



In puncto Abrechnung

GOZ mit Pfiff
Das Beste von Dr. Esser

Peter H. G. Esser

In puncto Abrechnung

D Z W P R A X I S W I S S E N

In puncto Abrechnung

GOZ mit Pfiff – Das Beste von Dr. Esser

Peter H. G. Esser



Alle Rechte vorbehalten • Nachdruck, auch auszugsweise, verboten

Lektorat: Nora Tichy, Herne

Layout/Satz: Denise Torma, Herne

Abbildung Titelcover: shutterstock 680587756-AlexLMX-T

Druck: Rehms Druck GmbH, Borken

© Zahnärztlicher Fach-Verlag (zfv), Herne 2017

Hrsg. v. der Redaktion Die ZahnarztWoche

Bestell-Nr. 676761 • ISBN 978-3-944259-75-8

Vorwort	9
---------------	---

I. Einleitung

1. Intelligenz auf allen Seiten	11
2. Was Beihilfe, Post und PKV häufig monierten oder verweigerten	14
3. Zwei „PKV-Shooting-Stars“ in der Beanstandungsbilanz 2015	18
4. Von Ä1 und mehr – Beratungsleistungen richtig abrechnen	22
5. Wenn eine private Versicherung vom Zahnarzt Auskünfte möchte.	25
6. Wie weit der Zahnarzt Auskunft geben darf und muss	28
7. Alle meine Begründungen werden von der Beihilfe verworfen	32
8. Begründungen immer noch verworfen: was ist jetzt noch falsch?	35
9. Erstattungsverweigerung, Erstattungskürzung – im Vorwege oder bei Rechnungsvorlage .	38

II. Gebühren für zahnärztliche Leistungen

A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen

1. Bei der 0010 ist das Begründen eines höheren Steigungsfaktors nicht einfach	41
2. Es geht mehr als nur die 0010 GOZ „Eingehende Untersuchung“	43

B. Prophylaktische Leistungen

1. Professionelle Zahnreinigung (PZR) ist keine Maßnahme eines „IGeL“-Katalogs	46
2. Dreimal lautes Wiehern des Amtsschimmels	49
3. „Full-Mouth-Disinfection“ – eine oder wie viel Leistung?	52
4. „Mundraum- Spüldesinfektion“ oder „Full-Mouth-Disinfection“ (FMD)	56

C. Konservierende Leistungen

1. Auf die Begründung kommt es an	59
2. Antimikrobielle photodynamische Therapie mit Full-Mouth-Disinfection	62
3. Verwirrspiel mit Kollateralschaden	66
4. Berechnung der privaten Wurzelbehandlung: präendodontische Diagnostik	69
5. Kavumzugang und präendodontischer Aufbau – oder umgekehrt	73
6. Wenn die Aufbereitung stockt – Entfernen von intrakanalären Hindernissen	79
7. Wurzelkanalaufbereitung und Begleitleistungen – alles sauber	83
8. Vor und nach dem Zwischenverschluss – Spülungen und medikamentöse Einlagen	87
9. Alles dicht- Verschluss von Perforation, offenem Apex und Wurzelkanalfüllung/-teilfüllung	91
10. Alles fertig – adhäsive Wurzelkanalfüllung, definitiver Verschluss, „postendodontischer“ Aufbau	95
11. Postendodontische Diagnostik – klinisch und mit Hilfsmitteln	99
12. Bunter Sommerstrauß von GOZ-Fehlern	102
13. Restaurationen in Adhäsivtechnik zu hoch oder konventionelle Restaurationen zu niedrig bewertet?	105

14.	Der Nebel um Kompositrestaurationen mit adhäsiver Befestigung lichtet sich	108
15.	Kompositrestaurationen – Honorierung oder Berechnung	110
16.	GOZ-Nummer 2270 – nur direkt oder auch laborgefertigt?	113
17.	Doppelpass, Antäuschen und Dribbeln – und dann serienweise Eigentore	116
18.	Doppelpass – Fallrückzieher – und Ausgang wie beim Hornberger Schießen.	120
19.	Endo-Behandlungen im Spagat zwischen BEMA und GOZ	123
20.	Streitfrage. Keine 2390 (Trepanation) neben 2410 GOZ (Wurzelkanalaufbereitung).	127
21.	Nebeneinanderberechnung der Nr. 2080 und 2197 GOZ abgelehnt – fehlerhafte Faktendarstellung.	131
22.	Gericht setzt sich intensiv mit zahnmedizinisch-fachlichen Fragen auseinander	136
23.	Zwei hochinstanzliche Verwaltungsgerichtsurteile – und nun ist „Ruhe im Karton“	140
24.	Verblockung dentinadhäsiv im Sinne eines Konditionierens?	143

D. Chirurgische Leistungen

1.	Vestibulumplastik nach GOZ und Vestibulumplastik nach GOÄ.	146
2.	Nähte oder Klammern entfernen neben Nachbehandlungsleistungen in der GOZ.	150
3.	Nachbehandlungsbedürftiger Beschluss zur Nachbehandlung	153

E. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut

1.	Ins rechte Bild gesetzt – Fotodokumentation	157
2.	Parodontitis Markerkeime – „Chairside-Schnelltests“ mit neuer Technologie.	160
3.	Extrusionstherapie zum Erhalt stark zerstörter oder quer fakturierter Zähne.	163
4.	Grundsätzliche Fragestellung der Berechnung von biologischen Membranen	165

F. Prothetische Leistungen

1.	Immer wieder Ärger mit direkt hergestellten Provisionen	168
2.	„Neuversorgung“ mit einer Teilprothese unter Verwendung des Altgerüsts	171
3.	Einarbeiten einer Metallbasis in eine Voll- oder Deckprothese (Coverdenture).	175
4.	Wenn das Provisorium „wieder eingegliedert“ oder repariert werden muss	179
5.	Individueller Löffel ohne individuelle Kieferanatomie ist berechnungsfähig	182
6.	Jeder kennt die Schwierigkeiten bei Vollverblendung	185

G. Kieferorthopädische Leistungen

1.	Neue „Spielwiese“ mit hohem Lerneffekt	188
----	--	-----

H. Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen

1.	Wenn im ablehnenden Beihilfebescheid beiläufig eine Straftat unterstellt wird.	191
----	--	-----

J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

1.	Struktur und Abfolge der Befundung im CMD-Umfeld	194
----	--	-----

K. Implantologische Leistungen

1. Hartnäckiges intraorales Hautlappenleiden 198
2. Vielfalt implantologischer Schablonen und Vervielfachung der Erstatteereinwände 201
3. Grundsätzliche Fragestellungen der Berechnung von Kollagenmembranen 206
4. Stil- oder Scheinblüten im dentalen Blütenwald. 209
5. Die Logik bleibt auf der Strecke 212
6. Knochenimplantation und Bonesplitting – Berechnung 9090 neben 9130. 216

L. Zuschläge

1. Behandlungstag und Sitzung – eine „GOZ-Ente“ aufgestöbert. 219

III. GOÄ-Leistungen

1. Schwieriges intraorales Hautlappenleiden oder Spalthautkrankheit (Schizokutie) 221
2. DVT nach Ä5370 – ohne oder mit 3-D-Rekonstruktion der Daten nach Ä5377 224
3. Ä321, Ä370 und Ä5260 plus Ä5298 – „für das Aufbereiten des Wurzelkanals“? 228
4. Der neue, nicht angemeldete „Schmerzpatient“ 231
5. Der neue, angemeldete Patient mit Beschwerden – auch im Vertetungs-/Notdienst. 235
6. Der neue, angemeldete Patient ohne Beschwerden – zur Routineuntersuchung auf oder mit Sanierungswunsch 239
7. Der Stammpatient als „neuer“ Patient 242
8. Erstuntersuchung und Desensibilisierungssitzung – das Kind als neuer Patient 246
9. Ä6 „vollständige Untersuchung“ GOÄ und 0010 GOZ. 250
10. Wann und wie oft kommt die Nr. Ä5 „symptombezogene Untersuchung“ in Betracht? 253
11. GOÄ und GOZ- die hochkomplizierte Ziffer Ä3 257
12. Kurze Bescheinigung, längere Missstimmung – Berechnung der Ä70 260
13. Im Praxisalltag ist die „Aufwachbetreuung“ wichtig. 263

IV. Paragraphen**§1. Zahnmedizinische Notwendigkeit**

1. Intraligamentäre Anästhesie (ILA) indiziert, durchgeführt und vergütet. 266

§2. (2) Vereinbarung der Gebührenhöhe

1. Raus aus der oder rein in die GOZ-Falle – bei Vereinbarung nach Paragraph 2 (1,2) GOZ 270
2. Die Erstatte nicht zu repressiven Verhalten einladen 274

§2 (3) Vereinbarung von Verlangensleistungen i. S. (2) GOZ

1. Präimplantäre Extrusionstherapie zum Alveolenmanagement. 274
2. Verlangte Analogleistung oder analoge Verlangensleistung. 279

§4. (2) Abgeltung Leistungsbestandteil

1. Trio Osseo – Das Zusammenspiel dreier „Zielleistungen“ des Knochenmanagements 282

§4. (3) GOZ Verbrauchsmaterialberechnung (inkl. § 10 GOÄ)

1. Anforderungen an Laborrechnungen für Markerkeim-Bestimmungen 287

§6 (1) Analogleistungen (§10 Abs. 4 Analogberechnung)

1. „Mesostruktur oder Mesokonstruktion auf Implantaten: Analogleistung?“ 291
2. Für „Entfernung vorhandenen Wurzelfüllmaterials“ ist eine Analogberechnung
möglich 294
3. Dauerhaft bakteriendichte Hohlraumversiegelung eines Implantats 297
4. Präendodontische Aufbauten bei GKV-Patienten berechnen 300

§9 Material- und Laborkosten

1. Eintrag ins Dental-Buch der Negativrekorde angestrebt? 303
2. GOZettiges Allerlei – täglich aufgetischt 306
3. Kein Kalkulationsverbot für Zahntechnik und zahntechnische Materialien
im Praxislabor 309

§10 (1,2) Rechnungslegung

1. Elektronische Datenverarbeitung und vollautomatisierte Begründungsprüfung 312

Vorwort zur 4. Auflage

Liebe Leser,

Sie haben so ca. hundert Artikel in Händen, die ich für die DZW in den Jahren 2015 und 2016 geschrieben habe. Einige Beiträge bringen mich beim erneuten Lesen wieder zum Schmunzeln: Sie zu verfassen hat mir erkennbar Freude gemacht.

Es gibt aber in der vorliegenden Zusammenstellung Beiträge, die selbst ich langsam oder stellenweise zweimal lesen muss, um alles wieder nachvollziehen zu können. Das sind meist Ausarbeitungen zu problematischen Themen, zu denen dringend Abklärung gefragt war. Da sind erstmalige Feststellungen darunter zu Themen, zu denen sich Keiner äußern mochte. Zuweilen stehen dann viele Stunden Vorarbeit und oft auch fachlicher oder juristischer Abstimmung dahinter.

Aber wenn ich später feststelle, dass solche Ausarbeitungen zu Grundlagen der Kommentierung geworden sind, hat die ganze Mühe Sinn gemacht.

Wenn ich die Vielfalt der Themen durchblättere, die in den letzten zwei Jahren von mir behandelt wurden, und dazu die Themenüberschriften seit der GOZ-Novelle 2012, dann kommt mir in den Sinn, dass es einige gute Kommentierungen der GOZ gibt, aber etwas Wichtiges fehlt: Es fehlt eine alltagstaugliche Gebrauchsanleitung der privaten Gebührenordnungen – mit stetem Seitenblick auf die gesetzliche Krankenversicherung – die der Fachkraft und dem Zahnarzt praktische Hilfestellung gibt:

- Es wird eine Menge falsch gemacht, weil die Regeln nicht anwendbar vermittelt worden sind.
- Es wird Einiges ungeschickt gehandhabt, weil es nirgendwo besser gezeigt wird.
- Und es wird zu selten tatsächlich und dann auch noch zutreffend kalkuliert, weil Eckwerte unbekannt sind.
- Dazu gehört schließlich eine „Vereinbarungskultur“, die aufgebaut und in der Praxis fest verankert werden sollte.

Ich werde also – solange es mir Spaß macht und Sie es lesen wollen – weiterhin in der DZW erscheinen, vielleicht bis zur Folge 500? Ich werde wieder Basis- und Aufbaukurse zur GOZ/GOÄ für den Praxisalltag anbieten.

Ich wünsche mir dann mit den daraus gewonnenen zusätzlichen Erkenntnissen, die Zeit und die Kraft zu finden, ein Grundlagenwerk zur Anwendung der privaten Gebührenordnungen zu schaffen. Natürlich mit Formularen, Beispielen, Reaktionsvorschlägen, Kalkulationsgrundlagen, Ablaufschemata etc. – also ein sachlich-vergnügendes „GOZ-Kochbuch“.

Sie sehen, liebe Leser, auch Autoren haben ihre Träume.

Also viel Spaß und wertvolle Erkenntnisse beim Lesen von „In puncto Abrechnung“ wünscht Ihnen

Peter H. G. Esser

Danksagung:

Dr. Peter Esser bedankt sich ganz herzlich bei der „ZA - Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft eG“ in Düsseldorf für die regelmäßige Überlassung von wertvollen statistischen Daten und Informationen, natürlich anonymisiert, dennoch stets topaktuell. Er wird weiterhin freiberuflich die berufsständische ZA eG in GOZ-Fragen nach Kräften beraten.

I. Einleitung

1. Intelligenz auf allen Seiten

Sechs Jahre wöchentliche DZW-Beiträge zum Abrechnungsgeschehen mit Schwerpunkt Privatbehandlung und Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bilden als aufgeschichtete Einzelblätter einen Stapel von knapp zehn Zentimeter Höhe. Also viel zu wenig, um umzukippen – der Stapel, nicht der Autor. Der wurde inzwischen älter und abgeklärter, viel ruhiger und lässt sich durch nichts mehr erschüttern.

Ein derartiges „Klein-Jubiläum“ bietet Anlass zur Besinnlichkeit und zur Zwischenbilanz. Mit jahrzehntelangem bundesweitem Einblick in das private Abrechnungsgeschehen in der Zahnmedizin ist zum Beispiel klar: Es wird – mit regionalen Spezialitäten, völlig unterschiedlich und das sowohl bei privaten Krankenversicherungen als auch Beihilfestellen – ziemlich undurchsichtig und anscheinend regellos beanstandet, „was das Zeug hält“. Nur wenn zum Beispiel die Postbeamtenkrankenkasse oder die Beihilfe und die ihr nahestehenden oder eng verbundenen PKV-Unternehmen fast identische Einwände mit fast derselben Unlogik und manchmal sogar denselben Fehlern in Ausdrucksweise und Wortwahl schriftlich vortragen, erkennt man zwar Regeln, fragt sich aber, wer von wem abschreibt, und gerät ins Grübeln: Wird da gespart oder Misswirtschaft betrieben?

„Hanebüchen“, „grotesk“ und „widersinnig“ sind Vokabeln, die zur Pflege eines auf Interessenausgleich gerichteten Umgangs miteinander nicht gebraucht werden sollten und natürlich hier auch nicht – jedenfalls sehr selten – gebraucht wurden. Aber seriös stellt sich das Erstattungs- beziehungsweise Beanstandungsgeschehen auch nicht immer dar.

Rundum-Kritik

Und um nicht einseitig, sondern auch einmal richtig „böse“ zu werden: Es gibt auf der anderen Seite auch von profunder Halb- oder Nichtkenntnis geprägte, höchstwahrscheinlich kaum kontrollierte zahnärztliche Rechnungen, die unverständlich und schon auf den ersten Blick unlogisch sind, zum Teil losgelöst im Raum schweben ohne Beachtung jedweder Paragraphen und Berechnungsbestimmungen. Es wird mitunter irgendetwas in Rechnung gestellt, das selbst der Fachmann nicht zu deuten vermag: Prädestiniert dafür sind die täglichen Neuerfindungen von Analogleistungen, die dann auch noch gegen jede Vernunft und gute Argumente gepflegt und gehegt werden.

Da kommen dann beim Nachkalkulieren anhand des plausiblen Zeit- und Materialeinsatzes für die wahrscheinlich erfolgte Behandlung zum Beispiel in Extremfällen Sitzungszeiten heraus, die kaum ein Patient – außer vielleicht in Narkose – ertragen könnte.

Das Prinzip Hoffnung

Weshalb kommt eigentlich keine Absprache oder Einigung bei bestimmten Streitpunkten zustande? Es gibt die „Beschlüsse des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen“ – zur GOZ-Abrechnung.

II. Gebühren für zahnärztliche Leistungen

A. Allgemeine Leistungen

1. Bei der 0010 ist das Begründen eines höheren Steigerungsfaktors nicht einfach

Wie im letzten Beitrag (DZW 10/15) angekündigt, soll das Aufgreifen von kleinen Problemen bei Privatrechnungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) fortgesetzt werden. Es sollte zunächst eine weitere Originalbegründung, formuliert als „Überdurchschnittlicher Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand wegen umfassender und aufwendiger eingehender Untersuchung“ geprüft werden.

Wer die Darstellung zu den Begründungen in der letzten Ausgabe der DZW nachvollzogen hat, der fragt sich nicht mehr, warum die nachfolgend behandelte Begründung zur Nummer 0010 GOZ mit dem Faktor 3,3-fach ebenfalls so unglücklich wirkt (siehe oben stehenden Ausschnitt). Inhalt der Leistung nach Nummer 0010 ist eine „eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund und Kieferkrankheiten“. Natürlich bedeutet „eingehend“ nicht unbedingt „vollständig“, wie bei der Untersuchung des gesamten stomatognathen Systems nach Nummer 6 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Eingehend ist eine klinische Untersuchung bei Inspektion, Palpation, Auskultation und olfaktorischer (wohl kaum gustatorischer) Prüfung aller erkrankungsrelevanten Bereiche und Aspekte. Die Nummer 0010 GOZ hat zum Inhalt eine „Erkrankungsuntersuchung“ (Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen), die Ä6 eher eine gegebenenfalls routinemäßige – zum Beispiel halbjährliche – vollständige „Gesundheitsuntersuchung“.

Datum	Region	Nr.	Leistungsbeschreibung/ Auslagen	Bgr.	Faktor	Anz.	EUR
05.01.2015		10	eingehende Untersuchung auf ZMK-Erkrankungen	1)	3,3	1	18,56
				
Zwischensumme Honorar:							...
Begründungen (weitere Ausführungen soweit in Spalte Begründungen (Bgr.) Kennzeichen gesetzt wurden):						
1) überdurchschnittlicher Schwierigkeitsgrad und Zeitaufwand wegen umfassender und aufwendiger eingehender Untersuchung							

Tabelle 1

Vor diesem Hintergrund nun ein genauer Blick auf die vom Zahnarzt eingesetzte und vom Ersteller nicht akzeptierte Begründung: Als konkreter Grund für die bemessene Schwierigkeit und den bemessenen Zeitaufwand wird dargestellt, dass die eingehende Untersuchung „umfassend und aufwendig“ war. Dass eine eingehende Untersuchung irgendwie „aufwendig“ sein könnte, erscheint grundsätzlich möglich. Aber die Frage bleibt völlig offen, was mit aufwendig konkret angesprochen wird?

Zeitaufwendig? Das ist bereits mit „überdurchschnittlicher Zeitaufwand“ eingangs im Begründungstext gesagt. Oder soll das heißen, noch aufwendiger als überdurchschnittlich? Das wäre

allerdings überaus umständlich formuliert und insbesondere für zahnmedizinische Laien, für die die Begründung eigentlich gedacht ist, kaum nachvollziehbar. Dann sollte besser gleich die Angabe „weit überdurchschnittlicher“ oder „fast maximaler“ Zeitaufwand „im Vergleich mit dem durchschnittlichen Aufwand“ verwendet werden. Wo liegt dieser durchschnittliche Aufwand? Betriebswirtschaftlich ca. bei dreieinviertel Minuten. Dann läge der bemessene Zeitaufwand wohl ca. 40 Prozent über dem durchschnittlichen. Es kommt noch die bemessene Schwierigkeit hinzu, die nicht simpel aufaddiert wird, da sie für erhöhten Zeitaufwand mitverantwortlich ist, aber dennoch für die Untersuchung belastend wirksam.

Auch da bleibt die abgegebene Begründung im Nebulösen: Die Untersuchung – so sagt sie – sei zudem „umfassend“ gewesen. Diese Angabe spricht keine konkrete Schwierigkeit an, wiederum eher den Zeitaufwand. Zur herangezogenen Schwierigkeit zwecks Bemessen des Faktors wird tatsächlich kein Grund angegeben. Was bleibt? Die Untersuchung ging über eingehend hinaus und war umfassend? Damit wäre eher der zutreffende Ansatz der Ä6 (vollständige Systemuntersuchung) begründet worden.

Fazit: Von der abgegebenen Begründung bleibt bei fokussierter Betrachtung fast nichts übrig, kein konkreter Grund, wenig nachvollziehbares Bemessen.

Apropos „fokussierende Betrachtung“: Sind das nicht zwei überaus fantasievolle Formulierungen aus dem Fundus der Begründungsrequisiten? „Befundevaluation mittels Vergrößerungsoptik“ – original für Betrachtung mit Lupenbrille. Auch genannt „noninvasiv-bildgebende magnifizierende Inspektion“. Damit hat man doch wenigstens jede Menge Stoff für die wahrscheinlich gemäß Paragraph 10 Absatz 3 Satz 2 GOZ daraufhin verlangte „Erläuterung der Begründung“, die übrigens ihrerseits auch „verständlich und nachvollziehbar“ sein muss (Das wird vergnüglich).

Wie lautet nun eine besser formulierte Begründung des 3,3-fachen Faktors zur Untersuchung Nummer 0010? – Das ist schwierig zu sagen, weil ein Außenstehender die konkreten Gründe nicht miterlebt hat. Vielleicht in einem denkbaren Fall so: „Weit überdurchschnittliche Schwierigkeit wegen durchgehender Abwehrhaltung infolge hoher Würgebereitschaft und ca. 40 Prozent höherer Zeitaufwand im Vergleich mit dem durchschnittlichen wegen multipler Einzelbefunde in den Bereichen Parodontologie und konservierende Zahnheilkunde bei funktionsgestörtem Kauorgan“. Das ist eher eine Begründung für einen Faktor oberhalb 3,5? Das kann man so sehen, aber mehr als 3,5-fach müsste vor Beginn der Untersuchung schriftlich vereinbart werden.

Hier eine Alternative: Zuerst eine Kurzuntersuchung (Ä5, ca. drei Minuten) und erste Hygieneunterweisungen vornehmen und dann die bereits vorbereitete Vereinbarung eines umfassenden Rundum-Untersuchungstermins mit Einsatz aller individuell nötigen diagnostischen Hilfsmittel mit dem Patienten treffen. Bei diesem Termin folgt dann die besondere Beratung, natürlich eine mehr als „eingehende“. Dazu ist später im Jahr eine eigene Artikelserie in der DZW geplant. Dr. Peter Esser, Simmerath (wird fortgesetzt) Klick – so sicher und brillant geht Bildqualität Anzeige

III. GOÄ-Leistungen

1. Schwieriges intraorales Hautlappenleiden oder Spalthautkrankheit (Schizokutie)

In der Ausgabe 4/15 der DZW wurde über eine offiziell gedachte Verlautbarung der Zahnärzteschaft zur Nummer 2381 „einfache Hautlappenplastik“ der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berichtet. Die war allerdings intraoral mutiert in eine „Wundverschluss-Schleimhautplastik ohne Periostschlitzung“. Doch dann wurde zur allseitigen Überraschung erkannt, dass es diese gefällig erscheinende Neuleistung, ausgestattet mit immerhin 370 Punkten, bereits in der für Zahnärzte vorrangigen Gebührenordnung GOZ gibt. Dort nennt sich die Leistung nach Nummer 3100 GOZ etwas ausgedehnter „plastische Deckung im Rahmen einer Wundversorgung einschließlich einer Periostschlitzung“ und ist nur mit 270 Punkten ausgestattet.

Sieh da: Mehr Inhalt für weniger Geld! Daher weht also der Wind ins Gesicht. Gut, dass man darauf hinweisen kann, wenn es nicht nur um Wundverschluss geht, sondern auch gleichzeitig um eine maximal zwei Zähne breite Vestibulumplastik – mit welcher Technik auch immer – oder um eine Gingiva-Verbreiterungsplastik, dann kommt die Nummer 3240 GOZ zum Zuge mit 550 Punkten. In Reserve bereit steht dann unter anderem noch die „partielle (aber über zwei Zähne breite) Vestibulumplastik“ nach Ä2675 mit stolzen 850 Punkten. Da muss man auf den konkreten Einzelfall schauen, jedoch im Hinterkopf behalten, dass intraoral stets eine Schleimhautplastik und keine Hautplastik stattfindet.

Ä2382 mit 739 Punkten

Jetzt kommt die bereits im vorhergehenden Beitrag zitierte offizielle Verlautbarung triumphierend zu Wort und sagt klar und deutlich: „Unter der Gebührenziffer 2382 GOÄ ist die schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation verzeichnet. In der Medizin sind von diesen Maßnahmen auch große Areale betroffen, in der Zahnmedizin sind die Eingriffe in der Mundhöhle durch die eingeschränkte Zugänglichkeit auch bei geringer Ausdehnung oft sehr zeitaufwendig und schwierig durchzuführen.“

Anmerkung: Das ist ein schöner Satz! Er besagt im Grunde gebührentechnisch gar nichts und hat den einzigen Zweck, erst einmal die Hautlappenplastik bei den intraoralen Eingriffen unauffällig unterzumengen. Nach vollbrachtem Vermischen ist Hautlappenplastik widerstandslos intraoral etabliert und qua schwierigen Vollbringens dortselbst existenziell bewiesen. Oder? – Doch sicher: „Bei der intraoralen Anwendung dieser modernen und meist komplizierten Verfahren zur Weichgewebsrekonstruktion muss besonders berücksichtigt werden, dass diese plastischen Maßnahmen in der Regel mit einer deutlichen Steigerung hinsichtlich ihres operativen Aufwands einhergehen und große Anforderungen an die operativen Fähigkeiten und auch den hierzu notwendigen technischen Aufwand zur mehrdimensionalen Lappenpositionierung stellen.“

Anmerkung: Alle Achtung! Da kann der gewöhnliche Zahnarzt gar nicht mitreden. Da bleibt nur der Schluss: Die schwierige intraorale Hautlappenplastik ist etwas für ganz spezielle Spezialisten.

Dann folgen in der Verlautbarung 13 mehr und minder schwierige Schnitt-/Schwenk- etc. Lappentechniken, die alle nach Nummer Ä2382 berechnet werden sollen. Das aber nur bei wirklich „schwierigen Hautlappenplastiken mit eigenständiger, über den reinen Wundverschluss hinausgehender Indikation“. Das hatten wir zwar schon, aber die unglückliche Aufstellung wiederzugeben, lohnt auch nicht: Von den aufgezählten 13 Schnittmustern bleiben bei genauem Hinsehen nur fünf unterschiedliche übrig, wie Spalt-, Verschiebe-, Schwenk-, Rotationslappen- und Papillenbildungsplastik.

Nach dieser „Lappenverdünnungsaktion“ noch eine Anmerkung: Die überdetaillierte Aufzählung von Lappentechniken verbirgt nicht, dass diese sowohl an Haut (Cutis) als auch Schleimhaut (Mukosa) durchgeführt und keineswegs per se als schwierig bezeichnet und noch weniger nach Ä2382 berechnet werden können.

Berechnungsregeln

Die offizielle Verlautbarung fährt fort: „Die GOÄ-Nummern 2381 und 2382 sind hinsichtlich ihrer Abrechnungshäufigkeit nicht eingeschränkt, sondern können je erfolgte Lappenbildung einmal berechnet werden.“

Das ist richtig in den Fällen, wo die „erfolgte Lappenbildung“ mit einer Lappenplastik einhergeht und in denen eine der beiden Leistungen tatsächlich erfolgt ist und dem Grunde nach ansatzfähig war – aber wann kommt das schon mal vor? Haut im Munde? Was sagen einschlägige Werke dazu?

Psyhyrembel – Definition der Haut: Cutis = Epidermis plus Dermis, darunter die Subcutis; Definition Schleimhaut: Mucosa = Mucosaepithel plus Mucosalamina, darunter Submucosa.

GOÄ-Kommentar Brück et al.: „Verrichtungen nach Nummern 2382 [...] betreffen äußere Deckung, während die Leistungen nach den Nummern [...] den Neuaufbau und den Verschluss oraler Bereiche betreffen.“

Die offizielle Verlautbarung aber sagt: „Äußere Haut zeichnet sich dadurch aus, dass Muskel- und Bindegewebe von einer epithelisierten Oberfläche bedeckt werden. Gleiche anatomische Voraussetzungen mit Ausnahme des Vorhandenseins von Haaren gelten auch für die Schleimhaut intraoral, bei der Muskulatur und Bindegewebe ebenfalls von einer Epithelschicht überdeckt werden.“

Die anatomischen Übereinstimmungen von Haut und Schleimhaut sind auf dieselbe embryonale Entstehung beider Strukturen (Keimblattwachstum) zurückzuführen. Demnach unterscheiden sich Haut und Schleimhaut vom anatomisch-histologischen Grobaufbau kaum, was letztendlich für die Erbringung des Leistungsinhalts der Gebührensätze 2381 bzw. 2382 GOÄ von Bedeutung ist.

Die plastische Modifikation von Haut- oder Schleimhaut ist mit dem gleichen chirurgischen Aufwand verbunden, was letztendlich für die Leistungserbringung entscheidend ist.“

Anmerkung: Die gemeinsame ontogenetische Herkunft von Haut und von Schleimhaut hat keine Bedeutung für die Ansatzfähigkeit von Gebührenpositionen gemäß den Gebührenordnungen GOZ und GOÄ. Kürzer: gequirelter Unfug.

Noch eine Kostprobe des Positionspapiers: „Darüber hinaus wird in der GOÄ bei den Gebührenziffern 2380 (Epidermis), 2383 (Vollhaut) und bei 2386 (Schleimhaut) hinsichtlich unterschiedlicher anatomischer Feinstrukturen differenziert. Bei den Gebührenziffern 2381 beziehungsweise 2382 GOÄ wird auf diese Unterscheidung bewusst verzichtet, was unmissverständlich darauf hinweist, dass eine Unterscheidung zwischen Haut- und Schleimhaut bei der Leistungserbringung nicht vorgesehen ist.“

Anmerkung: Die Argumentation, die sich durch eigene Behauptung zu beweisen versucht, ist paradox: Die sehr wohl differenzierten plastischen Leistungen, die Oberschicht der Haut (Epidermis), die Haut selber (Cutis) oder die Vollhaut (Cutis plus Subcutis) betreffend, lässt keinen anderen Schluss zu, als dass Schleimhaut gebührentechnisch nicht unter Haut (Nummern Ä2380–Ä2383) eingeordnet werden kann.

Zusammenfassung im Positionspapier der Institution: „Die mechanischen Eigenschaften von Haut und Schleimhaut unterscheiden sich darüber hinaus erheblich. Die enorale Mucosa ist deutlich fragiler wie (sic) die Dermis. Allein die Rissfestigkeit unterscheidet sich erheblich und erfordert ein deutlich aufwändigeres und konzentrierteres Vorgehen. Zudem sind die enoralen Platzverhältnisse per se als deutlich schwieriger einzuschätzen als extraoral. Somit kann eine Limitation auf den Ansatz der GOÄ 2381 weder zielführend noch aufwandsentsprechend sein.“

Anmerkung: Die Zusammenfassung widerspricht sich selber, wenn sie nun zwischen „Mucosa“ und „Dermis“ (gemeint ist Cutis) unterscheidet und nun auf einmal dazu den großen Unterschied beim operativen Aufwand herausstellt, völlig im Widerspruch zu den Behauptungen unter der Überschrift „Hautlappenplastiken intraoral“ mit der Aussage: „Demnach unterscheiden sich Haut und Schleimhaut vom anatomisch-histologischen Grobaufbau kaum [...]. Die plastische Modifikation von Haut- oder Schleimhaut ist mit dem gleichen chirurgischen Aufwand verbunden“.

Und noch das Fazit des offiziellen Zahnärzte-Papiers: „Der plastische Wundverschluss ohne Periostschlitzung ist unter Berücksichtigung der individuell vorgenommenen Maßnahmen entsprechend den Leistungsbeschreibungen der Gebührenziffern 2381 beziehungsweise 2382 GOÄ zu berechnen.“

Anmerkung: Dieses Fazit ist „Schizokutie“. Der plastische Wundverschluss ohne Periostschlitzung ist wie der mit Periostschlitzung nach Nummern 3100 GOZ zu berechnen.

IV. Paragraphen

§1 Zahnmedizinische Notwendigkeit

1. Intraligamentäre Anästhesie (ILA) indiziert, durchgeführt – und vergütet

Die Berechnung oder Abrechnung der „intraligamentären Anästhesie“ ist sperrig, bereits lange, bevor es zu Rechnungslegung oder Abrechnung kommt: Was bedeutet „intraligamentär“? Ganz einfach? Dass in das Ligament eines Zahns ein sehr kleines Depot eines Anästhetikums mit gewissem Druck – vorsichtig und langsam – eingespritzt wird. Ins Ligament? Ist das „Ligamentum circulare“ in der supraalveolären Gingiva gemeint? Abgesehen davon, dass es sich bei diesem eingelagerten, zirkulären Bindegewebe-Fasergeflecht eigentlich nicht um ein Ligament handelt, wird selten gezielt nur in den Gingivasaum „intraligamentär“ injiziert.

Das „periodontale“ Geflecht der Sharpey'schen Fasern zwischen Wurzelzement und Knochen der Alveole ist gemeint. Das wäre dann eher als „intradodontale Anästhesierung“ mittels einer „periodontalen Injektion“ zu bezeichnen. Die dadurch erzeugte Anästhesie breitet sich durch Druckinfiltration und Diffusion über den desmodontalen Spalt hinaus in die Zahnumgebung aus, was zum Beispiel bei der Zahnextraktion oder parodontal-chirurgischen Therapie erwünscht und notwendig ist.

Der Begriff hat sich eingebürgert, also bleiben wir bei an sich unzutreffender „intraligamentärer Anästhesie – ILA“, wohl wissend, wohin in der Regel dabei das Anästhetikum injiziert wird. Das ist berechnungstechnisch nicht ganz ohne Belang, wie sich zeigen wird.

Gemäß Paragraph 1 Absatz 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) hat der Zahnarzt immer wieder die ärztliche Entscheidung zu treffen, ob die von ihm durchgeführte Behandlung unter die Überschrift „Leistung nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich“ (notwendige Anästhesie) einzuordnen ist. Gehört die „intraligamentäre Anästhesie – ILA“ zu „Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen“ und „auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht“ werden (nicht notwendige Verlangensleistung)?

In dem Artikel von Prothmann M, Taubenheim L, Benz C.: „Die intraligamentäre Anästhesie in der zahnärztlichen Praxis – Metaanalyse der klinischen Erfahrungen von 1976 bis 2014“, Dtsch Zahnärztl Z 2016;71(2): 136-45, wird das Fazit gezogen: „Die konventionellen Lokalanästhesie-Methoden – Infiltrationsanästhesie und Leitungsanästhesie des Nervus alveolaris inferior – sollten als ‚Goldstandard‘ für zahnärztliche Standardbehandlung infrage gestellt werden.“

Es wird stattdessen dafür plädiert, wo immer durchführbar, den Patienten über die „intraligamentäre Anästhesie“ und ihre Vor- und Nachteile im konkreten Fall aufzuklären. Natürlich stößt die ILA auch

an ihre Grenzen, zum Beispiel bezüglich ihrer Wirkungsdauer (ca. 30 Minuten) gegenüber (ca. zwei bis drei) Stunden bei Infiltrations- oder Leitungsanästhesie.

Bekannte und weniger bekannte Indikationen sind Phobiker- oder Kinderbehandlung (zum Beispiel unter Lachgassedierung), Lokalisierung von Schmerzirradiation, Patient mit Blutungsneigung, Nervschädigungsgefahr und/oder intravasale Injektionsgefahr, insbesondere bei kardiovaskulär kompromittierten Patienten (mehr zur Phobikerbehandlung am Schluss dieses Beitrags). Anzuführen ist unter anderem auch, dass die lokale Begrenzung und kurze Wirkung der „ILA“ die Selbstverletzungsfahren unter Anästhesie bei behinderten Patienten senken.

Berechnung im BEMA

Es wurde eine Anfrage zur Berechnung der intraligamentären Anästhesie vorgetragen. Zur Beantwortung der Frage für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde auf die einschlägigen Abrechnungsbestimmungen des BEMA verwiesen: Der sieht dafür die einmalige Abrechnung der Nummer 40 (I) vor und für den Ausnahmefall der Anästhesierung von zwei nebeneinanderstehenden Zähnen die Berechnung der Nummer 40 je Zahn. Diese Abrechnungsbestimmung erwähnt den Fall mehrerer intraligamentär anästhetisierter Zähne nicht. Die Schlussfolgerungen, die daraus von Prüfungsausschüssen unter Beachtung des Gebots der Wirtschaftlichkeit bei der Indikationsstellung der nötigen Anästhesieform gezogen werden, sind unterschiedlich. Sie reichen von völliger Ablehnung der weiteren Berechnung von einzelnen intraligamentären Injektionen bis zur gegebenenfalls unabweisbaren Notwendigkeit von mehreren intraligamentären Anästhesien nach Nummer 40 (I) BEMA in besonderen, darzulegenden Einzelfallgestaltungen. Wer Sozialrichter erlebt hat und wie sie am Wortlaut der Gesetze und Bestimmungen kleben und so auch urteilen, der wird ein Urteil erwarten, das verkürzt lautet: Ausnahmsweise zweimal, dreimal nebeneinander nie.

Berechnung im privaten Behandlungsvertrag

Bekanntlich hat der gesetzlich versicherte Patient jedoch die Wahl, sich alternativ auf seine Kosten privat behandeln zu lassen, wenn zuvor eine (schriftliche) Vereinbarung nach Paragraph 7 (7) Ersatzkassenvertrag Zahnärzte (EKV-Z) beziehungsweise Paragraph 4 (5) Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z) getroffen wird. Im privaten Behandlungsvertrag ist die „intraligamentäre Anästhesie – ILA“ eine Leistung nach Nummer 0090 GOZ „intraorale Infiltrationsanästhesie“. Diese Leistungsbeschreibung besagt, dass die extraorale Anästhesie nicht der Nummer 0090 unterfällt, aber jegliche Infiltrationsart und -weise zwecks Anästhesie innerhalb des Mundraums – auch die intraligamentäre Spezialversion der Anästhesie – vom Leistungsumfang der Nummer 0090 GOZ erfasst ist (MKG: Ä490 intraoral eher nicht).

Ansatzhäufigkeit

Die Berechnung einer intraligamentären Anästhesie nach Nummer 0090 GOZ erfolgt nicht je Einstich, sondern je selbstständige intraligamentäre Anästhesie, also je („Ligament“) Parodont beziehungsweise Zahn prinzipiell einmal: Eine intraligamentäre Anästhesie betäubt alle perossal, parodontal beziehungsweise periradikulär einstrahlenden Endverzweigungen auch von getrennten Nervästen und ist somit allenfalls nach Abklingen ortsgleich ein zweites Mal erforderlich und berechnungs-

fähig, mit entsprechender Rechnungsbegründung. Es heißt dazu in der GOZ, aufgeführt im Anschluss an Nummer 0100 (Leitungsanästhesie): „Wird die Leistung nach der Nummer 0090 je Zahn mehr als einmal berechnet, ist dies in der Rechnung zu begründen.“

Das bedeutet, dass eine erneute nötige „intraligamentäre Anästhesie“ begründet auch erneut nach 0090 berechnet werden kann. Oder begründet im Ausnahmefall die 0090 GOZ vielleicht auch dreimal. Ein Begründungsbeispiel: Hochschmerzhaftes Pulpitis mit verkürzter Anästhesiewirkung der vestibulären Infiltrationsanästhesie, mit nötiger Ergänzung durch eine intraligamentäre Anästhesie und mit final nötiger intrapulpärer Injektion.

Nebeneinanderberechnung

Eine zusätzliche ILA bei hochschmerzhafter Pulpitis oder „Periodontitis“ als Ergänzung zur Infiltrations- oder sogar Leitungsanästhesie ist zahnmedizinisch vorstellbar. Die intrapulpäre Injektion ist keine intraligamentäre, sie ist aber als eine selbstständige Injektion neben der intraligamentären Anästhesie durchführbar und berechnungsfähig, wie erwähnt mit entsprechender schriftlicher Indikationsbegründung auf der Rechnung.

Die intra-desmodontale Anästhesie erfolgt je Zahn als langsame Applikation/Injektion von ca. 0,2 ml Anästhetikum. Es wird zur intraligamentären Anästhesie häufig eine vierprozentige Articainlösung mit Adrenalin 1:200.000 verwendet. Das Anästhetikum selbst ist auf jeden Fall berechnungsfähig: „Bei den Leistungen nach [...] 0090 [...] sind die Kosten der verwendeten Anästhetika gesondert berechnungsfähig.“ Und diese Berechnung bitte immer nur für ganze Karpulen, da Reste nicht anderweitig verwendet werden dürfen.

Auch vor der intraligamentären Anästhesie ist zur Unterdrückung des Initialschmerzes eine Oberflächenanästhesie zum Beispiel mit parodontal instilliertem Oraqix möglich, berechnet nach 0080 GOZ zuzüglich Oraqix-Verbrauch gemäß Urteil des Bundesgerichtshofs/Beschluss Nummer 11 des Beratungsforums BZÄK/PKV/Beihilfe (siehe unter www.alex-za.de).

Zahnarztphobie als Sonderindikation der ILA

In einem kürzlich veröffentlichten Beitrag von Adubae et al. heißt es: „Zahnarztphobie ist eine pathologische und unbegründete extreme Angst vor einer Situation, die in keinem Verhältnis zu den Anforderungen der Situation steht und zu einer Vermeidung der notwendigen zahnärztlichen Behandlung führt. [...] Dies ist nicht nur bei Kindern, sondern auch ein bei einer nicht unerheblichen Zahl von Erwachsenen beider Geschlechter vorkommendes Phänomen. Etwa 5 bis 15 Prozent der Erwachsenen in den Industrieländern leiden unter Zahnarztphobie.“

„Die Zahnarztphobie stellt ein bedeutsames Hindernis für die zahnärztliche Betreuung dar und kann schwerwiegende Folgen für die Mundgesundheit und die sozioökonomische Lebensqualität der Betroffenen haben.“ (Extraktion unter ILA bei einer Phobie-Patientin, Adubae A, Buttchereit I, Kämmerer P. ZM 106, Nr. 5 B, 1.3.2001:274-7).

Weiter heißt es dort: „Als Anästhesieform wurde die intraligamentäre Anästhesie gewählt, die sich im Rahmen einer in unserer Abteilung zurzeit stattfindenden klinisch-prospektiven Studie als eine gute und verlässliche Alternative zur Leitungs- und Infiltrationstherapie bei der Zahnextraktion bewährt hat.“

„Die intraligamentäre Anästhesie, bei der das Anästhetikum im parodontalen Spalt entlang der Zahnwurzel bis zum Foramen apikale diffundiert und bei der es gleichzeitig zu einer medullären Verteilung des injizierten Anästhetikums im Knochen des Alveolarkamms kommt, bietet viele Vorteile gegenüber den herkömmlichen Anästhesieverfahren, die in der zahnärztlichen Behandlung von Patienten mit Zahnarztphobie von großer Bedeutung sein können:

- Der Injektionsschmerz ist bei der intraligamentären Anästhesie deutlich geringer als bei konventionellen Methoden der lokalen Anästhesie.
- Die intraligamentäre Anästhesie hat praktisch keine Latenzzeit, sodass die Behandlung sofort nach der Injektion des Anästhetikums gestartet werden kann.
- Mit der intraligamentären Anästhesie ist es möglich, die Betäubung auf den zu behandelnden Zahn und die angrenzende vestibuläre Gingiva zu begrenzen, ohne gleichzeitig die Lippe und/oder die Zunge zu betäuben.
- Die Anästhesiedauer der intraligamentären Anästhesie ist im Vergleich zur Leitungsanästhesie deutlich geringer.
- Sie ist geeignet bei besonderer Injektionsangst und Taubheitsangst (Erstickungsangst).“

Soweit aus dem Beitrag von Adubae et al. zum Einsatz der ILA bei Phobikern als Sonderindikation.

§2 (2) Vereinbarung der Gebührenhöhe

1. Raus aus der oder rein in die GOZ-Falle – bei Vereinbarung nach Paragraph 2 (1,2) GOZ

Ein Autor schreibt in einer monatlichen Verbandsschrift gemäß Überschrift zu „GKV-Ergänzungsleistungen“, mehr aber über die betriebswirtschaftliche Notwendigkeit, die Gebührenhöhe nach Paragraph 2 (1, 2) der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu vereinbaren. Er legt dar, dass bereits bei einem Drittel der GOZ-Leistungen der durchschnittliche – also 2,3-fache Steigerungssatz – nicht mehr ausreicht, um die Vergütungshöhe der Gesetzlichen Krankenversicherung bei Privatbehandlung darzustellen.

Er erwähnt zudem, dass ca. 25 Leistungen der GOZ äquivalent oberhalb des Gebührenrahmens des Paragraphen 5 (1) GOZ, demnach höher als 3,5-fach, vereinbart werden müssen, damit die BEMA-Vergütung der Gesetzlichen Krankenversicherung erreicht wird. Das dürfte letzte Zweifler vom berechtigten Anliegen des genannten Artikels überzeugen. Allerdings gibt es mit Blick auf den Beitrag einige wichtige Anmerkungen.

Präzisierungsbedarf

Es heißt in dem Artikel: „Die Honorarvereinbarung muss unbedingt nach persönlicher Absprache in jedem Einzelfall zwischen Zahnarzt und Patient (Zahlungspflichtigem) vor Erbringung der Leistung schriftlich getroffen werden. Sie unterliegt Formvorschriften (siehe Formular-Beispiel).“

Vereinbarung der Gebührenhöhe nach § 2 (1,2) GOZ			
zwischen			
Frau/ Herrn		Maria Musterfrau	
Patient(in)/ Zahlungspflichtiger			
und			
Frau/ Herr		Dr. Hans Mustermann	
Zahnärztin/ Zahnarzt:			
Ziffer	Leistungstext	Faktor	€-Betrag
2270	laborgefertigtes Provisorium unter drei Monaten Tragezeit, je Zahn	4,64	70,53
5120	laborgefertigtes Provisorium unter 3 Monaten Tragezeit, je Pfeilerzahn	5,23	70,53
5140	laborgefertigt. Provisorium unter 3 Monaten Tragezeit, je Brückenspanne	9,11	41,00
7080	laborgefertigtes Provisorium über 3 Monaten Tragezeit, je Pfeilerzahn	2,09	70,53
7090	laborgefertigtes Provisorium über 3 Monaten Tragezeit, je Brückenglied	2,70	41,00
Feststellung:			
Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.			
Ort:	Datum:	Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger	
Ort:	Datum:	Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt	
§ 2 Abs. 2 Satz 4 GOZ: Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.			

Tabelle 1: Muster für die zugehörige besondere Vereinbarung nach Paragraph 2 (1, 2) GOZ bei Vorliegen eines Heil- und Kostenplans

In puncto Abrechnung

Jede Praxis, die genau kalkulieren und ihre notwendigen Honorare ansetzen muss, sieht sich täglich mit dem leidigen Thema der GOZ-Abrechnung konfrontiert.

In seinem praxistauglichen Nachschlagewerk hat der Autor Peter H. G. Esser eine Reihe von vormals in der beliebten dzw-Serie erschienenen Beiträge gesammelt, die sich dem Thema „mit Pfiff“ nähern.

Viele Artikel der Serie wurden noch einmal kritisch auf ihre Kernaussage hin überprüft, z. T. ergänzt, punktuell verbessert, auf den neuesten Stand gebracht und in übersichtlichen Kapiteln zusammengefasst. Die vorliegende Auflage beinhaltet alle Artikel aus den Jahren 2015 und 2016.

Neben allgemeinen Betrachtungen zur derzeitigen Abrechnungssituation hat der Autor wichtige Beiträge zu GOZ-Paragrafen zusammengefasst und strittige Gebührensätze analysiert.

Das vorliegende Werk bietet so eine Hilfestellung, Behauptungen zu begegnen, wonach Positionen entweder falsch berechnet worden sind oder erst gar nicht angesetzt werden könnten.

Der Autor

Dr. med. dent. Peter H. G. Esser, Jahrgang 1945, war acht Jahre Vizepräsident der Zahnärztekammer Nordrhein, wo er u. a. die Referate GOZ und Gutachten betreute. Bis 1998 war er Mitglied des GOZ-Arbeitsausschusses der Bundeszahnärztekammer. Für die ZA – Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf ist er als GOZ-Berater tätig. Auch ist er Chefredakteur des Alex-Abrechnungsportals der ZA.

Als Autor (u. a. GOZ-Lexikon, AVA-Konzept, Kommentar GOÄ ZMK, GOZ-Praxiskommentar Vollversion) und Fortbildungsreferent ist Peter H. G. Esser einem großen Publikum bekannt.

dzw

PRAXISWISSEN

ISBN 978-3-944259-75-8

D Z W P R A X I S W I S S E N