

GOZ im Detail – Neues aus der Sprechstunde



Autor: Matthias Weichelt, LZÄKB-Vorstandsmitglied

Mittwochs in der Zeit von 15:00 bis 18:00 Uhr findet eine telefonische Sprechstunde zu Fragen zum privaten Gebührenrecht mit einem Ausschussmitglied des Gebührenausschusses der LZÄKB statt. Eine Auswahl der gestellten Fragen und Antworten geben wir Ihnen zur Kenntnis.

Die Landeszahnärztekammer Brandenburg unterhält seit vielen Jahren eine telefonische Sprechstunde (auch für Patienten) zu Fragen bezüglich der Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte (GOZ/GOÄ). Beide Gebührenordnungen sowie die Beihilfevorschriften sind immer wieder Anlass zu Nachfragen, so wie die folgenden:

Eine Verordnung für manuelle Therapie für einen Privatpatienten erfolgt auf welchem Formular – auf dem blauen oder grünen Rezeptformular oder formlos auf weißem Papier? Und ist diese Leistung berechenbar oder dann folgend nur das Wiederholungsrezept mit Ä2?

Die Verordnung für eine physiotherapeutische Behandlung beim PKV-Patienten wird wie gehabt auf dem Privat Rezept (entweder blaues Rezept oder eigenes Formular) mit Nennung von Diagnose, verordneter Therapie (zum Beispiel manuelle Therapie) sowie eventuell ergänzendes Heilmittel (beispielsweise Fango) sowie Anzahl der Sitzungen/Dauer jeder Einzelsitzung verordnet. Die Erstverordnung erfolgt grundsätzlich nach ärztlicher Konsultation und ist keine berechenbare Leistung. Ein Folge Rezept bedarf ebenfalls einer Untersuchung durch den Behandler, denn die Verordnung durch die ZFA ist nicht statthaft. Um also festzustellen, ob der Patient einen weiteren Behandlungsbedarf hat, muss somit zwingend eine zahnärztliche Untersuchung erfolgen. Somit ist eine Berechnung der Ä2 ausgeschlossen. Die Ä2 ist nur berechenbar für Wiederholungsrezepte ohne Arzt-Patienten-Kontakt und darf nicht mit anderen Gebühren berechnet werden.

Ist der Lip Retractor Intraoral Cheek Oral Orthodontic Opener – Mundspanner/Wangenhalter eine zahnärztliche selbstständige Leistung und analog berechenbar?

Nein. Die Leistung kann nicht analog berechnet werden, da wir hier im Sinne des § 6 (1) GOZ keine selbstständigen zahnärztlichen Leistungen erkennen können. Es handelt sich hierbei um ein Gerät, welches Lippen und Wangen bei unterschiedlichen Leistungen wie PZR, Bleaching, Fotoaufnahmen abhalten soll und das Sicht- und Arbeitsfeld verbessert.

Frage eines Patienten: Kann die GOZ-Nr. 9050 (Entfernen und Wiedereinsetzen sowie Auswechseln eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem während der rekonstruktiven Phase ...) neben den GOZ-Nrn. 9010 (Implantatinserterion ...) und 9040 (Freilegen eines Implantates und Einfügen eines oder mehrerer Aufbauelemente ...) berechnet werden und ist die GOZ-Nr. 5070 (Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese ... durch Brückenglieder, Prothesenspannen oder Stege ...) mehrmals berechenbar?

In derselben Sitzung sind die GOZ-Nrn. 9010 und 9050 bzw. 9040 und 9050 nicht berechenbar. Die GOZ-Nr. 9050 kann jedoch während der rekonstruktiven Phase (Anfertigung von ZE) abgerechnet werden. Die GOZ-Nrn. 9010 und 9040 erfolgen immer in vorangehenden Sitzungen. Die GOZ-Nr. 5070 kann mehrfach berechnet werden: je zu überbrückende Prothesen- oder Brückenspanne bzw. je Steg.

Es wurden sieben Mal diagnostische Aufbauten von Funktionsflächen durchgeführt. Ist es korrekt, dass hierfür nur einmal die GOZ-Nr. 8090 (diagnostischer Aufbau von Funktionsflächen ...) berechenbar ist?

Der diagnostische Aufbau ist gemäß Vorschriften der GOZ nur einmal je Sitzung abrechenbar. Hier ist eine § 2 (1) Vereinbarung empfehlenswert.

Wir haben eine Corticalisschraube im Zusammenhang mit einer KFO-Behandlung gesetzt. Was ist dafür abrechenbar?

Im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung gesetzte Verankerungselemente wie Corticalisschrauben, Minischrauben oder TADs (Temporary Anchorage Devices) werden mit der GOZ-Nr. 9020 (Insertion eines Implantates zum temporären Verbleib ...) berechnet. Daneben können entsprechende Begleitleistungen wie die GOZ-Nrn. 0080 ff., 9003, 9005, GOÄ-Nr. 5000 ff. sowie Zuschlag für ambulantes Operieren nach Abschnitt L folgernd sein.

Frage einer Patientin: Dürfen Leistungen, die von einer ZMP durchgeführt worden sind, auch nach der GOZ abgerechnet werden?

Ja. § 4 (2) GOZ beinhaltet folgende Vorschrift „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) ...“. Es gelten dann bei der Abrechnung die Vorschriften der geltenden GOZ. Unter ▶ www.lzkb.de --> Zahnärzte --> Arbeitgeber --> delegierbare Leistungen finden Sie eine Zusammenstellung von zahnärztlichen Tätigkeiten, die an dafür ausgebildetes Fachpersonal übertragen werden können.

Zur Beantwortung einer aktuellen **Anfrage einer Berufsschullehrerin** sowie einer thematisch aktuellen, jedoch bereits 2015 gestellten Anfrage einer Zahnarztpraxis zogen wir unterstützend den Ausschuss für Gebührenrecht der BZÄK hinzu:

In der BEMA darf nach Eingliederung von Prothesen drei Monate keine „sK“ für die Beseitigung von Druckstellen abgerechnet werden (Leistungsbeschreibung zur 96a – c). In der GOZ steht in der Leistungsbeschreibung zur 5210/5200/5230, dass Nachkontrollen und Korrekturen ebenfalls mit der

Position abgegolten sind – aber ohne einen konkreten Zeitrahmen wie in der BEMA. Ab wann könnte man dann die 4030 für die Entfernung einer Druckstelle abrechnen? In Fortbildungen wurde gesagt, dass die 4030 in einer Folgesitzung schon abrechenbar ist – nur nicht in der Eingliederungs-Sitzung.

Antwort des Ausschusses für Gebührenrecht der BZÄK: Nach Beratung hat sich der Ausschuss der Auffassung der LLÄKB angeschlossen, nach der die Regelungen des BEMA nicht auf die GOZ übertragen werden können. In den genannten Ziffern (5200 / 5210 / 5220 / 5230 GOZ) heißt es wörtlich:

„Durch die Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5230 sind folgende Leistungen abgegolten:

- anatomische Abformungen (auch des Gegenkiefers),
- Bestimmung der Kieferrelation,
- Einproben,
- Einpassen bzw. Einfügen,
- Nachkontrolle und Korrekturen.“

Hiervon ausgehend hält der Ausschuss fest, dass auch nach seiner Auffassung „eine Nachkontrolle“ sowie die im direkten Zusammenhang durchzuführenden „Korrekturen“ mit der Hauptleistung abgegolten sind. Eine Nachkontrolle und die in dieser Sitzung ausgeführten Korrekturen (wie GOZ-Nr. 4030) sind mithin Inhalt der Hauptleistung. Weitere Nachkontrollen/Korrekturen sind dann wieder berechnungsfähig. Die medikamentöse Behandlung einer Druckstelle an der Mundschleimhaut kann – unabhängig von Fristen – immer mit der GOZ-Nr. 4020 berechnet werden.

Die private Krankenversicherung verlangt von der Zahnarztpraxis bei der Ausstellung eines prothetischen Heil- und Kostenplanes für einen Basistarifversicherten die gleichzeitige Festlegung von Festzuschüssen. Ist dies verpflichtend? Besteht bei einem im Basistarif Versicherten die Möglichkeit, über BEMA abzurechnen?

Antwort des Ausschusses für Gebührenrecht der BZÄK vom 10. Juli 2015: „Eine Gebührenrechnung auf der Grundlage des BEMA ist nicht zulässig. Die Leistungsberechnung hat zwingend auf Grundlage der GOZ zu erfolgen. Die Erstattung auch gegebenenfalls unter Anwendung von Regelungen der GKV ist Aufgabe des den Basistarif anbietenden GKV-Unternehmens“. ■