

Abschnitt H. „Aufbissbehelfe, Schienen“ – ein Längsschnitt mit Seitenhieben

In puncto Abrechnung: Dr. Peter Esser zu den häufigsten Fragen der Abrechnung (481 b)

Bei der GOZ-Novellierung hat sich der Verordnungsgeber davon verabschiedet, die aktuelle Zahnheilkunde abzubilden. Er hat auch keine Anpassungsklausel oder regelmäßige Aktualisierung beschlossen und verweist lediglich auf Paragraph 6 (1) GOZ. Im ersten Teil dieses Beitrags zum Abschnitt H. „Aufbissbehelfe, Schienen“ der GOZ'12 konnten Sie lesen, dass Leistungsbeschreibungen, deren Bewertung sowie Nichtaufnahme neuer Leistungen in den Leistungskatalog dem Fortschritt der Zahnmedizin auch nicht annähernd gerecht werden; so die „Versorgung mit laborgefertigtem Provisorium im indirekten Verfahren“, deren Wiederherstellung oder Erneuerung, außerdem Provisorien und/oder Schienen als Aufbissbehelfe. Im zweiten Teil des Beitrags erfahren Sie, wie man bei weiteren Aufbissbehelfen verfährt und abrechnet.

Auch bei Prothesen, die als Aufbissbehelfe adjustiert werden, kann folgendermaßen berechnet werden: Das kann für einen Kiefer geschehen (meist bei nahezu Vollprothese oder Coverdenture) mit einmaliger Berechnung der Nr. 7020 oder für beide Kiefer insbesondere bei stark abgesunkenem Biss oder stark abgesunkenen Prothesen (zweimal Nr. 7020). In einem Lückengebiss, das noch nicht als „zahnarm“ bezeichnet werden kann – es sind vielleicht noch die Hälfte der Zähne verblieben –, wird oder werden die Prothesen meist unterfüttert (5280 bis 5300) und dann auf die Restbezahlung mit samt der eingegliederten Prothese eine abnehmbare adjustierte Schiene nach Nr. 7010 aufgesetzt.

Folgeleistungen nach Aufbisseingliederung

Eingegliederte Aufbissbehelfe können in der Folgesitzung nach Nr. 7040 kontrolliert werden (visuelle Kontrolle, Nachpolitur etc.), auch subtraktiv durch Einschleifen (Nr. 7050) oder additiv durch Auftragen (Nr. 7060) verändert werden. Das kann nötigenfalls auch nebeneinander auf derselben Schiene erfolgen, etwa bei einseitig nötigem Auftrag und dennoch Einschleifen auf der Gegenkieferhälfte im außeradditiven Bereich. Dann hat es beispielsweise einseitig Diskusänderung/-reposition oder Ähnliches gegeben.

Es kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass eine labortechnisch sorgfältig adjustierte Schiene in der Eingliederungssitzung doch noch subtraktiv (7050) angepasst werden muss, weil sich über den Anfertigungszeitraum hinweg vielleicht die Haltung/Steuerung der Muskulatur etc. durch lokale physikalisch-medizinische Maßnahmen (so nach Ä551 „Reizstrombehandlung“, Ä555 „Niederfrequenz bei spastischer Lähmung“ etc.) oder durch Wärme- und Medikamentenbehandlung sowie Massage verändert hat.

Wiederherstellung Aufbissbehelf

Die Wiederherstellung der Funktion eines eingegliederten Aufbissbehelfs gemäß Nr. 7030 GOZ erfolgt gegebenenfalls an dessen Basis oder auf der Aufbissfläche; Unterfütterung und Innenanpassung an den Sitz ist bei schaukelnden oder ähnlichen Schienen auch möglich. Trägt die Schiene Ersatzzähne auf Sätteln oder ist gleichzeitig eine aufbissadjustierte Prothese, dann ist zusätzliche Unterfütterung dieser Sättel (Schalt-

und Freundsättel) nach den Nummern 5280 bis 5300 als prothetische Unterfütterung plus Material- und Laborkosten zu berechnen.

Sind gegebenenfalls im selben Kiefer (laborgefertigte) indirekte provisorische Kronen, dann müssten die mitangepasst werden, etwa durch additiven Auftrag nach Nr. 7060. Es fallen dann gegebenenfalls zusätzlich Material- und Laborkosten (BEB) an für zahntechnische Tätigkeit am Werkstück.

Wie viele Zähne bedeckt ein Aufbissbehelf?

Hierbei handelt es sich um eine selten gestellte Frage, die nicht leicht zu beantworten ist. Gemeinhin neigt der Gefragte automatisch dazu, an die gesamte vorhandene Bezahlung in einem Kiefer zu denken. Dann wäre die Ausdehnung einer Schiene über die gesamte Zahnreihe zutreffend? Die Leistungsbeschreibung lautet aber im Original: „Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit ohne/mit adjustierte(r) Oberfläche“.

Da ist keine Festlegung, dass ein Aufbissbehelf auf natürliche oder restaurierte/überkronte Zähne, auch Brückenglieder, aufgesetzt wird, auch Ersatzzähne einer Prothe-

Über den Autor

Der Autor dieser dzw-Serie „In puncto Abrechnung“ rund um Fragen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), **Dr. med. dent. Peter Esser** (Jahrgang 1945), studierte von 1965 bis 1970 in Köln Zahnmedizin und ließ sich 1972 in Würselen nieder. Er war acht Jahre Vizepräsident der Zahnärztekammer Nordrhein und betreute dort unter anderem die Referate GOZ und Gutachten. Bis 1998 war Esser auch Mitglied des GOZ-Arbeitsausschusses der Bundeszahnärztekammer. Esser ist als Autor (zum Beispiel „GOZ-Praxiskommentar Vollversion“) und seit 1978 als Referent mit Vorträgen auf mehr als 2.000 halb- und ganztägigen Fortbildungskursen vielen Zahnärztinnen und Zahnärzten bekannt.

Er ist als GOZ-Berater der ZA – Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft Düsseldorf tätig und per E-Mail unter GOZ-Team@zaag.de erreichbar. Informationen zu seinen Kursangeboten gibt es unter www.die-za.de/wissen/seminare



Foto: JLO-FOTO – stock.adobe.com

se oder provisorische Kronen kommen infrage. Letztere können selber aufgebaut sein zum Aufbissbehelf oder einen aufgesetzten temporären Behelf tragen.

Da gibt es keine Festlegung auf eine bestimmte Ausdehnung des Behelfs (Zahnkranz, Seitenzahnbereich einer Kieferhälfte, Brücken- oder Zahnbreite), keine auf eine bestimmte Art der Eingliederung (abnehmbar, einrasten, einfach oder adhäsiv befestigt) und auch keine Zweckfestlegung oder ein Behandlungsziel (Bissabstützung/Aufbissergänzung, Aufbissperrung/Schaffung Hypomochlion) und schließlich auch keine auf bestimmte Materialien (Acrylat, Polycarbonat, Komposit, Metall oder Ähnliches) – siehe im Online-Abrechnungsllexikon Alex unter 7010 – 4.0.2 oder unter 73 „temporäre Bisshebung“. Man mag sich selber zu den vielfältigen Möglichkeiten Fragen stellen und beantworten.

Eine Frage: Was wird nach der GOZ berechnet beim Aufkleben zweier zwecks UK-Vorschub adjustierter Bissperren auf den Kauflächen der hinteren Molaren im Unterkiefer aus kieferorthopädischen Gründen? Das ist einfach: zweimal Nr. 7010 GOZ plus Begleitleistungen und Material- und Laborkosten der Herstellung.

Zweite Frage: Was wird möglicherweise berechnungsfähig sein bei acht direkt aus Komposit hergestellten und direkt eingebrachten, relational umgestalteten und semi-definitiven therapeutischen Okklusions-/Repositiononlays im rechten und linken Unterkieferseitenzahnbereich (mit einer angestrebten endgültigen Versorgung durch Keramikauflagen oder adhäsiv befestigten Teilkronen)?

Dürfen die acht therapeutischen Elemente nach 7040 bis 7060 GOZ kontrolliert und weiter adjustiert werden? Ein Tipp: „Endgültige Kronen, Brücken und Prothesen dürfen nicht als Aufbissbehelfe oder Schienen nach Abschnitt H. berechnet werden“ (Allgemeine Bestimmung).

Dürfen Schienen nach 7000, 7010 GOZ auch schienen?

Ein Teil der Kapitelüberschrift H. „Eingliederung von ... Schienen“ ist wohl weniger bis kaum zutreffend: Lediglich unter der Nr. 7070 ist eine echte „Schiene“ (Immobilisation, Stabilisation, Retention) aufgeführt, diese „unter Anwendung der Ätztechnik“. Die angeführte Anwendung der Ätztechnik (gleich „Konditionieren“) ist unzweifelhaft eine recht unvollständige Beschreibung der im Allgemeinen zur adhäsiven Interdentalraumverblockung nötigen Einzelschritte. Nämlich nur der erste Schritt Bonding, Kompositapplikation/-formung und in der Regel Härtung etc. folgen.

In den „Besonderen Begründungen“ des BMG zur GOZ-Novelle sind zur „Anwendung der Ätztechnik“ gar keine Ausführungen zu finden. Da findet sich lediglich zur Nr. 2197 „adhäsive Befestigung“ (je selbstständige Leistung mittels zuzüglich Adhäsivbefestigung) der Hinweis, dass der Begriff Adhäsivtechnikals Oberbegriff für die „Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik“ und die „Schmelz-Adhäsivtechnik“ verwendet wird: Letztere Spezifikation ist bei der adhäsiven Interdentalraumverblockung erforderlich, aber in der Leistungsbeschreibung der Nr. 7070 „Ätztechnik“ so oder so unerwähnt. Da erhebt sich vielleicht die Fragestellung, ob es hier eine (un-/beabsichtigte) Lücke in der Leistungsbeschreibung der Nr. 7070 geben könnte, und gegebenenfalls, ob und wie diese zu schließen wäre? Wohl mit zusätzlicher Berechnung der Nr. 2197 (adhäsive Befestigung) je Grundleistung nach 7070 GOZ (je Interdentalraum) bei tatsächlicher Durchführung eines Bondings durch den Zahnarzt, aber nicht bei lediglich Verwendung von selbstadhäsivem Befestigungskomposit. Genauso wie es auch bei Kompositrestaurationen nach den Nummern 2060 ff GOZ der Fall ist.

Kommentar der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) zur Nr. 7070 GOZ

- Die Anwendung der Ätztechnik ist obligatorisch.
- Weitere Maßnahmen zur adhäsiven Befestigung im Sinn eines Konditionierens können zusätzlich berechnet werden.

Das heißt, Nr. 2197 „adhäsive Befestigung“ kann zusätzlich berechnet werden, da adhäsive Befestigung nicht Bestandteil des Konditionierens ist. Der Kommentar der BZÄK ist dennoch schief: „Ätztechnik ist eine Art des Konditionierens; es gibt weitere wie Abstrahlen, Lasern und so weiter.“

Durchführung der Ätztechnik und Anwendung der „adhäsiven Befestigung“ (2197 Primen, Bonding) sind zwei unterschiedliche selbstständige Tätigkeiten: Die fehlerhafte Verknüpfung „Adhäsive Befestigung im Sinn eines Konditionierens“ ist fachlich unsinnig, ist nicht existent. Es gibt Konditionieren (Vorbedingung schaffen) für eine gegebenenfalls nachfolgende selbstständige Leistung wie „adhäsive Befestigung“.

Die Leistung 7070 ist je Interdentalraum berechnungsfähig, geht also davon aus, dass zumindest zwei benachbarte Zähne einmal gemäß Nr. 7070 geschient werden „unter Anwendung der Ätztechnik“. Es werden wohl natürliche Zähne sein, die von der Leistungsbeschreibung nach 7070 GOZ angesprochen sind, denn etwa provisorische Kronen werden nicht nachträglich, zumindest nicht mithilfe der „Ätztechnik“ verblockt.

Weitere Schienungsmaßnahmen (Ä2697 bis Ä2702) sind nicht in der GOZ, sondern in der GOÄ in Teil „L. IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie“ zu finden, der gemäß Paragraph 6 (2) GOZ Zahnärzten uneingeschränkt zugänglich geblieben ist, nicht nur „im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen“, wie bereits von Post-Restriktionären behauptet wurde.

Dr. Peter H. G. Esser, Simmerath-Einruhr

(wird fortgesetzt)