

## Aktuelle Abrechnungsfragen bzw. Erstattungsunklarheiten zur GOZ 2012

Aus aktuellen Anlässen heraus sollen nachfolgend aktuelle Abrechnungsfragen bzw. Erstattungsunklarheiten zur GOZ 2012 sachgerecht im „Frage – Antwort“ - Schema „beleuchtet“ werden:

Frage: Eine bayerische Private Krankenversicherung schreibt an ihren Versicherten: „Die Ziffer GOZ 0090 darf am selben Behandlungstermin (Sitzung) nur einmal für denselben Zahn abgerechnet werden.. Da die Gebührensnummer in diesem Fall häufiger berechnet wurde, können wir die darüber hinausgehenden Kosten nicht erstatten.“

Trifft das zu ?

Antwort: Nein. Die Bestimmung in der GOZ 2012 lautet wie folgt: „Wird die Leistung nach Nummer 0090 je Zahn mehr als einmal berechnet, ist dies in der Rechnung zu begründen.“

Bei entsprechender Begründung ist also eine mehrmalige Berechnung der GOZ 0090 am selben Zahn in derselben Sitzung nicht zu beanstanden und sollte auch erstattet werden können.

Die Auffassung dieser bayerischen Privaten Krankenversicherung ist fachlich und gebührenrechtlich nicht richtig. Sie stellt überdies eine Einzelmeinung dar.

Frage: Welche Begründung kann bei zweimaliger GOZ 0090 je Zahn bzw. GOZ 0090 neben GOZ 0100 in derselben Kieferhälfte gegeben werden?

Antwort: Bei zweiter GOZ 0090 am selben Zahn bzw. GOZ 0090 neben GOZ 0100 in derselben Kieferhälfte ist eine Begründung in der Liquidation notwendig, z.B. „Zweite GOZ 0090 am selben Zahn bzw. GOZ 0090 neben GOZ 0100 in derselben Kieferhälfte notwendig zur ausreichenden Schmerzausschaltung“.

Frage: Eine bayerische Private Krankenversicherung schreibt an ihren Versicherten zur Analogberechnung der antimikrobiellen photodynamischen Therapie: „Die Kosten können wir jedoch nicht übernehmen. Der Grund: Alternative Behandlungsmethoden und Arzneimittel sind versichert, wenn sie sich in der Praxis ausreichend bewährt haben und erprobt sind. Sie müssen dazu geeignet sein, gezielt Erkrankungen zu behandeln. Dies trifft jedoch hier nicht zu.“ Ziffer GOZ 0090 darf am selben Behandlungstermin (Sitzung) nur einmal für denselben Zahn abgerechnet werden.. Da die Gebührensnummer in diesem Fall häufiger berechnet wurde, können wir die darüber hinausgehenden Kosten nicht erstatten.“

Trifft das zu ?

Antwort: Nein. Bei der antimikrobiellen photodynamischen Therapie handelt es sich um wirksame und medizinische notwendige Behandlungsmassnahmen. Es gibt gerade für die Helbo-Therapie multiple Studien, die sowohl Eignung als auch Praxistauglichkeit belegen. Die antimikrobielle photodynamische Therapie (z.B. Helbo, Pact, Photolase etc.) ist eine selbstständige Leistung, die nicht in der GOZ enthalten ist. Sie wird nach § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Insofern sollte die Leistung auch erstattet werden können.

Die Auffassung dieser bayerischen Privaten Krankenversicherung ist fachlich und gebührenrechtlich nicht richtig. Sie stellt überdies eine Einzelmeinung dar, zumal gerade eine große Private Krankenversicherung die Analogberechnung der antimikrobiellen photodynamischen Therapie erstattungsmäßig berücksichtigt.

Frage: Wann kann erneut GOÄ 1 bzw. GOÄ 5 berechnet werden ?

Antwort:

In den allgemeinen Bestimmungen der GOÄ, Abschnitt B, heißt es: „Die Leistungen nach Nummern 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.“ ... „Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.“

Als alleinige Leistungen sind GOÄ 1 und/oder GOÄ 5 also immer berechnungsfähig.

Mit der Feststellung einer neuen Erkrankung, ist die erneute Berechnung der Leistungen nach Nummern 1 und/oder 5 GOÄ auch innerhalb des Zeitraums von einem Monat möglich. In der Rechnung ist in diesem Fall zu vermerken, dass eine neue Erkrankung und damit ein neuer Behandlungsfall eingetreten ist.

Anderslautende Auffassungen einzelner Privater Krankenversicherungen sind daher fachlich und gebührenrechtlich nicht richtig.

**Frage:** Wann können neben GOÄ-Leistungen Zuschläge nach GOÄ 442 - 445 berechnet werden ?

**Antwort:** Es muss sich um die ambulante Durchführung operativer Leistungen handeln, die in den Allgemeinen Bestimmungen des Kapitels C VIII. „Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen“ explizit genannt sind. Ferner ist folgende allgemeine Bestimmung des Kapitels L. „Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen“ der GOZ 2012 zu beachten: „Die Zuschläge nach den Nummern 0110,

0120 sowie 0500 bis 0530 sind neben den entsprechenden Zuschlägen nach den Nummern 440 bis 445 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen für dieselbe Sitzung nicht berechnungsfähig.“

**Frage:** Wann können neben GOÄ-Leistungen Materialien berechnet werden ?

**Antwort:** Hierfür ist der § 10 der GOÄ einschlägig. Demnach ist die Kombination „GOÄ-Leistung + Zuschlag nach GOÄ + Materialkosten nach § 10 GOÄ“ unstrittig möglich. Folglich ist die Kombination „GOÄ-Leistung + Materialkosten nach § 10 GOÄ (z.B. Einmal-OP-Set)“ auch in derselben Sitzung mit einer GOZ-Leistung möglich, die mit einem Zuschlag nach GOZ 0500 – 0530 versehen wird. Anderslautende Auffassungen einzelner „Kommentatoren“ sind daher fachlich und gebührenrechtlich nicht richtig.

**Frage:** Können neben GOZ 9100 und Zuschlag GOZ 0530 auch die für GOZ 9100 notwendigen Materialien wie z.B. Knochenersatzmaterial, Membranen und atraumatisches Nahtmaterial berechnet werden ?

**Antwort:** Nach den Allgemeinen Bestimmungen des Kapitels K. „Implantologische Leistungen“ der GOZ 2012 können die genannten Materialien neben GOZ 9100 berechnet werden:

„**Knochenersatzmaterialien** sowie **Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder der Geweberegeneration** (z.B. **Membranen**), zur **Fixierung von Membranen**, zum **Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen** oder, wenn dies zum **Schutz wichtiger anatomischer Strukturen** (z.B. Nerven) erforderlich ist, sowie **atraumatisches Nahtmaterial** oder nur einmal verwendbare **Explantationsfräsen**, sind gesondert berechnungsfähig.“

Die Bestimmung aus Kapitel L. „Zuschläge“ der GOZ 2012 („1. Bei nichtstationärer Durchführung bestimmter zahnärztlich-chirurgischer Leistungen in der Praxis niedergelassener Zahnärzte oder in Krankenhäusern können zur Abgeltung der Kosten für die Aufbereitung wiederverwendbarer Operationsmaterialien bzw. -geräte und/oder von **Materialien, die mit der einmaligen Verwendung verbraucht sind**, Zuschläge berechnet werden.“) scheint zunächst die Nebeneinanderberechnung von Materialien und Zuschlag nicht zu erlauben.

Wenn man jedoch bedenkt, dass die Kosten der o.g. Materialien bei GOZ 9100 den Zuschlag 0530 (123,73 Euro) bei weitem übertreffen, dann man nur zu der Schlussfolgerung kommen, dass die Allgemeinen Bestimmungen der Kapitel D., E. und K. der GOZ 2012 sowie der § 4 Abs. 3 der GOZ 2012 Vorrang vor der fragwürdigen Bestimmung 1. im Kapitel L der GOZ 2012 haben.

Folglich können neben GOZ 9100 und Zuschlag GOZ 0530 auch die für GOZ 9100 notwendigen Materialien wie z.B. Knochenersatzmaterial, Membranen und atraumatisches Nahtmaterial berechnet werden.

Anderslautende Auffassungen einzelner Privater Krankenversicherungen sind daher fachlich und gebührenrechtlich nicht richtig.

**Frage:** Wie berechnet man eine Verbandsplatte ?

**Antwort:** Eine Verbandsplatte dient dazu, Wundflächen am Gaumen und/oder am Alveolarfortsatz abzudecken. Eine Verbandsplatte ist daher definitiv kein Aufbissbehelf und kann nicht nach GOZ 7000 bzw. 7010 abgerechnet werden. Vielmehr enthält die GOZ keine Position für eine Verbandsplatte. Im nach § 6 Abs. 2 eröffneten Abschnitt L „Chirurgische Leistungen“, Teil IX. „Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie“ findet sich allerdings die Verbandsplatte unter GOÄ 2700 „Anlegen von Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen (z. B. **Verbandsplatte**, Pelotte) am Ober- oder Unterkiefer oder bei Kieferklemme“. Eine Verbandsplatte wird folglich nach GOÄ 2700 berechnet.

Anderslautende Kommentierungen (z.B. Beilage zu PKV Publik 10/2012) sind daher fachlich und gebührenrechtlich falsch.

**Frage:** Können die GOZ-Nrn. 2290, 2310, 2320, 5090, 5100, 5110 neben GOZ 9060 berechnet werden ?

**Antwort:** Die Leistung GOZ 9060 „Auswechseln von Aufbauelementen (Sekundärteilen) im Reparaturfall“ beinhaltet entsprechend dem Leistungstext keinesfalls

- „Entfernung einer Einlagefüllung, einer Krone, eines Brückenankers, Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges oder Ähnliches“ (GOZ 2290)
- „Wiedereingliederung einer Einlagefüllung, einer Teilkrone, eines Veneers oder einer Krone oder Wiederherstellung einer Verblendschale an herausnehmbarem Zahnersatz“ (GOZ 2310)
- „Wiederherstellung einer Krone, einer Teilkrone, eines Veneers, eines Brückenankers, einer Verblendschale oder einer Verblendung an festsitzendem Zahnersatz, gegebenenfalls einschließlich Wiedereingliederung und Abformung“ (GOZ 2320)

- „Wiederherstellung eines Verbindungselementes nach der Nummer 5080“ (GOZ 5090)
- „Erneuern des Sekundärteils einer Teleskopkrone einschließlich Abformung“ (GOZ 5100)
- „Wiedereingliederung einer endgültigen Brücke nach Wiederherstellung der Funktion“ (GOZ 5110)

Folglich können bei entsprechender Leistungserbringung die GOZ-Nrn. 2290, 2310, 2320, 5090, 5100, 5110 neben GOZ 9060 berechnet werden.

Anderslautende Kommentierungen (z.B. Beilage zu PKV Publik 10/2012) sind daher fachlich und gebührenrechtlich falsch.

**Dr. Peter Klotz**

**Referent für Privates Gebühren- und Leistungsrecht des ZBV Oberbayern**

(Nachdruck aus [www.zaend.de](http://www.zaend.de) vom 23.01.2013 und 30.01.2013)