

Endodontie und Recht

Teil 3: Abrechnung

Indizes

Abrechnung, Kostenerstattung, Analogabrechnung, GOZ, Trepanation, Dentalmikroskop, intrakoronale Diagnostik, endodontische Revision

Zusammenfassung

Diese Artikelreihe beschäftigt sich mit Fragestellungen der endodontischen Leistungserbringung durch den Zahnarzt und der Bewertung dieser Leistungen durch Juristen und die Rechtsprechung. Es werden Komplikationen, Fehler, Behandlungsalternativen und Abrechnungsfragen in den Fokus gestellt und sowohl zahnmedizinisch als auch an Beispielen aus der Rechtsprechung erläutert. Der Wunsch der zahnärztlichen Behandler nach Rechtssicherheit ist verständlich, wird aber im Ergebnis enttäuscht werden. Die Tatsache, dass es in der Zahnmedizin einen fortlaufenden Diskurs über Diagnose, Therapie und Auswahl der Methode sowie die anschließende Bewertung des Behandlungserfolges gibt, spiegelt sich auch in der Rechtsprechung wider. Ausschlaggebend für ein Urteil sind die Feststellungen des Sachverständigen, was zur Folge hat, dass vergleichbare Sachverhalte in Abhängigkeit vom Standpunkt und von den Ausführungen des Sachverständigen durch die mit den Fragenstellungen befassten Richter letztendlich unterschiedlich bewertet und entschieden werden. Im vorliegenden letzten Teil der Artikelreihe über Endodontie und Recht geht es um häufige Streitpunkte bei der Abrechnung endodontischer Leistungen.

Trepanation eines Zahnes als selbstständige Leistung

Häufiger Streitpunkt in der Abrechnung zahnärztlicher Leistungen ist die Frage, ob neben der GOZ-Position 2360 auch die Position 2390 abgerechnet werden kann. Die Kommentierung der Kostenträger lehnte das ausdrücklich ab und begründet dies mit dem „Zielleistungsprinzip“. Position 2390 sei Bestandteil der GOZ-Position 2360. Diese Sichtweise wird leider nicht nur von Kostenerstattern vertreten, sondern auch von der Zahnärztekammer Nordrhein bestätigt und häufig von Versicherungen im Rahmen einer ablehnenden Haltung zitiert. In den Beschlüssen der GOZ-Kommission (Teil 1) heißt es unter Bezugnahme auf die amtliche Begründung zur



Gabriel Tulus

Dr. medic. stom. (RO)

Spezialist für Endodontie (DGZ)
Lindenstraße 33B
41747 Viersen
E-Mail: grtulus@t-online.de
Internet: www.dente.de

Frank Heckenbücker

Rechtsanwalt, Fachanwalt für
Medizinrecht

Hohenzollernring 37
50672 Köln
E-Mail: fh@d-u-mr.de
Internet: www.dental-und-medizinrecht.de

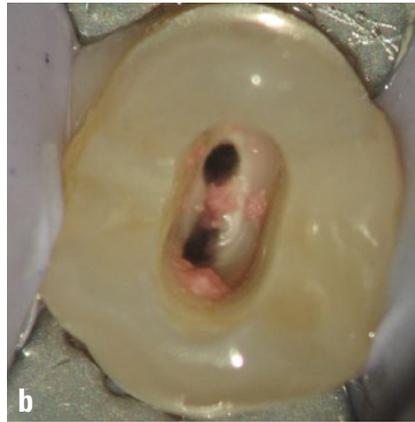
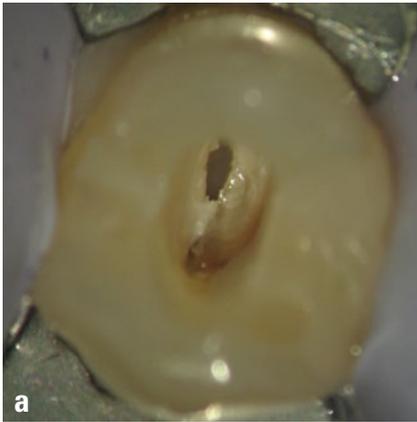


Abb. 1a Klinisches Bild nach Eröffnung der Pulpakammer (somit sind die Anforderungen der GOZ-Position 2390 erfüllt)

Abb. 1b Nach Abtrag des Pulpakammerdachs, Extension der Zugangskavität und Entfernung der koronalen Pulpa (Teilschritte, die Bestandteil der GOZ-Position 2350 wären) werden die Wurzelkanäleingänge dargestellt

Berechnungsfähigkeit der GOZ- Nummer 2390 neben den GOZ-Nummern 2410 und 2440, dass die GOZ-Nummer 2390 nicht neben anderen endodontischen Leistungen berechenbar ist⁸. Diese Beschlüsse aus dem Jahr 2014 stehen nicht mehr im Einklang mit bereits existierenden Gerichtsurteilen und der neuesten Kommentierung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK).

Der wissenschaftlichen Bedeutung der Gestaltung einer endodontischen Kavität, die über ein bloßes Aufbohren des Markraumes weit hinausgeht, trägt dieser Sichtweise bedauerlicherweise nicht Rechnung. Allerdings hat bereits das Verwaltungsgericht Stuttgart in seinem Urteil vom 25.10.2013 (Az. 6K4261/12) festgestellt, dass die GOZ-Position 2390 als selbstständige Leistung neben weiteren endodontischen Maßnahmen abrechenbar ist. Gegen das Urteil haben die Kosten-erstat-ter stets die Entscheidung des Verwaltungsgerichts-hofs Baden-Württemberg (Beschluss vom 04.04.2014, Az. 2 S 78/14) ins Feld geführt, obwohl diese ausschließlich einen konkreten Bezug zur Beihilfe in Baden-Württemberg enthält. Zwischenzeitlich liegt auch ein Urteil des Amtsgerichts (AG) Dortmund vom 31.08.2015 (Az. 405 C 3277/14) vor, in dem das sachverständig beratene Gericht entschieden hat, dass die GOZ-Position 2390 als solche einzeln abrechnungsfähig und nicht Bestandteil der Position 2360 ist.

Eine Trepanation lässt sich nicht nur im Rahmen einer Notfallbehandlung berechnen. Die GOZ-Nummer 2390 ist eine selbstständige Leistung, aber keine alleinige Leistung. Im GOZ-Kommentar der BZÄK heißt es dazu: „Die Leistung kann an vitalen oder avitalen Zäh-

nen erbracht und berechnet werden. Die selbständige Leistung ‚Trepanation‘ ist mit der Eröffnung des koronalen Pulpenkavums abgeschlossen. Weitere endodontische Maßnahmen sind andere eigenständige Leistungen. Diese sind auch berechnungsfähig, wenn deren Durchführung im unmittelbaren Anschluss an die Trepanation erfolgt.“⁴. Vor der Eröffnung der Pulpakammer müssen allerdings mehrere, teilweise äußerst aufwendige Maßnahmen durchgeführt werden (sichtkontrollierte Entfernung neu gebildeten Tertiärdentins, sonoabrasive Entfernung adhärenter Dentikel usw.), um die Wurzelkanäleingänge darzustellen. Diese Zwischenschritte (Abb. 1a und b) spiegeln sich nicht in der GOZ 2012 wider.

Nach der amtlichen Begründung des Bundesministeriums für Gesundheit ist die GOZ-Position 2390 nicht als Zugangsleistung zur Erbringung der Leistungen nach den GOZ-Nummern 2410 und 2440 zu verstehen, so dass die Trepanation lediglich die Eröffnung des Pulpenkavums darstellt (semantisch richtig). Hieraus resultiert zwangsläufig, dass die Gestaltung einer adäquaten Zugangskavität im Wege der oben bezeichneten Schritte zur Darstellung der Wurzelkanäleingänge analog berechnet werden soll.

Analoge Berechnung

Ein Streitpunkt bei den Rechnungen bzw. Liquidationen nach der Gebührenordnung von 1987 war die analoge Berechenbarkeit der in der Gebührenordnung nicht enthaltenen Leistungen, die erst nach 1987 wis-

senschaftlich gesichert waren. Üblicherweise nahmen die meisten Versicherungen dazu zunächst eine ablehnende Haltung ein. Die von den jeweiligen Zahnärzten gelieferten Begründungen stießen in der Regel auf taube Ohren. Auch Stellungnahmen der Zahnärztekammern wurden seitens der Kostenerstatter nur dann berücksichtigt, wenn sie sich gegen die analoge Berechnung richteten. Interessant ist, dass auch die Zahnärztekammern zu manchen Fragen unterschiedliche Positionen vertraten. Ein wichtiger Punkt außer der Selbstständigkeit der Leistung war die wissenschaftliche Anerkennung ab 1987. Da in den meisten Abrechnungsgremien der Zahnärztekammern keine Hochschullehrer vertreten sind, haben manche Kammern um Stellungnahmen der Universitäten gebeten. Andere haben darauf verzichtet und somit die Stellungnahmen anhand des augenblicklichen Kenntnisstandes der Mitglieder dieser Gremien verfasst. Abgesehen davon ist auch der Begriff der wissenschaftlichen Anerkennung nicht klar definiert bzw. unsicher, welcher Evidenzgrad für die wissenschaftliche Anerkennung notwendig ist. Allerdings vergehen selbst im Fall einer unumstrittenen wissenschaftlichen Anerkennung eines Verfahrens, das als selbstständige Leistung definiert werden kann, manchmal Jahre zwischen den ersten Anwendungen des besagten Verfahrens und der wissenschaftlichen Anerkennung. Dieser Streit wurde hinsichtlich der Frage, ob bei Einführung der GOZ 88 bereits eine wissenschaftliche Anerkennung bestand, durch die Neufassung des § 6 GOZ erledigt.

§ 6 Abs. 1 der GOZ vom 01.01.2012 lautet: „Selbstständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden. Sofern auch eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung im Gebührenverzeichnis dieser Verordnung nicht enthalten ist, kann die selbstständige zahnärztliche Leistung entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der in Absatz 2 genannten Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden.“ Streit besteht heute insbesondere vor dem Hintergrund des

sogenannten Zielleistungsprinzips, also hinsichtlich der Frage, inwieweit eine erbrachte Leistung durch die Leistungsbeschreibung einer GOZ-Position erfasst ist oder eine eigene selbstständige Leistung darstellt. Bezüglich einiger weniger Leistungen konnte im Beratungsforum für Gebührenordnungsfragen ein Konsens zwischen BZÄK, dem Verband der Privaten Krankenversicherung sowie den Beihilfestellen von Bund und Ländern gefunden werden. Diese Leistungen, wie z. B. die adhäsive Wurzelkanalfüllung, der präendodontische Aufbau, der Verschluss atypisch weiter apikaler Foramina unter Verwendung von Mineraltrioxidaggregat, der Verschluss innerhalb des Parodontiums gelegener Perforationen des Wurzelkanalsystems, die Entfernung frakturierter Wurzelkanalinstrumente aus dem Kanalsystem sowie die Entfernung nekrotischen Pulpengewebes vor der Aufbereitung des Wurzelkanals wurden als selbstständige Leistungen anerkannt und als analog berechenbar ausgewiesen. Welche Analogpositionen heranzuziehen sind, wurde und wird teilweise kontrovers diskutiert. Für andere Positionen konnte kein Konsens erzielt werden, so dass ihre Berechnung im Zweifel nach wie vor zu gerichtlichen Auseinandersetzungen führt.

Analoge Berechnung von unter dem Mikroskop erbrachten selbstständigen Leistungen

Dass das, was wir sehen, nie das ist, was an sich vorliegt, haben wir bereits von *Immanuel Kant* erfahren. Seitens der Kostenerstatter wird eine analoge Berechnung von unter dem Mikroskop erbrachten selbstständigen Leistungen nunmehr mit der Begründung abgelehnt, der Gerätezuschlag nach der GOZ-Nummer 0110 decke die Leistungen vollständig ab. Diese Argumentation ist unrichtig und zurückzuweisen. Der Gerätezuschlag bezieht sich allein auf die Anwendung des Mikroskops als Gerät, nicht jedoch auf die Therapie, die unter dem Mikroskop erbracht wird. Die Einführung der Zuschlagsposition für das Dentalmikroskop in der neuen GOZ ersetzt nicht die erhöhten Aufwendungen für den Einsatz neuer Verfahren mit dem Dentalmikroskop. Es wurde lediglich die GOZ an die GOÄ ange-

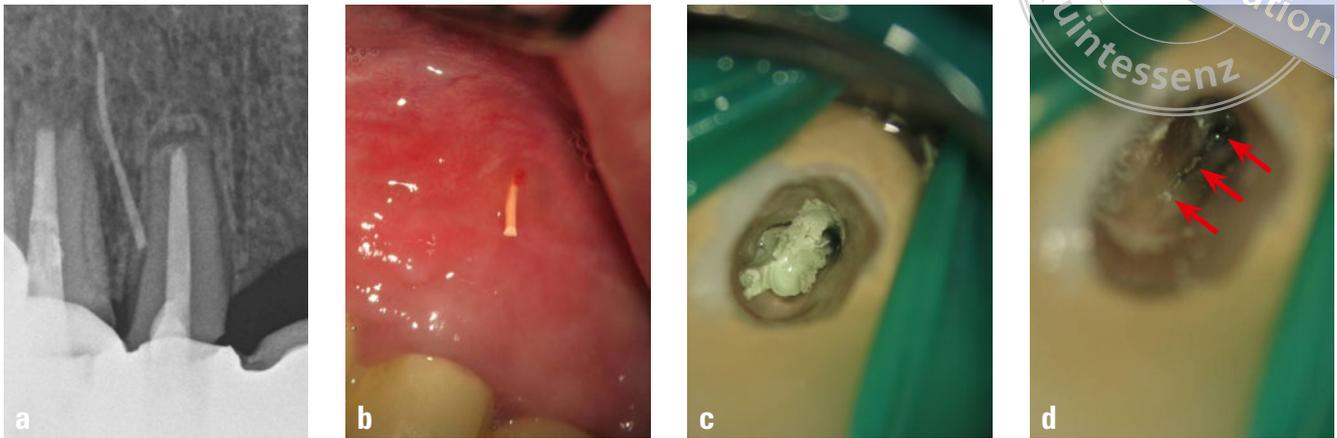


Abb. 2a bis d Zahn 13 mit Fistelgang nach endodontischer Behandlung, gefolgt von einer Wurzelspitzenresektion (a und b). Nach Gestaltung der Zugangskavität (c) und Teilentfernung der vorhandenen Wurzelkanalfüllung ist im Rahmen der IKD eine sonst nicht diagnostizierbare Längsfraktur (d, siehe Pfeile) erkennbar

passt, da in der GOÄ mit der Position 440 schon lange eine Zuschlagsposition für das Mikroskop existierte.

Bei Zuschlagspositionen geht es lediglich um eine Förderung moderner technischer Geräte, die im Vergleich zu anderen teurer in der Anschaffung, jedoch besser für die Therapie und den Patienten sind. So wird ganz konkret nicht die Anwendung der Lupenbrille gefördert, sondern das in der Anschaffung und vor allem in der Unterhaltung wesentlich teurere Dentalmikroskop mit der Zuschlagsposition unterstützt. Anders ist auch nicht der auf knapp 20 EUR pro Behandlungstag begrenzte Betrag zu interpretieren, der sich in gleicher Höhe schon in der alten GOÄ wiederfindet.

In einem Verfahren vor dem AG Viersen (Az. 31 C 119/08), das mit einem Anerkenntnis des Kostenträgers endete, stellte der Gutachter fest, dass sich durch die häufige oder permanente Anwendung einer Vergrößerungshilfe (Mikroskop) der Charakter der Wurzelkanalbehandlung von einer rein orthograden, konservativen Wurzelkanalbehandlung hin zu einer mikrochirurgischen, minimalinvasiven Therapieform ändert. Es würden nicht nur einzelne Behandlungsschritte optimiert, sondern die Therapieform würde insgesamt in Inhalt und Ablauf deutlich verändert. Die Arbeit unter dem Mikroskop erfordere den Einsatz eines speziellen Instrumentariums sowie eine modifizierte Arbeitsweise und stelle insofern eine eigenständige Therapieform

dar. Die Anwendung des Mikroskops diene somit nicht nur der Optimierung einzelner Arbeitsschritte, sondern sei eine Modifikation der gesamten Therapie.

Intrakoronale Diagnostik

Die intrakoronale Diagnostik (IKD) erfolgt unter Sicht mit einer optischen Vergrößerung nach Präparation der endodontischen Zugangskavität zur Verifizierung der klinischen Diagnose. Im Verlauf der Befundaufnahme wird das Dentin auf das Vorhandensein und die Ausdehnung von Karies untersucht sowie die Dichtigkeit bestehender dentaler Restaurationen kontrolliert. Außerdem geht es darum, Mikrorisse im Dentin zu finden und ihre Bedeutung für die Erhaltungsfähigkeit des Zahnes abzuschätzen (Abb. 2a bis d). Die Lage und Anzahl der Wurzelkanaleingänge wird ermittelt und die Schwierigkeit der Aufbereitung durch mögliche Einengungen von Reizdentin (Dentikel) oder Füllmaterialien abgeschätzt. Die Art und die Beschaffenheit von zu revidierenden Wurzelkanalfüllmaterialien können bestimmt werden, so dass sich der Grad der Schwierigkeit und die notwendigen Hilfsmittel feststellen lassen. Darüber hinaus ist es möglich, Perforationen als Folge einer zahnärztlichen Therapie oder Resorptionen rechtzeitig zu differenzieren und die Erhaltungsfähigkeit des Zahnes mit dem Patienten zu erörtern (Abb. 3a

Abb. 3a Zahn 27 mit röntgenologisch obliterierten Wurzelkanälen und Verdacht auf eine Perforation mesial (Pfeil)



Abb. 3b Während der IKD lässt sich die Perforation (schwarze Pfeile) ebenso darstellen wie die massive Bildung von Reizdentin (rote Pfeile), das den Zugang zum Wurzelkanalsystem verhindert

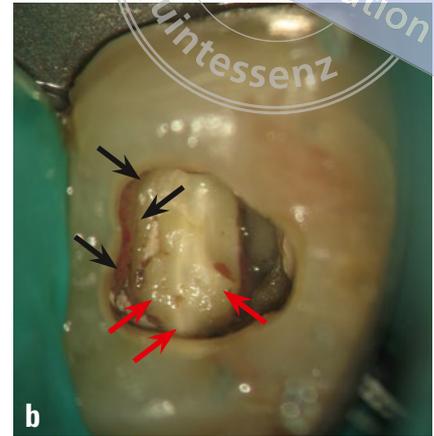
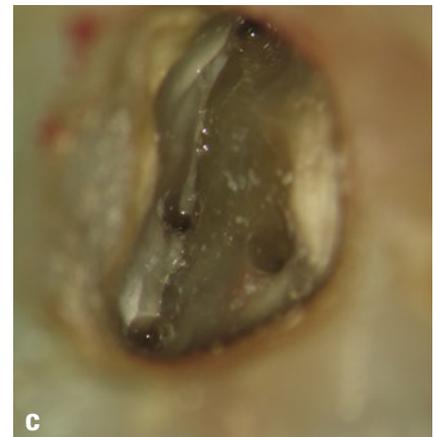


Abb. 3c Nach dem Perforationsverschluss war es möglich, bei Fortsetzung der IKD das Reizdentin sonoabrasiv zu entfernen und vier Wurzelkanaleingänge darzustellen. Die Verdachtsdiagnose einer Perforation konnte bestätigt werden. Im Anschluss an den Perforationsverschluss und die Darstellung der Wurzelkanaleingänge ließ sich eine verbesserte Entscheidung über die Erhaltungsfähigkeit des Zahnes treffen



bis c). Mit einer abschließenden Dokumentation der Befunde und einer endgültigen Diagnose erlaubt die IKD eine reproduzierbare Therapieentscheidung.

Diese selbstständige diagnostische Maßnahme wurde in der endodontischen Fachliteratur erstmals 2012 erwähnt⁹ und 2013 ausführlich beschrieben¹. Ihre Wertigkeit und Wichtigkeit nicht zuletzt aus wissenschaftlicher Sicht ergibt sich auch dadurch, dass die letztgenannte Veröffentlichung zur IKD mit dem *Peter-Guldener-Praktikerpreis* der Zeitschrift „Endodontie“ ausgezeichnet wurde. Die Kostenerstatter lehnen eine Übernahme der Gebühren für diese analog in Rechnung gestellte Leistung teilweise ab. Es ist keine Konstanz in den Entscheidungen der Versicherungen erkennbar. Selbst innerhalb ein und desselben Unternehmens gibt es unterschiedliche Praktiken, die von einer vollständigen Erstattung über eine teilweise Übernahme bis hin zur kompletten Ablehnung reichen.

Im Hinblick auf die IKD ist eine analoge Abrechnung durch das AG Kiel (Az. 118 C327/14) ausdrücklich bestätigt worden. Ein vor dem AG Schleswig anhängiger Rechtsstreit (Urteil vom 28.10.2013, Az. 3C 352/13) endete mit einem Anerkenntnis des Krankenkassensachverständigen, nachdem der Sachverständige erläutert hatte, dass die IKD eine Weiterentwicklung in der Wurzelkanalbehandlung sei und auf wissenschaftlicher Grundlage basiere. Der Sachverständige führte weiter aus, dass die medizinische Notwendigkeit der IKD außer Frage stehe, da mit Hilfe des Operationsmikroskops das eröffnete Zahninnere (Pulpakavum) inspiziert werden könne. Hierbei werde der Boden des Pulpakavums auf Wurzelkanaleingänge untersucht und – soweit die Optik das zulasse – auch der Verlauf der Wurzelkanäle in Richtung Wurzelspitzen verfolgt. Durch diese Leistung würden häufig zusätzliche Strukturen im Zahninneren erkannt, die erst dann einer Therapie zugänglich seien.

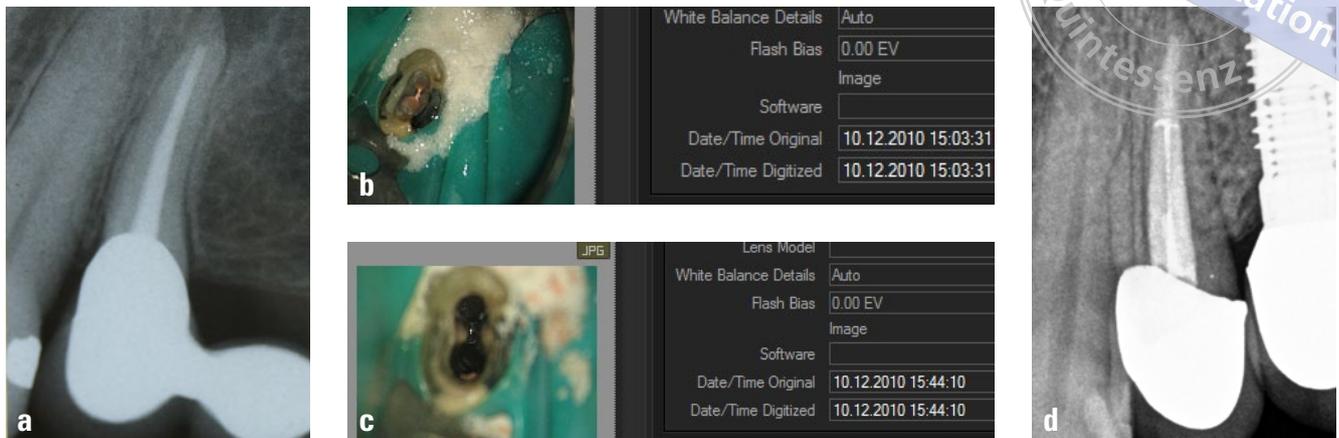


Abb. 4a bis d Zahn 24 mit symptomatischer apikaler Parodontitis (a). Klinisches Bild mit Zeitaufzeichnung (EXIF-Dateieigenschaften) bei der Darstellung der zu entfernenden Wurzelkanalfüllung im Rahmen der orthograden Revision (b). Klinisches Bild unmittelbar vor Entfernung letzter Reste der alten Wurzelkanalfüllung (ebenfalls mit Originalzeitaufzeichnung). Diese kontinuierlich unter dem Dentalmikroskop durchgeführte Maßnahme erforderte einen Zeitaufwand von über 40 Minuten (c). Röntgenkontrollaufnahme nach 3 Jahren mit deutlichen Heilungszeichen der apikalen Läsion (d)

Ebenfalls nach erstattetem Sachverständigengutachten, das die Abrechnung der IKD bestätigte, kam es in einem Verfahren am AG Dresden (Urteil vom 14.03.2016, Az. 113 C 5926/14) zur Anerkennung der gerichtlich geltend gemachten Forderungen. Der Sachverständige führte in seinem Gutachten Folgendes aus: „... die IKD mittels OP-Mikroskop ist eine anerkannte und auch eigenständige Diagnoseleistung. ... Somit sind alle Voraussetzungen für eine Analogberechnung erfüllt.“

Entfernung alter Wurzelkanalfüllungen/Revision

Bei der Entfernung von im Wurzelkanal befindlichem altem, definitivem Füllmaterial (meist Guttapercha) handelt es sich nach Auffassung der Kostenträger um eine mit der GOZ-Position 2410 (Aufbereitung eines Wurzelkanals) abgegoltene Leistung. Diese Ansicht ist realitätsfremd und unzutreffend. Den Leistungsgegenstand der Position 2410 stellt die Aufbereitung eines Wurzelkanals dar. Darunter ist ein mechanischer Dentinabtrag von der Wurzelkanalwand durch instrumentelle Erweiterung und Ausformung des Wurzelkanals⁵ zu verstehen. Diese Leistung beinhaltet niemals die Entfernung dessen, was zuvor im Wurzelkanal vorhan-

den war, zumal der Zugang zur Kanalwand nur bei offenem Lumen möglich ist. Rein systematisch wird dies bereits dadurch deutlich, dass die Entfernung des vitalen Pulpagewebes Eingang in die eigenständige GOZ-Position 2360 gefunden hat. Folgerichtig wird auch die Entfernung nekrotischen Nervgewebes vor der Aufbereitung des Wurzelkanals mittlerweile in den Beschlüssen des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen als selbstständige Leistung anerkannt und als analog berechenbar ausgewiesen.

Hieraus erschließt sich zwangsläufig, dass die Entfernung von altem, definitivem Wurzelkanalfüllmaterial – welche sehr viel schwieriger und zeitaufwendiger ist als die Entfernung vitalen oder nekrotischen Nervgewebes – nicht Gegenstand der Leistung der GOZ-Position 2410 sein kann (Abb. 4a bis d). Somit kann die Entfernung des alten, definitiven Füllmaterials nur eine eigenständige Leistung darstellen und nicht Bestandteil der Wurzelkanalaufbereitung sein, zumal im Rahmen der Entfernung alten Wurzelkanalfüllmaterials meist auch Pulpareste aus zuvor unvollständig bearbeiteten Kanallumen entfernt werden. Einer 2001 durchgeführten Zeitmessstudie ist zu entnehmen, dass der durchschnittliche Zeitaufwand für eine Wurzelkanalaufbereitung pro Kanal etwa 5 bis 8 Minuten



beträgt⁷. Die Entfernung älterer Wurzelkanalfüllungen ist de facto häufig zeitaufwendiger als die Wurzelkanalaufbereitung. Diese Tatsache hat im GOZ-Kommentar der BZÄK folgerichtig dazu geführt, eine analoge Abrechenbarkeit anzunehmen.

Um die Frage, ob das Entfernen einer alten Wurzelkanalfüllung analog berechnet werden kann, ging es ebenfalls in dem bereits oben erwähnten Verfahren am AG Dresden (Urteil vom 14.03.2016, Az. 113 C 5926/14). Der Sachverständige stellte hierzu eindeutig fest, dass die Entfernung einer alten Wurzelkanalfüllung nicht Gegenstand der GOZ-Nummer 2410 ist, sondern dafür eine Analogposition herangezogen werden muss, da die GOZ 2012 keine Position enthält, welche diese aufwendige Leistung beschreibt.

Inkriminierung zahnärztlicher Abrechnung

Nach Abschluss der Befundaufnahme und Diagnostik wird der Patient informiert und über die möglichen Auswirkungen der Befunde auf die Gesundheit aufgeklärt. Im Verlauf des Gespräches werden Therapieoptionen mit den speziellen Erfordernissen des Patienten abgewogen, und es wird und ein individueller Kostenplan bzw. eine individuelle Honorarvereinbarung erarbeitet. Wenn der Kostenplan mit einer Honorarvereinbarung bei einer Versicherung zur Abklärung der zu erwartenden Erstattung eingereicht wird, erfolgen häufig diskriminierende oder teilweise kriminalisierende Äußerungen der Sachbearbeiter gegenüber dem Versicherten, obwohl diesem jegliche Informationen über die Diagnose und Schwierigkeit der Behandlung fehlen. Häufig wird durch die Krankenversicherungen der Eindruck vermittelt, dass die kalkulierte Kostenplanung medizinisch nicht zu rechtfertigen, überhöht oder sogar inhaltlich falsch und deshalb nicht oder nur zu einem geringen Anteil erstattungsfähig sei. Den Patienten werden zunächst seitenlange Fragebögen zur Prüfung der Rechtswirksamkeit von Honorarvereinbarungen zugesandt, welche z. B. folgende Fragen enthalten: „Von wem wurde Ihnen die Vereinbarung vorgelegt? Vom Zahnarzt selbst? Wer war dabei anwesend?“ „Erhielten Sie Gelegenheit, den Inhalt mit dem

behandelnden Zahnarzt zu besprechen? Was wurde besprochen?“, „War das Akzeptieren der vorgegebenen Steigerungssätze Voraussetzung für die Durchführung der Behandlung?“, „Hatten Sie die Möglichkeit, Ihre eigenen Vorstellungen zur Höhe des Steigerungssatzes einzubringen?“, „Weshalb ist aus Ihrer Sicht eine solche Honorarvereinbarung gerechtfertigt?“ Dieses Prozedere verzögert im besten Fall lediglich die Durchführung von Behandlungen, aber nicht selten tragen die Verzögerungen zur Verschlimmerung des Krankheitsbildes und zur Entstehung von Komplikationen bei. Die Rechtsprechung, wonach ein individuelles Aushandeln der Honorarvereinbarung nachgewiesen werden muss (denn hierauf zielen die Fragen), ist schon vor langer Zeit vom Bundesverfassungsgericht als fehlerhaft erkannt worden (Urteil vom 25.10.2004, Az. 1 BvR 1437/02).

Eine andere Taktik der Kostenerstatter besteht darin, dem betroffenen Patienten ohne ausreichende Vorinformationen mitzuteilen, dass die Behandlung entweder nicht erforderlich und/oder überteuert sei, und dem Zahnarzt lange Fragebögen über eine durchzuführende Behandlung zuzuschicken. Oft werden keine wirksamen Schweigepflichtentbindungen vorgelegt. Die Honorierung der Beantwortung wird nach einer GOÄ-Position angeboten, die in keinem Verhältnis zum Aufwand steht. Übersieht der Zahnarzt, dass die vorgelegte Schweigepflichtentbindungserklärung nicht ausreicht, kann der Verstoß gegen die Verschwiegenheitspflicht sowohl straf- als auch standesrechtliche Konsequenzen haben. Dass der Zahnarzt sich bei der Berechnung des Honorars für die geforderten Auskünfte nicht auf die angebotene GOÄ-Ziffer einlassen muss, ist durch die Rechtsprechung bestätigt. Diese Auskünfte an Versicherungen sind keine medizinisch notwendigen Leistungen und dementsprechend nicht nach der GOÄ abzurechnen (AG Köln, Urteil vom 14.11.1996, Az. 117 C 171/95; AG Flensburg, Urteil vom 18.04.2007, Az. 62 C 238/06; AG Düsseldorf, Urteil vom 17.11.2008, Az. 20 C 2097/08).

Das Landgericht Düsseldorf wies kürzlich in seinem Urteil vom 02.05.2016 (Az. 9 O 236/11) darauf hin, dass es für den Patienten unzumutbar ist, detaillierte Nachfragen zur Behandlung zu beantworten sowie umfang-



Abb. 5a bis c Endodontisch behandelte Oberkiefermolaren. Üblicherweise haben diese Zähne vier Wurzelkanäle, aber ein Nachweis ist mit zweidimensionalen Röntgenaufnahmen nicht zu erbringen

reiche Unterlagen in Bezug auf die erhobenen Befunde, Röntgenaufnahmen und angefertigte Modelle vorzulegen. Vor dem Hintergrund, dass dem Versicherer keine umfassende Einsicht in die Krankenakte zu gewähren ist, kämen derartige Nachfragen zumindest aus Sicht eines Versicherungsnehmers, der selbst regelmäßig medizinischer Laie ist, der Forderung nach einer solchen umfassenden Einsicht sehr nahe. Von einem Versicherungsnehmer könne jedoch nicht verlangt werden, aus der Fülle der im konkreten Fall angeforderten Informationen diejenigen herauszudestillieren, welche er dem Versicherer in zumutbarer Weise zur Verfügung stellen müsste und welche tatsächlich zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Leistungsumfangs erforderlich sind. Darüber hinaus habe er nicht das Risiko der beim behandelnden Zahnarzt entstehenden Kosten zu tragen, die mit solchen Nachfragen verbunden sein können. Zudem stellte das Gericht fest, dass die nach § 6 Abs. 1 der Musterbedingungen 1976 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 76) geforderten Nachweise Eigentum des Versicherers werden. Soweit diese Nachweise über Belege hinausgehen, die entstandene Kosten aufführen und in der Regel den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit sowie die erbrachten Leistungen enthalten, könne von einem Versicherungsnehmer nicht verlangt werden, dass Unterlagen in Bezug auf die erhobenen Befunde, Röntgenaufnahmen oder angefertigte Modelle, welche möglicherweise nicht einmal im Eigen-

tum des Versicherungsnehmers stehen, zur Verfügung gestellt werden, mit der Folge, dass das Eigentum hieran auf den Versicherer übergeht.

Auch der Widerstand und Kommentare der Zahnärztekammern („In der Summe gesehen hat es den Anschein, dass bestimmte Krankenversicherungen versuchen, rechtswirksam geschlossene Honorarvereinbarungen als rechtsunwirksam zu interpretieren. Der Willkür sind dabei – so scheint es zumindest – keine Grenzen gesetzt.“⁶⁾ gegen diese Praxis der Versicherungen finden wenig Widerhall. Vielmehr versuchen die Kostenerstatter immer dann, wenn die Äußerungen nicht ihren Interessen entsprechen, die Zahnärztekammern als Interessenverbände der Zahnärzte zu diskreditieren, wobei sie offensichtlich ignorieren, dass es sich bei den Kammern um Aufsichtsbehörden der Zahnärzte handelt, welche als Körperschaften des öffentlichen Rechts zur Neutralität verpflichtet sind.

Werden die Behandlungen durchgeführt, so ist es bei der Abrechnung von vier oder mehr aufbereiteten und gefüllten Wurzelkanälen an Molaren keine Seltenheit, dass erheblicher Zweifel an der Kompetenz des Zahnarztes geübt und – ohne es ausdrücklich auszusprechen – ein Abrechnungsbetrug unterstellt wird. Ohne sachverständige Beurteilung werden Leistungen gegenüber den Versicherten ganz oder teilweise mit der Behauptung gekürzt, dass die berechnete Anzahl der Kanäle nicht nachvollziehbar sei (Abb. 5a bis c). In manchen Fällen werden Röntgenaufnahmen verlangt,



Abb. 6a bis c Endodontisch behandelte Unterkiefermolaren mit fünf Wurzelkanälen. Die Erstattung wurde zunächst auf zwei Wurzelkanäle begrenzt. Nach Vorlage des Röntgenbildes erfolgte die Erstattung der Kosten für die Behandlung von drei Wurzelkanälen

um die Anzahl der Wurzelkanäle nachzuweisen, und zwar mit der Begründung, dass eine sachgerechte Prüfung nur anhand der Röntgenbilder möglich sei. Die Erstattung wird dann auf die eindeutig röntgenologisch erkennbare Anzahl der Wurzelkanalfüllungen begrenzt (Abb. 6a bis c). Es erfolgt insoweit keine Erstattung gegenüber dem Versicherten, und der Zahnarzt wird aufgefordert, anhand von Röntgenbildern nachzuweisen, dass die berechnete Anzahl an Wurzelkanälen tatsächlich behandelt wurde. Diese Forderung ist fachlich unverständlich, da anhand eines Röntgenbildes oft keine genaue Aussage über die Anzahl der Wurzelkanäle getroffen werden kann¹⁰. Ein begründeter Nachweis für die Zweifel der Versicherung an der Abrechnung des Zahnarztes unterbleibt. Vielmehr wird dem Versicherten empfohlen, nur die erstatteten Kosten zu überweisen und den Rest zurückzuhalten.

Die oben geschilderten Praktiken führen nicht selten dazu, dass trotz vorheriger sachgerechter Aufklärung auch über eine mögliche Erstattungsverweigerung des Kostenträgers Zweifel beim Patienten an der Glaubwürdigkeit des Zahnarztes erweckt werden. Es entsteht der Eindruck, dass Versicherungen mit diesen Strategien im Interesse einer Ausgabenreduzierung Einfluss auf die Therapieplanung und die Wahl des Arztes nehmen wollen. Die Folge ist eine nachhaltige Störung des vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses. Vermutet werden kann zudem eine Anpassung der Ärzteschaft in der Wahl der Therapie zur Reduzie-

rung gebührenrechtlicher Auseinandersetzungen, was sich allerdings nicht mit dem Ziel der bestmöglichen Versorgung des Patienten vereinbaren lässt^{2,3}.

Fazit

Sosehr der Zahnarzt auch nach einer bestmöglichen Behandlung für seine Patienten strebt, wird es ihm nicht gelingen, jede Auseinandersetzung um Haftungsfragen oder Honorare sicher zu vermeiden. Zu den Kostenstreitigkeiten sei die Aussage „Mit der Rechnung kam der Schmerz“ zitiert. Ein Streit über die Kosten zieht leider häufig auch den Behandlungsfehlervorwurf nach sich. Vor dem Hintergrund der dargestellten Uneinheitlichkeit der Beurteilungskriterien der Sachverständigen ist der Ausgang eines Rechtsstreites leider häufig nur schwer zu prognostizieren. Selbst die sorgfältigste Behandlung kann nicht vor Konflikten mit Patienten und/oder Kostenerstattern schützen.

Danksagung

Spezieller Dank gilt Dipl.-Stom. *Michael Arnold*, Dresden, Dr. *Christian Friedrichs*, Kiel, Dr. *Gerd Mayerhöfer*, Düsseldorf, Dr. *Christian Rusch*, Kaarst, Dr. *Thomas Weber*, Krumbach, und Dr. *Susanna Zentai*, Köln, für ihre Unterstützung, Hilfe bei der Urteils- und Literatursuche sowie anregende, aufbauende und weiterführende Diskussionen über dieses komplexe Thema.



Literatur

1. Arnold M, Friedrichs C, Tulus G, Verch S, Dennhardt H, Sanner F. Intrakoronale und intrakanaläre endodontische Diagnostik (IKD). *Endodontie* 2013;22:9-21.
2. Bauer H. Patient oder Kunde – Wandel in der Arzt-Patient-Beziehung? In: Wolff H (Hrsg). *Die Arzt-Patient-Beziehung beim gesundheitspolitischen Umbruch*. Heidelberg: Kaden, 2005:73-77.
3. Bauer H. Zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Etablierung der Evidenz-basierten Medizin (EbM) im chirurgischen Alltag. In: Rebscher H (Hrsg). *Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft und Politikberatung*. Heidelberg: *Economia MedizinRecht.de*, 2006:506-525.
4. Bundeszahnärztekammer. *Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) – Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes-)Zahnärztekammern*. Stand Oktober 2015. Internet: www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf. Abruf: 04.03.2016.
5. Hülsmann M, Schäfer E. „Good clinical practice“: Die Wurzelkanalbehandlung. Gemeinsame Stellungnahme der DGZ und der DGZMK. Stand 23.07.2007, Version 1.b. Internet: www.dgzmk.de/uploads/tx_szdgzmkdocuments/Good_clinical_practice:_Die_Wurzelkanalbehandlung.pdf. Abruf: 03.03.2016.
6. Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg. *Zahnarztinformation: Fragenkatalog zur Honorarvereinbarung*. Internet: www.lzk-bw.de/fileadmin/user_upload/1.Zahn%C3%A4rzte/70_Geb%C3%BChrenrecht/Informatinsblaetter-Fragenkatalog_Honorarvereinbarung-Dr-Wilz.pdf. Abruf: 10.03.2016
7. Marbé W, Muschter W. *Arbeitswissenschaftliche Messung des Zeitbedarfs bei der Erbringung zahnärztlicher Leistungen*. Hamburg: Institut für Funktionsanalyse im Gesundheitswesen, 2002.
8. Stegemann U. *Beschlüsse der GOZ-Kommission – Teil 1*. *Rheinisches Zahnärzteblatt* 2014;57(1):29-30.
9. Tulus G. *Wie würden Sie entscheiden?* *Endodontie* 2012;21:393-394,407-412.
10. Tulus G, Weber T, Rusch C. *Das Röntgenbild – ein geeignetes Instrument zur Beurteilung von Qualität oder Schwierigkeitsgrad endodontischer Behandlungen?* *Zahnarzt & Praxis* 2009; 12(1):6-15.