



**Die neue GOZ 2012 –
Auswirkungen für das Dentallabor**
Mit freundlicher Unterstützung von Kerstin Salhoff

Die neue GOZ 2012 und ihre Auswirkungen für das Dentallabor



Kerstin Salhoff

1977 Ausbildung zur Zahnarzhelferin, Weiterbildung zur Verwaltungshelferin

Schwerpunkte: Seminare, Praxis- und Labororganisation und Management, Entwicklung eines eigenen QM-Systems, 1990 Inhaberin des Abrechnungsbüros FORdent

So, nun ist soweit. Nach 24 Jahren soll die Gebührenordnung für Zahnärzte zum 01.01.2012 geändert werden.

Für die Zahnarztpraxen ist diese Änderung in vielfacher Hinsicht von Bedeutung und betrifft nicht nur die privatversicherten Patienten, sondern auch die Mehrkostenberechnungen bei gesetzlich versicherten Patienten.

Nach Schätzungen des BMG bedeutet diese Änderung eine Honorarerhöhung von ca. 6 % in der Zahnarztpraxis. Es bleibt jedoch abzuwarten, wie die GOZ angewendet wird. In einigen Leistungsbereichen fand keinerlei Punktwertanhebung statt. Die einzige Steigerung der Punktzahlen wurde im Bereich Inlays, Kronen und Brücken sowie Prothesen vorgenommen – hier erzielt der Zahnarzt eine unverständlich unverhältnismäßige Erhöhung. Dadurch erhöhen sich auch die Eigenanteilskosten beim gesetzlich versicherten Patienten, da der Festzuschuss unverändert ist.

Kurzanalyse der wichtigsten Änderungen, die auch das zahntechnische Labor indirekt betreffen.

Teil C – Konservierende Leistungen

- Neu: adhäsive Komposite-Restaurationen wurden je Fläche nach GOZ Nr. 2060, 2080, 210, 2120 aufgenommen.
- Kronen / Inlays wurden in der Bewertung angehoben.
- Explizit aufgeführt wird bei der Teilkrone auch ein Veneer.
- Für die adhäsive Befestigung (moderne Technik hält Einzug in die GOZ) von plastischen Aufbauten, Kronen, Teilkronen oder Veneers ist eine Zuschlagsgebühr nach 2197 vorgesehen.

Teil F – Prothetische Leistungen

- Bis auf Änderung bei provisorischen Brücken blieb das Kapitel Prothetik konstant.
- Die Bewertung der GOZ Positionen 500 – 503 für Brückenanker wurden angehoben.
- 508 neben 504 (Teleskopkrone) nicht mehr für ein Verbindungselement berechenbar! 504 aufgewertet!
- Teilleistungen nur, wenn medizinische Gründe vorliegen und die Behandlung auf Dauer nicht fortzusetzen ist.

Teil H – Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen

- Die Anzahl der 11 Leistungen wurde erhalten, nur geringfügige Änderung der Bewertung.

Teil J – Funktionsanalytische und therapeutische Leistungen

- Die Material- und Laborkosten für die Modellmontage sind berechenbar.
- Über GOZ 8065 kann nun die Berechnung von elektronischen Aufzeichnungsmethoden liquidiert werden.
- Die GOZ 8100 enthält keine Einschränkung auf 5 x je Zahnpaar mehr und wurde in der Bewertung angehoben!
- Durch die vielseitigen Möglichkeiten der klinischen und instrumentellen Funktionsanalyse wurde die GOZ nicht hinreichend ergänzt, so dass sicher auf die Analogberechnung zurück gegriffen werden muss.

Auszug aus dem Gebührenverzeichnis GOZ alt / GOZ neu

GOZ alt			GOZ neu		
220	Versorgung eines Zahnes oder Implantats durch eine Vollkrone (Tangentialpräparation)	900	2200	Versorgung eines Zahnes oder Implantates durch eine Vollkrone (Tangentialpräparation)	1322
221	Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkehl- oder Stufenpräparation)	1300	2210	Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkehl- oder Stufenpräparation)	1678
222	<p>Versorgung eines Zahnes durch eine Teilkrone mit Retentionsrillen oder -kästen oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der gesamten Kaufläche</p> <p>Neben den Leistungen nach den Nr. 220 bis 222 sind Leistungen nach den Nummern 205 bis 212 nicht berechnungsfähig.</p> <p>Durch die Leistungen nach den Nr. 215 bis 217 und 220 bis 222 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantats, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder Krone, Nachkontrolle und Korrekturen.</p>	1550	2220	<p>Versorgung eines Zahnes durch eine Teilkrone mit Retentionsrillen oder -kästen oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der gesamten Kaufläche, auch Versorgung eines Zahnes durch ein Veneer</p> <p>Neben den Leistungen nach den Nr. 2200 bis 2220 sind Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2130 nicht berechnungsfähig.</p> <p>Durch die Leistungen nach den Nr. 2150 bis 2170 und 2200 bis 2220 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantats, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder Krone, Teilkrone, des Veneers, Nachkontrolle und Korrekturen.</p> <p>Die Leistung nach Nummer 2200 umfasst auch die Verschraubung und Abdeckung mit Füllungsmaterial.</p> <p>Zu den Kronen nach den Nummern 2200 bis 2220 gehören Kronen (Voll- und Teilkronen) jeder zahntechnischen Ausführung (z. B. Verblendkronen, keramische, galvanische, glaskeramische Verblendkronen).</p>	2067

Die neue GOZ beschreibt somit Kronen und Brücken **jeder zahntechnischen Ausführung!**

Somit sind monolithische Kronen, also ZENOSTAR, AGC Galvano, ebenso wie individuell gefräste Abutments oder andere ZENOTEC SCI.ENCE Dienstleistungen für Sie gleichbleibend, für den Zahnarzt mit einer Honorarerhöhung, mit fast gleicher Gebührennummer (nur eine 0 hinten angehängt) berechnungsfähig. Für das Dentallabor gibt es somit keinerlei Veränderungen.

Anzumerken ist, dass der Zahnarzt in anderen Leistungsbereichen eine deutliche Honorarabwertung erfährt. Aus diesem Grunde ist geplant, dass der BDIZ Verfassungsklage gegen diese neue GOZ einreichen wird.

Im Übrigen müssen die Krankenkassen den genehmigten Heil- und Kostenplan nicht mehr erneut genehmigen. Die BZÄK Empfehlung: Der Zahnarzt hat die Wahl a) den Patienten aufzuklären, dass die Versorgung ab Januar teurer wird, wer das Gesprächsthema scheut kann b) bei der Abrechnung mit neuer GOZ den Steigerungsfaktor senken und somit der Kostenaufstellung gleichsetzen.

Im Bereich des BEL arbeiten wir seit Ende 2008 mit einem gekündigten Leistungsverzeichnis. Für alle Leistungen – auch zahntechnische, die über das Maß des notwendigen hinausgehen und die nicht in der BEMA oder BEL verankert sind – wird die GOZ zur Berechnungsgrundlage. Hier kommt der § 9 der GOZ ins Spiel. Der Zahnarzt berechnet die Laborkosten gemäß Ihrer Rechnung nach § 9.

§ 9 GOZ

Kostenvoranschlag für zahntechnische Leistungen

Im GOZ § 9 Abs. 2 wurde folgende Neuregelung eingefügt: Der Zahnarzt muss **auf Verlangen des Patienten** vor Behandlungsbeginn bei zu erwartenden zahntechnischen Leistungen, wenn die Kosten voraussichtlich insgesamt einen Betrag von **1.000 € überschreiten**, dem Patienten einen Kostenvoranschlag vorlegen und **auf Verlangen näher erläutern**. Bei einer zu erwartenden Überschreitung um mehr als 15 % hat der Zahnarzt den Zahlungspflichtigen darüber **unverzüglich schriftlich zu informieren**.

Der Kostenvoranschlag muss nun Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen, die Berechnungsgrundlage und deren Preise sowie die direkt zurechenbaren Materialien und deren Preise aufführen ferner die Berechnungsgrundlage und den „Herstellungsort“ der zahntechnischen Leistungen angeben. *(Es lebe die Bürokratie – Mehraufwand in Praxis und Labor – wo bleibt das Mehrhonorar? Änderung zum Schutz des Patienten? Hintergrund sind eher Sachkostenlisten, Billigtarife der PKVen).*

Hier der Originaltext, Auszug aus dem Koalitionsentwurf

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) Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen vor der Behandlung einen Kostenvoranschlag des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über die voraussichtlich entstehenden Kosten für zahntechnische Leistungen anzubieten und auf dessen Verlangen in Textform vorzulegen, sofern die Kosten insgesamt voraussichtlich einen Betrag von 1.000 € überschreiten. Für Behandlungen, die auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplans für einen Behandlungszeitraum von mehr als zwölf Monaten geplant werden, gilt Satz 1 nur, sofern voraussichtlich bereits innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten Kosten von mehr als 1.000 € entstehen. Der Kostenvoranschlag muss die voraussichtlichen Gesamtkosten für zahntechnische Leistungen und die dabei verwendeten Materialien angeben. Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen, Berechnungsgrundlage und Herstellungsort der zahntechnischen Leistung sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern. Ist eine Überschreitung der im Kostenvoranschlag genannten Kosten um mehr als 15 von Hundert zu erwarten, hat der Zahnarzt den Zahlungspflichtigen hierüber unverzüglich in Textform zu unterrichten.*

Da die Sachkostenlisten täglich zur Bemessung Ihrer Gebühren von den PKVern herangezogen werden, nachfolgende Argumente bzw. Urteile zur Hilfestellung, zur Weiterleitung an Ihre Kunden.

Patienteninformation zu Sachkostenlisten oder Listen für angemessene Material- und Laborkosten der Privatkrankenversicherungen

- Ihre Privatkrankenversicherung schreibt, dass die Material- und Laborkosten ausschließlich in angemessener Höhe erstattungsfähig sind. Für die Behandlung von Privatpatienten gilt gemäß § 9 GOZ, dass die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen, angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnet werden können. § 9 der GOZ stellt also auf die „Angemessenheit“ und nicht auf die „Üblichkeit“ der Kosten ab. Trotzdem kürzt Ihre Versicherung die Material- und Laborpreise auf eine so genannte „angemessene, marktorientierte Höhe“ und erstattet Ihnen nicht die BEB-Preise.
- Entgegen dem Zahnarzt Honorar gibt es für zahntechnische Leistungen bei Privatpatienten keine einheitlich festgesetzten Preise! Ihre Versicherung hat die von uns angesetzten Preise willkürlich gekürzt, das heißt, sie hat die Preise angesetzt, die sie als „angemessen“ erachtet. Es wird von der Versicherung zwar zugegeben, dass die BEB-Preisliste für Privatversicherte gilt; diese soll aber nicht teurer sein als die BEL-Preisliste für gesetzlich versicherten Patienten. Das ist eine kühne Behauptung, die in der Gebührenordnung an keiner Stelle gefordert ist.
- Der BGH hat geurteilt, dass ein Versicherer für seine Leistungseinschränkungen darlegungs- und beweispflichtig ist (IV ZR 151/90, 29.5.1991). Das ist nicht geschehen, es steht nur eine Behauptung im Raum.
- Bei der bei Ihnen hergestellten Arbeit handelt es sich um eine zahntechnische Arbeit von hoher Qualität und Präzision. Deshalb ist in diesem Fall eine Vergütung der Laborleistungen nach den tatsächlich verbrauchten Zeiteinheiten, also eine Vergütung nach der BEB-Liste angemessen. Die von Ihrer Versicherung als „marktorientiert“ bezeichneten Preise stellen dagegen auf eine durchschnittliche, akzeptable und ausreichende Laborleistung ab. Sicherlich bestehen mittlerweile auch diverse Labore, deren Preisangebote sehr niedrig liegen, und deren Kalkulationen den bundesweiten Durchschnitt nach unten korrigieren.
- Aus rechtlicher Sicht darf ein Labor seine Preise je nach technischer Ausstattung, Betriebskosten und Mitarbeiterqualifikation frei kalkulieren. Somit sind die Betriebskosten eines hoch qualifizierten Unternehmens selbstverständlich höher anzusetzen, als die eines Betriebes mit überwiegend ungelerten Mitarbeitern, lediglich einem Meister zur Endkontrolle und unter Verwendung von Konfektionsteilen ausländischer Niederlassungen per Zukauf.
- Seit einiger Zeit machen einige Privatversicherungen so genannte „Sachkostenlisten oder Listen für angemessene Laborkosten“ zum Bestandteil ihrer Zahntarife. **Diese sind jedoch in der Regel erstmals 1998 eingeführt worden. Für alle vor diesem Zeitpunkt abgeschlossenen Versicherungsverträge (so genannte „Altverträge“) können sie daher nicht als rechtsverbindliche Abrechnungsgrundlage herangezogen werden.**
- **BGH-Urteil vom 18. Januar 2006 (AZ: IV ZR 244/04)**
Konsequenzen hat das BGH-Urteil nur für die Privatpatienten, deren Tarife im Hinblick auf zahnärztliche Sachkosten ähnliche Beschränkungen wie jene der AXA Versicherung vorsehen. Diese Patienten werden sich in Zukunft mit einer Erstattung auf Basis der tariflichen Liste begnügen müssen. **Für alle anderen Privatpatienten gilt nach wie vor: Bei der Erstattung zahnärztlicher Laborkosten braucht sich niemand auf eine BEL-Liste bzw. Sachkostenliste verweisen zu lassen.** Es liegen gut begründete obergerichtliche Entscheidungen vor, die den Standpunkt der Versicherer klar ablehnen, so dass man dadurch eine dahingehende Tendenz der Rechtsprechung erkennen kann.
- Da wir die Bedingungen Ihres Versicherungsvertrages nicht kennen, bedarf es eventuell fachkundiger Prüfung, inwiefern eine Einbindung dieser Sachkostenliste in diesem gegeben ist. Sollte eine solche „Sachkostenliste oder Liste für angemessene Laborkosten“ rechtsverbindlicher Bestandteil Ihres Vertrages sein, ist Ihre Krankenversicherung u. U. nicht verpflichtet, Laborleistungen nach der BEB-Preisliste zu erstatten. Eine solche Nichterstattung ist jedoch **ein rein versicherungsinterner Vorgang**, auf den unsererseits kein Einfluss genommen werden kann, und der auf die Rechtmäßigkeit der Rechnungslegung keine relevanten Auswirkungen hat. Wir können Ihnen nur raten, ggf. bei Ihrer Versicherung eine Kopie des entsprechenden Passus, in dem diese Begrenzung fixiert ist, anzufordern.

Diese Urteile haben auch bei Inkrafttreten der neuen GOZ Bestand!

Für die zahntechnischen Leistungen gibt es kein Leistungsverzeichnis, welches eine gesetzliche Kraft hätte. So können Sie alle über das BEL hinausgehenden Leistungen mit Ihrer eigenen Preisliste berechnen, egal ob eigene BEB, BEB 2004 oder BEB Zahntechnik.

Auch in der neuen GOZ wurde hier kein Leistungsverzeichnis vorgeschrieben, an welches Sie gesetzlich gebunden wären.

Ja – wer schreibt der bleibt – meinen die Gesetzgeber und haben dem Zahnarzt den Bürokratieaufwand weiter erhöht. Vom einheitlichen Rechnungsformular über zahlreiche, ausreichende Begründung stehen in der Praxis wirkliche Herausforderungen an, um eine korrekte Liquidation nach GOZ §10 zu erstellen.

Da ist die papierlose Abrechnung noch bei vielen nicht geklärt, bzw. umsetzbar, dazu die neue GOZ mit steigendem Verwaltungsaufwand. Eine Änderung der GOÄ ist für das erste Halbjahr 2012 bereits angekündigt. Umso mehr muss in der Praxis auf eine perfekte Dokumentation geachtet werden, um einerseits Honorareinbußen zu vermeiden, aber auch damit Auseinandersetzungen mit Patienten und deren Versicherungen nicht den Praxisalltag bestimmen.

Haben wir eigentlich noch genügend Zeit für das WICHTIGSTE – den Patienten?

Mein Tipp, unterstützen Sie die Zahnarztpraxis, also Ihre Kunden in den nächsten heißen winterlichen Wochen.

Erinnern Sie die Praxen, den Patienten schriftlich zu informieren, falls es zu einer Überschreitung der im Kostenvoranschlag genannten Kosten kommt!

Erstellen Sie möglichst detaillierte Kostenvoranschläge, um Überschreitungen zu vermeiden – planen Sie lieber etwas mehr Metall, ggf. auch Begleitleistungen wie z. B. Rückenschutzplatten, Zahnfleischmasken, Wurzelpontic, etc. mit ein.

Unterstützen Sie die Praxen bei der EDV-Umstellung und den neuen Eingaben für die Online-Zahnersatzabrechnung.

Denn nur als Team können wir etwas bewirken. Bei optimiertem Ablauf und einer angenehmen Zusammenarbeit gewinnen wir Zeit für das WESENTLICHE – den Patienten!