




# PZVD BRIEF

PRIVAT-ZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG  
DEUTSCHLANDS E.V.

04/2018



**... Zeit für eine Revolution!**



Verlässlicher, schneller,  
echt freundlich.  
100 % für Sie da.

**Besser Barmenia.  
Besser leben.**

#### **Kranken-Vollversicherung – Spezialtarif für Zahnärzte**

Keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnungen, Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit, Finanzielle Freiräume durch Wahl eines Selbstbehalts. Vor allem bei Zahnersatz und Inlays drohen gesetzlich Versicherten schnell hohe Zuzahlungen. Wer sicher versorgt sein möchte, muss selbst handeln und privat vorsorgen.

#### **Ergänzungsversicherung für die Zähne: Tarif ZGu+ – für Sie oder Ihre Patienten**

Er leistet u. a. für: Zahnersatz (einschließlich Implantate), Inlays Kunststofffüllungen, Wurzel- und Parodontosebehandlungen, Akupunktur bei Schmerztherapie und Anästhesie, Zahnprophylaxe (z. B. professionelle Zahnreinigung).

**Informieren Sie sich! Barmenia Krankenversicherung a. G.**  
[www.barmenia.de](http://www.barmenia.de) oder Tel. **0202-2570103**

DEUTSCHLANDS  
**KUNDENCHAMPIONS**  
**2018**  
[www.deutschlands-kundenchampions.de](http://www.deutschlands-kundenchampions.de)

**Barmenia**  
Versicherungen

# Inhalt

Editorial ..... 2-3

Privatzahnärztetag 2019..... 4-6

Das aktuelle Ranking von ..... 7-8  
 GOZ-Bearstandungen

Wissenschaftliche Anerkennung ..... 9-11

Der Paragrafenteil ..... 12-20  
 – das Herz einer Gebührenordnung

DGÄZ – AKTUELL ..... 21-22

Leserbrief: Praxisauflösung ..... 22-23  
 – ZMVZ als Rettungsinsel

# Termine



## 41. Deutscher Privatzahnärztetag



Januar 2019  
**18.** + **19.**  
 Leipzig

**Jetzt schon vormerken!**

**3. Junges Forum  
Privatzahnmedizin**

Januar 2019  
**19.**

# Impressum

Der PZVD-Brief, interne Mitteilung für Mitglieder der Privatzahnärztlichen Vereinigung Deutschlands, erscheint viermal jährlich.  
 Er kann bei der Geschäftsstelle der PZVD abonniert werden  
 (Adresse siehe PZVD-Geschäftsstelle).  
 Im Mitgliedsbeitrag ist der Bezugspreis enthalten.

**Redaktion für diese Ausgabe:**

Dr. Georg Kolle  
 info@pzvd.de, www.pzvd.de

**Gesamtherstellung + Verlag:**

Köllen Druck+Verlag GmbH, Bonn

**Bildquellen:**

Titelbild © Denphumi Jaisue/123RF.com  
 Fotos von 123rf.com, sofern nicht anders angegeben.

**PZVD Privatzahnärztliche Vereinigung Deutschlands e.V.**

**Vorstand:**

- Dr. Georg Christian Kolle** | Präsident, Celler Str. 18, 38518 Gifhorn
- Dr. Christian Lex** | Vizepräsident, Kressengartenstr. 2, 90402 Nürnberg
- Dr. Gerd Mayerhöfer** | Generalsekretär, Lindemannstr. 96, 40237 Düsseldorf
- Joachim Hoffmann** | Schatzmeister, Würdinghauser Str. 48, 57399 Kirchhundem
- Dr. Tore Thomsen** | Vorstand, Heilwigstr. 115, 20249 Hamburg
- Dr. (syr.) Noëlle Minas** | Vorstand, Celler Straße 18, 38518 Gifhorn

**PZVD-Geschäftsstelle**

Celler Str. 18  
 38518 Gifhorn  
 E-Mail: info@pzvd.de

# Editorial

---

## Neue Zeiten brauchen neue Wege

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Das Jahr 2018 neigt sich seinem Ende zu und wieder war es voller Arbeit – voller Erfolge und auch Misserfolge. Es war erneut voll fehlender Veränderung, Fehlentwicklungen und aber auch Ereignissen, die Hoffnung machen.

Dieser PZVD-Brief zeichnet ein Bild davon.

Frau Dr. Susanne Woitzik, Expertin für betriebswirtschaftliche Praxisführung bei unserem Partner ZA-AG, zeigt in ihrem Artikel über die Ergebnisse der unterjährigen Analyse von GOZ-Beanstandungen welche Hauptschwierigkeiten den Alltag in der zahnärztlichen Privatabrechnung prägen. Dabei stellt sich auch die Frage, wie lang bei steigender Beanstandungshäufigkeit von Analogabrechnungen die heutige GOZ überhaupt noch arbeitstauglich sein wird.

Dazu passend hinterleuchtet Dr. Gerd Mayerhöfer den Kritikpunkt mancher Versicherer, die Wissenschaftliche Anerkennung eines angewendeten Verfahrens sei nicht gegeben und weist dabei auf eine überraschende Wende in der Sichtweise wichtiger Gerichte hin.

Prof. Robert Sader, Vorstandsmitglied unseres Partners DGÄZ, beschreibt in seinem Beitrag, welche Verbreitung und welche Ausbreitungstendenz das Modell der fremdfinanzierten Medizinischen Versorgungszentren heute bereits national und international hat, hinterfragt die Ursachen und die Folgen und stellt klar, dass eine Blockadehaltung wohl nicht ausreichen wird, um die Interessen einer hervorragenden zahnmedizinischen Ausbildung und Versorgung in Deutschland zukunftsorientiert zu vertreten.

In meinem dritten Teil zum Entwurf der eGOZ gehe ich ein auf das Herz der Gebührenordnung – den





Georg Kollé

Paraphentheil. Mit dem Ziel einer für Patienten und Praxisteams verbesserten Verständlichkeit und vor allem mit der Absicht einer alltagsgerechteren Struktur ist dieser gegen über der GOZ 2012 verkürzt. Einige Regelungen können entfallen, da die neue Form der Gebührenordnung an sich für eine bessere Transparenz sorgt, während eine Öffnung für die GKV-Medizin eingearbeitet ist, um beide Systeme in der Zahnmedizin zusammen führen zu können. Wer wissen will, wie das trotz weiterhin individueller Medizin gehen soll, kann Näheres dazu bereits in diesem Heft erfahren.

Der bevorstehende Privatzahnärztetag in Leipzig am 18. & 19. Januar 2019 möchte hierzu weitere Hintergrundinformationen und vor allem Diskussionsraum bieten. Wir haben inzwischen das Programm komplett und mehr Einladungen verschickt als jemals, auch diesem PZVD-Brief liegt evtl. ein einladender Flyer bei.

Zu guter Letzt finden Sie einen ersten Leserbrief abgedruckt, der uns erreicht hat. Er behandelt aus sehr persönlicher Sicht ein zentrales Thema der zahnmedizinischen Berufspolitik mal aus ganz anderer Perspektive: das Z-MVZ als Ausweg aus dem, was Zahnarztpraxen heute erleiden müssen. Für diesen Leserbrief danke ich ganz herzlich!

Auf weitere Zuschriften zum öffentlichen Diskurs, zur Äußerung einer anderen Meinung und zur Zukunft der Zahnmedizin in Deutschland freuen wir uns sehr.

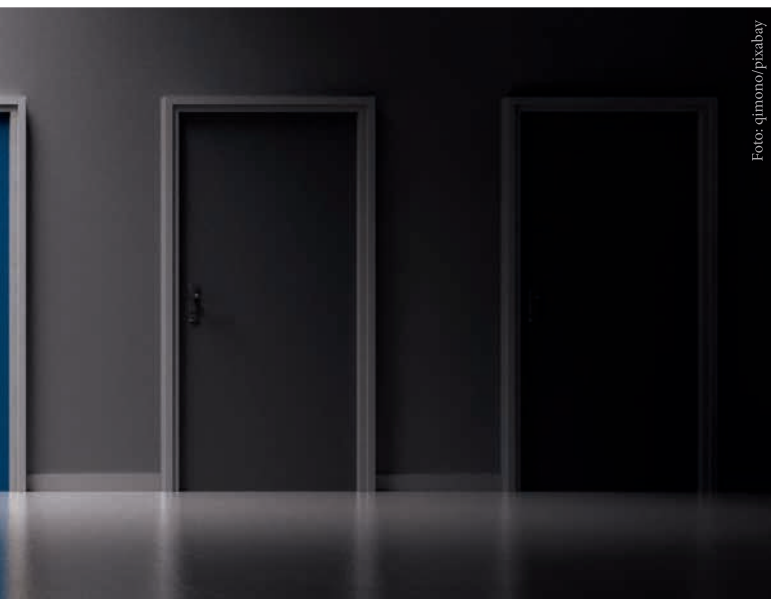
Nun wünsche ich Ihnen eine unterhaltende und informierende Lektüre und im Namen des Vorstands der PZVD eine schöne Weihnachtszeit und ein gesundes und von erfreulichen Ereignissen und Wendungen geprägtes Jahr 2019!

Seien Sie eingeladen, das Jahr gleich gut zu beginnen, Teil eines friedlichen revolutionären Umbruchs zu sein, den wir auf dem Privatzahnärztetag im schönen Leipzig anschieben möchten!

Herzlich

Ihr

Dr. Georg Kollé – Präsident des PZVD e.V.



# Privatzahnärztetag 2019

Herzliche Einladung!



Georg Kolle

Alles ist vorbereitet, der Vorstand der PZVD hat viel Arbeit in die Vorbereitung des Privatzahnärztetages 2019 investiert, denn wir wollen etwas in Gang setzen.

Die Beiträge dieses Heftes und das nach meinem Empfinden öde jahrelange Herumkauen auf vielen Problemen der deutschen Zahnärzteschaft wecken in mir immer öfter die **akute Sehnsucht nach Veränderung: wir wollen endlich wieder freier arbeiten!**

Wir wollen gute Zahnmedizin machen – und es scheint, dass die Bemühungen unserer Standespolitik wie Sand aus den Händen rinnen, zu langsam, zu ideenlos, zu unfruchtbar.

Deshalb **laden wir ein, sich mit uns auf den Weg zu machen, sich inspirieren zu lassen** von Gedanken, die Menschen anderer Sichtweise haben, Professoren mit gänzlich anderem Tätigkeitsfeld: Philosophie – Wirtschaft – Kommunikationswissenschaft.

**Prof. Richard David PRECHT, Prof. Gunther SCHNABL und Prof. Sascha FRIESIKE** sprechen über Veränderung und wir haben die Gelegenheit, mit ihnen im Plenum zu diskutieren, Anregungen und neue Sichtweisen zu gewinnen.

Der von der PZVD unterstützte **Entwurf der eGOZ wird live einem Stresstest unterzogen** und seine Funktionsweise wird an Patientenfällen verglichen mit den bestehenden Gebührenordnungen – taugt der Entwurf überhaupt etwas? Kommen Sie und nehmen Sie ihn auseinander oder lassen sie sich begeistern, wie flexibel und einfach es sein könnte, lassen Sie sich infizieren!

Lassen Sie uns in Leipzig etwas Neues anstoßen, dem Schicksal einen bedeutenden Schubs in die richtige Richtung geben, eine friedliche Revolution für unser Land entfesseln!

**Dr. Susanna ZENTAI** wird uns auf den aktuellen Stand bringen, was **digitale Dokumentation und Aufklärung** betrifft.



## Wir bitten um rechtzeitige Anmeldung:



per Post

Geschäftsstelle der PZVD  
Emilia Kolle  
Celler Straße 18  
38518 Gifhorn



per Telefon

05371 7590426



per Fax

05371 7590127



per E-Mail

info@pzvd.de



Online

www.pzvd.de/  
anmeldung.php

Ich melde hiermit verbindlich folgende Teilnehmer für den Privatzahnärztetag am 18. und 19. Januar 2019 an:

Titel / Vorname / Name	Mitglied € 110,-	Beglei- tung € 130,-	DGÄZ BDIZ ZAeG € 175,-	Gast € 350,-	JUNGES FORUM Fr & Sa € 0,-*	JUNGES FORUM nur Sa € 0,-*	Teilnahme Abend- veranstal- tung € 75,-*	Teilnahme Abend- veranstal- tung € 110,-	Summe der Gebühren
Summe der Teilnahmegebühren:									

\* Das JUNGE FORUM wird gefördert vom PZVD e. V. und den Sponsoren des Privatzahnärz-  
tags. NUR für StudentInnen ab dem 7. Semester und Zahnärztinnen bis 5 Jahre nach der Ap-  
probation. Besucher des Privatzahnärztetages können auch an den Vorträgen des JUNGEN  
FORUM teilnehmen, bitte melden Sie sich hierzu „normal“ für den Privatzahnärztetag an.

Die **Überweisung der Kostenpauschale** wird vorab erbeten und erklärt die **Verbindlichkeit Ihrer Teilnahme:**

Deutsche Apotheker- und Ärztebank | IBAN: DE11 3006 0601 0002 2931 37 | BIC: DAAEDEDXXX

\_\_\_\_\_  
DATUM / UNTERSCHRIFT

Ihr **Hotelzimmer** buchen Sie bitte direkt im Tagungshotel  
per Telefon, Post, E-Mail oder Online unter:

Steigenberger Grandhotel Handelshof  
Salzgäßchen 6  
04109 Leipzig  
Fon: 0341 350 581 - 0  
E-Mail: leipzig@steigenberger.de

Unter dem Stichwort  
„**Deutscher Privatzahnärztetag**“  
sind folgende Sonderbedingungen im  
Steigenberger Hotel, Leipzig, vereinbart:

**Superior Zimmer, inkl. Frühstück**  
**159 Euro Einzelzimmer**  
**179 Euro Doppelzimmer**

Tagungsablauf			
Donnerstag	Freitag	Samstag	
<p><b>Anreise</b></p> <p><b>Auto:</b> Für das Navigationssystem muss die Straße Brühl als Zielort eingegeben werden. Dann in die dritte Straße links (Reichsstraße) einbiegen und nach ca. 500m sehen Sie das Hotel auf der rechten Seite. Das Hotel verfügt über ein eigenes Parkhaus und einen Valet-Parking-Service für PKW: € 25,- pro Tag. Ein öffentliches Parkhaus liegt etwa 200 m vom Hotel: 8,- €/Tag.</p> <p><b>Bahn:</b> Der Bahnhof liegt nur ca. 700 m / 10 min. Fußweg vom Hotel entfernt.</p> <p><b>Flugzeug:</b> Vom und zum Flughafen Leipzig-Halle (LEJ) bringt Sie die S-Bahnlinie S5 / S5X in 24-28 Minuten zum Hauptbahnhof oder zurück.</p> <p><b>Hotelempfehlungen</b></p> <p><b>Steigenberger Grandhotel Handelshof</b> Das Tagungshotel hält unter dem Stichwort „Privatzahnärztetag“ Superior-Zimmer bis zum 20.12.2018 bereit. EZ: € 159,- DZ: € 179,- inkl. Frühstück</p> <p><b>Aparion Apartments</b> Apartmentwohnungen zur Selbstverpflegung Ab € 79,-</p> <p><b>Hotel Meininger</b> Zimmer ab ca. € 49,- zzgl. Frühstück</p> <p>www.pzvd.de/anreise-unterkunft</p> <p><b>„Get together“</b> Erstes Treffen – Wiedersehen in gemütlicher Runde in der Brasserie des Steigenberger Grandhotel Handelshof. (Getränke, Speisen auf eigene Rechnung)</p>	<p>Begrüßung</p> <p><b>Dr. Susanne Woitzik</b> – Führen im Wandel – so motivieren Sie Ihr Team!</p> <p><b>Prof. Gunther Schnabl</b> Gesellschafts- und Systemwandel im Umfeld des Niedrigzins</p> <p>Gemeinsames Mittagessen</p> <p><b>Prof. Sascha Friesike</b> Veränderungen von Gesellschaft und Arbeitswelt: Wie geht Wandel?</p> <p><b>Prof. Richard David Precht</b> Die digitale Transformation und die Zukunft der Arbeit</p> <p><b>DISKUSSION</b> <b>Prof. Gunter Schnabl</b> <b>Prof. Sascha Friesike</b> <b>Prof. Richard David Precht</b> – Wandel – Wie Handeln?</p> <p>nichtöffentliche Mitgliederversammlung</p> <p>Gesellschaftsabend im <b>MAX ENK</b> Beisammensein, Gespräche im gepflegten Rahmen bei hervorragender Kochkunst. (Bitte bei der Anmeldung zusätzlich buchen!)</p>	<p><b>JUNGES FORUM</b></p> <p>Begrüßung</p> <p><b>Dr. Susanne Woitzik</b> – Erfolg beginnt im Kopf – Impulsvortrag</p> <p><b>Henryk Lüderitz</b> Führungskonflikte erkennen, beherrschen, vermeiden! Vortrag &amp; Workshop</p> <p>Gemeinsames Mittagessen</p> <p><b>Dr. Susanna Zentai</b> Die papierfreie Dokumentation: Mythos oder Notwendigkeit?</p> <p><b>Dr. Georg Kolle</b> „Alle sind zunächst privat“ Kostenerstattung nach § 13 SGB V als ein Weg in eine befreite Zahnmedizin</p> <p><b>Prof. Shahram Ghanaati</b> Eigenblutprodukte wie PRP und PRGF Hintergründe, Anwendung in der Praxis, klinische Ergebnisse</p> <p><b>Dr. Thomas Drechsler</b> Alignertherapie Kieferorthopädie volligital – von der Abformung bis zum Behandlungsergebnis</p> <p>Tagungsfazit &amp; Verabschiedung</p>	<p><b>Hauptplenum</b></p> <p>Begrüßung</p> <p><b>Dr. Georg Kolle</b> Die einheitliche GOZ – Entstehung, Ziele, Strukturelemente – Der Vergleichstest: eGOZ vs. GOZ &amp; BEMA Diskussion: „Handeln oder behandelt werden?“</p>
	<p>Der PZVD e.V. dankt den Sponsoren des Privatzahnärztetages: <b>— DIE —</b> <b>Zahnarztrechnung.info</b>  ... gut informiert argumentieren!</p>		

Zahnmedizinisch wollen wir uns zeigen lassen, wie neue Verfahren funktionieren von **Dr. Thomas DRECHSLER**, der uns **Kieferorthopädie digital: Alignertherapie** im Praxisalltag vorführen wird.

**Prof. Shahram GHANAATI**, Leiter des FORM-Lab der Uni Frankfurt wird uns Hintergrundwissen und praktische Tipps zur **Anwendung heilungsfördernder Eigenblutprodukte** wie PRP, PRGF und PRF geben.

Das **JUNGE FORUM** wird zum dritten Mal stattfinden, in diesem Jahr mit dem **Themenschwerpunkten Kopfeinstellung und Führung**. Ich selbst, **Dr. Susanne WOITZIK** und **Henryk LÜDERITZ** werden in Vorträgen und Workshop die Teilnehmer mitnehmen auf ihre Gedankenreisen.

**Melden Sie sich heute noch an und sprechen Sie auch weitere Kolleginnen und Kollegen an!**

Gerade „Kassenzahnärzte“ sind uns mit ihren Anregungen, ihrer Erfahrung wichtige Diskussionspartner. Als assoziierte Mitglieder des PZVD e.V. profitieren sie außerdem von den günstigeren Teilnahmebedingungen ;-)

Kommen Sie, tanken Sie auf, atmen Sie den frischen Wind des Neuen und nehmen Sie bereichernde Ideen für den Alltag mit und für eine bessere und freiere Zahnmedizin in Deutschland!

Herzliche Grüße!

Ihr Dr. Georg Kolle



# Das aktuelle Ranking von GOZ-Beanstandungen

## Fakten, Erkenntnisse und Schlussfolgerungen aus den TOP-Five der Erstattung:

„Die ZA“ gab auf dem juristischen Kolloquium von PZVD, DGÄZ und BDIZ/EDI im September Zwischenzahlen zu dem Beanstandungsgeschehen im bisher abgelaufenen Jahr rund um die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bekannt.

In die Statistik zum zahnärztlichen Geschehen gingen auch Einwände gegen die Handhabung der Gebührenordnung für Ärzte ein. Die betrafen überwiegend Röntgenaufnahmen und Beratungen sowie Untersuchungen nach der GOÄ. In den zusammengefassten Zahlen zu „Schleimhautplastiken“ und „Knochenregeneration/-management“ sind auch GOÄ-Ziffern miterfasst.

Die Häufigkeiten und die damit verbundene Rangfolge der Probleme wies gegenüber den Jahreszahlen 2017 keine spektakuläre Veränderung auf. Aber bei zusätzlicher Sichtung der Vorjahre werden auffällige Tendenzen sichtbar. Die sind einer genaueren Betrachtung wert, insbesondere im Hinblick auf deren eventuelle Bedeutung für Praxen und Versicherte. Herausfiltern lassen

sich Erkenntnisse, die ggf. Verhaltensänderungen oder im Gegenteil Bestärkung in der bisherigen Handhabung bewirken könnten.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass die Beanstandungsquote zu Privatrechnungen – zumindest in der ZA – erstmals seit dem Jahr 2012 stagniert, sich sogar im Jahresrückblick leicht rückläufig darstellen könnte. Da sich in den Jahren zuvor der Anstieg prozentual schon kontinuierlich abgeflacht hatte, erscheint die Stillstandannahme untermauert.

### Nr. 2197

Zu den einzelnen Beanstandungen auf den Plätzen eins bis fünf in der Statistik ist zu erklären, dass sie alle mehrere Einzelproblematiken zusammenfassen. So ist zum Beispiel die Nennung „2197 adhäsive Befestigung“ eine Zusammenfassung der unterschiedlichen Probleme beim Ansatz dieser Gebührenziffer: Relativ konstant erfolgen 60 Prozent dieser Beanstandungen zur berech-

Beanstandung Jahr 2017	Anteil in %	Platz	Beanstandung bis 20.09.2018	Anteil in %
Analogie	21,7 %	1	Analogie	25,93 %
Bemessen/Begründen	12,3 %	2	Bemessen/Begründen	13,44 %
Mat.-Laborkosten	10,3 %	3	Mat.-Laborkosten	9,80 %
2197 adhäsive Befestigung	10,3 %	4	2197 adhäsive Befestigung	9,46 %
Wurzelbehandlung	6,3 %	5	Wurzelbehandlung	5,33 %
Formalfehler Rechnungen	4,3 %	6	FAL/FTL Indikation u. Durchführ.	4,20 %
8000 ff. Indikation	4,1 %	7	Oberfläch-/Infiltr.-Anästhesien	3,84 %
Notwendigkeit	3,9 %	8	Röntgeneinwände, z.B. dig. Rö.	3,71 %
Verbrauchsmaterial	2,9 %	9	Aufbauten/Aufbaufüllungen	3,24 %
Röntgeneinwände, z.B. dig. Rö.	2,8 %	10	Schleimhautplastiken	3,09 %

Tabelle Jahr 2017 gegenübergestellt den Zahlen/Positionen Dreivierteljahr 2018 (Basis ca. 6.000 Einzelpunkte)



neten Kombination von „2060 ff. (Kompositrestaurationen) neben Nr. 2197 GOZ“. Die restlichen 40 % verteilen sich auf die Problembereiche „sitzungsgleiche Mehrfachberechnung 2197 an einem Zahn“ und dann noch auf das Bestreiten der Nr. 2197 neben ca. 20 weiteren Ziffern der GOZ – z.T. in keiner Weise verständlich. Sollte da blinder Automatismus vorherrschen?

### Analogberechnung

Sehr bemerkenswert ist die Zahlenentwicklung bei der Analogberechnung. Sie hat einen kontinuierlich ansteigenden Anteil an den Gesamtbeanstandungen von zzt. ca. 26%. Im Jahr 2014 waren es ca. die Hälfte, etwas über 14%. Wenn man die ansteigende Kurve der Analogiebeanstandungen weiterzeichnet in die Zukunft, wird Ende 2018 in pessimistischer Variante bereits eine Quote von 30% erreicht sein? Wo führt das hin? Welche Folgen sind zu erwarten?

Das Hauptproblem bzgl. § 6 (1) GOZ ist gravierende Fehlhandhabungen der Analog- bzw. Entsprechungsbeurteilung, sowohl in formaler Hinsicht als auch bei der Prüfung der „vermuteten“ Analogleistung auf tatsächliche Selbständigkeit. Eine überzeugende, wenigstens eine darlegungsfähige Kalkulation der Analogleistungen hinsichtlich Kosten- und Zeitaufwand ist oft zu vermissen. Vermeidung des Fehlers, nicht einfach mal ordentlich in die GOZ und GOÄ zu schauen ob die vermeintliche Analogleistung nicht doch im Gebührenverzeichnis aufgeführt ist, könnte schon einen guten Teil der Probleme verhindern.

Schwarzmalerei ist nicht angebracht: Aber wenn in 3-4 Jahren eine Beanstandungsquote von 50% bei Analogien erreicht wird, dann muss man wohl ernsthaft die Frage stellen:

Braucht die Zahnärzteschaft noch ein GOZ-Leistungsverzeichnis? Es könnte stattdessen in die Regelpara-

graphen der Rest-GOZ eine vorherige schriftliche Vereinbarungspflicht für planbare Behandlung verankert werden?

Im Gesamtpaket Analogie sind enthalten die Unterkategorien „Diagnostikmethoden“, Wurzelkanalbehandlung“, „Stift/ Aufbau/ Stumpfreakonstruktion“, Wundbehandlung/ Dekontaminationsverfahren“, und „Entligieren KFO“ etc. Alle konkreten Problembereiche werden zahlenmäßig weit übertroffen von unfassbaren Reaktionsweisen wie lapidare „Nichtanerkennung“, „nicht im Vertrag enthalten“ und betoniertes „wir zahlen nicht“.

### Material- und Laborkosten

Auch die Anzahl der Einwände zur Material- und Laborkostenberechnung sinkt ein wenig.

Es gibt in der Mehrzahl Ersteller, die ganz selten dezidiert in die berechneten Laborkosten hineinredigieren. Es sind eigentlich nur 5-6 PKV`en, die das Gegenteil systematisch praktizieren. Das geschieht aber manchmal derart fachkundig und mit fehlerhaften Behauptungen (kalkulatorisch und zahntechnisch-inhaltlich), dass mit Sachverstand, allerdings auch mit unverhältnismäßigem Aufwand, diese Einwände gut widerlegt werden können.

Im Online-Abrechnungslexikon ALEX ([www.alex-za.de](http://www.alex-za.de)) gibt es unter Nr. 0030 GOZ – 4.0.3 ein doppelseitiges präventives Merkblatt zur Verwendung vor dem Behandlungsbeginn, welches zu den TOP-FIVE Beanstandungen präzise Stellung bezieht, die Probleme laienverständlich darlegt und dem Patient/Zahlungspflichtigen Rat gibt. Ähnlich ist das präventive KFO-Merkblatt bei Nr. 0040 – 4.0.3. konzipiert

© Dr. Peter Esser - ZA-AG

# Wissenschaftliche Anerkennung

---



Dr. Gerd Mayerhöfer

In der letzten Zeit mehren sich wieder die Einreden privater Krankheitskostenversicherer, bestimmte (neuere) Behandlungsverfahren bzw. Materialien (Implantattypen, Knochenersatzmaterialien, Keramikarten usw.) seien nicht wissenschaftlich anerkannt. Die Aufwendungen des Versicherungsnehmers dafür könnten vom Versicherer daher nicht ersetzt werden.

Die Erfahrungen beispielsweise mit keramischen Verblendschalen, mit DVT, mit navigierter Implantation und mit kieferorthopädischen Schienen oder auch mit Lasik-Operationen zeigen, dass die Versicherer zunächst etwa zehn bis fünfzehn Jahre lang Rechtsstreitigkeiten in Kauf nehmen, bevor sie sich allmählich der Rechtsprechung beugen und jedenfalls in der Regel zahlen.

Tatsache ist, dass es auf die wissenschaftliche Anerkennung schon seit dem Urteil des Bundesgerichtshofes vom 23.06.1993 – IV ZR 135/92 –, VersR 1993, 957 ff., nicht mehr ankommt.

Maßgebend ist vielmehr allein die medizinische Notwendigkeit im Sinne des § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK bzw. AVB. Gemäß der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (erstmalig mit Urteil vom 10. Juli 1996 – IV ZR 133/95 –, BGHZ 133, 208; NJW 1996, 3074; MDR 1996, 1125; VersR 1996, 1224; dort unter II. 2) ist von der medizinischen Notwendigkeit in diesem Sinn im Allgemeinen dann auszugehen, wenn sich eine





Behandlungsmethode dazu eignet, die Krankheit zu heilen, zu lindern oder ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken. Steht diese Eignung nach medizinischen Erkenntnissen fest, ist der Versicherer eintrittspflichtig. Gegenstand der Beurteilung können dabei nur die objektiven medizinischen Befunde und Erkenntnisse im Zeitpunkt der Vornahme der Behandlung sein.

Lesenswert ist der Artikel „Privatpatienten erstreiten sich eine bessere Behandlung“ der Frankfurter Allgemeinen unter dem Link <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/rechtersprueche-privatpatienten-erstreiten-sich-eine-bessere-behandlung-1435017.html>.

Langzeitstudien können entgegen der beliebten Behauptung mancher Krankheitskostenversicherer im Hinblick auf das rasche Fortschreiten der medizinischen Wissenschaft nicht verlangt werden. Dazu verweise ich beispielhaft auf das Urteil des Landgerichts Köln vom 07.02.2007 – 23 O 458/04 -. Das Landgericht Köln führt aus:

Der Sachverständige „hat sich mit den Einwendungen der Beklagten sorgfältig auseinandergesetzt und auch in den ergänzenden Stellungnahmen immer wieder herausgestellt, dass die konkrete Behandlung sich in der Praxis als erfolversprechend bewährt habe, dass also nennenswerte und erhebliche Rückmeldungen über Fehler des in Rede stehenden Medizinproduktes nicht festgestellt werden können. ... Auch zu dem von der

Beklagten erhobenen Einwand, dass es keine klinischen Langzeitprognosen gäbe, trägt der Sachverständige überzeugend vor, dass dies bedingt durch den Innovationszyklus nur wenige Implantatsysteme am heutigen Markt aufweisen könnten.“

Allein entscheidend ist somit die Frage, ob die gewählte Behandlungsmethode zur Heilung oder Linderung der Erkrankung bzw. dem Entgegenwirken ihrer Verschlimmerung aus der Sicht ex ante geeignet bzw. ausreichend erfolversprechend erscheint und sich in der Praxis bewährt hat. Einer allgemeinen wissenschaftlichen Anerkennung bedarf es nicht. So ist in den Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK) gerade nicht die Rede davon, dass eine Behandlungsmethode „anerkannt“ sein muss. Schließlich ändert sich die Erfolgswahrscheinlichkeit nicht etwa durch die Anerkennung, die eine Methode in der medizinischen Fachwelt gefunden hat. Vielmehr wird eine Heilbehandlung erst dann medizinische Anerkennung finden, wenn sie hinreichend Erfolg gehabt hat. Dieser nachweisbare Erfolg wird daher in der Gerichtspraxis regelmäßig reichen, um auch die Vertretbarkeit der Anwendung und damit deren Notwendigkeit zu bejahen.

Schon mit seinem Urteil vom 29. November 1978 – IV ZR 175/77 -, VersR 1979, 221, unter III., mit weiteren Nachweisen, (seitdem ständige Rechtsprechung) hat der Bundesgerichtshof ausgeführt:



„Welche Therapie bei einer bestimmten Krankheit richtig und notwendig ist und ob sie ambulant durchgeführt werden kann oder stationär durchgeführt werden muss, kann – wie die Erfahrung lehrt und auch der vorliegende Fall zeigt – in der medizinischen Wissenschaft durchaus umstritten sein. Die Richtigkeit der einen oder der anderen Auffassung erweist sich, wenn überhaupt, oft erst nach Jahren. Mit Recht erachtet es das Berufungsgericht als für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer unzumutbar, dieses Risiko uneingeschränkt tragen zu müssen. Zwar hat sich der Versicherer nur bei notwendiger Heilbehandlung zur Leistung verpflichtet, und der Versicherungsnehmer hat die Notwendigkeit darzutun. Mehr als der Nachweis, dass es nach den damaligen medizinischen Befunden und Erkenntnissen vertretbar war, die Behandlung als notwendig durchzuführen, kann mit Rücksicht auf Sinn und Zweck der vorliegenden Versicherungen vom Versicherungsnehmer nach Treu und Glauben aber nicht verlangt werden. Jedenfalls dann, wenn die Entscheidung des behandelnden Arztes diesem Maßstab entspricht, muss der Versicherungsnehmer ihr auch im Blick auf seine Kranken- und Krankenhaustagegeldversicherung vertrauen dürfen.“

Dazu hat der Bundesgerichtshof mit Urteil vom 21. September 2005 – IV Z 113/04 – BGHZ 164,122 = NJW 2005, 3783 = MDR 2006, 513 = VersR 2005, 1673, entschieden, dass es im Falle einer – wie hier – nicht lebensbedrohenden oder -zerstörenden Krankheit als

vertretbar erscheint, die Heilbehandlung als medizinisch notwendig anzusehen, wenn die Krankheit mit einer Erfolgswahrscheinlichkeit von mindestens 15 % geheilt oder gelindert werden kann. Entscheidend für die Frage der bedingungsgemäßen Notwendigkeit ist allein die Prognose vor Beginn der Behandlung.

Die Rechtsprechung (z.B. BGH, VersR 1996, 1224; BGH, VersR 2002, 1546) verlangt, dass die Heilbehandlung auf einem nach medizinischen Erkenntnissen nachvollziehbaren und begründbaren Ansatz beruhen muss, der die prognostizierbare Wirkweise auf das angestrebte Behandlungsziel zu erklären vermag.

Dem steht nicht entgegen, dass eine Behandlungsmethode noch nicht in der medizinischen Literatur nach wissenschaftlichem Standard dokumentiert und bewertet worden ist. Liegen entsprechende Veröffentlichungen vor, können sie zwar für die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung bedeutsam sein; andererseits kann auf eine bisher fehlende Veröffentlichung die Verneinung der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung nicht gestützt werden (BGH, BGHZ 133, S. 208, 216 = NJW 1996, Seite 3074). Für die Beurteilung der Behandlungsmethode kann es ausreichen, wenn diese vor der Behandlung des Versicherungsnehmers bereits anderweitig erprobt worden ist. Haben entsprechende Behandlungen schon zuvor in einer solchen Anzahl stattgefunden, die Aussagen jedenfalls darüber zulässt, ob die Behandlung die mit ihr erstrebte Wirkung wahrscheinlich zu erreichen geeignet ist, kann darin ein besonders aussagekräftiger Umstand für die Beurteilung der Notwendigkeit der Heilbehandlung zu erkennen sein (BGH: Medizinische Notwendigkeit einer alternativen Behandlungsmethode, NJW-RR 2014, 295).

Gerd Mayerhöfer  
4. November 2018

# Der Paragraphenteil – das Herz einer Gebührenordnung

## 3. Teil der Serie zum Entwurf der einheitlichen Gebührenordnung für Zahnmedizin – eGOZ

Seit wann ist es eigentlich Aufgabe von Zahnärzten, sich Gedanken über Paragraphen zu machen? Ist es nicht naiv, zu meinen, das sei eine so einfache Sache? Zahnärzte sollten vielleicht besser bei dem bleiben, was sie gelernt haben.

Solche Einwände habe ich schon vielfach gehört, sie haben ihre Berechtigung. Aber es geht um uns und unsere Arbeit. Natürlich müssen wir also Vorschläge dazu machen, so unjuristisch sie auch sein mögen.

Wir sind aufgefordert, mit unserem juristisch laienhaften Verständnis die Gebührenordnung für Patienten verständlich und vorteilhaft zu gestalten, damit die

Dies ist der dritte von zunächst vier Artikeln, die einige Grundsätze der einheitlichen Gebührenordnung für Zahnmedizin – eGOZ durchleuchten.

Der erste Teil im PZVD-Brief 2/2018 stellte die Frage nach der Kompatibilität der Systeme.

Der zweite Teil im PZVD-Brief 3/2018 erläuterte, wie Leistungsstufen eine individuelle Medizin für alle ermöglichen könnten.

Teil vier wird in der Ausgabe 1/2019 das Gebührenverzeichnis erläutern und Vergleichstabellen zu den bestehenden Gebührentabellen BEMA, GKV-GOÄ und GOZ 2012 sowie GOÄ `96 enthalten, die für den Bereich Zahnmedizin durch die eGOZ abgelöst werden könnten.

Im Rahmen des Privatzahnärztetages 2019 wird die Alltagstauglichkeit einer solchen eGOZ dann anhand einiger konkreter Fälle durchgespielt werden. Dabei wird sie u.a. geprüft werden auf ihre Auswirkungen bezüglich Behandlungsfreiheit, Handhabung in der Praxis und Transparenz für Patient, Praxisteam und Kostenträger.

Zahnmedizin die Priorität genießt und damit Alltags-taugliches dabei heraus kommt.

Jetzt schon perfekt zu sein, ist nicht der Anspruch der neuen eGOZ. Das Ziel ist eine Gebührenordnung, die von der Seite der Medizin her erdacht wurde, damit Medizin die erste Priorität erhält. Entwicklung und Korrektur werden die eGOZ verbessern.

### Paragraphenteil – das Kleingedruckte?

Wer liest schon oft das Kleingedruckte?

Geschäftsbedingungen, die irgendwo im Supermarkt neben der Fleischtheke aushängen oder das Endlosdokument, dessen Anerkennung vor der Software-Installation abgehakt werden muss – das sind doch Dinge, bei denen man sowieso nichts ändern kann.

Gegenüber dem Paragraphenteil der heutigen GOZ ist nicht jeder so fahrlässig. Und doch könnten die meisten wohl nicht sagen, wo genau eigentlich steht, wie die Liquidation auszusehen hat.

Dass sich hier Viele nicht auskennen, liegt zum einen daran, dass der Paragraphenteil auf „juristisch“ geschrieben ist und das liest sich eben so nett wie Kleingedrucktes.

Ein weiteres Problem für ZahnmedizinerInnen und ihre PatientInnen ist jedoch, dass die **derzeitige GOZ im Wortsinn „unpraktisch“ ist. Sie ist strukturell durcheinander**, wenn man sie aus der Sicht der täglichen Praxis betrachtet.

Das zeigt sich bereits im Paragraphenteil: Wie die Rechnung auszusehen hat, muss man sich an

verschiedensten Ecken zusammensuchen und zusammenbasteln.

Aber beginnen wir mal vorn.

### Ein Name ist Programm – der Titel der heutigen GOZ

„Gebührenordnung für Zahnärzte“ – ist Ihnen schon mal aufgefallen, dass bei der Revision der GOZ im Jahr 2012 zumindest schon mal die Gendergerechtigkeit missachtet wurde – völlig entgegen den Regeln der heutigen Zeit?

Das wird man heute kaum noch finden, dass Politikern dieser Fehler unterläuft, er kostet schnell die Karriere. Eine Stellenanzeige im Käseblatt mit fehlendem „m/w“ ist eine Steilvorlage für einige verlorene Gerichtsverfahren. Im PZVD-Brief 03-2018 habe ich die fehlende Neutralität schon angesprochen, um heute Ihren Blick auf einen anderen, einen wichtigeren Aspekt zu lenken:

**Der Name ist Programm** – er ist die Kurzbeschreibung des Inhalts und legt fest, wer oder was hier geregelt wird: **1. Gebühren, 2. Zahnärzte.**

Die Gebührenordnung für Zahnärzte ist von Zahnärzten (und Zahnärztinnen) zu nutzen, wenn sie eine Rechnung über ihre privat Zahnärztliche Arbeit ausstellen wollen.

**Zahnärzte werden darauf festgelegt, was wie abzurechnen ist und zwar beschränkend.**

Versicherer und andere Kostenerstatter werden nicht im Titel erwähnt, richten ihre Erstattung aber ebenso an dieser Gebührenordnung aus. Daraus leiten sie dann

### GOZ ↔ BEMA

In der Kassenzahnmedizin, gibt es eine parallele Welt.

Dort werden zahnärztliche Leistungen in sehr anderer Reihenfolge und Gruppierung im BEMA aufgelistet, zu dem es dann einen Paragraphenteil gibt, extern gelagerte Richtlinien, Vorschriften in Bundesmantelverträgen und natürlich noch das Sozialgesetzbuch V.

Unglücklich ist dabei u.a., dass von den 600 derzeit beschriebenen zahnärztlichen Leistungen nur ca.180 Leistungen (BEMA + GKV-GOÄ) für GKV-Versicherte verfügbar sind. Die anderen sind nur nach den anderen Regeln der Privatabrechnung verfügbar.

Je mehr Vorschriften an unterschiedlichen Orten jedoch die Zahnmedizin zerfasern, um so unübersichtlicher wird es.

Patienten fühlen sich übervorteilt, Praxen haben oft nicht die Zeit, die geeignetste Behandlung in diesem Chaos zu finden und zu erklären. Medizin wird vereinfacht auf das leicht Erreichbare und Uniforme.

So wird Medizin durch die Vielzahl an nicht-medizinischen Regelungen zur Nebensache.

das Recht und sogar die Pflicht ab, sich auch ohne medizinischen Sachverstand und ohne Kenntnis des Einzel-falles in die Indikationsstellung einzumischen und sie behaupten, zu wissen, was medizinisch notwendig sei und was nicht.

Sie selbst aber werden weder im Paragraphenteil noch anderswo in der GOZ Regelungen unterworfen.

Das ist nicht richtig!

## Die Aufgabe des Staates

Der Staat soll seine BürgerInnen schützen.

Folgerichtig legt er Ärztinnen und Ärzten als einem Vertragspartner der Bürger und Bürgerinnen Beschränkungen auf, die die Leistungsberechnung betreffen.

**In ihrem Vertragsverhältnis mit Kostenerstattern aber überlässt der Staat seine Schutzbefohlenen der Willkür. Denn deren konkrete Leistungserstattung wird weitestgehend nicht geregelt.**

So können Versicherer in ihren Tarifbestimmungen schalten und walten, aktualisieren und auf unzähligen Seiten von Kleingedrucktem Sachverhalte verbergen und verwirren, manche entwerfen sogar eigene Tabellen, die uns Patienten dann zur Vorgabe machen wollen.

Zugleich werden den Zahnärzten in der GOZ z.B. für abweichende Vereinbarungen in § 2 Abs. 2 Formvorschriften auferlegt, wie man sie selten findet – ein großes Ungleichgewicht!

**So führt die Struktur dieser GOZ zu einer ethisch falschen Verschiebung der Priorität: Medizin wird billiger Versicherbarkeit unterworfen statt anders herum.**

Der Name „Gebührenordnung für Zahnärzte“ gibt darüber tatsächlich Auskunft: **hier wird den Zahnärzten verordnet, sie erleiden die Vorschrift – und die Medizin mit ihnen.**

## Eine andere Perspektive – die eGOZ

Die Abkürzung „GOZ“ in „eGOZ“ kann dazu verleiten, nur das „e“ als neu wahr zu nehmen und den Rest für gleich zu halten.

Der Titel des neuen Gebührenordnungs – Entwurfs lautet aber „einheitliche Gebührenordnung für Zahn**medizin**“!

Er beendet nicht nur die Aufteilung auf mehrere Gebührentabellen und macht nicht nur mit Geschlechterdiskriminierung Schluss, sondern er macht klar, dass hier **das geregelt werden soll, was staatlicherseits geregelt zu werden hat: Gebühren für Zahnmedizin.**

Es darf nicht dabei heraus kommen, die Berufsgruppe zu diskriminieren und einzuengen, die die eigentlich wichtige Arbeit macht. Es darf dabei nicht herauskommen, dass man sie oder die Patientinnen

und Patienten den Kostenerstattern ausliefert, die vom Sessel her Geld verschieben und zwar so viel in die eigene Tasche, dass es immer schön reicht.

**VersicherungssachbearbeiterInnen verdienen bei risikolosem Job doppelt so viel wie unsere ZFA** in ihrer vielfältigen und oft gesundheitsgefährdenden Tätigkeit. **Das ist nicht ok!**

**Die staatliche Aufgabe, die der Gebührenordnung eigentlich zukommt, ist:**

- 1. die Freiheit der Medizin erhaltend**
- 2. einen Rahmen für die Gebührenbemessung geben, damit das Volk weder übervorteilt noch seines Zugangs zu hochwertiger Medizin beraubt wird.**

Deswegen beinhaltet diese GOZ u.a. Leistungsstufen als Anknüpfungspunkte für verschiedenste Versicherungsmodelle (s. PZVD – Brief 03-2018).

Die Leistungsstufen entkoppeln ärztliche Leistung von Versicherungsleistung. Sie legen fest: ja, es gibt verschiedene Grader der medizinischen Notwendigkeit, das festzulegen ist das Gebiet der ZahnmedizinerInnen – Versicherungen dürfen und müssen an jenen Punkten ihre Finanzdienstleistung anknüpfen. Dort erst beginnt ihr Geschäft und das wird anderswo geregelt.

**Auch die eGOZ nimmt ZahnmedizinerInnen in die Pflicht – sie vergisst aber auch nicht, Kostenerstatter zu regeln und zu verpflichten**, die am „Markt Zahnmedizin“ teilhaben wollen.

**Die eGOZ ist ein Entwurf „pro Zahnmedizin“.**

„Prüfet alles und das Gute behaltet“

Dieser alten Empfehlung folgend wurden für den Entwurf „eGOZ“ viele funktionierende Elemente der bestehenden Gebührenordnungen übernommen, auch viel aus dem Paragraphenteil. So fühlt sich die eGOZ auch bekannt an, der Umstieg wird erleichtert.

Fehler der derzeitigen GOZ 2012 wurden analysiert, um dann Wege zu finden, diese zu beheben.

Bereits mit der Reihenfolge der Paragraphen wurde dem zeitlichen Ablauf einer Rechnungslegung mehr entsprochen, denn hierfür ist die Gebührenordnung im Kern zuständig: Abrechnung erbrachter Leistung.

**Einzelne Regelungen** wurden dabei **für ZahnmedizinerInnen und andere juristische Laien in übersichtlicher Weise zusammen geführt.** Alles was Faktoren



betrifft, findet sich z.B. nun im Paragraphen 2 über die Bemessung der Gebühren.

Geschlechtsdiskriminierende Formulierungen der GOZ 2012 sind Geschichte.

Das generelle Problem der **Frage, was denn medizinisch notwendig ist**, wird geregelt in den Leistungsstufen und weiter gehend in einem neuen Paragraph über **unabhängige zahnärztliche Begutachtung**.

Die Uneinigkeit über nicht enthaltene Leistungen, die ggf. neu einzuführen seien, wird geregelt über die **Festlegung eines Verfahrens zur Innovation**, erneut ist die Zahnärzteschaft wesentlich beteiligt.

Der **ausbleibenden Anpassung der Honorarhöhe wird begegnet**, indem vorgeschlagen wird, diese zunächst an die Anpassungen im GKV-System zu koppeln. Was dort passiert, mag nicht genug sein – jährlich wenig mehr ist jedoch erheblich mehr als nichts.

## § 1 – Wann gilt die Verordnung?

Neu in diesem Entwurf einer zahnmedizinischen Gebührenordnung ist, dass die **Erstattung auch angesprochen** wird.

Somit wird gesagt: **nicht nur ZahnmedizinerInnen und ihre PatientInnen müssen sich an der eGOZ orientieren, sondern Finanzdienstleister ebenso!**

Dies geschieht nicht ausführlich, sondern nur grundsätzlich in §§ 1 und 7.

### § 1 – Anwendungsbereich

(1) Die Vergütungen und Erstattungen für zahnmedizinische Leistungen bestimmen sich nach dieser Verordnung, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.

(2) Vergütungen darf die zahnmedizinische Fachperson nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, darf sie nur berechnen, wenn sie auf Verlangen der zahlungspflichtigen Person erbracht worden sind.

(3) Als Vergütungen stehen zahnmedizinischen Fachpersonen Gebühren, Entschädigungen und Ersatz von Auslagen zu.

(4) Zahnmedizinische Fachperson im Sinne der eGOZ ist, wer nach Maßgabe des Zahnheilkundegesetzes zur selbständigen Ausführung zahnmedizinischer Behandlungen befugt ist.

### § 2 – Gebühren

(1) Gebühren sind Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis (Anlage 1) genannten zahnmedizinischen Leistungen.

(2) Zahnmedizinische Fachpersonen können Gebühren nur für selbstständige zahnmedizinische Leistungen berechnen, die persönlich oder die unter persönlicher Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen).

Eine weitere Gebühr kann das zahnmedizinische Fachpersonal nicht berechnen für eine Leistung,

- die in der eGOZ beschriebener Bestandteil oder
- eine besondere Ausführung oder
- stets methodisch notwendiger Bestandteil

einer anderen berechneten Leistung des Gebührenverzeichnisses ist, die ohne diese Leistung in gleicher Anzahl nicht ausführbar ist.

(3) Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf, für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten sowie für Lagerhaltung abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist.

Gesondert berechnet werden darüber hinaus folgende Materialien:

- Anästhetika und andere Medikamente
- Abformmaterial, Bissregistrat-Material
- Verankerungsstifte
- einmalverwendbare Wurzelkanalaufbereitungs-Instrumente, Messtifte, Sondenansätze etc
- Nahtmaterial, Membranen, Pins, Osteosynthese-Material
- Kollagen und andere Materialien zum Gewebeersatz, Implantatmaterial.

(4) Hat die zahnmedizinische Fachperson zahnärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach dieser Verordnung selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.

(5) Kosten, die nach Absatz 4 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht gesondert berechnet werden. Eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in Höhe solcher Kosten ist gegenüber dem Zahlungspflichtigen unwirksam.

(6) Die zahnmedizinische Fachperson hat die zahlungspflichtige Person darüber zu unterrichten, wenn Leistungen durch Dritte erbracht werden, die diese unmittelbar berechnen.

## § 2 – Wofür wird gezahlt?

Zu 2: Immer wieder gibt es bisher Uneinigkeit darüber, ob eine Leistung zu vergütende Einzelleistung ist oder zu einer anderen bereits abgerechneten Leistung gehört. Die Präzisierung in Absatz 2 versucht, den Grundgedanken zu verdeutlichen, um hier für mehr Klarheit zu sorgen, indem sie ein paar weitere Kriterien angibt.

Ist es grundsätzlich möglich, eine größere Leistung (z.B. Füllungstherapie) in jedem Fall auch ohne eine kleinere Leistung (z.B. Anwendung von Kariesdetektor) zu erbringen, so ist Kariesdetektor kein Bestandteil der Füllungstherapie.

Wird eine kleinere Leistung (z.B. Setzen eines parapulparen Stiftchens) zum Beispiel regelmäßig in anderer Anzahl als eine größere Leistung (z.B. eine Füllung) erbracht, so ist sie nach dem Einzelleistungsprinzip

auch in dieser Anzahl zu honorieren, kann also nicht in der größeren Leistung enthalten sein.

Zu 3: Die Materialauflistung wurde hier aufgenommen und etwas modernisierend ergänzt.

### § 3 – Wonach richtet sich die Gebührenhöhe?

Zu 1: Hier wird – **zunächst hilfweise – eine Ankoppelung des eGOZ-Punktwertes an die sich jährlich ändernden Punktwerte im BEMA** einer willkürlich gewählten gesetzlichen Krankenkasse gewählt.

Auch die Kassenzahnmedizin arbeitet im gleichen Gesundheitsgebiet. Die Ankoppelung an deren Punktwert ermöglicht eine Angleichung in den niedrigen Leistungsstufen einerseits und eine Flexibilisierung auf beiden Seiten andererseits.

Die Grenzen zwischen GKV-Erstattung und Privatversicherung können aufgehoben werden, die Systeme können zusammenwachsen.

So bald dies geschieht, sollte ein neuer, neutraler und verpflichtender Weg der Punktwertanpassung eingeführt werden.

Zu 2: Zunächst **ermöglicht dieser Absatz die Behandlung zu Festpreisen** auf Höhe des Faktor 1. **Durch schriftliche Vereinbarung kann davon abgewichen werden** und zwar nach oben oder nach unten. Dies kann z.B. schon bei der Erstaufnahme geschehen, eine strenge Formvorgabe wird nicht gemacht, denn die **Leistungsstufen und Vorschriften des § 7 schaffen eine hohe Kostentransparenz.**

Dieses „Angebot“ von Festpreisen ist auch politischer Natur. Wenn dies der Grundsatz ist, von dem abgewichen werden kann, ist der Vorschlag bei einer breiteren Masse zustimmungsfähig.

Festpreise sind im heutigen GKV-Wesen die Regel und in 90% der Privatabrechnung faktisch ebenso, es ist kein Frevel, dies auch weiterhin anzubieten, eine Ablösung davon aber jedem zu ermöglichen.

Die **bisherigen Regelungen mit Faktoren** im Bereich 1 – 2,3 – 3,5 sind nicht verständlich.

Leicht braucht eine Arbeit einmal die doppelte Zeit – mit einem Faktor 3,5 kann man dies nur abbilden, wenn man für andere, einfachere Arbeiten nicht den Faktor absenkt. Daher wird fast nur auf 3,5 gesteigert, selten unter 2,3 abgesenkt. Ein Faktorsystem, das faktisch nicht bestimmungsgemäß verwendet wird, wird seiner Notwendigkeit nicht gerecht.

### § 3 – Bemessung der Gebühren

(1) Der Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt am Tag der Einführung der Gebühren- und Erstattungsordnung € 1,0433. Der Punktwert wird jährlich zum 01. Januar angepasst, zunächst folgt er dabei den Veränderungen des durchschnittlichen Punktwertes der Primärkassen im Bereich Kons/Chirurgie.

(2) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich nach dem Einfachen des Gebührensatzes oder nach dem Halben bis Zweifachen des Gebührensatzes, wenn eine Abweichung vom Faktor 1 vor Behandlungsbeginn vertraglich zwischen zahnärztlicher Fachperson und zahlungspflichtiger Person vereinbart wurde. Innerhalb des Gebührenrahmens sind dann die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit oder des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung oder der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen durch die zahnmedizinische Fachperson zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. Der 1-fache Gebührensatz bildet die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab. Ein Über- oder Unterschreiten dieses Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 2 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.

(3) Durch eine abweichende Vereinbarung kann vor Erbringung der Leistung schriftlich ein von dieser Verordnung abweichender Steigerungsfaktor bis Faktor 8 vereinbart werden. Sie muss die Nummer und die Bezeichnung der Leistung, den vereinbarten Steigerungssatz und den sich daraus ergebenden Betrag enthalten. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer solchen abweichenden Vereinbarung abhängig gemacht werden.

(4) Bei vorzeitigem Behandlungsende ist der ggf. begründete Faktor einer unvollständig erbrachten Leistung zu halbieren, wenn etwa die halbe Behandlung ausgeführt wurde (z.B. bis zur Abformung bei indirekten Restaurationen) oder auf 3/4 zu reduzieren, wenn weiter gehend behandelt wurde (z.B. bis zur Einprobe einer indirekten Restauration).

(5) Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären zahnärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen und Zuschläge nach Satz 2 von zahnmedizinischen Fachpersonen mit Belegvertrag 15 vom Hundert. Eine abweichende Vereinbarung des Steigerungsfaktors nur für von der gewählten zahnmedizinischen Fachperson persönlich erbrachte Leistungen zulässig. Neben den geminderten Gebühren dürfen zahnmedizinische Fachpersonen Kosten nicht berechnen; die §§ 4 und 5 bleiben unberührt.

(6) Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden; die Rundung ist erst nach der Multiplikation mit dem Steigerungsfaktor nach Absatz 2 vorzunehmen.

Neue Faktor – Regelungen, die eine Absenkung der Gebühr auf die Hälfte oder die Verdopplung der Gebühr ermöglichen, sind für “billiges Ermessen” geeigneter.

Deswegen wird der **Faktorraum 1 – 2,3 – 3,5 ersetzt durch 0,5 – 1 – 2**. Hierbei entspricht Standardfaktor 1 in der eGOZ dem Honorarlevel des Standardfaktor 2,3 in der GOZ 2012.

Die **Einführung des „oder“ bei der Aufzählung für eine Begründung maßgeblicher Umstände** klärt das Missverständnis, ob der Faktorraum nur zu je einem Drittel oder ganz durch einen Aspekt zur Verfügung steht.

Zu 3: **Durch Vereinbarung können Patienten und Behandler von der Faktorregelung abweichen**. Darüber hinaus gehenden Leistungen wird ein Spielraum eingeräumt, um individuelle Medizin auch im Einzelfall möglich zu machen. Die Festlegung auf Faktor 8 grenzt den Steigerungsraum gegen Wucher ab.

Bisher waren abweichende Vereinbarungen auf gesonderten Blättern abzusprechen, obwohl sie auch im Heil- und Kostenplan zur wirtschaftlichen Aufklärung enthalten sein mussten. Die Vielzahl an Papieren bei aufgegliederten Behandlungsabläufen stand der Transparenz aber entgegen, Heil- und Kostenpläne mit vielen Extraseiten, die unterschiedliche Zwischen- und Quersummen abbilden, sind selbst für Fachleute nur schwer zu durchdringen.

Die neue **Regelung der Leistungsstufen ermöglicht den Versicherten die Einschätzung der eigenen Kosten** bereits vor Kontaktaufnahme mit dem Versicherer, denn Versicherte kennen dann ihre Versicherungsstufe. Daher **kann die Vorschrift entfallen, dass eine abweichende Vereinbarung auf einem gesonderten Blatt zu treffen sein muss**, ohne dass das Informationsrecht der Patienten leidet.

**Alle Regelungen zu Faktoren werden hier nun in einem Paragraph zusammen geführt.**

#### § 4 – Hausbesuche wieder möglich machen!

Es ist unsinnig, feste Euro-Beträge für Reise-Entscheidungen festzuschreiben. Die bisherigen Kosten reichten jedoch auch 2012 nicht einmal, um mit einem Taxi hin und zurück zu fahren, von Entschädigung für die Wegzeit der ZahnmedizinerInnen kann bisher keine Rede sein.

**Entschädigungen müssen entschädigen. Wenn sie nicht in der Lage sind, den Aufwand abzugelten, wer-**

#### § 4 – Entschädigungen

(1) Als Entschädigungen für Besuche erhält die zahnmedizinische Fachperson Wegegeld und Ausfallentschädigung; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten.

(2) Die zahnmedizinische Fachperson kann für jeden Besuch ein Wegegeld nach der tatsächlich zurückgelegten Entfernung berechnen. Die Höhe des Wegegeldes richtet sich nach dem anderthalbfachen der aktuell steuerlich absetzbaren Kilometerpauschale. Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht, darf die zahnmedizinische Fachperson das Wegegeld unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versichertenstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

(3) Die Ausfallentschädigung beträgt für jede angefangene halbe Stunde der Rüstzeit sowie der Abwesenheit aus der Praxis während der üblichen Öffnungszeiten einen halben Stundensatz in Höhe der Hälfte der durchschnittlichen Einnahmen einer Einbehandler-Zahnarztpraxis. Wird die zahnmedizinische Fachperson von Personal begleitet, so beträgt der Stundensatz drei Viertel der vorgenannten Bezugsgröße. Der Stundensatz wird vom Bundesfinanzministerium aus der Buchhaltung der deutschen Zahnarztpraxen jährlich ermittelt und zum 01. Januar des nächsten Folgejahres angepasst.

(4) Kosten für notwendige Übernachtungen in Hotels stehen der zahnmedizinischen Fachperson zu in tatsächlich angefallener Höhe für Standardzimmer in Hotels bis zur Klasse mit 4 Sternen.

**den Hausbesuche nur mal aus Humanismus möglich sein.**

Personal hat überdies ebenso Rechte und die Mitnahme verursacht erhöhte Kosten. **Muss Personal mitreisen, so muss sich das in der Entschädigung wiederfinden.**

Die Basis für die Bemessung der Entschädigung sollte von möglichst neutraler Stelle ermittelt werden. Ob die Zahlen dazu das Bundesfinanzministerium, die Steuerbehörden oder das statistische Bundesamt mitteilt ist unwichtiger, als dass Entschädigungen auch ausreichend sein müssen.

#### § 5 – Zahntechnik ohne Einschränkungen

Ebenso unsinnig wie die Aufteilung zahnärztlicher Leistungen auf viele Tabellen ist die Spaltung in der Zahntechnik.

Auch dort **wäre eine Abschaffung der Spartabelle BEL zugunsten des offenen BEB machbar, wobei auch dort Leistungsstufen einen Anknüpfungspunkt für Versicherungsmodelle darstellen könnten.**

Es wäre dann an der Zeit, den Versicherungen das Auflegen eigener Leistungstabellen zu untersagen und

#### § 5 – Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen

(1) Neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnet werden, soweit diese Kosten nicht nach den Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses mit den Gebühren abgegolten sind.

(2) Das praxiseigene Labor ist dem gewerblichen Labor gebührenrechtlich gleich gestellt, die Abrechnung erfolgt nach BEB, es steht im Ermessen des Zahnarztes, nach BEL anfertigen und berechnen zu lassen.

allein die Leistungsstufen ggf. in Verbindung mit einer Prozentregelung zur vertraglichen Vereinbarung der Beteiligung zuzulassen.

#### § 6 – Freiheit für zeitgemäße Medizin!

Die bisherigen Analogleistungen standen bisher neben den Verlangensleistungen als würde es sich um Geschäfte in der Grauzone handeln. Dabei ging diese Regel wohl eigentlich von einer regelmäßigen Renovierung der Gebührenordnung aus, die allerdings zunächst 25 Jahre auf sich warten ließ, um dann 90% der bis 2011 bekannten nicht enthaltenen Leistungen erneut nicht zu berücksichtigen.

Sicher können wir wegen des weniger als halbgaren, peinlichen Novellierungsergebnisses von 2012 froh sein, dass wir hier noch Gebühren in kostendeckender Höhe berechnen können, der Gegenwind, den Versicherer auf Kosten des Arzt-Patienten-Verhältnisses erzeugen, hält jedoch die meisten Zahnarztpraxen davon ab, mehr als den Tabellenstandard zu leisten.

Dabei tut dieser Stillstand der Patientenversorgung nicht gut. Viele Leistungen werden nicht angeboten oder die Versicherten sehen sich trotz steigender Versicherungsprämien auch immer mehr selbst zu zahlenden Kosten gegenüber.

Schwarze Schafe unter den Zahnärztinnen und Zahnärzten finden hier ebenso ihre Spielwiese und definieren neue Leistungen nach Lust und Laune. Die Dummen sind auch hier wieder die PatientInnen.

Auch das klare **Definieren einzelner Leistungen als Verlangensleistungen kann für beruhigende Klarheit sorgen.**

So **schlägt der Entwurf der eGOZ eines von vielen denkbaren Vorgehen vor, die zu einer Einführung neuer Leistungen mit angemessenen Honoraren führen soll**, wie auch zur Ausgrenzung von Verlangensleistungen, die ein eigenes Kapitel in der eGOZ finden.

#### § 6 – Einführung neuer Leistungen

(1) Selbstständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können von Zahnärzten der Bundeszahnärztekammer über die jeweilige Landes Zahnärztekammer zur Prüfung vorgeschlagen werden. Hierbei hat der Zahnarzt schriftlich eine Kapitelzuordnung, eine Leistungsziffer, eine oder mehrere Leistungsstufen, einen Beschreibungstext, ggf. Varianten und die jeweils sinnvolle Honorierung und Faktorenräume vorzuschlagen.

(2) Die Bundeszahnärztekammer soll den Vorschlag binnen vier Wochen prüfen und ggf. Änderungen absprechen. Lehnt die Bundeszahnärztekammer den Vorschlag des Zahnarztes ab, so kann der Zahnarzt der Bundeszahnärztekammer die Leistung zur Aufnahme als Verlangensleistung vorschlagen. Nimmt die Bundeszahnärztekammer den Vorschlag zur Prüfung auf, so teilt sie dem Bundesministerium für Gesundheit die Prüfung einer neuen Leistung mit. Dabei hat die Bundeszahnärztekammer eine Kapitelzuordnung, eine Leistungsziffer, eine oder mehrere Leistungsstufen, einen Beschreibungstext, ggf. Varianten und die jeweils sinnvolle Honorierung und Faktorenräume vorzuschlagen.

(3) Das Bundesgesundheitsministerium prüft den Vorschlag binnen vier Wochen und macht ggf. Änderungsvorschläge, erteilt die vorläufige Genehmigung oder lehnt die Leistung ab. Bevor eine Leistung durch das BMG vorläufig genehmigt wird, ist sie nur als Verlangensleistung abrechenbar. Verstreicht die Frist ohne dass das BMG die Leistung abgelehnt hat, so gilt sie als vorläufig genehmigt.

(4) Die Bundeszahnärztekammer teilt dem Zahnarzt die Ablehnung oder weitere Prüfung mit und nimmt eine zu prüfende Leistung in eine öffentliche Liste vorläufiger Leistungsziffern auf, hierbei ist das Ablaufdatum der Prüffrist zu benennen. Binnen 6 Monaten hat die Bundeszahnärztekammer die neue Leistung in einem Gutachterverfahren zu prüfen und abschließend dem BMG Bericht zu erstatten. Hierbei hat sie unter Angabe einer Leistungsziffer, einer oder mehrerer Leistungsstufen, eines Beschreibungstexts, ggf. Angabe von Varianten und der jeweils sinnvollen Honorierung und Faktorenräume die Leistung zur Aufnahme in die eGOZ vorzuschlagen oder die Löschung der vorläufig genehmigten Leistung. Verstreicht die Frist ohne dass die Aufnahme oder Löschung vorgeschlagen wurde, so kann das BMG die Frist verlängern oder das Prüfverfahren für gescheitert erklären, die vorläufige Genehmigung erlischt dann mit Ablauf der Prüffrist.

(5) Das BMG kann Zahnärzte, Patientenvertreter und Vertreter der Kostenerstatter zu den Vorschlägen anhören und der Bundeszahnärztekammer Änderungen vorschlagen. Die Bundeszahnärztekammer kann einen geänderten Vorschlag einbringen, das BMG kann erneut anhören und Änderungen vorschlagen.

(6) Die Bundeszahnärztekammer kann beim BMG für selbstständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, die Aufnahme in das Kapitel „Verlangensleistungen“ der eGOZ beantragen.

(7) Im Falle der Einigung über eine neue Leistung fügt das BMG im Verlauf des folgenden Quartals spätestens jedoch mit Ablauf der vorläufigen Genehmigung die neue Leistung in die eGOZ ein, die vorläufige Genehmigung wird zugleich aufgehoben.

#### § 7 – Planung – Rechnung – Erstattung – der Kern der eGOZ

Zu 1: Die derzeitige Gesetzeslage führt zu einer geldsummenabhängigen Pflicht, einen Heil- und Kosten-

## § 7 – Heil- und Kostenplan, Rechnung und Erstattung

(1) Sofern die Kosten binnen 6 Monaten insgesamt voraussichtlich einen Betrag von 1.000 Euro überschreiten, hat die zahnmedizinische Fachperson der zahlungspflichtigen Person vor der Behandlung einen kostenpflichtigen Heil- und Kostenplan anzubieten und auf deren Verlangen in Textform vorzulegen. Der Kostenvoranschlag muss insbesondere enthalten:

- die voraussichtlichen Gesamtkosten für zahnärztliche Leistungen,
- eine Auflistung der Summen nach den Leistungsstufen bezogen auf die Faktorbereiche 1 bis 2 und darüber,
- die Kosten und das Land für zahntechnische Leistungen und die dabei verwendeten Materialien.

(2) Ist eine Überschreitung der im Kostenvoranschlag genannten Kosten für die vorgesehenen Maßnahmen um mehr als 15 vom Hundert zu erwarten, hat der Zahnarzt den Zahlungspflichtigen hierüber unverzüglich in Textform zu unterrichten.

(3) Verlangensleistungen nach § 1 Absatz 2 und ihre Vergütung sind im Einzelfall zwischen zahnmedizinischer Fachperson und zahlungspflichtiger Person vor Erbringung der Leistung schriftlich in einem Heil- und Kostenplan zu vereinbaren. Dieser muss die einzelnen Leistungen, die Vergütungen, ggf. die Steigerungsfaktoren sowie die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Verlangensleistungen sind im Heil- und Kostenplan und in der Rechnung mit der Leistungsstufe „V“ zu kennzeichnen.

(4) Die Vergütung wird fällig, wenn der zahlungspflichtigen Person eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung nach der Anlage 2 erteilt worden ist. Künftige Änderungen der Anlage 2 werden durch das Bundesministerium für Gesundheit durch Bekanntmachung veröffentlicht.

(5) Die Rechnung muss insbesondere enthalten:

- das Datum der Erbringung der Leistung,
- bei Gebühren die Nummer, die Leistungsstufe und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer verständlichen Bezeichnung des behandelten Zahnes oder der behandelten Region und einer in der Leistungsbeschreibung oder einer Abrechnungsbestimmung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
- bei Gebühren für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privat-zahnärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 4,
- bei Entschädigungen nach § 5 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,

- bei Ersatz von Auslagen nach § 5 Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen und deren Preise sowie die direkt zurechenbaren Materialien und deren Preise, insbesondere Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis der verwendeten Legierungen,
- bei nach dem Gebührenverzeichnis gesondert berechnungsfähigen Kosten Art, Menge und Preis verwendeter Materialien; die Auslagen sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern,
- eine Auflistung der Gebührensummen nach den jeweiligen Leistungsstufen.

(6) Überschreitet die berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nr. 2 das 1-fache des Gebührensatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für die zahlungspflichtige Person verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. Soweit im Falle einer abweichenden Vereinbarung nach § 4 auch ohne die getroffene Vereinbarung ein Überschreiten der in Satz 1 genannten Steigerungssätze gerechtfertigt gewesen wäre, ist das Überschreiten auf Verlangen der Zahlungspflichtigen schriftlich zu begründen.

(7) Bei Auslagen nach Absatz 2 Nr. 5 ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen. Wurden zahntechnische Leistungen in Auftrag gegeben, ist eine den Erfordernissen des Absatzes 4 Nr. 5 entsprechende Rechnung des Dentallabors beizufügen; insoweit genügt es, in der Rechnung der zahnmedizinischen Fachperson den Gesamtbetrag für diese Leistungen anzugeben.

(8) Wird eine Leistung nach § 6 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen entsprechend der vorläufigen Liste der Bundeszahnärztekammer zu beschreiben.

(9) Die Übermittlung von Daten an eine/n Dritte/n zum Zwecke der Abrechnung ist nur zulässig, wenn der/die Betroffene gegenüber der zahnmedizinischen Fachperson in die Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Daten schriftlich eingewilligt und die zahnmedizinische Fachperson insoweit schriftlich von ihrer Schweigepflicht entbunden hat.

(10) Die Erstattung wird fällig, wenn dem Versicherer eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung nach der Anlage 2 übermittelt worden ist.

(11) Als Erstattung stehen Versicherten Gelder für zahnmedizinische Leistungen, Materialkosten und Auslagen zu nach in ihrem Versicherungsvertrag festgelegter Leistungsstufe und festgelegtem Faktorbereich. Auf Verlangen der Zahlungspflichtigen ist die Erstattung im Einzelnen zu begründen.

(12) Neue Leistungen nach § 6 Absatz 3 erstattungspflichtig ab dem Tag ihrer Aufnahme in die Liste der Leistungen in Prüfung.

plan anzubieten. Dort ist die Regelung jedoch so weit weg, dass man sie übersehen kann. So können Praxen ihr Recht auf Zahlung ihrer Rechnung verwirken. Eine Aufnahme in die Gebührenordnung soll das verhindern. Zugleich wird hier geregelt, dass die **anzubietenden Heil- und Kostenpläne für den Empfänger kostenpflichtig** sind, das muss auch für durchgereichte Kosten wie zahntechnische Kostenvoranschläge gelten.

Zu 3: Bisher waren die praxisrelevanten Regelungen u.a. zu Verlangensleistungen auf mehrere Paragraphen verteilt. Da sich jedoch Heil- und Kostenpläne auf der einen Seite und Rechnungen auf der anderen sehr ähneln – warum sollte man das an unterschiedlicher Stelle regeln?

Zu 5: Neu an der Auflistung der in Heil- und Kostenplan und Rechnung enthaltenen Informationen ist eine **Tabelle, die Auskunft darüber gibt, in welchen Faktorbereichen und Leistungsstufen welche Kosten entstehen**. Diese kleine Tabelle mit 4 Spalten und 3 – 10 Zeilen gibt Versicherten, die ihre versicherte Leistungsstufe kennen, in Sekunden einen Überblick über zu erwartende Erstattungen.

Zu 8: Statt für heutige Analogleistungen selbst Text, Vergleichsziffer und Gebührenhöhe zusammensuchen, wird hier lediglich festgelegt, dass neue und vorläufig genehmigte Leistungen dem Inhalt der aktuellen Tabelle entsprechen müssen.

Die Absätze 10 bis 12 regeln sodann, dass analog zum Zahnarzt-Patienten-Verhältnis **auch im Patienten-Versicherer-Verhältnis mit Vorlage der Rechnung die Zahlung fällig wird.**

**Versicherer werden hier außerdem verpflichtet, im entsprechenden Leistungslevel zu erstatten** und zwar **auch für Leistungen nach § 6 eGOZ**, solche Leistungen also, die im Prüfverfahren zur Aufnahme in die Gebührenordnung sind.

Denn alle Seiten sollten an einer schnellen Einführung moderner Leistungen interessiert sein, Versicherte sollten aber nicht länger diejenigen sein, die in der Warteperiode die Suppe auslöffeln müssen – so nutzt es auch nichts mehr, Zahnarztpraxen ins Zwielicht zu stellen für zeitgemäße Verfahren.

#### § 8 – Regelung bei Uneinigkeit

Wer möchte schon gleich klagen oder mit dem Anwalt kommen? Häufig fühlen sich Versicherte von ihren Kostenerstatern übervorteilt, Zahnarztpraxen werden bombardiert mit „das darf man so nicht aberechnen“ – Briefen und dem Anliegen, dass für Versicherte kein Eigenanteil überbleiben dürfe.

Bei bloßer Uneinigkeit über die Abrechnung von Leistungen wurde in anderen Gebieten schon lange ein Gutachterverfahren eingeführt. **Nichts liegt näher, als bei Streitigkeiten unabhängige Gutachter oder Gremien einzuschalten.** Dies sollte für zahnmedizinische wie auch versicherungstechnische Fragen gelten.

Die **dabei entstehende Kostenaufteilung je nach Ausgang würde eine Beruhigung im Abrechnungsmarkt herbeiführen** und zunehmend für Rechtssicherheit sorgen.

#### § 8 – Begutachtung

(1) Besteht über die Korrektheit der Leistungs- oder der Erstattungsabrechnung Uneinigkeit, so kann im Auftrag eines oder beider Vertragspartner ein unabhängiges Gutachterverfahren durchgeführt werden.

(2) Für die Beurteilung vorwiegend medizinischer Fragen benennen die Landeszahnärztekammern unabhängige zahnärztliche Gutachter, für versicherungsrechtliche Fragen die Bundesaufsicht für Finanzdienstleister unabhängige Gutachter, die den Sachverhalt untersuchen und beurteilen. Der Rechtsweg bleibt offen.

(3) Die Honorierung der Gutachter richtet sich nach JVEG, der Schwierigkeitsgrad wird von der Zahnärztekammer oder der BaFin festgelegt. Die Kosten werden im Verhältnis der Gutachterentscheidung unter den Parteien zwischen denen Uneinigkeit besteht, aufgeteilt.

#### Fazit

„Wunschdenken,“ wird mancher sagen, sei dies alles. Es erhebt – wie gesagt – nicht den Anspruch auf Perfektion.

**Wer es meint, besser zu wissen, besser zu können: BITTE: MACHEN SIE ES BESSER!** Stellen Sie ein alternatives komplettes Konzept zusammen, das die Gebühren für Zahnmedizin besser abbildet. Es wird zu unser aller Nutzen sein, ich danke schon jetzt dafür.

**Die Zahnmedizin in Deutschland, in der der Nachwuchs die Investitionskosten nicht mehr aufbringen kann und statt der Freiheit in die Abhängigkeit wählt, braucht das dringend.**

#### Das schulden die Alten den Jungen!

Im nächsten PZVD-Brief folgt Teil 4: „der Leistungskatalog – der Legokasten für die Zahnarztpraxis“. Wir freuen uns auf Ihre Anregungen, Ihre Kritik und auf das Ende der Diskutiererei über eine „Zweiklassenmedizin“!

# DGÄZ – AKTUELL



Deutsche Gesellschaft für  
Ästhetische Zahnmedizin  
e.V.

**DGÄZ**

Prof. Dr. mult. Robert Sader, Präsident



Liebe PZVD'lerinnen und PZVD'ler,

ein „Gespenst geht um in Deutschland“ und große Unruhe macht sich immer mehr in der deutschen Zahnärzteschaft breit, so viel passiert im Moment berufs- und gesundheitspolitisch. Private Investoren aus dem In- und Ausland haben einen neuen Markt für sich entdeckt und beginnen massenweise (nicht nur) deutsche Zahnarztpraxen aufzukaufen. Neben bekannten Investoren, wie der Jacobs-Gruppe mit ihrem Netzwerk „Collosum“ stehen auch internationale, vor allem auch englische oder arabische Geldgeber, sogar aus Qatar bereit und investieren kräftig. Das Praxisnetz „Acura“ ist so ein Beispiel, das neben vielen alteingesessenen kleinen Praxen, jetzt auch renommierte Praxen mit deutschlandweit bekannten Namen aufkauft. Das Ziel ist klar definiert: Während in Deutschland inzwischen zwar nur ca. 2% der zahnärztlichen Versorgung in solchen Praxisketten analog unseren Zahnmedizinischen Versorgungszentren stattfindet, sind das in Holland und in Italien bereits 5%, in Spanien 7% und in England sogar bereits 15%; Tendenz stark steigend.

Solche schnell expandierenden Praxisketten verändern natürlich die Versorgungslandschaft zusehends und bringen für alle Beteiligten Nach- aber auch Vorteile mit sich, je nachdem Blickwinkel, aus dem man das ganze sieht. Auf der einen Seite steht die junge Generation, vor allem weiblichen Geschlechts, die in behüteten Angestelltenverhältnissen, oft in Teilzeit arbeiten will. Die gute alte Einzelpraxis, getragen von einem ausgeprägten Unternehmergeist, interessiert sie nicht mehr, und solche alten Praxisstrukturen können heutzutage auch gar nicht mehr übergeben bzw. weiterverkauft werden. Stattdessen wollen sich die jungen Zahnärztinnen spezialisieren und erhöhen damit natürlich auf der einen Seite die Versorgungsqualität für die Patienten. Andererseits führt die Spezialisierung und der Verlust eines Generalisten zu ethischen Schnittstellenproblemen,

es fehlt an der Kompetenz, ein patientenindividuelles ganzheitliches Behandlungskonzept aufzustellen und darauf basierend die Behandlung zu organisieren, statt dies nur aus der Sicht einer Teilspezialisierung zu tun. Ganz bewusst hat die DGÄZ deshalb diese ethische Fragestellung in die ADEE-Association for Dental Education in Europe eingebracht und leitet hier eine Special Interest Group die sich mit den notwendigen Lösungskonzepten, die bereits bei der Ausbildung vermittelt werden müssen, beschäftigt. Wie sieht da die zukünftige Struktur der zahnärztlichen Ausbildung und der anschließenden Praxistätigkeit aus und welche Konsequenzen hat dies generell für die Weiterbildung?

Da Angestelltengehälter in der Regel deutlich niedriger liegen als das Unternehmergehalt, wird dies natürlich ökonomisch für einen Betreiber solcher Zahnärztlicher MVZs interessant. Und durch Ressourcenoptimierung, seien dies Bestellwesen mit Großrabatten oder zentrale Dienstleistungen wie Röntgen, Hygiene, Abrechnung oder Zahntechnik lässt sich weiterer Gewinn erzielen. Gerade letzteres wiederum verändert die Struktur der deutschen zahntechnischen Versorgung, die durch international-basierte Versorgungsstrukturen (siehe chinesische Zahntechniklabore) bereits deutlich angegriffen ist. Zwar haben sich hier auch in den letzten Jahren wachstumsorientierte Grossstrukturen ausgebildet mit Laborketten und hunderten von zuweisenden Zahnärzten. Wenn aber die Zahnarztpraxen jetzt weggekauft werden und dann ihre Arbeiten in das der Praxiskette zugehörige Zahntechnikunternehmen schicken, dann geht den alteingesessenen Laboren wichtiger Umsatz verloren und sie müssen sich entweder auch schnell aufkaufen lassen oder sie geraten an den Rand des wirtschaftlichen Ruins. Die Entwicklung erfolgt hier rasant und das Ergebnis ist nur schwer vorhersehbar. Zwar versucht unsere Berufspolitik hier ein-



zuschreiten, aber ob die „Macht des Marktes“ hier wesentlich gebremst oder in eine andere Richtung gelenkt werden kann, ist fraglich.

Aber nicht nur die Versorgungslandschaft ist im Umbruch. Je mehr an Größe und Einfluss solche Praxisketten gewinnen, desto mehr an Macht gewinnen sie gegenüber den Krankenkassen. In der Medizin schließen die Krankenhäuser auch im ambulanten Bereich bereits ihre Versorgungsbudgets direkt mit den Krankenkassen ab. Wenn dies in der Zahnmedizin auch beginnen sollte, dass Großketten direkt mit den Kassen verhandeln, dann müssen die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bangen.

Und zuletzt bleibt natürlich die Frage, inwieweit diese Veränderungen die Wissenschaft und die Hochschulen beeinflussen wird. In der Wissenschaft wird ganz sicher die Bedeutung der Versorgungsforschung zunehmen, ein Trend, der bereits begonnen hat und dem sich immer mehr wissenschaftliche Gesellschaften stellen.

Wichtiger wird aber sein, ob und wie die Hochschulen auf diese Entwicklungen im Versorgungsmarkt reagieren. Immer weniger Patienten werden an die Universitätszahnkliniken überwiesen und unsere Studierenden stehen immer öfter während ihrer Behandlungskurse vor leeren Behandlungstühlen. An vielen Universitäten kann ein Studierender ja noch nicht mal mehr einen einzigen Zahn ziehen. Wie sollen und können und müssen wir damit umgehen? Finden wir Wege, wieder mehr Patienten an die Universitätszahnkliniken zu bekommen, bzw. frage aufs Herz: Wieviele Patienten haben Sie je für eine konservierende oder prothetische Versorgung an eine Zahnklinik überwiesen? Müssen die Zahnkliniken deshalb ebenfalls beginnen, Werbung zu machen und mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen um Patienten zu buhlen? Ansonsten ist zu befürchten, dass der deutsche Zahnmedizinierende genauso wie z.B. in Italien keinen Patienten mehr im Studium sieht und nur noch an Phantomköpfen ausgebildet wird. Wollen wir das und welche Konsequenzen hätte dies für die Weiterbildung des Berufsanfängers? Kann der Druck nach Spezialisierung, zumindest

in Teilbereichen im Zahnmedizinstudium umgesetzt werden oder müssen hier die Bundeszahnärztekammer und die nachgeordneten Landes Zahnärztekammern reagieren und Lösungsmöglichkeiten postgradual durch strukturierte Weiterbildungsangebote schaffen?

Und in dieser extremen Phase der Zukunftsverunsicherung, ja der Zukunftsangst ist aktuell anzunehmen, dass die Politik die seit langem von uns angestrebte geforderte Novellierung der Zahnärztlichen Approbationsordnung ablehnt und nach eigenem Gutdünken (wie es in der Medizin aktuell geschieht) uns etwas Neues aufindoktriniert. Wenn Sie diesen Text lesen, dann hat der Deutsche Bundesrat vermutlich seine Entscheidung inzwischen gefällt, und vermutlich hat er die vorliegende Novellierungsfassung unserer Approbationsordnung, die alle zahnmedizinischen Fachgesellschaften über viele Jahre entwickelt und konsentiert haben, abgelehnt. Wie sieht da unsere Zukunft aus?

Viele, viele Fragen stehen da im Raum und sehr große Unsicherheit herrscht allerorts. Wir kennen die Antworten noch nicht, aber eines ist für mich sicher: Wenn die deutsche Zahnmedizin versucht, solche Prozesse einfach nur zu blockieren, ohne konstruktiv auf sich anbahnende Veränderungen zu reagieren und mitzuarbeiten, wird sie unter dem Strich nur verlieren. Wir müssen es sein, die der Politik Antworten liefert auf die vielen aufgeworfenen Fragen. Sonst nehmen uns andere diesen Job ab und vermutlich nicht zu unserem Vorteil. Und aufgrund der engen Verzahnung der Bereiche Hochschule in Forschung und Lehre, Weiterbildung und Patientenversorgung bei nahezu allen angesprochenen Problemen müssen Wissenschaft und Berufspolitik noch enger zusammenarbeiten als wie bisher, so wie die DGÄZ und die PZVD es bereits von Beginn an in ihrer Kooperation realisiert haben.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr

Robert Sader





# Praxisauflösung – ZMVZ als Rettungsinsel

## Leserbrief

Nach 33 Jahren Tätigkeit in eigener Praxis reicht es mir mit der Bürokratie!

Statt als Zahnarzt für Menschen da zu sein, bin ich gefühlt ein Zirkusdirektor bürokratischer Auflagen und Probleme geworden.

Geschätzte 100 Auflagen mit Aufpassern, die die Umsetzung kontrollieren:

Berufsgenossenschaft, Gewerbeaufsichtsamt, Gesundheitsamt, KZV, Finanzamt, nun noch das Amt für Datenschutz...

Sie alle mit ihren Anforderungen an lückenlose Dokumentation sind zu viel, um von einer Einzelpraxis gestemmt zu werden.

Was Kollege Vongerichten in der ZM 14/2018, S. 8-9 so trefflich beschrieben hat, kann ich nur unterstreichen.

Ich liebe meinen Beruf, aber meine Lebensfreude ist durch diese kräftezehrende und sinnentleerte Bürokratie aufgebraucht. Dieser Zeitfresser sorgt mit seinem unüberschaubaren, sich ständig verändernden, juristisch nicht immer verständlichen Wesen für eine gute Grundlage zum Burnout.

Will ich mir das antun? Will ich wirklich trotz 10 jähriger Zertifizierung, nur die Hälfte meiner Arbeitszeit meinen PatientInnen zukommen lassen? Nein!

Neue Fachangestellte sind für bürokratische Aufgaben nicht mehr zu gewinnen, denn ihren Berufsraum, Menschen zu helfen, können sie nicht darin erkennen.

Wer ausgezehrt ist, keine Energie mehr besitzt, um neben seinem anwachsenden Patientenstamm auch noch stetig anwachsenden Auflagen gerecht zu werden, muss neue Wege gehen.

Für mich habe ich einen Ausweg gefunden: ich werde zukünftig die Bürokratie in einem, in meiner Nähe entstehendem ZMVZ organisieren lassen, meine Einzelpraxis löse ich auf.

Das ist doch notwendige Konsequenz: der bürokratische Wahnsinn ist für viele KollegInnen nur unwesentlich größer als für Einzelkämpfer. Und in einem MVZ wird er auch noch auf mehr Schultern verteilt.

Ich gebe meine Selbstständigkeit in meiner Einzelpraxis auf, um weniger Bürokratie zu erleiden.



Wie sagte Ulla Schmidt: „Es muss endlich Schluss sein mit der Ideologie der Freiberuflichkeit“. – Ihre Nachfolger und die Erfolglosigkeit unserer Standespolitik haben es nun bald geschafft!

Unsere Standespolitiker schimpfen über ZMVZ als Versorgungsform.

Ich sage: das ist der falsche Adressat!

Unsere Standespolitiker sollten endlich aufwachen!

Die Attraktivität der Einzelpraxis sollte wieder hergestellt werden.

Sie wird erstickt durch nutzlose und überzogene Auflagen. Ärztliche Verantwortung ist aber nicht durch Schreibearbeit zu ersetzen!

Liebe Kollegin/en, wir müssen uns lautstark zu Wort melden, bis bei den Politikern ankommt, dass durch Auflagen keine Zahnschmerzen beseitigt werden.

Es werden sich immer weniger Menschen für einen Beruf entscheiden, der gegängelt und verbürokratisiert wird, obwohl es lange schon keinen Grund mehr gibt zum Neid.

Zahnärzte und Zahnärztinnen müssen außerdem wieder frei mit ihren Patienten Therapien wählen können, ohne dass eine Versicherung Einfluss auf diese nimmt.

Diese muss nicht alles bezahlen oder erstatten aber uns zu bevormunden geht gar nicht!

In der Zahnmedizin braucht es wieder ein sinnvolles Verhältnis von Aufwand und Nutzen!

Zum Abschluss:

Wir sind keine Kostenverursacher, dann schon eher Dienstleister.

Aber in erster Linie sind wir Zahnärzte, die sich dem Patienten verpflichtet fühlen und den Wunsch haben, ihre Patienten frei von Sachzwängen beraten zu können.

Wenn wieder sinnvolle Rahmenbedingungen bestehen, werden Einzelpraxen neu gegründet werden. Dann besteht zu den ZMVZ's eine gute Alternative. Heute nicht!

*Der Vorstand des PZVD e.V. kennt den/die VerfasserIn persönlich, diese/r möchte aber anonym bleiben.*

GUT AUSGEBILDET,

DYNAMISCH, NEUGIERIG –

FRAGEN ZUM

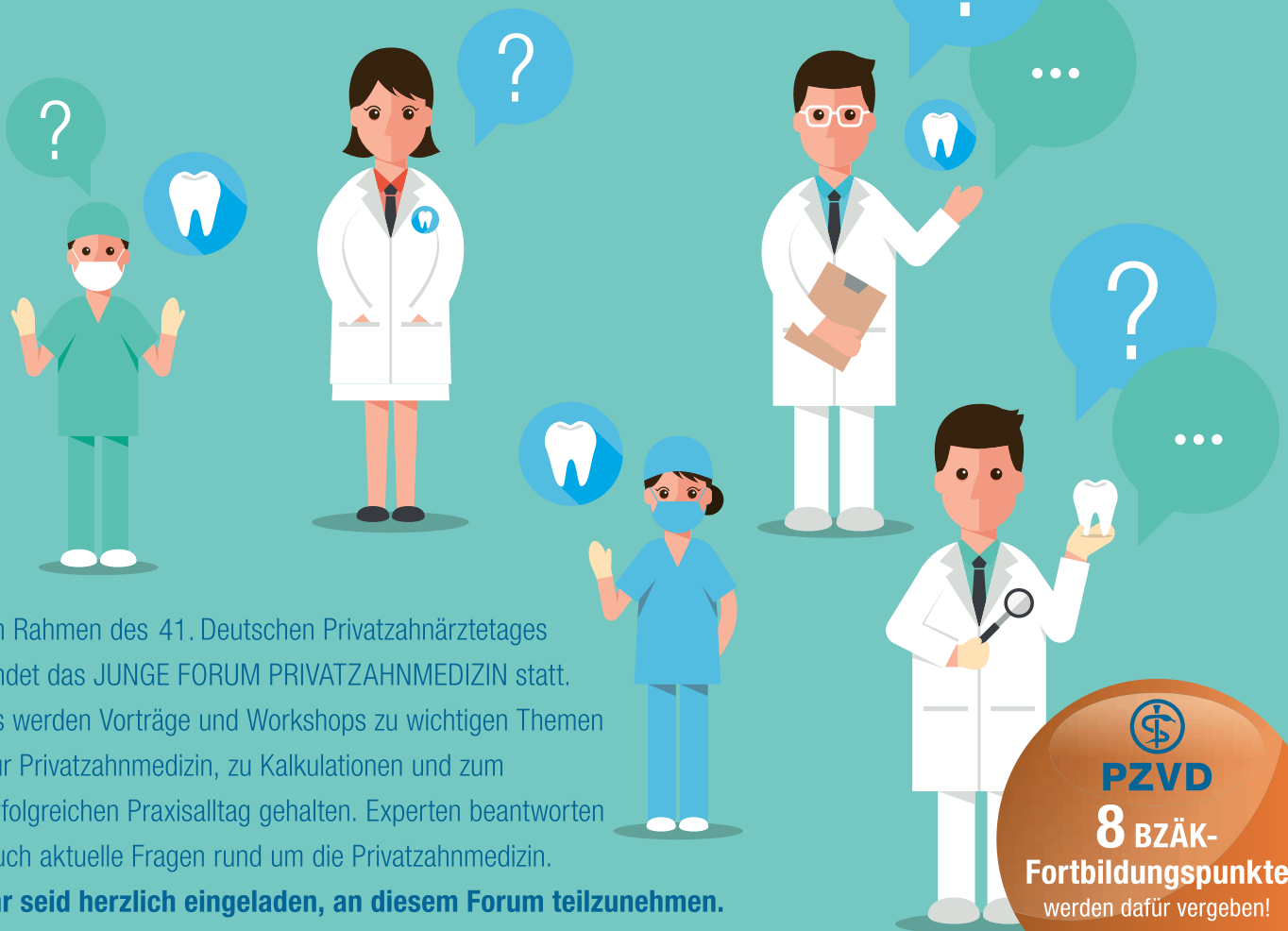
BERUFSEINSTIEG?



**PZVD**

PRIVAT-ZAHNÄRZTLICHE VEREINIGUNG  
DEUTSCHLANDS E.V.

[WWW.PZVD.DE](http://WWW.PZVD.DE)



Im Rahmen des 41. Deutschen Privatzahnärztetages findet das JUNGE FORUM PRIVATZAHNMEDIZIN statt. Es werden Vorträge und Workshops zu wichtigen Themen zur Privatzahnmedizin, zu Kalkulationen und zum erfolgreichen Praxisalltag gehalten. Experten beantworten Euch aktuelle Fragen rund um die Privatzahnmedizin.

**Ihr seid herzlich eingeladen, an diesem Forum teilzunehmen.**

  
**PZVD**  
**8 BZÄK-**  
**Fortbildungspunkte**  
werden dafür vergeben!

WIR GEBEN DIE ANTWORTEN

# JUNGES FORUM PRIVATZAHNMEDIZIN

SAMSTAG, 19. JANUAR 2019 · 8 - 18 UHR · STEIGENBERGER GRANDHOTEL HANDELSHOF · LEIPZIG

VOM KASSENZAHNARZT ZUM „KLASSE“-ZAHNARZT

# »FACTORING?»

**BRAUCH' ICH NICHT!«**

**ZA** [WWW.DIE-ZA.DE](http://WWW.DIE-ZA.DE)

Vorschnelle Einschätzungen wie diese hören wir von Praxisinhabern häufig. Noch öfter hören wir allerdings „Warum habe ich das nicht schon früher gemacht?“. Profitieren auch Sie von 30 Jahren Abrechnungs-Expertise, individuell zugeschnittenen Produkten und Services sowie bester Beratung.

**JETZT ÜBER FACTORING INFORMIEREN AUF  
[WWW.DIE-ZA.DE](http://WWW.DIE-ZA.DE)**