemen zu rechnen. Der PKV-Verband beantwortet daher regelmäßig in einem Beiblatt zur PKV Publik relevante gebührenrechtliche Fragen.

In unserer aktuellen Ausgabe des Beiblattes werden gebührenrechtliche Fragen zu Abschnitt C – Konservierende Leistungen beantwortet. Speziell werden die Themen Versiegelung im Zusammenhang mit der Entfernung von Brackets/Bändern und die Fissurenversiegelung erörtert. Darüber hinaus werden – wie in den letzten Ausgaben auch – gängige und häufig vorkommende Analogberechnungen behandelt.

➤ Versiegelung

FRAGE: Darf der Zahnarzt/Kieferorthopäde die Versiegelung eines Zahnes nach der Entfernung eines Brackets (GOZ-Nr. 6110) oder eines Bandes (GOZ-Nr. 6130) mit der GOZ-Nr. 2000 gesondert berechnen?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Sowohl in GOZ-Nr. 6110 als auch in GOZ-Nr. 6130 ist die Versiegelung des Zahnes nach der Entfernung des Brackets/Bandes im Leistungstext als optionale Maßnahme beschrieben und auch bewertet. Eine zusätzliche Berechnung nach GOZ-Nr. 2000 ist somit ausgeschlossen.

FRAGE: Ist die adhäsive Befestigung im Zusammenhang mit der Versiegelung von Zahnfissuren mit der GOZ-Nr. 2197 zusätzlich berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Aus der Leitlinie Fissuren- und Grübchenversiegelung (Langfassung) der DGZMK aus dem Jahre 2010 (http://www.dgzmk.de/uploads/tx_szdgzmkdocuments/20100300_Langfassung_Fissurenversiegelung.pdf) geht hervor, dass lichtpolymerisierende Versiegelungskunststoffe sowie fließfähige Komposite durch ihre besondere

ren Materialeigenschaften zusammen mit der Konditionierung der Schmelzoberfläche mit 35%iger Phosphorsäure regelmäßig einen adhäsiven Verbund zwischen Zahn und Material bewirken. Unabhängig von der ggf. in Ausnahmefällen besonderen Ausführung der Fissurenversiegelung oder von dem verwendeten Material kann aufgrund des Zielleistungsprinzips (§ 4 Abs. 2 Satz 2 GOZ) nur die GOZ-Nr. 2000 angesetzt werden. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang die zusätzliche Berechnung der GOZ-Nr. 2197 unzulässig.

➤ Analogberechnungen – kariesdiagnostische Maßnahmen

FRAGE: Ist die Analogberechnung von Methoden zur Erkennung von Karies (Kariesdetektor, Laserfluoreszenz, Diagnostent etc.) zulässig?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Häufig trifft man in der Abrechnungspraxis auf die Analogberechnung nach § 6 Absatz 1 GOZ (z. B. GOZ-Nr. 2030) für die Verwendung eines Kariesdetektors oder für andere Methoden zur Erkennung von Karies (z. B. Laserfluoreszenz). Der Kariesdetektor ist eine Flüssigkeit, mit der man nach Exkavation kariöse Stellen im Zahn farblich sichtbar machen kann. Die Feststellung, ob ein Zahn kariös ist oder nicht, gehört zum Leistungsinhalt der Untersuchung zur

Feststellung von Zahn-, Mund- Kiefererkrankungen (GOZ-Nr. 0010) oder der Füllungspositionen und ist aufgrund des Zielleistungsprinzips (§ 4 Abs. 2 Satz 2 GOZ) mit der Berechnung dieser Gebührenpositionen abgegolten. Ob vor oder nach der Exkavation und auf welche Art diese Feststellung erfolgt, spielt dabei keine Rolle. Ein eventueller Mehraufwand kann sich in einem erhöhten Steigerungsfaktor der Zielleistung widerspiegeln.

➤ Analogberechnung – Aufbaufüllungen

FRAGE: Ist es zulässig, die Aufbaufüllung analog mit den GOZ-Nrn. 2160 und 2170 (Einlagefüllungen) zu berechnen?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Nach der Leistungsbeschreibung der GOZ-Nrn. 2160 und 2170 handelt es sich nicht um Aufbaufüllungen (GOZ-Nr. 2180 bis 2195) sondern ausschließlich um Füllungsversorgungen. Es besteht daher kein Anspruch auf Erstattung der GOZ-Nrn. 2160 analog und 2170 analog vor einer Überkronung von Zähnen, da es sich bei den vorbereitenden Tätigkeiten für eine prothetische Versorgung um Leistungen nach den GOZ-Nrn. 2180 ff. handelt (so auch Urteil des Amtsgerichts Köln vom 30.06.2003 - 116 C 110/02 -).

➤ Analogberechnung – Entfernung von Bögen

FRAGE: Ist die Entfernung von Bögen oder Teilbögen analog berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Seit Einführung der neuen GOZ werden in der Praxis vermehrt die Entfernung von Bögen bzw. Teilbögen zusätzlich analog berechnet. Diese Berechnung verbietet sich aufgrund der neuen dritten Abrechnungsbestimmung nach GOZ-Nr. 6080. Danach sind alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention innerhalb eines Zeitraumes von vier Jahren unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden oder verwendeten Therapiegeräten mit den Kernpositionen 6030 bis 6080 GOZ abgegolten. Die Entfernung von Bögen ist eine i. d. R. an das qualifizierte Fachpersonal delegierte Maßnahme, die es schon lange vor der Novel-

lierung der GOZ gab. Da der Ordnungsgeber bewusst keine eigene Gebührenposition für diese Maßnahme, sondern vielmehr eine neue Abrechnungsbestimmung (s. o.) geschaffen hat, die die Berechnung ausdrücklich ausschließt, ist der analoge Ansatz nicht zulässig.

Dies entsprach auch der Auffassung der BZÄK in ihrer Kommentierung zur GOZ in der Fassung vom 21. September 2012, in der die Entfernung von Bögen und Teilbögen als Leistungsinhalt der Kernpositionen 6030 bis 6050 GOZ angesehen wurde (vgl. GOZ, Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes-) Zahnärztekammern, Stand 21. September 2013, <http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf>, zu GOZ-Nr. 6040, S. 206 f.). In der aktualisierten Fassung vom 9. Februar 2013 kann man jetzt lesen, dass die Entfernung von Bögen und Teilbögen analog nach § 6 Abs. 1 GOZ berechnungsfähig sein soll (GOZ, Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes-) Zahnärztekammern, Stand 9. Februar 2013, <http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf>, zu GOZ-Nr. 6040, S. 206 f.). Unklar ist, was den Meinungsumschwung der BZÄK bewirkt hat. Denn in der Zeit zwischen den beiden Fassungen haben sich weder in fachlicher noch in gebührenrechtlicher Hinsicht Änderungen zu diesem Thema ergeben.

Anm. d. Red.: Der interessierte Leser wird feststellen, dass diese Frage schon im Beiblatt der PKV Publik Ausgabe 7/2012 behandelt wurde. Der Anlass für das erneute Aufgreifen dieser Frage ist die aktualisierte Ausgabe des Kommentars der BZÄK vom 9. Februar 2013, in der die BZÄK ohne Begründung ihre bisherige Position revidiert hat.

Zu diesen und weiteren Themen finden Sie im Internet umfassende Informationen in der

➤ [Kommentierung des PKV Verbandes zur GOZ.](#)

Kommentierung zur GOZ



Die neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. In der Praxis ist mit einer Vielzahl von Abrechnungsproblemen zu rechnen. Der PKV-Verband beantwortet daher regelmäßig in einem Beiblatt zur PKV Publik relevante gebührenrechtliche Fragen.

In unserer heutigen Ausgabe befassen wir uns mit der Frage, welche Relevanz und Verbindlichkeit Stellungnahmen, Voten oder Beschlüsse der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) oder der Landes Zahnärztekammern haben, welche Bedeutung beispielsweise der im Internet veröffentlichte und in Zusammenarbeit mit den (Landes-) Zahnärztekammern verfasste Kommentar der Bundeszahnärztekammer zur Auslegung der neuen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) hat und wie Aussagen von Zahnärzten oder Zahnärztereinigungen zur Frage der medizinischen Notwendigkeit von zahnärztlichen Behandlungsmethoden zu bewerten sind.

➤ Welche Rechtsqualität haben gebührenrechtliche Stellungnahmen der Bundeszahnärztekammer?

Häufig nehmen Zahnärzte bei zwischen ihnen und dem Patienten bestehenden Meinungsverschiedenheiten etwa über die Zulässigkeit der Nebeneinanderberechnung bestimmter Gebührenpositionen oder die Erstattungsfähigkeit zahnmedizinischer Leistungen den Standpunkt ein, es käme einzig und allein auf die Auffassung der Bundeszahnärztekammer (oder der für den Zahnarzt zuständigen Landes Zahnärztekammer) an. Die Meinung des Versicherungsunternehmens oder anderer Kommentatoren sei irrelevant.

Diese Sichtweise ist falsch.

Weder Voten der Landes Zahnärztekammern noch Beschlüsse oder Empfehlungen der Bundeszahnärztekammer zur GOZ binden den rechnungstellenden Zahnarzt, den Patienten oder den Versicherer. Sie sind nicht rechtsverbindlich (vgl. Stellungnahme der Bundesärztekammer in ihrem „GOÄ-Ratgeber“, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt vom 2. Mai 2008), sondern stellen nicht mehr und nicht weniger als eine Meinungsäußerung dar.

Maßgeblich ist vielmehr der Wortlaut der im Range einer Rechtsverordnung stehenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Rechtsverordnungen wie die GOZ sind Rechtssätze, die aufgrund ei-

ner formellgesetzlichen Ermächtigungsgrundlage (hier des § 15 Zahnheilkundegesetzes) durch die Exekutive (hier die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates) erlassen werden. Die GOZ stellt – wie jedes formelle Parlamentsgesetz – allgemeinverbindliches Recht dar, das auch Gerichte bindet. Selbstverständlich ist die GOZ – wie jeder Rechtssatz – grundsätzlich auslegungsbedürftig. An der Auslegung der Gebührenordnung kann sich beispielsweise die Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. beteiligen, aber beispielsweise auch der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. Keinem der beiden Interessenvertreter, die beide als eingetragener Verein organisiert sind, kommt bei der Auslegung der GOZ ein größeres Gewicht oder eine Deutungshoheit zu.

Nur den Gerichten, genauer den höchsten Gerichten, nämlich dem Bundesverfassungsgericht und dem Bundesgerichtshof und für die Beihilfe dem Bundesverwaltungsgericht bzw. den Oberverwaltungsgerichten der Länder kommt die entscheidende Kompetenz zu, die GOZ rechtsverbindlich auszulegen. Untergerichtliche Entscheidungen haben lediglich eine inter-partes Wirkung, wirken also zunächst nur zwischen den an dem Prozess beteiligten Parteien. Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass nur (Bundes-)Gerichte rechtsverbindlich über die GOZ urteilen können; Äußerungen der BZÄK oder des PKV-Verbandes oder anderer Kommentatoren weisen keine Rechtsrelevanz auf.

➤ Qualität der Amtlichen Begründung zur GOZ

In der Praxis werden die Versicherten der PKV recht häufig auch mit der Aussage konfrontiert, die Amtliche Begründung der Bundesregierung zur ersten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 5. Dezember 2011 (abgekürzt: GOZ-Novelle) sei für die Auslegung der mit der GOZ-Novelle geänderten oder neu eingeführten Gebührenpositionen bedeutungslos.

Diese Behauptung ist falsch.

Die Amtliche Begründung spiegelt den Willen des Gesetz- bzw. Verordnungsgebers wider. Der Rechtsanwender erfährt auf diese Weise, welche Motive den Gesetzgeber bei der Formulierung eines Rechtssatzes (einer Gebührenposition der GOZ) geleitet haben. Die Berücksichtigung der amtlichen Gesetzesmaterialien wird als historische oder genetische Auslegung bezeichnet und ist ein etabliertes Kriterium im Vierer-Kanon der juristischen Auslegung von Rechtssätzen. Komplettiert wird die juristische Auslegungslehre durch die Auslegung nach dem Wortsinn, der Systematik und des Telos (Sinn und Zweck).

Die historische bzw. genetische Auslegungslehre untersucht die Entstehungsgeschichte der Norm und zieht hierfür amtliche Gesetzesmaterialien heran, um den Sinn der auszulegenden Norm zu ermitteln. Der gegen die historische/genetische Auslegung teils vorgebrachte Einwand, der Wille des Gesetzgebers lasse sich wegen der Vielzahl der auf die Entstehung des Gesetzes einwirkenden Einflüsse (Parlamentarier, Gremien, Ausschüsse) nicht ermitteln, trifft gerade auf die GOZ-Novelle nicht zu. Das liegt an der zum Teil konsensualen Gestaltung des Gebührenverzeichnisses, an der in der beim Bundesministerium für Gesundheit eingerichteten „Arbeitsgruppe GOZ“ seit dem Jahre 2004 neben den Beihilfekostenträgern, dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. insbesondere auch die Bundeszahnärztekammer am Verhandlungstisch saß und ihre Wünsche eingebracht hat.

Folgendes Beispiel soll das Vorgenannte veranschaulichen. Gemäß der Amtlichen Begründung ist „der finanziell bedeutsamste Punkt, dass bei einer ganzen Reihe häufig erbrachter und bisher deutlich über dem 2,3fachen Satz berechneter Leistungen die Bewertung in Punkten auf Vorschlag der BZÄK angehoben wurde. Im Gegenzug wird davon ausgegangen, dass künftig durchschnittlich der 2,3fache Gebührensatz berechnet wird“ (vgl. Begründung, A. Allgemeiner Teil, III. Finanzielle Auswirkungen, Seite 6). Hier zeigt sich, dass der Verordnungsgeber die Erhöhung der Punktzahlen für einige häufig erbrachte, typische zahnärztliche Leistungen – wie z. B. die Position für die Einlagefüllung (GOZ-Nr.

2160), deren Punktzahl gegenüber der GOZ 1988 um 65 Prozent angehoben wurde – in der Erwartung vorgenommen hat, dass diese entsprechend der Ankündigung der Bundeszahnärztekammer in der GOZ-AG künftig wieder zum Regelhöchstsatz (2,3-facher Satz) abgerechnet werden.

➤ Wer bestimmt, ob eine Behandlung medizinisch notwendig ist?

Probleme tauchen in der Praxis auch bei der Frage auf, ob eine bestimmte vom Zahnarzt beabsichtigte oder bereits durchgeführte Maßnahme als medizinisch notwendige Heilbehandlung zu bewerten ist. Nur für tatsächlich medizinisch notwendige Maßnahmen darf der Arzt grundsätzlich eine Vergütung (vgl. § 1 Satz 2 GOZ) und der Privatversicherte Ersatz der Aufwendungen von seinem Versicherer verlangen.

Häufig herrscht bei den Zahnärzten die Meinung vor, dass der behandelnde Zahnarzt zu entscheiden habe, ob die Behandlung medizinisch notwendig ist.

Diese Auffassung ist nicht richtig.

Der Bundesgerichtshof hat in ständiger Rechtsprechung festgestellt, dass mit dem Begriff „medizinisch notwendige Heilbehandlung“ nicht an den Vertrag zwischen dem Patienten/Versicherten und dem behandelnden Arzt und die nach diesem Vertrag geschuldete medizinische Heilbehandlung angeknüpft wird. Es werde vielmehr zur Bestimmung des Versicherungsfalls ein objektiver, vom Vertrag zwischen Arzt und Patient unabhängiger Maßstab eingeführt. Diese objektive Anknüpfung bedeute zugleich, dass es für die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht auf die Auffassung des Versicherungsnehmers und auch nicht allein auf die des behandelnden (Zahn) Arztes ankomme. Eine medizinisch notwendige Heilbehandlung im Sinne der Versicherungsbedingungen des PKV-Verbandes (MB/KK) liege vor, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen im Zeitpunkt der Vornahme der ärztlichen Behandlung vertretbar war, sie als notwendig anzusehen (vgl. BGHZ 133, 208; BGHZ 164, 122). Ob dies der Fall sei, lasse sich nur anhand der im Einzelfall maßgeblichen objektiven Gesichtspunkte mit Rücksicht auf die Besonderheiten der jeweiligen Erkrankung und der auf sie bezogenen Heilbehandlung bestimmen (BGHZ 133, 208, 215, VersR 2006, 535). Zusammengefasst lässt sich also feststellen, dass es nicht auf die subjektive Sicht des Zahnarztes ankommt. Es ist ein objektiver Maßstab anzulegen.

Kommentierung zur GOZ



Die neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. In der Praxis ist mit einer Vielzahl von Abrechnungsproblemen zu rechnen. Der PKV-Verband beantwortet daher regelmäßig in einem Beiblatt zur PKV Publik relevante gebührenrechtliche Fragen.

Ein Thema unserer heutigen Ausgabe ist die Frage, inwieweit der MKG-Chirurg bei der Berechnung von zahnärztlichen Leistungen an die GOZ gebunden ist. Neben fallbezogenen und praxisnahen Beispielen möchten wir zunächst das Berufsbild und die Kompetenzen des MKG-Chirurgen in Anlehnung an den § 6 der Gebührenordnung für Ärzte erläutern.

➤ MKG-Chirurg

FRAGE: Darf der MKG-Chirurg bei der Abrechnung seiner Leistungen uneingeschränkt auf die GOÄ zurückgreifen?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Der Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie bietet sowohl ärztliche als auch zahnärztliche Tätigkeiten an. Er muss nach dem Berufsrecht sowohl ärztlich als auch zahnärztlich ausgebildet sein. Für die Anerkennung als Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie ist das zahnärztliche Staatsexamen zwingende Voraussetzung (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 2 der WBO-ÄK-Nordrhein). Die Doppelqualifikation ist eine besondere Ausprägung und Ausdruck des gewachsenen Berufsbildes des MKG-Chirurgen. Der MKG-Chirurg verbindet die Bereiche der Chirurgie und der Zahnheilkunde zu einem einheitlichen Beruf. Das gewachsene Berufsbild ist durch die Gestattung der ärztlichen als auch der zahnärztlichen Berufsausübung geprägt (vgl. BSG Urteil vom 17.11.1999, B 6 KA 15/99). Folgerichtig sind grundsätzlich alle Abschnitte der GOÄ für den MKG-Chirurgen geöffnet, d. h. die Beschränkungen auf bestimmte Abschnitte der GOÄ, die der Zahnarzt zu beachten hat (§ 6 Absatz 2 GOZ), gelten für ihn nicht. Allerdings ist eine gebührenrechtliche Besonderheit gegeben, die sich aus der Regelung des § 6 Abs. 1 GOÄ ergibt: Erbringt

der Mund-Kiefer-Gesichtschirurg Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte zu berechnen. Ist die durchgeführte Leistung sowohl in einer Gebührenposition der GOZ als auch in einer der GOÄ erfasst, hat er nicht etwa die Wahl zwischen den beiden Gebührenordnungen, sondern ist gemäß § 6 Absatz 1 GOÄ verpflichtet, nach der GOZ abzurechnen. Dabei kommt es nicht darauf an, ob er originär zahnärztliche Leistungen (z. B. Füllungen oder Wurzelkanalbehandlungen) erbringt oder aber kieferchirurgisch tätig wird. Sind die kieferchirurgischen Leistungen in der GOZ abgebildet, hat der MKG-Chirurg für die Abrechnung die GOZ zugrunde zu legen. Selbstverständlich ist die GOÄ mit Ausnahme der in § 6 Abs. 2 GOZ geöffneten Abschnitte erst Recht versperrt für solche Leistungserbringer, die nur zahnärztlich approbiert sind, selbst wenn sie überwiegend kiefer- oder oralchirurgisch tätig sind.

FRAGE: Ist im Zusammenhang mit der GOZ-Nr. 9090 für die Implantation von alloplastischem Material die GOÄ-Nr. 2442 berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Ist zeitgleich und in derselben Region zusätzlich zu dem gewonnenen

Eigenknochen eine Implantation alloplastischen Materials erforderlich (z. B. zur Weichteilstützung), kann neben GOZ-Nr. 9090 die Nr. 4110 GOZ berechnet werden. Denn trotz des entgegenstehenden Leistungstextes („zur regenerativen Behandlung parodontaler Defekte“) kann die Leistung nach Nummer 4110 GOZ auch im Rahmen einer chirurgischen Behandlung berechnet werden (siehe 1. AB nach GOZ-Nr. 4110). Nicht berechnungsfähig ist dagegen GOÄ-Nr. 2442, denn der Ansatz einer Gebührenposition aus der GOÄ setzt gemäß § 6 Abs. 2 voraus, dass die GOZ für die erbrachte Leistung keine Gebührenposition beinhaltet. Mit GOZ-Nr. 4110 ist aber eine einschlägige Gebührenposition vorhanden.

FRAGE: Ist für die intraorale Entnahme von Knochen außerhalb des Aufbaugesbietes die GOÄ-Nr. 2253 (Knochenspanentnahme) berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Für diesen Fall ist die GOZ-Nr. 9140 einschlägig. Gemäß § 6 Abs. 2 GOZ ist daher ein Zugriff auf die GOÄ unzulässig. Dies gilt auch, wenn die Leistung von einem MKG-Chirurgen durchgeführt wird. Auch ihm ist der Zugriff auf die GOÄ-Nr. 2253 verwehrt, da eine Leistung aus der GOZ zur Verfügung steht (§ 6 Abs. 1 GOÄ). Die intraorale Einbringung von Knochenmaterial, ggf. mit Fixierung des Augmentates, wird durch die Leistung nach GOZ-Nr. 9100 und ggf. 9150 abgebildet (siehe amtliche Begründung zu GOZ-Nr. 9140).

FRAGE: Ist für die Entfernung eines extrem verlagerten und/oder extrem retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie die GOÄ-Nr. 2650 berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Bisher war diese Leistung in der alten GOZ in dieser Form nicht beschrieben. In der Abrechnungspraxis erwies es sich als schwierig, die GOZ-Nr. 304 alt von der GOÄ-Nr. 2650 abzugrenzen. Die neu in das Gebührenverzeichnis der GOZ aufgenommene Leistung nach der Nummer 3045 entspricht inhaltlich weitgehend der GOÄ-Nr. 2650 (siehe Amtliche Begründung zu den Leistungen nach den Nummern 3040 und 3045 GOZ). Aufgrund dieser Tatsache ist insbesondere der MKG-Chirurg nach § 6 Absatz 1 GOÄ gehalten, die in der GOZ zur Verfügung stehende Gebühr zu berechnen.

Erratum zum Beileger der PKV Publik Ausgabe 10/2012 DZW 27/12, Seite 2

Unter der Überschrift „Verbandplatte“ haben wir für die Berechnung des Anlegens einer Verbandplatte die GOZ-Nr. 7000 analog empfohlen. Leider haben wir übersehen, dass für diese Leistung eine originäre Gebührenposition in der GOÄ – nämlich die GOÄ-Nr. 2700 – existiert. Natürlich hat in diesem Falle die Berechnung der originären Leistung Vorrang, d. h. konkret, dass das Anlegen der Verbandplatte mit der GOÄ-Nr. 2700 und nicht mit der GOZ-Nr. 7000 analog berechnet wird.

Wir bitten unsere Leserinnen und Leser um Entschuldigung.

Kommentierung zur GOZ



Die neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. In der Praxis ist mit einer Vielzahl von Abrechnungsproblemen zu rechnen. Der PKV-Verband beantwortet daher regelmäßig in einem Beiblatt zur PKV Publik relevante gebührenrechtliche Fragen.

In unserer heutigen Ausgabe befassen wir uns überwiegend mit dem so genannten „Zielleistungsprinzip“ im Zusammenhang mit chirurgischen Leistungen. Chirurgische Leistungen sind im Wesentlichen im Abschnitt D des Gebührenverzeichnisses beschrieben. In diesem Abschnitt sind mehrere Gebührenpositionen aufgeführt, deren Leistungslegenden den Zusatz „als selbstständige Leistung“ beinhalten. Es fragt sich, was der Verordnungsgeber damit zum Ausdruck bringen will. Denn aus dem in § 4 Absatz 2 Sätze 2 bis 4 GOZ geregelten Zielleistungsprinzip ergibt sich, dass grundsätzlich nur Leistungen berechnungsfähig sind, die selbstständigen Charakter haben. Stellt sich eine Leistung als unselbstständige Teilleistung einer umfassenderen (Ziel-)Leistung dar, kann sie nicht neben dieser gesondert berechnet werden. In der amtlichen Begründung zu GOZ-Nr. 3070 heißt es dann auch, dass der Zusatz „als selbstständige Leistung“ nochmals das in der GOZ festgelegte Zielleistungsprinzip betone. Wichtig ist, dass aus der Tatsache, dass nur wenige Leistungen in der GOZ mit einem entsprechenden Zusatz versehen sind, nicht der Schluss gezogen werden kann, dass nicht entsprechend gekennzeichnete Leistungen auch dann gesondert berechnet werden dürfen, wenn sie sich als unselbstständiger Bestandteil einer anderen Leistung darstellen. Die grundsätzlichen Regeln des Zielleistungsprinzips sind immer zu beachten.

➤ Exzision

FRAGE: Darf die GOZ-Nr. 3070 (Exzision von Schleimhaut oder Granulationsgewebe, als selbstständige Leistung) generell zusammen mit chirurgischen Maßnahmen – hier konkret mit der GOZ-Nr. 9040 (Freilegen eines Implantats) – berechnet werden?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Grundsätzlich darf GOZ-Nr. 3070 nicht im Zusammenhang mit chirurgischen oder schleimhautchirurgischen Leistungen im selben OP-Gebiet gesondert berechnet werden, da sich die Exzision im Verhältnis zu diesen Zielleistungen als unselbstständige Teilleistung darstellt. In dem Kommentar der BZÄK (GOZ, Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes-) Zahnärztekammern, Stand 21. September 2012, <http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf>, zu GOZ-

Nr. 3070, S. 112) steht zur Berechnungsfähigkeit der GOZ-Nr. 3070: „Die Leistungslegende stellt klar, dass es sich dabei um eine selbstständige Leistung handeln muss, d. h. die Maßnahme darf nicht bereits Leistungsinhalt einer anderen Leistung sein. Sie kann auch nicht neben weiteren chirurgischen Maßnahmen in demselben Operationsgebiet in derselben Sitzung berechnet werden.“ Besonders klar wird der Sachverhalt anhand eines Beispiels. Die GOZ-Nr. 9040 beschreibt die Freilegung eines Implantats. Dabei wird das Zahnfleisch oberhalb des Implantatkopfes chirurgisch entfernt, d. h. die Exzision der Schleimhaut gehört zum Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 9040 und darf nicht zusätzlich mit GOZ-Nr. 3070 berechnet werden.

➤ Glättung des Alveolarknochens

FRAGE: Darf die GOZ-Nr. 3230 (Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des

Prothesenlagers, als selbstständige Leistung) im Zusammenhang mit GOZ-Nr. 9100 (Aufbau des Alveolarfortsatzes) berechnet werden?

ANTWORT: **Nein**

ERLÄUTERUNGEN: Die GOZ-Nr. 3230 darf nicht berechnet werden, wenn sie bereits Leistungsinhalt einer anderen chirurgischen Maßnahme ist. Laut Leistungsbeschreibung zur GOZ-Nr. 9100 sind u. a. die Lagerbildung und die Glättung des Alveolarfortsatzes mit der Leistung abgegolten. Die GOZ-Nr. 3230 ist in diesem Falle also als unselbstständige Teilleistung nicht gesondert berechnungsfähig.

➤ **Blutungsstillung**

FRAGE: **Darf die GOZ-Nr. 3050 (Stillung einer übermäßigen Blutung im Mund- und/oder Kieferbereich, als selbstständige Leistung) im Zusammenhang mit einem chirurgischen Eingriff berechnet werden?**

ANTWORT: **In aller Regel Nein**

ERLÄUTERUNGEN: Eine Blutung ist eine normale operationsspezifische Begleiterscheinung bei chirurgischen Eingriffen. Die Stillung einer solchen – auch übermäßigen Blutung – ist mit der Gebühr für die chirurgische Leistung abgegolten. Entsprechende Blutungsstillungsmaßnahmen, die im Zusammenhang mit einem chirurgischen Eingriff erfolgen, sind Bestandteil der jeweiligen Hauptleistung (GOZ-Nrn. 3000, 3010, 3020, 3030, 3040, 3045, 3070, 3080, 3090, 3100, 3110, 3120, 3130, 3140, 3160, 3190, 3200, 3210, 3230, 3240, 3250, 3260, 3270, 3280, 3310, 4070, 4075, 4080, 4090, 4100, 4120, 4130, 4133, 9010, 9020, 9040, 9090, 9100, 9110, 9120, 9130, 9140, 9160, 9170) und dürfen nicht nach GOZ-Nr. 3050 gesondert berechnet werden.

Die GOZ-Nr. 3050 ist nur dann als selbstständige Leistung berechnungsfähig, wenn sie aufgrund eines Traumas im Mund- oder Kieferbereich durchgeführt wird oder – zwar im Zusammenhang mit einer chirurgischen Maßnahme – aber in einer eigenen Sitzung erfolgt. In derselben Sitzung kann die GOZ-Nr. 3050 zusammen mit einer chirurgi-

schen Leistung nur dann berechnet werden, wenn die Blutungsstillungsmaßnahme an einer anderen Stelle, d.h. nicht im Operationsgebiet erfolgt. Unter sehr engen Voraussetzungen ist die GOZ-Nr. 3050 auch dann in derselben Sitzung berechnungsfähig, wenn die Blutung derart stark ist und das typische Maß außergewöhnlich deutlich übersteigt, dass die eigentliche chirurgische Leistung unterbrochen werden muss, um Blutstillungsmaßnahmen einzuleiten (so auch die BZÄK, GOZ, Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes-) Zahnärztekammern, Stand 21. September 2012, <http://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf>, zu GOZ-Nr. 3050, S. 110).

➤ **Einbringen von Materialien zur Förderung der Blutgerinnung**

FRAGE: **Dürfen für das Einbringen von Materialien zur Förderung der Blutgerinnung zusätzliche Gebühren berechnet werden?**

ANTWORT: **Nein**

ERLÄUTERUNGEN: Für das Einbringen von Materialien zur Förderung der Blutgerinnung (z. B. Kollagenschwamm) darf keine zusätzliche Gebührenposition berechnet werden, wie etwa die GOZ-Nrn. 3050, 4110 oder die GOÄ-Nr. 2442. Alle Blutungsstillungsmaßnahmen, die im Zusammenhang mit chirurgischen Eingriffen (z. B. GOZ-Nr. 3045) erfolgen, sind Bestandteil der jeweiligen Hauptleistung und mit der Gebühr für diese Leistung abgegolten.

Kommentierung zur GOZ



Die neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. In der Praxis ist mit einer Vielzahl von Abrechnungsproblemen zu rechnen. Der PKV-Verband beantwortet daher regelmäßig in einem Beiblatt zur PKV Publik relevante gebührenrechtliche Fragen.

In unserer heutigen Ausgabe behandeln wir das Thema Knochenaufbaumaßnahmen. Laut der amtlichen Begründung zur neuen GOZ haben sich im Bereich der Implantologie (Abschnitt K) die zahnmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten erheblich erweitert, so dass der Abschnitt Implantologie des Gebührenverzeichnisses im Vergleich zu den übrigen Abschnitten in größerem Umfang neu zu gestalten war. Es wurden einige typische implantologische Leistungen, die unter Geltung der alten GOZ nur mit Gebührenpositionen aus dem Gebührenverzeichnis der GOÄ oder mit Hilfe von Analogbewertungen berechnet werden konnten, in die GOZ aufgenommen. Der Verordnungsgeber ist dabei dazu übergegangen, in Abschnitt K komplexe Leistungen zu beschreiben. In der Abrechnungspraxis zeigt sich nunmehr allerdings, dass einzelne Arbeitsschritte zusätzlich zu den Komplexgebühren berechnet werden. Dies führt zu unzulässigen Doppelberechnungen. Weitere Themen sind das Anlegen einer Verbandplatte im Rahmen von chirurgischen Maßnahmen und das Auswechseln von Aufbauelementen bei Implantaten.

➤ Knochenaufbaumaßnahmen

FRAGE: Sind Lagerbildungsmaßnahmen (GOÄ-Nrn. 2730, 2732), das Einbringen alloplastischen Materials (GOZ-Nr. 4110, GOÄ-Nr. 2442), das Einbringen und Fixieren einer Membran (GOZ-Nr. 4138) sowie die Entnahme bzw. Implantation von Knochenmaterial (GOZ-Nr. 4110, GOÄ-Nrn. 2253, 2254, 2255) zusätzlich neben den Leistungen für den Knochenaufbau (GOZ-Nrn. 9100 bis 9130) berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Die Komplexleistungen in Abschnitt K beinhalten alle in der Regel notwendigen operativen Einzelschritte, um das Behandlungsziel – den Knochenaufbau – zu erreichen.

Nahezu bei allen Knochenaufbaumaßnahmen in Abschnitt K sind folgende Leistungen abgegolten:

- Lagerbildung
- ggf. Entnahme von Knochen innerhalb des Aufbaugebietes

- Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial)
- Wundverschluss
- ggf. einschließlich Einbringung und Fixierung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren

Bezüglich der Lagerbildung und der Einbringung einer Membran bildet die GOZ-Nr. 9110 eine Ausnahme. In der Regel sind hier entsprechende Maßnahmen aus zahnmedizinischen Gründen nicht angezeigt.

Die Leistungen beinhalten die Knochen- bzw. Knochenspanentnahme und die anschließende Implantation – soweit die Entnahme innerhalb des Aufbaugebietes erfolgt – und dürfen nicht zusammen mit den GOÄ-Nrn. 2253, 2254 und 2255 berechnet werden. Nicht berechnungsfähig sind diese Gebührenpositionen aber auch, wenn Knochen verwendet wird, der außerhalb des Aufbaugebietes entnommen worden ist, denn in diesem Fall ist GOZ-Nr. 9140 einschlägig und damit gemäß § 6 Abs. 2 GOZ ein Zugriff auf die GOÄ unzulässig. Auch dem MKG-Chirurgen ist der Zugriff auf die GOÄ-Nrn.

2253, 2254, 2255 verwehrt, da eine Leistung aus der GOZ zur Verfügung steht (§ 6 Abs. 1 GOÄ). Der Zahnarzt darf ohnehin auf die GOÄ-Nrn. 2253 bis 2256 nicht zugreifen, es sei denn, es handelt sich um die Behandlung eines Kieferbruchs (§ 6 Abs. 2 Nr. 5 GOZ).

Das Auffüllen von Knochendefekten mit Knochen oder Knochenersatzmaterial nach GOZ-Nr. 4110 und GOÄ-Nr. 2442 ist Bestandteil der Leistungen nach den Nummern 9100, 9110, 9120, 9130 GOZ und darf nicht zusätzlich berechnet werden. Darüber hinaus handelt es sich bei der GOÄ-Nr. 2442 um eine selbstständige Leistung. Dieser Tatbestand ist im Kontext des Knochenaufbaus allerdings nicht erfüllt.

Die Leistung nach GOZ-Nr. 4138 umfasst die Verwendung einer Membran zur Behandlung von Knochendefekten einschließlich der Fixierung der Membran. Als zusätzliche Berechnung im Rahmen der Knochenaufbaumaßnahmen scheidet die GOZ-Nr. 4138 jedoch aus, weil sie sich als integraler Bestandteil der GOZ-Nrn. 9100, 9120 und 9130 darstellt. Die GOÄ-Nr. 2697 wird häufig analog für die Fixierung der Membran o. ä. angesetzt. Da jedoch die Fixierung ebenfalls Bestandteil der GOZ-Nr. 9100, 9120 und 9130 ist, ist dies nicht zulässig.

Die in der Abrechnungspraxis gerne genutzten Gebühren für Lagerbildungsmaßnahmen (z. B. GOÄ-Nrn. 2730, 2732) sind nicht ansatzfähig, weil auch sie Leistungsbestandteil der GOZ-Nrn. 9100, 9120 und 9130 sind.

➤ Verbandplatte

FRAGE: Ist das Anlegen einer Verbandplatte im Rahmen von chirurgisch/implantologischen Eingriffen gesondert berechnungsfähig?

ANTWORT: Ja

ERLÄUTERUNGEN: Im Rahmen einer weitergehenden Wundversorgung (z. B. bei einem Gaumendefekt nach Knochenentnahme) kann das Anlegen einer Verbandplatte mitunter erforderlich sein. Die Verbandplatte gleicht in ihrer Herstellung und Anwendung einem nicht adjustierten Aufbissbehelf. Zur Berechnung ist daher die GOZ-Nr. 7000 analog geeignet. Die in der zahnärztlichen Abrechnungspraxis häufig genutzte GOÄ-Nr. 2700 analog

ist nicht zulässig, da mit der GOZ-Nr. 7000 eine Position aus der GOZ zur Verfügung steht, die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand eine gleichwertige Leistung im Sinne des § 6 Abs. 1 GOZ darstellt.

➤ Auswechseln von Aufbauelementen

FRAGE: Ist im Rahmen der GOZ-Nr. 9060 die Entfernung bzw. Wiedereingliederung der Suprakonstruktion oder des Sekundärteils und die Reparatur des Aufbauelements zusätzlich nach den GOZ-Nrn. 2290, 2310, 2320, 5090, 5100 und 5110 ggf. analog berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Abgegolten mit der Leistung nach GOZ-Nr. 9060 sind das Abnehmen der Suprakonstruktion, das Austauschen des Sekundärteils im Reparaturfall sowie das Wiedereingliedern der Suprakonstruktion. Um die Sekundärteile auswechseln zu können, ist es erforderlich, die Suprakonstruktion auf dem Implantat abzunehmen bzw. zu lösen. Eine zusätzliche Gebühr (z. B. GOZ-Nr. 2290) ist dafür nicht berechnungsfähig; Die Abnahme und Wiederbefestigung der vorhandenen Suprakonstruktion stellt sich als methodisch notwendiger Bestandteil des Wechselvorgangs dar.

Das in der GOZ-Nr. 9060 beschriebene „Auswechseln von Aufbauelementen“ beinhaltet im Gegensatz zur sonstigen Formulierung (z. B. bei GOZ-Nr. 2290) keine aktive „Entfernung“, das heißt, das Auswechseln stellt sich gegenüber der in der GOZ-Nr. 2290 beschriebenen Leistung als einfachere Tätigkeit dar. Bei der GOZ-Nr. 9060 wird das Aufbauelement lediglich gelöst, aufgeschraubt oder entriegelt. Es ist kein besonderer Krafteinsatz erforderlich (Das GOZ-Lexikon, Spitta, Band 1, Stand: März 2012, K-Implantologische Leistungen, Kapitel 12.2, zu GOZ-Nr. 9060, S. 23 f.).

Sowohl die Wiedereingliederung (der Suprakonstruktion und des Sekundärteils) als auch die Reparatur bzw. Erneuerung des Aufbauelements gehören zu den notwendigen Einzelschritten der GOZ-Nr. 9060 und dürfen weder originär noch analog nach den GOZ-Nrn. 2290, 2310, 2320, 5090, 5100 und 5110 berechnet werden.

Zu diesen und weiteren Themen finden Sie im Internet umfassende Informationen in der

➤ [Kommentierung des PKV Verbandes zur GOZ.](#)

Kommentierung zur GOZ



Die neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. In der Praxis ist mit einer Vielzahl von Abrechnungsproblemen zu rechnen. Der PKV-Verband beantwortet daher regelmäßig in einem Beiblatt zur PKV Publik relevante gebührenrechtliche Fragen.

In unserer Serie „FAQs zur GOZ 2012“ beantworten wir Fragen, die durch die neue GOZ aufgeworfen werden. In dieser Ausgabe beschäftigen wir uns mit Abrechnungsfragen rund um provisorische Versorgungen. Weitere Themen sind Analogabrechnungen im Zusammenhang mit präendodontischen Aufbauten und die Relationsbestimmung bei prothetischen Versorgungen.

➤ Direkte Provisorien

FRAGE: Sind neben den GOZ-Nrn. 2260, 2270, 5120 und 5140 zusätzlich zahntechnische Leistungen berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Direkte Provisorien werden im Behandlungszimmer durch den Zahnarzt hergestellt. Vor dem Beschleifen der Zähne wird ein Abdruck genommen, der später als Formgeber für die provisorische Versorgung dient. Die Anfertigung und Ausarbeitung des Provisoriums erfolgt am Patientenstuhl ohne Modell. Daher können neben den genannten Gebührennummern keine zahntechnischen Leistungen, insbesondere nach

BEB 1401, berechnet werden.

FRAGE: Ist es zulässig, ein laborgefertigtes Kurzzeitprovisorium (Tragedauer unter drei Monaten) analog zu berechnen?

ANTWORT: Ja

ERLÄUTERUNGEN: Nicht geregelt ist derzeit der Fall, dass nach einem Kurzzeitprovisorium (im direkten Verfahren) ein laborgefertigtes Provisori-

um (indirektes Verfahren) eingegliedert wird, das jedoch weniger als drei Monate getragen werden soll und damit kein Langzeitprovisorium im Sinne der GOZ-Nrn. 7080 bis 7100 darstellt. In diesen Fällen ist der analoge Ansatz der GOZ-Nr. 2270 angemessen. Zusätzlich können die zahntechnischen Leistungen berechnet werden.

FRAGE: Sind die GOZ-Nrn. 0050, 0060, 5170 neben den GOZ-Nrn. 2270, 5120 und 5140 berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Der Abdruck ist bei den GOZ-Nrn. 2270, 5120 und 5140 integraler Bestandteil der Leistungen und darf nicht nach einer anderen Gebühr aus diesem Verzeichnis berechnet werden.

➤ Präendodontischer Aufbau

FRAGE: Ist für die präendodontische Aufbau-füllung eine analoge Berechnung der GOZ-Nrn. 2150 bis 2170 möglich?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Voraussetzung für den analogen Ansatz einer Leistung ist das Heranziehen einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung (§ 6 Abs. 1 GOZ). Dies ist bei den Inlaypositionen nicht der Fall, da sie im Unterschied zu der präendodontischen Aufbaufüllung eine mitunter laborgefertigte definitive Versorgung darstellen, die einen wesentlich höheren Kosten- und Zeitaufwand erfordern.

Ist es im Vorfeld einer endodontischen Behandlung notwendig, den zerstörten Zahn zunächst aufzubauen, ist für diesen präendodontischen Aufbau GOZ-Nr. 2180 zu berechnen, und zwar originär, soweit nicht nach der endodontischen Behandlung vor der Versorgung mit einer Krone ein erneuter Aufbau des Zahnes erforderlich ist (postendodontischer Aufbau). Ist letzteres der Fall, weil z. B. durch das mehrfache Aufbohren die Füllung derart geschwächt ist, ist für den präendodontischen Aufbau GOZ-Nr. 2180 analog anzusetzen. Der postendodontische Aufbau ist ebenfalls mit GOZ-Nr. 2180 (originär) zu berechnen. Für das im Rahmen der endodontischen Behandlung ggf. auch mehrfach erforderliche Aufbohren und speicheldichte Wiederverschliessen der Kavität ist jeweils GOZ-Nr. 2020 anzusetzen.

➤ **Relationsbestimmung**

FRAGE: Ist die Relationsbestimmung (z. B. GOZ-Nr. 8010) zusätzlich zu den GOZ-Nrn. 2200 bis 2220 und 5000 bis 5040 berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Durch die GOZ-Nrn. 2200 bis 2220 und 5000 bis 5040 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantats, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung, der Krone oder der Teilkrone bzw. des Veneers, Nachkontrolle und Korrekturen. Diese Maßnahmen dürfen nicht zusätzlich zu den genannten GOZ-Gebühren berechnet werden. Demzufolge sind Relationsbestimmungsmaßnahmen jeglicher Art gemäß der 3. AB nach GOZ-Nr. 2220 und der 2. AB nach GOZ-Nr. 5040 mit den Kronen- und Brückenpositionen abgegolten.

Kommentierung zur GOZ



Die neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. In der Praxis ist mit einer Vielzahl von Abrechnungsproblemen zu rechnen. Der PKV-Verband beantwortet daher regelmäßig in einem Beiblatt zur PKV Publik relevante gebührenrechtliche Fragen.

In unserer Serie „FAQs zur GOZ 2012“ beantworten wir Fragen, die durch die neue GOZ aufgeworfen werden. Wie auch schon in den letzten Ausgaben widmen wir uns hier dem Thema Analogabrechnungen, es werden aber auch andere Abrechnungsfragen wie die adhäsive Befestigung und Berechnung von Teilleistungen behandelt.

➤ GOZ-Nr. 2197 (adhäsive Befestigung) zusätzlich zu GOZ-Nr. 6100 (Klebebrackets)

FRAGE: Ist die adhäsive Befestigung im Rahmen des Einbringens von Klebebrackets zusätzlich berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Wie sich aus dem Begriff „Klebebracket“ ergibt, wird das Bracket durch einen Klebevorgang mit dem Zahn verbunden. Das Kleben des Brackets ist also Leistungsbestandteil. Dabei kann die Klebmethode keine Rolle spielen. Wird das Bracket adhäsiv befestigt, ist es also nicht zulässig, zusätzlich GOZ-Nr. 2197 zu berechnen, da die adhäsive Befestigung mit der Gebühr für GOZ-Nr. 6100 abgegolten ist. GOZ-Nr. 2197 ist in Bezug auf Befestigungsmaßnahmen zu sehen, die nicht nur durch Kleben, sondern auch auf andere Art und Weise, z. B. durch Zementieren durchgeführt werden können. Es soll damit dem mit dieser Methode verbundenen Mehraufwand Rechnung getragen werden. Bei GOZ-Nr. 6100 gibt es aber nicht verschiedene Befestigungsalternativen, sondern nur das Kleben.

➤ Teilleistungen GOZ-Nrn. 2230, 2240 und GOZ-Nrn. 5050, 5060

FRAGE: Darf der Endodontologe prothetische Teilleistungen abrechnen, wenn ihm im Zuge einer prothetischen Behandlung ein Patient überwiesen wird?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Die Teilleistungen nach den GOZ-Nrn. 2230 und 2240 sowie GOZ-Nrn. 5050 und 5060 sind als Teil der Leistungen nach GOZ-Nrn. 2200 bis 2220 bzw. 5000 bis 5040 abzurechnen. Im Vordergrund dieser Maßnahmen steht die Versorgung der Zähne mit Kronen. Für endodontologische Leistungen stehen dem Zahnarzt bzw. dem Spezialisten keine Teilleistungen zur Verfügung, auch wenn sie im Zuge einer prothetischen Behandlung fällig werden.

➤ Wurzelkanalrevision

FRAGE: Ist die Entfernung einer alten Wurzelfüllung analog mit GOZ-Nr. 2410 berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Die Wurzelkanalaufbereitung hat zum Ziel, pulpale Gewebsreste und Mikroorganismen zu eliminieren. Dies schließt die Entfernung einer alten insuffizienten (mangelhaften) Wurzelfüllung nicht aus. Die Aufbereitung kann man mit einer Reinigung gleichsetzen. Somit ist die Leistung nach GOZ-Nr. 2410 auch im Rahmen einer Wurzelkanalrevision oder einer Wurzelspitzenresektion (retrograde Aufbereitung) originär ansatzfähig. Zum Leistungsinhalt gehört auch die Entfernung von definitivem Wurzelfüllmaterial. Der Mehraufwand kann sich im Steigerungsfaktor widerspiegeln. Ein analoger Ansatz der GOZ-Nr. 2410 scheidet somit aus.

➤ **GOZ-Nr. 9140 im Zusammenhang mit GOZ-Nr. 4110**

FRAGE: Darf für das Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit intraoralem Knochenmaterial die GOZ-Nr. 9140 zusätzlich zu GOZ-Nr. 4110 berechnet werden?

ANTWORT: Ja

ERLÄUTERUNGEN: Der Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 4110 beschreibt u.a. das Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Aufbaumaterial (Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial) ggf. einschließlich Materialentnahme im Aufbaubereich. Die (intraorale) Entnahme von Knochen außerhalb des Aufbaubereiches ist in der GOZ-Nr. 4110 nicht beschrieben. Daher ist in entsprechenden Fällen die GOZ-Nr. 9140 zusätzlich berechnungsfähig.

Kommentierung zur GOZ



Die neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. In der Praxis ist mit einer Vielzahl von Abrechnungsproblemen zu rechnen. Der PKV-Verband beantwortet daher regelmäßig in einem Beiblatt zur PKV Publik relevante gebührenrechtliche Fragen.

Auch in unserer heutigen Ausgabe widmen wir uns dem Thema Analogabrechnungen. Hintergrund ist die gegen den Widerstand der PKV vorgenommene Änderung des § 6 Absatz 2 GOZ alt (jetzt § 6 Absatz 1 GOZ neu). Konnten bisher nur solche zahnärztliche Leistungen analog berechnet werden, die nach Inkrafttreten der GOZ aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt wurden, ist diese Stichtagsregelung jetzt entfallen. Damit wurde einer – im Kontext der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bekannten – unübersichtlichen Situation im Bereich der analogen Abrechnung Vorschub geleistet. Desweiteren wird auch das Thema adhäsive Befestigung, das immer wieder Fragen aufwirft, behandelt.

➤ Analogberechnungen – Versiegelung von Dentinkanälchen

FRAGE: Ist die GOZ-Nr. 2030 analog für die Versiegelung von Dentinkanälchen berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Mit der Berechnung von Füllungen nach den GOZ-Nrn. 2050 bis 2120 sind alle Maßnahmen abgegolten, die in den Leistungsbeschreibungen genannt sind einschließlich der Kosten für plastische Füllungsmaterialien (z. B. Amalgam, Komposit, Unterfüllungsmaterial). Erfasst sind außerdem Verfahren und Methoden der Lichthärtung und Schmelzätzung, das Auftragen eines Haftvermittlers (Bonding), Finieren und – im Falle der Kunststofffüllung – auch das Polieren. Die einzelnen Arbeitsschritte sind methodisch erforderliche Bestandteile oder besondere Ausführungen der Füllungsleistung (§ 4 Absatz 2 GOZ, Zielleistungsprinzip) und dürfen nicht gesondert in Rechnung gestellt werden (vgl. Meurer, Gebührenordnung für Zahnärzte, 2. Auflage, zu Nrn. 205, 207, 209 und 211 GOZ alt, S. 156).

Das Bonding dient sowohl der Versiegelung der Dentinkanälchen als auch der Haftvermittlung. Es ist deswegen nicht zulässig, die Versiegelung der Dentinkanälchen gesondert (z. B. mit GOZ-Nr. 2030 analog) zu berechnen.

➤ Analogberechnungen – Entfernung von Bögen

FRAGE: Ist die Entfernung von Bögen in der Kieferorthopädie gesondert berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Mit den GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 sind Maßnahmen, wie z. B. Abformungen, Eingliederung von herausnehmbaren Apparaturen, Verlaufskontrollen, ggf. die Entfernung von Bögen und Teilbögen sowie die Retention abgegolten. Diese Auffassung wird von der Bundeszahnärztekammer geteilt (vgl. Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes-) Zahnärztekammern, zu GOZ-Nr. 6040, S. 206).

➤ Analogberechnungen – Retainer in der Kieferorthopädie

FRAGE: Sind Maßnahmen zur Retention (festsitzende oder herausnehmbare Retainer) zusätzlich zu den Kernpositionen (GOZ-Nrn. 6030 bis 6080) berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Unter Geltung der GOZ 1988 war in der Praxis umstritten, ob Retentionsmaßnahmen (festsitzende oder herausnehmbare Retentionsgeräte) zusätzlich zu den Kernpositionen berechnet werden durften. Diese Streitfrage hat der Verordnungsgeber mit dem dritten Absatz der Abrechnungsbestimmungen nach GOZ-Nr. 6080 eindeutig geklärt (so die amtliche Begründung zu den Leistungen nach den GOZ-Nrn. 6030 bis 6080). Danach umfassen die Maßnahmen im Sinne der Nummern 6030 bis 6080 alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren, unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden oder den verwendeten Therapiegeräten.

➤ adhäsive Wurzelkanalfüllung

FRAGE: Ist die GOZ-Nr. 2197 (adhäsive Befestigung) zusätzlich zu GOZ-Nr. 2440 berechnungsfähig?

ANTWORT: Ja

ERLÄUTERUNGEN: Mit GOZ-Nr. 2440 sind grundsätzlich alle Arten von Wurzelkanalfüllungen abgegolten wie z. B. Füllungen, die mit Kondensations- oder Injektionstechnik eingebracht werden und retrograde Wurzelkanalfüllungen, die im Rahmen einer Wurzelspitzenresektion gelegt werden. Erfolgt die Wurzelkanalfüllung adhäsiv, ist zusätzlich GOZ-Nr. 2197 berechnungsfähig.

Kommentierung zur GOZ



Die neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. In der Praxis ist mit einer Vielzahl von Abrechnungsproblemen zu rechnen. Der PKV-Verband beantwortet daher regelmäßig in einem Beiblatt zur PKV Publik relevante gebührenrechtliche Fragen.

Unsere heutige Ausgabe beschäftigt sich mit dem Thema Wundverschluss. Laut Nr. 1. der Allgemeinen Bestimmungen zu den Abschnitten D, E und K ist die primäre Wundversorgung Bestandteil der jeweiligen Leistung und darf nicht gesondert berechnet werden. Im Gegensatz zur „alten“ GOZ wird die primäre Wundversorgung nun durch den Klammerzusatz näher definiert, die Aufzählung nennt einige Beispiele zur primären Wundversorgung, sie ist jedoch nicht abschließend. Oft herrscht Unklarheit darüber, welche Maßnahmen der primären Wundversorgung zuzuordnen und somit abgegolten und welche zusätzlich berechnungsfähig sind. Die zahnärztliche Abrechnungspraxis zeigt derzeit die unterschiedlichsten Gebührenkonstellationen (z. B. die GOÄ-Nr. 2381, 2675, GOZ-Nr. 3240). Im Folgenden werden die gängigsten Fragen zum Thema Wundverschluss beantwortet:

➤ Wundverschluss

FRAGE: Ist eine Lappenplastik im Zusammenhang mit dem Wundverschluss nach chirurgischen Eingriffen gesondert abrechnungsfähig?

ANTWORT: Ja

ERLÄUTERUNGEN: Erfolgt ein Wundverschluss mit zusätzlicher Lappenbildung, ist diese grundsätzlich gesondert berechnungsfähig. Die Lappenbildung ist in der (Parodontal-)Chirurgie eine gängige Maßnahme, i. d. R. ist sie im Zusammenhang mit implantologischen Leistungen aber nicht erforderlich. Die Abrechnungspraxis der Zahnärzte zeigt jedoch, dass Lappenbildungsmaßnahmen regelmäßig berechnet werden. Dies gilt insbesondere auch im Zusammenhang mit Einzelimplantaten, obwohl gerade hier die Notwendigkeit von Lappenbildungsmaßnahmen nur in seltenen Ausnahmefällen gegeben ist. Eine Prüfung des Einzelfalles ist daher geboten.

Ein Wundverschluss mit zusätzlicher Lappenbildung kann mit GOZ-Nr. 3100 (soweit eine Periostschlitzung erfolgt) oder mit GOZ-Nr. 4120 analog berechnet werden.

FRAGE: Ist eine Vestibulumplastik im Zusammenhang mit dem Wundverschluss nach chirurgischen Eingriffen gesondert berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Oftmals werden für den Wundverschluss auch die Gebühren für Vestibulumplastiken nach GOZ-Nr. 3240 oder GOÄ-Nrn. 2675, 2676 und 2677 berechnet. Die typische Indikation zur Vestibulumplastik stellt die Schaffung eines ausreichenden Prothesenlagers für Vollprothesen bzw. Hybridprothesen oder Teilprothesen dar. Der Wundverschluss mit zusätzlicher Lappenbildung erfüllt nicht den Leistungsinhalt einer Vestibulumplastik. Der Ansatz der Leistungen nach der GOZ-Nr. 3240 oder GOÄ-Nrn. 2675 und 2676 ist in diesen Fällen nicht gerechtfertigt.

Sofern im Rahmen des chirurgischen Eingriffs eine zusätzliche Lappenbildung durchgeführt wurde, kommen hierfür die GOZ-Nr. 3100 (soweit eine Periostschlitzung erfolgt) oder die GOZ-Nr. 4120 analog in Betracht.

FRAGE: Sind die GOÄ-Nrn. 2381 und 2382 im Zusammenhang mit dem Wundverschluss nach chirurgischen Eingriffen abrechnungsfähig?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Die Leistungen nach den Nummern 2381 und 2382 stammen aus der GOÄ und sind dem Abschnitt „Chirurgie der Körperoberfläche“ zugeordnet. Für Wundverschlussplastiken in der Zahnheilkunde kommen sie gebührenrechtlich nicht in Betracht, da hierunter Plastiken im Bereich der Epidermis (Außenhaut) abgerechnet werden. Die Mundhöhle hingegen ist vollständig mit Mukosa (Schleimhaut) ausgekleidet.

Sofern im Rahmen des chirurgischen Eingriffs eine zusätzliche Lappenbildung durchgeführt wurde, kommen hierfür die GOZ-Nr. 3100 (soweit eine Periostschlitzung erfolgt) oder die GOZ-Nr. 4120 analog in Betracht.

FRAGE: Ist die GOÄ-Nr. 2386 (Schleimhauttransplantation) für ein freies Schleimhaut- oder Bindegewebestransplantat als Wundverschlussmaßnahme nach implantatchirurgischen Eingriffen berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Zur Papillen- oder Volumenbildung im Bereich der Gingiva ist mitunter die Gewinnung und Transplantation von zusätzlichem

„freiem“ Material außerhalb des Operationsgebietes (z. B. Gaumen) erforderlich. Hierfür enthält der Abschnitt K der GOZ keine Gebühren. Entsprechende Leistungen werden jedoch im Abschnitt E beschrieben: Für die Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut ist daher die GOZ-Nr. 4130 und für die Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe die GOZ-Nr. 4133 anzusetzen. Die Abrechnung der GOÄ-Nr. 2386 ist in diesem Zusammenhang nicht möglich, da die GOZ hierfür Leistungen enthält.

Kommentierung zur GOZ



Die neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. In der Praxis ist mit einer Vielzahl von Abrechnungsproblemen zu rechnen. Der PKV-Verband beantwortet daher regelmäßig in einem Beiblatt zur PKV Publik relevante gebührenrechtliche Fragen.

Die ersten Erfahrungen mit der Rechnungsstellung der Zahnärzte auf Grundlage der neuen GOZ geben Anlass zu der Befürchtung, dass die GOZ-Novelle keine „Befriedungsfunktion“ im Sinne einer Reduzierung der Streitigkeiten über die korrekte Auslegung des zahnärztlichen Gebührenrechts haben wird. Zwar werden durch die neue GOZ einige in der Vergangenheit strittige Auslegungsfragen geklärt. Es zeichnet sich aber bereits ab, dass sich eine Vielzahl neuer Abrechnungsprobleme ergeben wird. Ein wesentlicher Grund hierfür ist die gegen den Widerstand der PKV vorgenommene Änderung des § 6 Absatz 2 GOZ alt (jetzt § 6 Absatz 1 GOZ neu). Konnten bisher nur solche zahnärztliche Leistungen analog berechnet werden, die nach Inkrafttreten der GOZ aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt wurden, ist diese Stichtagsregelung jetzt entfallen. Damit wurde einem – im Kontext der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bekannten – „Analogabrechnungswildwuchs“ Tür und Tor geöffnet. Um Missverständnissen vorzubeugen, erläutert der PKV-Verband an dieser Stelle seine Sicht zu zentralen gebührenrechtlichen Fragen.

➤ Analogberechnungen-Zahnreinigung von Implantaten

FRAGE: Ist die GOZ-Nr. 9060 analog für das Abnehmen der Suprakonstruktion im Rahmen einer Zahnreinigung berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Für die analoge Anwendung der GOZ-Nr. 9060 im Rahmen von Zahnreinigungsmaßnahmen ist kein Raum, da jede Analogie eine planwidrige Regelungslücke voraussetzt. Eine solche Regelungslücke liegt ersichtlich nicht vor, da der Verordnungsgeber das Auswechseln von Aufbauelementen gerade einer Regelung zugeführt hat. Im Übrigen sehen die GOZ-Nrn. 1040 und 4050 ausdrücklich die Reinigung des Implantates vor. Der erhöhte Aufwand ist über den Steigerungsfaktor zu bemessen.

➤ Analogberechnungen-Periotest

FRAGE: Ist der Periotest analog abrechnungsfähig?

ANTWORT: Ja

ERLÄUTERUNGEN: Der Periotest ist in der neuen GOZ nicht beschrieben. Da es sich um eine selbständige zahnärztliche Leistung handelt, ist ein analoges Berechnen des diagnostischen Verfahrens möglich. Der Leistung entspricht nach Art, Kosten- und Zeitaufwand die GOZ-Nr. 0070 (Vitalitätsprüfung eines Zahnes oder mehrerer Zähne einschließlich Vergleichstest). Der Periotest beschreibt eine elektromechanische Prüfung zur Beurteilung der Primärstabilität eines Zahnes. Deshalb erachten wir für die Erhebung und Durchführung des Periotest je Sitzung den Ansatz der GOZ-Nr. 0070 analog als angemessene Vergütung. Ein Rückgriff auf die GOÄ ist nicht sachgerecht, da gleichwertige Leistungen in der GOZ zu finden sind.

➤ Analogberechnungen-Laser

FRAGE: Ist für die Anwendung eines Lasers eine Analogberechnung möglich, wie z. B. die GOZ-Nr. 5010?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Für die Anwendung des Lasers wurde eine Zuschlagsposition – die GOZ-Nr. 0120 – geschaffen.

Der Zuschlag für die Anwendung des Lasers ist ausdrücklich nur bei den im Leistungstext aufgezählten Gebührenpositionen (GOZ-Nrn. 2410, 3070, 3080, 3210, 3240, 4080, 4090, 4100, 4130, 4133 und 9160) berechnungsfähig. Bei anderen Leistungen, bei denen auch ein Laser zur Anwendung kommen kann, darf der Zuschlag nicht berechnet werden. In der zahnärztlichen Abrechnungspraxis wird teilweise versucht, diese Beschränkung dadurch zu umgehen, dass unterschiedliche Gebührenpositionen analog für die Anwendung des Lasers angesetzt werden. Für solche Analogabrechnungen fehlt es aber an einer ausfüllungsbedürftigen Lücke in der GOZ. Es gibt mit GOZ-Nr. 0120 eine Gebührenposition für die Laseranwendung. Dass der Gesetzgeber nur bestimmte Leistungen als zuschlagsberechtigt ausweist, gibt dem Zahnarzt nicht das Recht, über die Analogabrechnung weitere Leistungen zuschlagsberechtigt zu machen. Damit würde der gesetzgeberische Wille, wonach nur bestimmte Leistungen zuschlagsberechtigt sein sollen, umgangen. Ein solches Vorgehen ist gebührenrechtlich unzulässig.

➤ Analogberechnungen-OP-Mikroskop

FRAGE: Ist für die Anwendung eines OP-Mikroskopes eine Analogberechnung möglich, wie z. B. die GOZ-Nr. 5000?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Für die Anwendung des OP-Mikroskopes wurde eine Zuschlagsposition – die GOZ-Nr. 0110 – geschaffen.

Der Zuschlag für die Anwendung des OP-Mikroskopes ist ausdrücklich nur bei den im Leistungstext aufgezählten Gebührenpositionen (GOZ-Nrn. 2195, 2330, 2340, 2360, 2410, 2440, 3020, 3030, 3040, 3045, 3060, 3110, 3120, 3190, 3200, 4090, 4100, 4130, 4133, 9100, 9110, 9120, 9130, 9170) berechnungsfähig. Bei anderen Leistungen, bei denen auch ein OP-Mikroskop zur Anwendung kommen kann, darf der Zuschlag nicht berechnet werden. In der zahnärztlichen Abrechnungspraxis wird teilweise versucht, diese Beschränkung dadurch zu umgehen, dass unterschiedliche Gebührenpositionen analog für die Anwendung des OP-Mikroskopes angesetzt werden. Für solche Analogabrechnungen fehlt es aber an einer ausfüllungsbedürftigen Lücke in der GOZ. Es gibt mit der GOZ-Nr. 0110 eine Gebührenposition für die Anwendung des OP-Mikroskopes. Dass der Gesetzgeber nur bestimmte Leistungen als zuschlagsberechtigt ausweist, gibt dem Zahnarzt nicht das Recht, über die Analogabrechnung weitere Leistungen zuschlagsberechtigt zu machen. Damit würde der gesetzgeberische Wille, wonach nur bestimmte Leistungen zuschlagsberechtigt sein sollen, umgangen. Ein solches Vorgehen ist gebührenrechtlich unzulässig.

Kommentierung zur GOZ



Die neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. In der Praxis ist mit einer Vielzahl von Abrechnungsproblemen zu rechnen. Der PKV-Verband wird daher ab sofort in Beilagen zu PKV Publik zu relevanten gebührenrechtlichen Fragen Stellung nehmen.

Die ersten Erfahrungen mit der Rechnungsstellung der Zahnärzte auf der Grundlage der neuen GOZ geben Anlass zu der Befürchtung, dass die GOZ-Novelle keine „Befriedungsfunktion“ im Sinne einer Reduzierung der Streitigkeiten über die korrekte Auslegung des zahnärztlichen Gebührenrechts haben wird. Zwar werden durch die neue GOZ einige in der Vergangenheit strittige Auslegungsfragen geklärt. Es zeichnet sich aber bereits ab, dass sich eine Vielzahl neuer Abrechnungsprobleme ergeben wird. Ein wesentlicher Grund hierfür ist die gegen den Widerstand der PKV vorgenommene Änderung des § 6 Absatz 2 GOZ alt (jetzt § 6 Absatz 1 GOZ neu). Konnten bisher nur solche zahnärztliche Leistungen analog berechnet werden, die nach Inkrafttreten der GOZ aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt wurden, ist diese Stichtagsregelung jetzt entfallen. Damit wurde einem – im Kontext der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bekannten – „Analogabrechnungswildwuchs“ Tür und Tor geöffnet. Um Missverständnissen vorzubeugen, erläutert der PKV-Verband an dieser Stelle seine Sicht zu zentralen gebührenrechtlichen Fragen.

➤ Analoge Berechnung der Entfernung subgingivaler Zahnbeläge

FRAGE: Ist die GOZ-Nr. 1040 analog für die Entfernung subgingivaler Zahnbeläge berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Die GOZ-Nr. 1040 umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn oder Implantat oder Brückenglied.

Die Entfernung unterhalb des Zahnfleisches liegender, klinisch nicht sichtbarer und nicht erreichbarer Konkremete, die nur vom Zahnarzt durchgeführt und nicht auf eine qualifizierte Fachangestellte delegiert werden kann, ist grundsätzlich nach GOZ-Nrn. 4070 beziehungsweise 4075 abzurechnen,

allerdings nicht in derselben Sitzung mit einer Professionellen Zahnreinigung (PZR).

Auch wenn die PZR aufwendiger gewesen ist (z. B. subgingivale Reinigung von Zahnbelägen), rechtfertigt dies nicht die zusätzliche Berechnung der GOZ-Nrn. 1040 analog. In der Abrechnungspraxis der Zahnärzte wird allerdings häufig so verfahren. Die Unzulässigkeit dieses Vorgehens ergibt sich daraus, dass Voraussetzung für eine Analogberechnung eine ausfüllungsbedürftige Lücke im Regelwerk, also in der GOZ ist. Hieran fehlt es aber, weil originäre Leistungspositionen zur Verfügung stehen. Es handelt sich bei der anzutreffenden Abrechnungspraxis offensichtlich um den Versuch, die Abrechnungsbestimmung nach GOZ-Nr. 1040 ins Leere laufen zu lassen. Entsprechende Abrechnungen sind eindeutig gebührenrechtswidrig.

➤ Analoge Berechnung einer adhäsiven Aufbaufüllung

FRAGE: Ist es zulässig, eine adhäsiv befestigte Aufbaufüllung analog zu berechnen?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Der dentinadhäsive Aufbau entspricht nicht der dentinadhäsiven Füllung und ist daher auch nicht analog oder wie die dentinadhäsive Füllung nach GOZ-Nrn. 2060, 2080, 2100 und 2120 abrechnungsfähig. Die genannten Positionen sind als definitive Füllungen beschrieben und bewertet, d. h. die Füllung ist das Leistungsziel. Die Leistung nach GOZ-Nr. 2180 ist eine vorbereitende Maßnahme, um die Zielleistung „Krone“ zu realisieren. Ist das Leistungsziel die Kronenversorgung, stellt sich eine im Vorfeld durchgeführte Füllung als Vorbereitungsleistung dar. Dafür ist GOZ-Nr. 2180 gegenüber den GOZ-Nrn. 2060, 2080, 2100 und 2120 die speziellere Gebührenposition. Von dieser Unterscheidung ist auch der Verordnungsgeber ausgegangen, da im Zuge der Novellierung die dentinadhäsiv befestigte oder ggf. mehrfach geschichtete Aufbaufüllung keine Berücksichtigung fand.

Für den Mehraufwand bei der adhäsiven Befestigung eines plastischen Aufbaumaterials (GOZ-Nr. 2180) ist die Leistung nach der GOZ-Nr. 2197 zu berechnen.

Sofern die Kavitätenversorgung mit Aufbaumaterial unter Berücksichtigung der Kauflächenmorphologie und/oder Approximalkontakten tatsächlich aufwendiger gestaltet werden soll (mehrfach geschichteter Aufbau), kann der höhere Aufwand entsprechend § 5 der GOZ über einen erhöhten Steigerungssatz berücksichtigt werden.

➤ Dentinadhäsive Rekonstruktionen

FRAGE: Kann man die dentinadhäsiven Füllungen nach der neuen GOZ auch weiterhin analog berechnen?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Die dentinadhäsiven Rekonstruktionen sind ab 1.1.2012 über die GOZ-Nrn. 2060, 2080, 2100 und 2120 zu berechnen. Eine Analogberechnung ist nicht mehr möglich.

➤ GOZ-Nr. 2197 (Adhäsive Befestigung)

FRAGE: Ist die GOZ-Nr. 2197 neben den GOZ –Nrn. 2060, 2080, 2100 und 2120 jeweils zusätzlich für die „adhäsive Befestigung“ berechnungsfähig?

ANTWORT: Nein

ERLÄUTERUNGEN: Mit der Berechnung von Füllungen nach den GOZ-Nrn. 2050 bis 2120 sind alle Maßnahmen abgegolten, die in den Leistungsbeschreibungen genannt sind, einschließlich der Kosten für plastische Füllungsmaterialien (z. B. Amalgam, Komposit, Unterfüllungsmaterial). Erfasst sind außerdem Verfahren und Methoden der Lichthärtung und Schmelzätzung, Finieren und – im Falle der Kunststofffüllung – auch das Polieren. Die einzelnen Arbeitsschritte sind methodisch erforderliche Bestandteile oder besondere Ausführungen der Füllungsleistung und dürfen nicht gesondert in Rechnung gestellt werden (Zielleistungsprinzip - § 4 Absatz 2 GOZ).

Der Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 2197 ist integraler Bestandteil der Leistungen nach den GOZ-Nrn. 2060, 2080, 2100 und 2120 (so auch die Bundeszahnärztekammer in ihrer Internet-Kommentierung der GOZ - Stand: 20. Januar 2012).