

# 1 Gesamtinhalt

---

**Band 1****Teil 1 Info****Kapitel**

- 1 Gesamtinhalt
- 2 Vorwort
- 3 Autorenverzeichnis

**Teil 2 GOZ-Kommentar****Kapitel**

- 1 Inhalt
- 2 Allgemeine Bestimmungen zur Liquidation (finden Sie auf Ihrer CD)
- 3 A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen
- 4 B. Prophylaktische Leistungen
- 5 C. Konservierende Leistungen
- 6 D. Chirurgische Leistungen
- 7 E. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
- 8 F. Prothetische Leistungen
- 9 G. Kieferorthopädische Leistungen
- 10 H. Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen
- 11 J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (FAL/FTL)
- 12 K. Implantologische Leistungen
- 13 L. Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen

**Band 2**

- 14 LNZ – Leistungsbeschreibung für Naturheilkundeverfahren in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (finden Sie auf Ihrer CD)
- 15 Analoge Leistungen

### **Teil 3 GOÄ-Kommentar (finden Sie auf Ihrer CD)**

#### **Kapitel**

- 1 Inhalt
- 2 Vorwort
- 3 GOÄ-Anwendung für Zahnärzte
- 4 B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen
- 5 C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen
- 6 D. Anästhesieleistungen
- 7 E. Physikalisch-medizinische Leistungen
- 8 F. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie
- 9 G. Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
- 10 J. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
- 11 K. Urologie
- 12 L. Chirurgie, Orthopädie
- 13 M. Laboratoriumsuntersuchungen
- 14 N. Histologie, Zytologie und Zytogenetik
- 15 O. Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie
- 16 Die GOÄ in der zahnärztlichen Praxis

### **Teil 4 Rechtliche Grundlagen**

#### **Kapitel**

- 1 Inhalt
- 2 Werbung in der Zahnarztpraxis
- 3 Urteile
- 4 Antikorruptionsgesetz
- 5 Unterweisung zum Datenschutz
- 6 Berufsrecht

### **Teil 5 Rund um die Praxis**

#### **Kapitel**

- 1 Inhalt
- 2 Die Betriebswirtschaft in der Zahnarztpraxis
- 3 Hygienemaßnahmen – COVID-19

GOZ-Nr.:	Punktzahl	Faktor	€
<b>0030</b>	<b>200</b>		
<b>Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen</b>		1,0	11,25
		<b>2,3</b>	<b>25,87</b>
		3,5	39,37

**Berechnungsbestimmungen**

Die Leistungen nach den Nummern 0030 und 0040 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

**Leistungsbeschreibung**

Die Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplanes kann für Leistungen aus folgenden Bereichen berechnet werden:

- Allgemeine zahnärztliche Leistungen
- Prophylaktische Leistungen
- Konservierende Leistungen
- Chirurgische Leistungen
- PAR-Leistungen
- Prothetische Leistungen
- Aufbissbehelfe und Schienen
- Implantologische Leistungen

Die Grundlagen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplanes sind die Befundaufnahme und Behandlungsplanung sowie die damit verbundene Kostenschätzung. Die Befundaufnahme ist gemäß der GOZ gesondert berechnungsfähig.

Der Patient/Zahlungspflichtige hat Anspruch auf die Aushändigung einer Ausfertigung des Heil- und Kostenplans. Die Aushändigung ist jedoch nicht Voraussetzung für die Berechnungsfähigkeit der Leistung 0030.

Überschreiten die zahntechnischen Kosten 1000,- €, ist dem Patienten/Zahlungspflichtigen ein Kostenvoranschlag des Praxis- oder Fremdlabors anzubieten und ggf. in Textform vorzulegen.

**0030**

Gebührenverzeichnis mit Erläuterungen

Geht es bei der Behandlungsplanung und Aufstellung eines Heil- und Kostenplanes um kieferorthopädische und/oder FAL/FTL Leistungen, kommt die Nummer 0040 zum Ansatz.

Die Nebeneinanderberechnung der Ziffern 0030 und 0040 ist nicht möglich.

Enthält eine Planung sowohl Leistungen aus den Bereichen der Kieferorthopädie und/oder FAL/FTL als auch aus den anderen Leistungsbereichen der GOZ und/oder GOÄ, kann in diesem Fall die höher bewertete Ziffer 0040 berechnet werden.

Berechnungsfähig ist die Leistung nach 0030 auch dann, wenn der schriftliche Heil- und Kostenplan nicht ausdrücklich vom Patienten oder einer Erstattungsstelle angefordert wird. Entgegen der GOZ 1988 ist die Leistung 0030 nicht auf die Planung von Zahnersatz fixiert. Sofern die geplanten Leistungen nicht aus den Bereichen der Kieferorthopädie oder Funktionstherapie kommen, ist die Nummer 0030 berechnungsfähig.

Handelt es sich bei der Planung um Wunschleistungen, bzw. um medizinisch nicht notwendige Leistungen, gemäß § 2 Abs. 3 GOZ, kann auch hierfür die Nummer 0030 berechnet werden.

Untersuchungen, Beratungen und das Erstellen von Röntgenaufnahmen sind gemäß der GOÄ dem Aufwand entsprechend gesondert berechenbar (Ä 1 ff.).

**Nicht berechnungsfähig neben:**

- GOZ-Nr. 0040  
*(Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans bei kieferorthopädischer Behandlung oder bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen nach Befundaufnahme und Ausarbeitung einer Behandlungsplanung)*
- GOÄ-Nr. 95  
*(Schreibgebühren, je angefangene DIN-A4-Seite)*

**Begründung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zu den GOZ-Nrn. 0030 und 0040**

Eine Differenzierung zwischen Heil- und Kostenplänen auf Anforderung und solchen ohne Anforderung ist entbehrlich. Die bisherige GOZ Nummer 002 entfällt daher. Nach der Nummer 0040 können auch Heil- und Kostenpläne bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen berechnet werden.

Die neu eingefügte Abrechnungsbestimmung schließt die Abrechnung von Heil- und Kostenplänen nach den Nummern 0030 und 0040 im gleichen Behandlungsfall nebeneinander aus. Für Behandlungsfälle, in denen aufgrund der komplexen Versorgung planerische Leistungen z. B. sowohl bezüglich der geplanten prothetischen als auch der funktionsanalytischen oder kieferorthopädischen Leistungen erforderlich sind, kann der im Einzelfall höhere Aufwand ggf. bei der Bemessung des Honorars innerhalb des Gebührenrahmens berücksichtigt werden.

Die bisher auf das Gebührenverzeichnis der GOÄ vom 12. November 1982 Bezug nehmende Abrechnungsbestimmung nach Ziffer 1 zur Berechnung der allgemeinen zahnärztlichen Beratungen nach der GOÄ wurde neu gefasst. Abgebildet wird damit die bisher übliche Anwendungspraxis der Berechnung der zahnärztlichen Beratungen nach den Nummern 1 und 3 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.

**2020**

Gebührenverzeichnis mit Erläuterungen

GOZ-Nr.: <b>2020</b>	Punktzahl <b>98</b>	Faktor	€
<b>Temporärer speicheldichter Verschluss einer Kavität</b>		1,0	5,51
		<b>2,3</b>	<b>12,68</b>
		3,5	19,29

**Berechnungsbestimmungen**

– keine –

**Leistungsbeschreibung**

Die Leistung beschreibt einen vorübergehenden (temporären) Verschluss einer Kavität mittels eines speicheldichten Materials.

Im Verlauf einer endodontischen Behandlung ist es durchaus möglich, dass diese Position mehrmals hintereinander notwendig wird. Wird der temporäre Verschluss adhäsiv befestigt, ist die GOZ-Nr. 2197 zusätzlich zu berechnen.

Erfolgt z. B. im Notdienst ein provisorischer Kavitätenverschluss, ist hierfür die GOZ-Nr. 2020 berechnungsfähig.

**Nicht berechnungsfähig**

Der Verschluss einer für ein Inlay präparierten Kavität ist nicht nach GOZ-Nr. 2020 zu berechnen, sondern nach den GOZ-Nrn. 2260 (Provisorium im direkten Verfahren ohne Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung) oder 2270 (Provisorium im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung).

Die **relative Trockenlegung** ist Bestandteil der Leistung und ist nicht gesondert berechnungsfähig.

**Begründung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zu der GOZ-Nr. 2020**

Die auf Vorschlag der BZÄK erfolgte Neugestaltung der Leistungsbeschreibung ermöglicht die bisher gebührenrechtlich nicht zulässige gesonderte Berechnung eines speicheldichten temporären Verschlusses bei Versorgungen mit Einlagefüllungen, endodontischen Behandlungen, der Überkappung und der Behandlung der Caries profunda. Bei dem temporären Verschluss von kariösen Läsionen (z. B. als Notfallmaßnahme etwa bei Verlust einer Füllung) ist eine ggf. notwendige Erweiterung oder Anpassung der Kavität Leistungsbestandteil der GOZ Nr. 2020.

## **Die Krankenversicherung ist für die Vorvertraglichkeit beweisbelastet**

Seit einigen Jahren erstarkt der Markt an privaten Zusatzversicherungen. Immer mehr Patienten schließen eine solche Versicherung ab, um die Kostenlast bei einer möglichen zahnärztlichen Versorgung abzufedern.

Bei Abschluss des Vertrages werden durch die Versicherer in der Regel Auskünfte bei den bisher behandelnden Praxen eingeholt. Die private Zusatzversicherung möchte dadurch abklären, welches Risiko sie konkret versichert und passt gegebenenfalls den Tarif entsprechend an.

Reicht der Patient nun nach Abschluss des Versicherungsvertrages Rechnungen bei der Zusatzversicherung ein, kann sich die Frage stellen, ob es sich bei der durchgeführten Behandlung um einen so genannten „vorvertraglichen“ Fall handelt. In den Versicherungsbedingungen ist nämlich regelmäßig vereinbart, dass der Versicherer leistungsfrei ist für Behandlungen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Mit anderen Worten: Wird dem Patienten von seinem Zahnarzt erläutert, dass er eine implantatgetragene Versorgung braucht und schließt er nach dieser Information einen Versicherungsvertrag, handelt es sich um einen vorvertraglichen Versicherungsfall, für den die private Zusatzversicherung nicht eintreten muss.

Nicht immer ist die Grenzziehung ganz einfach. Immer wieder wird vor-schnell mit der so genannten Vorvertraglichkeit argumentiert. So war es im Fall, der vom OLG Karlsruhe zu entscheiden war.

### **Das Urteil**

Der Sachverhalt wird im Urteil des OLG Karlsruhe vom 27.06.2013 (Az. 12 U 127/12) wie folgt wiedergegeben:

„Am 14.08.2008 wurde durch den behandelnden Zahnarzt H. eine Röntgenaufnahme des klägerischen Gebisses angefertigt, und der Kläger über Zahnersatz und eine PA-Behandlung beraten. Am 16.03.2011 wurden beim Kläger Implantate an den Zähnen 15 – 17 gesetzt. Die Behandlung wurde am 01.04.2011 mit 3.253,21 € und am 07.09.2011 mit 4.045,90 € in Rechnung gestellt. Nach Abzug eines Zuschusses der Krankenkasse von 380,77 € macht der Kläger 80 % der Summe geltend.

Der Kläger ist der Ansicht, dass der Versicherungsfall erst nach Antragstellung eingetreten sei. Der Versicherungsfall beginne nämlich erst mit der

medizinisch notwendigen Heilbehandlung. Dabei könne nicht jede medizinische Untersuchung bereits den Eintritt eines Versicherungsfalles darstellen. In diesem Zusammenhang behauptet der Kläger unter Bezugnahme auf ein Schreiben seines behandelnden Zahnarztes H. vom 12.08.2011, dass bei Antragstellung kein akuter Handlungsbedarf vorgelegen habe; er sei klinisch beschwerdefrei gewesen. Erst 2010 habe er Schmerzen an den Zähnen 15 – 17 bekommen.“

Die private Zusatzversicherung verweigerte die Zahlung unter der Behauptung, es habe sich um eine vorvertragliche Leistung gehandelt, da die Brücke der Zähne 15 – 17 bereits bei Antragstellung insuffizient gewesen sei und der röntgenologische Befund nicht habe übersehen werden können. Unstreitig war die Versorgung des Patienten zum entscheidenden Zeitpunkt insuffizient. Entscheidend aber war, dass keine Behandlungsbedürftigkeit gegeben war, da der Patient beschwerdefrei war. Dass dies anders gewesen sein soll, hätte die Versicherung beweisen müssen, da die Beweislast bei ihr lag, wie das OLG Karlsruhe eindeutig feststellte: „Die Beweislast dafür, dass der Versicherungsfall schon vor Eintritt des Versicherungsschutzes begonnen hat, obliegt dem Versicherer.“

Weiterhin formuliert das OLG Karlsruhe zum Abschluss einer Heilbehandlung:

„In der Krankheitskostenversicherung ist der Versicherungsfall nicht vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten, wenn vor Beginn ein körperlicher Befund zwar Gegenstand einer ärztlichen Untersuchung war, der vom Arzt angeratene Verzicht auf eine ärztliche Heilbehandlung aus medizinischer Sicht aber eine gut vertretbare Alternative darstellte, weil die mit der Untersuchung begonnene Heilbehandlung auch wieder abgeschlossen wurde.“

In dem Verfahren war die Mitwirkung des Zahnarztes von entscheidender Bedeutung, dem es gelungen ist, die tatsächliche Situation nachvollziehbar zu schildern. In den Entscheidungsgründen wird dies wie folgt wiedergegeben:

„Den glaubhaften Bekundungen des Zeugen H. zufolge war mit der Aufnahme des Zahnstatuts beim Kläger als neuem Patienten und der anschließenden Behandlung der Parodontitis, die insbesondere eine Mundhygiene beinhaltete, die zahnärztliche Versorgung des klägerischen Gebisses im Jahr 2008 beendet. Der Zeuge H. hat schlüssig dargelegt, dass beim Kläger kein idealer Gebisszustand vorlag, und auch an den Zähnen 15 und 17 eine teilinsuffiziente Brücken- bzw. Kronensituation gegeben

war. Der Kläger habe sich aber beschwerdefrei gefühlt. Es sei in dieser konkreten Situation seine Aufgabe als behandelnder Zahnarzt gewesen, die Überlegung anzustellen, ob schon sofortige Maßnahmen notwendig seien oder ob sich für die nahe Zukunft irgendwelche notwendigen Behandlungsschritte ergeben würden. Zwar sei der Kronenrand der Zähne 15 und 17 insuffizient gewesen, das heißt, es sei ein Kronenrand vorhanden gewesen, der nicht mehr richtig abgeschlossen habe. Er habe aber damals noch keine Maßnahmen wie Implantate für notwendig erachtet. Wegen der Beschwerdefreiheit sei er davon ausgegangen, dass man noch eine ganze Weile, möglicherweise sogar noch mehrere Jahre mit der Neuversorgung dieses Teils des Gebisses habe zuwarten können. Seines Erachtens sei mehr als der Rat einer guten Pflege im August 2008 nicht angezeigt gewesen. Anders hätte er sich dann entschieden, wenn der Kläger entweder Schmerzen verspürt oder sich ein entzündlicher Zustand gezeigt hätte. Beides sei nicht der Fall gewesen.

Nach den Angaben des behandelnden Zahnarztes H. lag in 2008 für die Neuanfertigung von Zahnersatz damit kein akuter Behandlungsbedarf vor. Vielmehr stellte sich das Hinausschieben der Komplettanierung im Bereich der Zähne 15 und 17 für den behandelnden Zahnarzt als eine medizinisch gut vertretbar Alternative dar.“

### **Kommentar**

Es kann entscheidend sein, wer in einem Prozess beweislbelastet ist. Gerade im Bereich der privaten Krankenversicherung wird die Beweislastverteilung immer wieder zu Lasten der Patienten verkannt. Insoweit ist es zu begrüßen, dass das OLG Karlsruhe die Beweislastverteilung für die Vorvertraglichkeit so eindeutig bestätigt.

### **Handlungsempfehlung**

Dieses Fallbeispiel zeigt deutlich auf, dass jeder einzelne Fall genau betrachtet werden muss und man sich bei der Frage der Vorvertraglichkeit genau damit auseinandersetzen muss, ob eine Behandlungsbedürftigkeit gegeben war oder eben nicht. Allein die Tatsache, dass vor Abschluss des Versicherungsvertrages Untersuchungen vorgenommen worden sind, belegen noch lange keine Vorvertraglichkeit.

## Beihilfebescheid nicht zu Lasten des Patienten änderbar

Die Beihilfestelle darf im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens die in dem ursprünglichen Bescheid berechnete Beihilfeleistung nicht zu Lasten des Beihilfeberechtigten kürzen, wenn der Patient den Widerspruch nicht unbeschränkt, sondern nur insoweit erhebt, als ihm keine höhere als die im Beihilfebescheid festgesetzte Beihilfe gewährt worden ist. Der sogenannte Widerspruchsbescheid, der nach Einlegen eines Widerspruchs ergeht, darf dann also nicht weniger Beihilfezahlungen festlegen als der erste Beihilfebescheid.

Mit anderen Worten: Greift der Beihilfepatient mit seinem Widerspruch lediglich die Kürzung einzelner Rechnungspositionen an, darf die Beihilfestelle im Rahmen der Überprüfung des Vorgangs nicht zu Lasten des Beihilfepatienten andere als die mit dem Widerspruch verfolgten Rechnungspositionen nachträglich kürzen. Entschieden werden darf ausschließlich über die mit dem Widerspruch konkretisierte Positionen.

Das im Verwaltungsrecht herrschende Verbot einer sogenannten „Verböserung“ hat das Oberverwaltungsgericht für das Land Nordrhein-Westfalen in seinem Beschluss vom 27.05.2013 (Az. 1 A 2782/11) unterstrichen und auf eine diesem Verfahren zu Grunde liegende Zahnarzt-Rechnung angewandt.

### Das Urteil

Das Oberverwaltungsgericht führt in seiner Begründung aus:

„Greift der Betroffene den Verwaltungsakt mit einem Rechtsbehelf wie hier dem Widerspruch an, so gilt für den Umfang der Prüfungs- und Entscheidungskompetenz der Behörde und insbesondere hinsichtlich der Möglichkeit einer Verböserung der im Ausgangsbescheid getroffenen Regelung ergänzend Folgendes: Die Entscheidungskompetenz der Widerspruchsbehörde wird durch den jeweiligen Streit- bzw. Verfahrensgegenstand begrenzt, der im Widerspruchsverfahren nicht verändert werden kann. Die Widerspruchsbehörde kann aus diesem Grunde im Widerspruchsverfahren keine – den Ausgangsbescheid verbösernden – Belastungen verfügen, die über den Gegenstand des Widerspruchsverfahrens hinausgehen.“

Zeitgleich hat das Oberverwaltungsgericht einen weiteren wichtigen Aspekt klar gestellt. Die Beihilfestelle hatte nämlich in dem Verfahren vorgetragen, eine zahnärztliche Rechnung könne nicht geteilt werden, sondern müsse insgesamt überprüft werden. Das hat das Oberverwaltungsgericht zurück-

gewiesen und wie schon die Rechtsprechung zuvor noch einmal betont, dass Zahnarztrechnungen sehr wohl teilbar sind. Zusammenfassend stellte das Oberverwaltungsgericht schließlich fest:

„Ein Beamter oder Richter, der wie der Kläger gegen einen Beihilfebescheid Widerspruch nur in dem Umfang einlegt, in dem der festgesetzte Beihilfebetrag hinter dem Inhalt seines Beihilfeantrags zurückbleibt, kann (dem Umfang der eingetretenen Bindungswirkung des Festsetzungsbescheides Rechnung tragend) auf seinen Widerspruch hin keine Leistung verlangen, die zusammen mit der gemäß dem Bescheid zu gewährenden Beihilfe in der Summe über das hinausgeht, was ihm für den Beihilfeantrag insgesamt an Beihilfe nach geltendem Recht zusteht. Auf der anderen Seite darf die Beihilfefestsetzungsstelle einen derart nur teilweise angegriffenen Beihilfebescheid im Widerspruchsverfahren nicht zu Lasten des Widerspruchsführers dahingehend verbösern, dass die im Endbetrag zu gewährende Beihilfe geringer als die im Ausgangsbescheid festgesetzte Beihilfe bemessen wird. Das gilt bei Beachtung der weiter bestehenden Wirksamkeit sowie teilweise eingetretenen Bestandskraft des Ausgangsbescheides auch dann, wenn nach dem materiellen Beihilferecht insgesamt nur ein Anspruch auf eine niedrigere als die in diesem Bescheid festgesetzte Beihilfe besteht. An Letzteres hat sich der Beklagte im vorliegenden Streitfall nicht gehalten.“

### **Kommentar**

Dieser Beschluss des Oberverwaltungsgerichts ist zu begrüßen. Zwar hat sich das Gericht im Zusammenhang mit der Zahnarztrechnung noch mit Positionen der alten GOZ beschäftigt, die getroffenen Grundsätze bleiben davon aber unberührt und sind auf die GOZ 2012 uneingeschränkt übertragbar.

### **Handlungsempfehlung**

Dieser Fall verdeutlicht wieder einmal, dass es elementar wichtig ist, einen mit der Materie vertrauten Rechtsanwalt zu beauftragen. Hier war es entscheidend, dass der Klageantrag korrekt gestellt wurde, nämlich der Bescheid nur insoweit angegriffen wurde, als nicht genug als Beihilfefähig bewertet wurde. Falsch wäre es gewesen, den gesamten Bescheid anzugreifen, da so der Behörde mehr Freiraum hätte eingeräumt werden müssen.