



Bremer GOZ-Kurzkommentar zur GOZ 2012

Version 2.0, Stand 20.02.2012

Inhaltsverzeichnis

Bremer GOZ-Kurzkommentar zur GOZ 2012



- | | |
|---|----------|
| 1. Vorwort von Dr. Wolfgang Menke | Seite 3 |
| 2. Wann darf nach der neuen GOZ berechnet werden und unter welchen Voraussetzungen gilt noch die alte GOZ? | Seite 5 |
| 3. Der Paragraphenteil der neuen GOZ | Seite 6 |
| 4. Veränderungen im Leistungsteil der GOZ | Seite 11 |
| 5. Vergleich GOZ 2012 – GOZ 1988 | Anlage 1 |
| 6. Vergleich GOZ 2012 – BEMA 2004 | Anlage 2 |
| 7. Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen aus der GOZ 2012 | Anlage 3 |
| 8. Liquidationsvorlage | Anlage 4 |

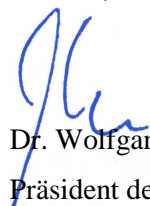


Sehr geehrte Kolleginnen,
sehr geehrte Kollegen,

nach langem Vorlauf wird es zum 01.01.2012 eine novellierte GOZ geben. Das Ergebnis ist für uns alle maßlos enttäuschend. Es wird keine generelle Punktwertanhebung geben. Bei der Novellierung wurden lediglich Streitfragen zwischen Kostenträgern und Zahnärzten beseitigt und dringend neue Leistungen, wie z. B. die SDA-Füllungen, eingeführt. In der zahnärztlichen Chirurgie gibt es künftig auch OP-Zuschläge. Aufgrund dieser Veränderungen musste in einigen Bereichen das gesamte Bewertungsgefüge geändert werden, um den entsprechenden Abstand zwischen Füllungen und Kronen wieder herzustellen. Ein Großteil der Leistungen wurde in der Bewertung gar nicht geändert. Es ändert sich also nichts daran, dass weiterhin viele Leistungen im BEMA 2004 besser bewertet sind als in der GOZ. Bei vielen Leistungen wurde die Berechenbarkeit begrenzt. Die Bundeszahnärztekammer war im Novellierungsverfahren nicht als Verhandlungspartner beteiligt, sondern, wie viele andere Interessenvertreter, z. B. die PKV, nur zur Anhörung zugelassen. Bei den drei Teilen der GOZ, Leistungsbeschreibung, Leistungsbewertung und Paragrafenteil, war die Bundeszahnärztekammer nur bei den Beratungen zur Leistungsbeschreibung beteiligt. Eine Konsentierung im Sinne von Einigkeit zu erzielen, wie von der Politik gerne behauptet wird, hat es nicht gegeben. Gleichwohl ist die jetzige GOZ 2012 mit einer Erhöhung von 6% per Saldo besser als der Referentenentwurf aus dem Jahr 2008 mit seiner realen Absenkung von 2,5%. Angesichts der politischen Realitäten und den Aussichten, die bei einem Regierungswechsel mit einer Verschlechterung der Ausgangslage bestehen würden, wäre es nicht sinnvoll, die Novellierung komplett zu verweigern, auf 6% zu verzichten und auf bessere Zeiten zu hoffen. Die Diskussion über die politische Bewertung und die weitere Entwicklung ist nicht Sinn dieses Kommentars. Sie muss an anderer Stelle geführt werden.

Dieser Kommentar ist dazu gedacht, Ihnen und Ihren Mitarbeiterinnen schon jetzt die erste Einarbeitung und die Arbeit mit der neuen GOZ zu erleichtern, Ihnen die wichtigsten Änderungen vorzustellen und Ihnen Tipps für die Berechnung zu geben. Er kann aber niemandem die eigene Beschäftigung mit der neuen GOZ abnehmen. Zwangsläufig kann er jetzt noch nicht vollständig sein. Gerne nehmen wir Ihre Anregungen und Fragen in eine neuere Version auf.¹ Die Bundeszahnärztekammer arbeitet z. Z. an einem umfassenden Kommentar, der Ihnen allen zeitnah zugänglich gemacht wird.

Bremen, im November 2011



Dr. Wolfgang Menke

Präsident der Zahnärztekammer Bremen

¹ Kontaktadresse: Zahnärztekammer Bremen, Frau Renate Friedrich, Tel. 0421 33303-60, r.friedrich@zaek-hb.de

Anmerkung:

Dieser Kurz-Kommentar enthält nicht alle Leistungen der neuen GOZ, sondern beschränkt sich auf die wesentlichen Änderungen. Wichtige Aspekte sind gesondert hervorgehoben.

Aus Gründen der Rechtssicherheit sind da, wo es textlich möglich war, die Originalbegründungen und Erläuterungen aus der Bundesratsdrucksache verwendet worden.

In der Anlage finden Sie den Text des Leistungsverzeichnisses aus der Bundesratsvorlage vom 04.11.2011.

Zusätzlich finden Sie in der Anlage eine Vergleichstabelle zum Vergleich mit den Leistungen der alten GOZ 88 und dem jeweiligen Gebührenunterschied absolut und in Prozent sowie eine Vergleichstabelle mit dem Vergleich zum BEMA 2004. Die Tabelle ermöglicht Ihnen, die Vergütung zu vergleichen und ggf. Ihre Steigerungssätze zu überprüfen. Rückwärts gelesen dient die Tabelle als Analogtabelle.

Für die Mitarbeit und Unterstützung danke ich Frau Renate Friedrich von der Zahnärztekammer Bremen, Herrn Rechtsanwalt und Notar Wolf Martin Nentwig und Rechtsanwalt Dr. Daniel Combé aus der Kanzlei Castringius, Bremen.

Änderungen gegenüber der Version 1.0

In folgenden Bereichen wurde der Kommentar ergänzt oder geändert:

- GOZ 0030 und 0040, Kostenvoranschläge
- GOZ 2197
- GOZ 2060, 2080, 2100 und 2120
- GOZ 2390
- GOZ 4100
- GOZ 4130
- GOZ 6100 und GOZ 6120
- GOZ 6190

Wann darf nach der neuen GOZ berechnet werden und unter welchen Voraussetzungen gilt noch die alte GOZ?

§ 11 der neuen GOZ lautet:

§ 11 Übergangsvorschrift

Die Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem 01.01.2012 geltenden Fassung gilt weiter.

1. für Leistungen, die vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom 01.01.2012 erbracht worden sind,
2. für vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom 01.01.2012 begonnene Leistungen nach den Nummern 215 bis 222, 500 bis 523 und 531 bis 534 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenverordnung für Zahnärzte in der vor dem 01.01.2012 geltenden Fassung, wenn sie erst nach Inkrafttreten der Verordnung vom 01.01.2012 beendet werden,
3. für Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem 01.01.2012 geltenden Fassung, die aufgrund einer vor Inkrafttreten dieser Verordnung geplanten und begonnenen kieferorthopädischen Behandlung bis zum Behandlungsabschluss, längstens jedoch bis zum Ablauf von vier Jahren nach Inkrafttreten dieser Verordnung, erbracht werden.

Nummer 1 stellt klar, dass für die Berechnung von Leistungen, die vor dem 01.01.2012 erbracht worden sind, weiterhin die alte GOZ anzuwenden ist.

In Nummer 2 wird eine Übergangsregelung getroffen für Fälle, in denen die Behandlung vor dem 01.01.2012 begonnen, aber erst danach beendet wird. Für die in den genannten Gebührenpositionen zusammengefassten Komplexleistungen, deren Erbringung sich typischerweise über einen Zeitraum von mehreren Sitzungen erstrecken kann, wird die Weitergeltung der alten GOZ bestimmt, wenn die Leistung vor dem Inkrafttreten begonnen und noch nicht beendet wurde.

In Nummer 3 wird für Leistungen, die im Rahmen einer vor dem 01.01.2012 geplanten und begonnenen kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden, die Weitergeltung der alten GOZ bis zum Behandlungsabschluss, längstens bis zum Ablauf von vier Jahren nach Inkrafttreten der neuen GOZ, also bis 31.12.2016, angeordnet.

Vor dem 01.01.2012 mit dem Patienten abgeschlossene Vereinbarungen oder Kostenvoranschläge bleiben wirksam, d. h. die Behandlung sollte insbesondere in Bezug auf die vereinbarten Kosten an der Vereinbarung orientiert werden. Ganz bewusst gibt es in der GOZ keinen Passus, der rückwirkend das Außerkrafttreten geschlossener Vereinbarungen bestimmt. Eine bereits abgeschlossene Vereinbarung kann nur mit Einverständnis des Patienten nachträglich abgeändert werden. Hier ist sicher Fingerspitzengefühl notwendig.

Wichtig:

- Für Behandlungen, die jetzt schon absehbar erst im nächsten Jahr begonnen werden, kann bzw. sollte auch jetzt schon ein Kostenvoranschlag mit den Gebühren der neuen GOZ 2012 erstellt werden.



- **Wenn bereits Vereinbarungen über komplexe Behandlungen, die sich weit ins nächste Jahr erstrecken, getroffen worden sind, muss, wenn die neue GOZ angewendet werden soll, aus Gründen der Rechtssicherheit eine neue schriftliche Vereinbarung mit dem Patienten getroffen werden.**
- **Bei KFO-Behandlungen kann es sich im Einzelfall lohnen, die Behandlung noch im Jahr 2011 zu beginnen.**

Der Paragraphenteil der neuen GOZ

Was ändert sich?

§ 2 Abweichende Vereinbarung

In Satz 1 wird nunmehr festgelegt, dass alle Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen und auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht werden (sog. Verlangensleistungen nach § 1 Abs. 2 Satz 2), zuvor in einem Heil- und Kostenplan einschließlich der Vergütungen schriftlich vereinbart werden müssen. Die bisherige Beschränkung des Erfordernisses eines Heil- und Kostenplans auf Leistungen, die nicht in den Gebührenverzeichnissen der GOZ oder der GOÄ enthalten sind, entfällt.

§ 4 Gebühren

Absatz 2 besagt, dass keine Leistung, die Bestandteil einer anderen Leistung ist, berechnet werden darf, wenn diese andere Leistung berechnet wird. Es wird nun ein Zielleistungsprinzip in den Absatz 2 eingefügt:

„Eine Leistung ist methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der anderen Leistung (Zielleistung) umfasst und auch in deren Leistungsbewertung berücksichtigt worden ist.“

Das Zielleistungsprinzip dient der Vermeidung von Doppelvergütungen. Für den Bereich der operativen Leistungen hat dies wegen der Vielzahl operativer Gebührenpositionen und im Hinblick auf deren Kombinierbarkeit besondere Bedeutung. Die Geltung des Zielleistungsprinzips wird deshalb für den operativen Bereich ausdrücklich hervorgehoben. Mit dem neuen Satz 4 wird das Zielleistungsprinzip nach Satz 2 präziser beschrieben. Im Hinblick auf die Zielsetzung der Vermeidung von Doppelvergütungen wird klargestellt, dass eine Leistung dann als notwendiger Bestandteil der anderen Leistung anzusehen ist, wenn sie von deren Leistungsbeschreibung umfasst ist und auch bei der Bewertung berücksichtigt worden ist.

Die jetzt eingefügte Variante ist deutlich besser als die ursprüngliche Version des Referentenentwurfs. Gleichwohl kann es insbesondere im chirurgischen Bereich zu Streitfällen mit den Kostenträgern kommen.

Lagerhaltungskosten sind entsprechend der bisher ergangenen Rechtsprechung nunmehr ausdrücklich mit den Gebühren abgegolten.

§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

Es werden die Rundungsregeln der GOÄ übernommen. Dadurch ergibt sich bei manchen Leistungen tatsächlich eine Erhöhung von 1 Cent.

Mit der Neufassung des Satzes 4 wird der üblichen Abrechnungspraxis, nach der die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung mit dem 2,3fachen Gebührensatz berechnet wird, Rechnung getragen. Diese Praxis wurde auch durch die Rechtsprechung des Bundesgerichtshof bestätigt (BGH-Urteil vom 8. November 2007 – III ZR 54/07 -). Es wird das bisherige Recht übernommen, wonach das Überschreiten des 2,3fachen Gebührensatzes durch Besonderheiten des konkreten Behandlungsfalles nach den Bemessungskriterien des Satzes 1 gerechtfertigt sein muss. Damit wird ausdrücklich klargestellt, dass der 2,3fache Gebührensatz nicht schematisch berechnet werden darf; vielmehr ist bei einer einfacheren, unter dem Durchschnitt liegenden Leistung auch ein niedrigerer Gebührensatz zu berechnen. Hierauf hatte auch der BGH (a.a.O.) bereits hingewiesen. Hier ist in Zukunft auch mit neuen Schwierigkeiten mit den Kostenträgern unter Berufung auf diesen Passus zu rechnen, weil fälschlich postuliert werden wird, dass sich die Schwierigkeiten bei der zahnärztlichen Behandlung nach einer Art Gaußscher Verteilungskurve darstellen.

§ 6 Gebühren für andere Leistungen

Der Zeitbezug, der eine analoge Berechnung von Leistungen nur zuließ, wenn diese nach 1988 entwickelt wurden, entfällt. Die neue Fassung des § 6 orientiert sich an der Fassung in der GOÄ.

Die Regelung in Absatz 1 Satz 1 ermöglicht damit die Berechnung von Leistungen, die nicht in das Gebührenverzeichnis der GOZ aufgenommen worden sind, mit einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung (sog. Analogbewertung). Voraussetzung für die Anwendung der Analogbewertung ist jedoch – wie in der vergleichbaren Regelung der GOÄ – nach wie vor, dass es sich um eine selbstständige zahnärztliche Leistung und keine besondere Ausführung oder Teilleistung einer bereits im Gebührenverzeichnis der GOZ enthaltenen Leistung handeln muss. Satz 2 stellt klar, dass bei der Analogbewertung zunächst eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung aus dem Gebührenverzeichnis der GOZ heranzuziehen ist und für den Analogabgriff erst nachrangig eine Leistung aus den nach Absatz 2 eröffneten Leistungen des Gebührenverzeichnisses der GOÄ in der jeweils geltenden Fassung als Analogbewertung in Frage kommt.

Absatz 2 regelt den gebührenrechtlichen Zugriff auf die Leistungen, die im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind. Es handelt sich – wie bisher in Absatz 1 – um eine gleitende Verweisung auf das Gebührenverzeichnis der GOÄ in der jeweils geltenden Fassung. In bestimmten Fällen ist es möglich, dass der Zahnarzt auch Leistungen erbringen kann, die nicht im Gebührenverzeichnis der GOZ enthalten sind, aber im Gebührenverzeichnis der GOÄ beschrieben werden. In Satz 1 werden bestimmte Abschnitte, Unterabschnitte oder einzelne Gebührenpositionen des Gebührenverzeichnisses der GOÄ aufgeführt, für die dies zutreffen kann.

Zwingende Voraussetzung für die Berechnung einer Leistung nach GOÄ durch den Zahnarzt ist, dass der Zahnarzt diese Leistung berufsrechtlich erbringen darf. Der gebührenrechtlich zulässige Zugriff auf eine Leistung aus dem Gebührenverzeichnis der GOÄ ersetzt diese Voraussetzung nicht. Das zahnärztliche Berufsrecht ist insoweit dem privat Zahnärztlichen Gebührenrecht vorgelagert. Aus der Nennung eines Abschnittes oder Unterabschnittes des

Gebührenverzeichnisses der GOÄ in Absatz 2 kann somit nicht gefolgert werden, dass ein Zahnarzt alle in diesem Abschnitt oder Unterabschnitt aufgeführten Leistungen berufsrechtlich erbringen und gebührenrechtlich berechnen darf. Darüber hinaus ist zu beachten, dass ein Zugriff auf das Gebührenverzeichnis der GOÄ nur dann gebührenrechtlich zulässig ist, wenn die zu berechnende Leistung nicht im Gebührenverzeichnis der GOZ enthalten ist. Es ist z. B. für das Aufbereiten eines Wurzelkanals (GOZ Nr. 2410) nicht möglich, die in dem Gebührenverzeichnis der GOÄ enthaltenen Leistungen nach den Nummern 321 (Untersuchung von natürlichen Gängen oder Fisteln), 370 (Einbringung eines Kontrastmittels zur Darstellung natürlicher oder künstlicher Gänge) oder 5260 (Röntgenuntersuchung natürlicher künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge) zu berechnen, da der Gebührentatbestand durch die o. g. GOZ Nummer 2410 als speziellere Regelung wiedergegeben wird.

§ 7 Gebühren bei stationärer Behandlung

Es wird klargestellt, dass sich die Honorarminderungen bei stationären Behandlungen auch auf die neuen OP-Zuschläge erstrecken. Ähnlich wie in der GOÄ wird erläutert, dass neben den geminderten Gebühren keine weiteren Kosten (abgesehen von Kosten nach § 8 und § 9) berechnet werden dürfen.

§ 8 Entschädigungen

Die Entschädigungen werden deutlich erhöht und an die Systematik der GOÄ angepasst. Dadurch ergibt sich eine Verbesserung. Kurioserweise wird in diesem Zusammenhang die Veränderung mit einer Preissteigerung begründet. Diese Preissteigerung soll aber andererseits nicht zu einer Punktwerthöhung führen.

Zur besseren Abgrenzung der Reiseentschädigung vom Wegegeld wird nunmehr auf den Radius um die Praxisstelle abgestellt. Außerhalb eines Radius von 25 Kilometern um die Praxisstelle des Zahnarztes tritt an die Stelle des Wegegeldes die Reiseentschädigung.

§ 9 Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen

Mit dem neuen Absatz 2 wird der Zahnarzt verpflichtet, dem Zahlungspflichtigen vor der Behandlung einen Kostenvoranschlag über die voraussichtlichen Kosten der zahntechnischen Leistungen anzubieten und diesen auf Verlangen des Zahlungspflichtigen vorzulegen. Der Kostenvoranschlag ist ebenso wie der Kostenvoranschlag des mit der Ausführung der zahntechnischen Leistungen beauftragten gewerblichen Labors auch vorzulegen, wenn die zahntechnischen Leistungen im praxiseigenen Labor des Zahnarztes erstellt werden. Für den Kostenvoranschlag ist die Textform nach § 126 b des Bürgerlichen Gesetzbuchs vorgesehen.

Der notwendige Inhalt des Kostenvoranschlags wird in Satz 3 festgelegt. Mit den voraussichtlichen Gesamtkosten und den verwendeten Materialien werden die für den Zahlungspflichtigen wichtigsten Angaben vorgegeben. Weitere Informationen zu Leistungen und Preisen, zur Berechnungsgrundlage und zum Herstellungsort sind dem Zahlungspflichtigen zu geben, wenn er dies verlangt. Die Berechnungsgrundlage, z. B. nach bestimmten Leistungsverzeichnissen, ist für den Zahlungspflichtigen im Hinblick auf die mögliche Erstattung durch seinen Kostenträger von Bedeutung. Die Information über den Herstellungsort dient der Transparenz für den Zahlungspflichtigen, da im Zusammenhang mit

den voraussichtlichen Kosten auch die Herkunft der zahntechnischen Leistungen von Bedeutung ist.

Gegenüber dem Referentenentwurf, der zwingend einen Kostenvoranschlag für zahntechnische Leistungen ab einem Betrag von € 50000 vorsah, ist diese Grenze jetzt auf € 1.000,00 erhöht worden. Wenn der Kostenvoranschlag um 15% überschritten wird, ist der Patient unverzüglich in Textform zu informieren.

§ 10 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

Auf Veranlassung des Finanzausschusses des Bundesrates wurde in die GOZ § 10 in Absatz 1 nunmehr eingefügt, dass die Liquidation nach einer bestimmten Vorlage (in einer neuen Anlage 2 zur GOZ) standardisiert zu erfolgen hat. Sie soll darüber hinaus maschinenlesbar sein. Die standardisierte Form der Rechnungslegung ist erst zum 01.07.2012 verpflichtend. Der einfache Umstand, dass eine neue Form der Rechnungslegung vorgeschrieben wird, ist verwaltungstechnisch vermutlich unproblematisch, hat aber eine politische Dimension und wird aller Voraussicht nach zu einer Fülle von rein standardisierten Rückfragen der Kostenträger bei Überschreitung des 2,3fachen Satzes führen. Erstaunlicherweise soll der Kostenvoranschlag nicht standardisiert werden, was eigentlich, aus Sicht der Kostenträger die logische Konsequenz bei der Überwachung der Zahnärzte wäre. Zu den weiteren Auswirkungen s. Anmerkungen unter § 12.

Im Referentenentwurf war noch vorgesehen, dass für alle Auslagen über € 25,00 ein einzelner Beleg erstellt werden muss. Diese Regelung ist jetzt entfallen. Stattdessen sind die Auslagen auf Verlangen näher zu erläutern.

Regelungen über Vereinbarungen und Begrenzungen von Vorauszahlungen, wie sie der Referentenentwurf vorsah, sind mittlerweile wieder aus der Verordnung herausgenommen worden.

Unter Anpassung an die Rechtsprechung ist in Absatz 6 geregelt, dass die Abrechnung über ein Abrechnungsinstitut nur nach schriftlicher Einwilligung des Betroffenen möglich ist.

§ 12 Überprüfung

Die Bundesregierung prüft die Auswirkungen der Neustrukturierung und –bewertung der Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte. Sie berichtet dem Bundesrat bis spätestens Mitte des Jahres 2015 über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe.

Begründung:

Die Novellierung führt nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) auf der Basis des nach der aktuellen GOZ abgerechneten Honorar-Volumens (Stand: 2008) zu Mehraufwendungen in Höhe von rund 6 Prozent.

Dieser Umfang der Erhöhung beruht auf der Annahme des BMG, dass durch die verschiedenen Anhebungen der Punktzahlen die in der Vergangenheit üblichen Überschreitungen des Schwellenwertes (2,3facherSteigerungsfaktor) nicht mehr auftreten werden. Sollten sich diese Annahmen als nicht praxisgerecht erweisen, ist mit Mehrausgaben

über den vom BMG angenommenen Wert von 6 Prozent zu rechnen. Diese Mehrausgaben wären von den öffentlichen Kostenträgern der Beihilfe, privaten Krankversicherungsunternehmen, aber auch Privatpersonen (insbesondere Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung bei Inanspruchnahme außervertraglicher Leistungen) zu tragen.

Eine Kostensteigerung über den angenommenen Wert von 6 Prozent hinaus wäre nicht sachgerecht.

Auf der Grundlage des von der Bundesregierung zu erstellenden Berichts ist über eine Anpassung der Vorgaben der Gebührenordnung für Zahnärzte zu befinden.

Mit diesem, auf Veranlassung des Finanzausschusses des Bundesrates, neu in die GOZ aufgenommen Paragraphen wird praktisch ein Budgetdenken in den gesamten Bereich der privat abgerechneten zahnmedizinischen Leistungen eingeführt. Dadurch wird ein bisher virtuelles Budget derart formalisiert und ähnlich wie in der GKV als Grundlage für Honorarsteigerungen oder –abwertungen herangezogen. Die Begründung, eine Kostensteigerung von mehr als 6% wäre nicht sachgerecht, spricht der tatsächlichen Steigerung der Kosten im Dienstleistungsindex seit 1988 um ca. 63% Hohn.

Auch in Zusammenhang mit der bisherigen GOZ gab es eine Verpflichtung des Verordnungsgebers, die Kostenentwicklung zu beobachten und ggf. korrigierend einzugreifen. Dies hat er allerdings 23 Jahre nicht gemacht, als es um die Anpassung an steigende Kosten ging. Die jetzige Formulierung, auch noch als Paragraph in der GOZ, verschlechtert die Ausgangslage, insbesondere für weitere Honorarverbesserungen für die Zahnärzteschaft.

Zusammen mit der Verpflichtung, die Liquidation nach einem vereinheitlichten Format zu erstellen, welches den Kostenträgern eine unproblematischere maschinelle Auswertung verspricht, ergibt sich eine neue Dimension der zentralen Erfassung zahnärztlicher Leistungen zum Zweck der Budgeterfassung und ggf. einer Begrenzung von Leistungen oder Absenkung von Punktwerten. Datenschutzrechtliche Fragen, so z. B. ob über die Dateien einzelner Kostenträger hinaus Profile von Zahnärzten angelegt werden können, sind noch gar nicht abzusehen.

Auch hier zeigt sich eine immer weiter am Denken in GKV-Zusammenhängen orientierte Wahrnehmung öffentlichen Handelns im Umgang mit der Gebührenordnung für einen Freien Beruf. Obwohl die Maschinenlesbarkeit im GKV-Bereich inzwischen von Seiten aller Beteiligten sogar eher begrüßt wird, weil sie Kosten spart, ist sie auch dort zu einem Instrument der problemloseren Überwachung zahnärztlichen Abrechnens und der Volumenmenge geworden. Der Umstand, dass es im GKV-Bereich der Zahnmedizin mittlerweile 17 Jahre eine Budgetierung gibt, die nicht verhindert oder beseitigt werden konnte, ist eine mittelbare Ursache für die jetzige und künftige Situation im gesamten privaten Sektor der zahnmedizinischen Abrechnung.

Einziges Vorteil könnte die verbesserte Trennung von Honorar und Material- und Laborkosten in der Erfassung der Kosten bei den Kostenträgern sein. Bisher wurden die massiven, insbesondere materialkostenbedingten Steigerungen der Laborkosten in der politischen Diskussion den Zahnärzten angelastet, entweder, weil sie nicht getrennt erfasst wurden (wie der PKV-Bundesverband erklärt) oder weil sie bewusst nicht getrennt aufgeführt wurden.

Veränderungen im Leistungsteil der GOZ

Im Anhang finden Sie den Text der neuen GOZ sowie eine Tabelle, welche die Bewertung mit denen der GOZ 88 gegenüberstellt und eine Tabelle mit einem Vergleich zum BEMA 2004. Letztere kann gleichzeitig als Analogtabelle verwendet werden.

Neue Systematik:

Das neue Leistungsverzeichnis weist jetzt vierstellige Gebührenziffern auf. Dies wurde notwendig, um neue Leistungen in das Verzeichnis aufzunehmen und trotzdem meist die grundsätzliche, vertraute Zuordnung von Gebührenziffer und Leistung zu erhalten. So entspricht z. B. die Nr. 2180 der alten Nr. 218, die Nr. 2190 allerdings nur dem Teil „Gegossener Stiftaufbau“ der alten Nr. 219, während es eine neue Nr. 2195 für einen direkt im Mund eingebrachten Stift (z. B. Quarzfaserstift) gibt. Die Nr. 2197 ist dann als neue „Zwischenziffer“ zusätzlich für eine adhäsive Befestigung vorgesehen.

Gestrichene Positionen der alten GOZ:

Die nachfolgend aufgeführten Leistungen der alten GOZ wurden gestrichen. Sie können aber ggf. analog berechnet werden. Z. B. für die Nr. 011 analog die GOÄ 493 oder 494. Bei dem Ansetzen einer Analogleistung ist die Heranziehung einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung gemäß § 6 unproblematisch.

Die gestrichenen Leistungen im Einzelnen:

Nr. 011: Extraorale Leitungsanästhesie

Nr. 213: Parapulpäre Stiftverankerung einer Füllung oder eines Aufbaus

Nr. 214: Präparieren einer Kavität und Füllen mit Metallfolie (gehämmerte Füllung) einschließlich Unterfüllung, Polieren und Materialkosten

Nr. 228: Eingliederung einer provisorischen Krone mit Stiftverankerung zum Schutz eines präparierten oder frakturierten Zahnes und zur Sicherung der Kaufunktion, einschließlich Entfernung

Nr. 237: Devitalisieren der Pulpa einschließlich Exkavieren, ggf. temporärer Verschluss

Nr. 310: Trepanation des Kieferknochens, als selbstständige Leistung

Nr. 315: Endodontische Stabilisierung eines Zahnes im Knochen (transdentale Fixation)

Nr. 317: Operation einer Zyste durch **Zystostomie** in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion

Nr. 318: Operation einer Zyste durch **Zystostomie**, als selbstständige Leistung

Nr. 322: Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers in Verbindung mit einer Extraktion von mehr als vier nebeneinander stehenden Zähnen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Nr. 401: Anwendung elektromechanischer Verfahren zur Parodontaldiagnostik (z. B. Periotest), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Nr. 413: Chirurgische Maßnahmen zur Verbreiterung der unverschieblichen Gingiva und/oder zur Vertiefung des Mundvorhofes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Nr. 414: Entnahme eines freien Schleimhauttransplantats

Nr. 513: Eingliederung einer provisorischen Brücke einschließlich Entfernung, je provisorische Krone mit Stiftverankerung

Nr. 804: Montage des Gegenkiefermodells mit Hilfe von Registratoren oder ähnlichen Verfahren einschließlich Fixieren und Überprüfen der gefundenen Position einschließlich Material- und Laborkosten

Nr. 807: Aufbau einer individuellen Frontzahnführung im Artikulator einschließlich Material- und Laborkosten

Nr. 906: Präparieren eines Kiefers für subperiostale Gerüstimplantate einschließlich Abformung und Analyse des gewonnenen Modells, je Kiefer

Nr. 907: Einsetzen eines subperiostalen Gerüstimplantats einschließlich Fixation

Nr. 908: Entfernung eines subperiostalen Gerüstimplantats

Nr. 909: Einbringen eines Nadelimplantats

A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen

Beratungsleistungen nach der GOÄ

In den Allgemeinen Bestimmungen des Teils A. der GOZ wird ausgeführt:

Eine Beratungsgebühr nach Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte in der am 01.01.2012 geltenden Fassung – darf im Behandlungsfall nur einmal zusammen mit einer Gebühr für eine Leistung nach diesem Gebührenverzeichnis und für eine Leistung aus den Abschnitten C bis O des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen berechnet werden. Eine Beratungsgebühr nach Nummer 3 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach Nummer 0010 oder einer Untersuchung nach den Nummern 5 oder 6 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen. Andere weitere Leistungen dürfen neben der Leistung nach Nummer 3 nicht berechnet werden. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Zahnarztes.

Das bedeutet eine deutliche Anlehnung an die Bestimmungen des BEMA. Eine ähnliche Bestimmung zur Ä1 bezüglich der nur einmaligen Berechenbarkeit zusammen mit anderen Leistungen pro Behandlungsfall gab es allerdings auch schon in der alten GOZ.

Kostenvoranschläge nach GOZ 0030 und 0030

Die alten Positionen für die Heil- und Kostenpläne 002 und 003 wurden zusammengefasst in eine neue 0030, welche gegenüber der alten Bewertung von 220 Punkten um 9% abgewertet wurde. Allerdings wurde die 002 dafür um 122% aufgewertet. Nach der Nummer 0040 können auch Heil- und Kostenpläne bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen berechnet werden.

Der Heil- und Kostenplan für medizinisch nicht notwendige Leistungen (nach § 2 Abs. 3 GOZ) kann ebenfalls nach Nummer 0030 berechnet oder ggf. wie die Hauptleistung mit einem Pauschalbetrag angesetzt werden.

Lokalanästhesie

Bei der intraoralen Infiltrationsanästhesie Nr. 0090 und der intraoralen Leitungsanästhesie Nr. 0100 sind jetzt analog zur GOÄ die Kosten der verwendeten Anästhetika gesondert berechnungsfähig. Damit gibt es de facto eine Umsatzsteigerung für diese Leistungen. Allerdings liegen sie immer noch unter der Vergütung im BEMA. Neu ist die Pflicht zur Begründung, wenn die Infiltrationsanästhesie mehr als einmal pro Zahn und Sitzung berechnet wird. Hier zeigt sich deutlich der immer stärkere,

grundsätzliche Bezug zu Bestimmungen des BEMA. Die extraorale Leitungsanästhesie ist nicht mehr in der GOZ aufgeführt.

Zu den Leistungen nach den Nummern 0050 und 0060 (Abformungen für Situ-Modelle):

Die Nebeneinandererbringung und -berechnung der Leistungen nach den Nummern 0050 und 0060 ist im Regelfall nach Ansicht des Ordnungsgebers nicht erforderlich. Erfolgt eine Nebeneinanderberechnung dieser Leistungen, ist dies in der Rechnung zu begründen.

Zu der Leistung nach der Nummer 0065:

Die Leistung nach der Nummer 0065 bildet die optisch-elektronische Abformung einschließlich vorbereitender Maßnahmen, einer einfachen digitalen Bissregistrierung sowie der Archivierung je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich ab. Neben der Leistung nach der Nummer 0065 kann in derselben Sitzung für dieselbe Kieferhälfte oder denselben Frontzahnbereich keine andere im Gebührenverzeichnis beschriebene konventionelle Abformung berechnet werden.

Zu der Leistung nach der Nummer 0070 (Sensibilitätsprüfung):

Ausgehend von in der Anwendungspraxis strittigen Einzelfällen stellt die vorgenommene Ergänzung klar, dass die Leistung nach der Nummer 0070 in einer Sitzung nur einmal berechnungsfähig ist.

Zu den Leistungen nach den Nummern 0080 bis 0100:

Die Leistung nach der Nummer 0090 ist im Regelfall nur einmal je Zahn und Sitzung berechnungsfähig.

Eine routinemäßige Berechnung je Einstich ist nicht zulässig. Eine mehr als einmalige Berechnung je Zahn ist im Ausnahmefall möglich. Dies ist dann in der Rechnung zu begründen.

Die Leitungsanästhesie nach der Nummer 0100 wird nach Ansicht des Ordnungsgebers im Regelfall nur einmal je Sitzung und Kieferhälfte erforderlich sein. Bei lang andauernden Eingriffen oder Versagen der Leitungsanästhesie ist eine weitere Berechnung zulässig. Diese besonderen Umstände sollten zur Vermeidung von Nachfragen vom Zahnarzt in der Rechnung angegeben werden. Dies gilt auch für die im Einzelfall notwendige Erbringung und Berechnung einer Infiltrationsanästhesie und einer Leitungsanästhesie in derselben Kieferhälfte und derselben Sitzung.

Die bei der Erbringung der Leistungen nach den Nummern 0080 bis 0100 verwendeten Einmalartikel sind mit den Gebühren abgegolten. Dies gilt bei der Leistung nach der Nummer 0080 auch für die verwendeten Arzneimittel. Bei den Leistungen nach den Nummern 0090 und 0100 ist das verwendete Anästhetikum gesondert berechnungsfähig.

Neue Zuschläge

Nr. 0110 Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei den Leistungen nach den Nummern 2195, 2330, 2340, 2360, 2410, 2440, 3020, 3030, 3040, 3045, 3060, 3110, 3120, 3190, 3200, 4090, 4100, 4130, 4133, 9100, 9110, 9120, 9130 und 9170



Der Zuschlag nach der Nummer 0110 ist je Behandlungstag nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

Nr. 0120 Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei den Leistungen nach den Nummern 2410, 3070, 3080, 3210, 3240, 4080, 4090, 4100, 4130, 4133 und 9160

Der Zuschlag nach der Nummer 0120 beträgt 100 v. H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 68 Euro.

Der Zuschlag nach der Nummer 0120 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.

B. Prophylaktische Leistungen

Bei den prophylaktischen Leistungen gelten neue Berechnungsbestimmungen (nicht neben dem PAR-Status, nicht neben dem Funktionsstatus, es sei denn mit Begründung) und Fristen bzw. Häufigkeiten.

Die Leistung nach der Nummer 1000 ist innerhalb eines Jahres einmal, die Leistung nach der Nummer 1010 innerhalb eines Jahres dreimal berechnungsfähig.

Die Leistungen umfassen die Erhebung von Mundhygieneindizes, das Anfärben der Zähne, die praktische Unterweisung mit individuellen Übungen und die Motivierung des Patienten.

Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 1000 und 1010 sind Leistungen nach den Nummern 0010, 4000 und 8000 sowie Beratungen und Untersuchungen nach der Gebührenordnung für Ärzte nur dann berechnungsfähig, wenn diese Leistungen anderen Zwecken dienen und dies in der Rechnung begründet wird.

Die Leistung nach der Nummer 1020 ist innerhalb eines Jahres höchstens viermal berechnungsfähig.

Es gibt neue Leistungen:

Nr. 1030 Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger, je Kiefer

1. Die Herstellung einer individuell angefertigten Schiene als Medikamententräger (z. B. Tiefziehschiene) ist gesondert berechnungsfähig.
2. Mit der Gebühr sind die Kosten für das verwendete Medikament abgegolten.
3. Die Anwendung eines konfektionierten Löffels als Medikamententräger erfüllt nicht den Inhalt der Leistung nach der Nummer 1030.
4. Bei Anwendung einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger für Fluoridierungsmittel ist die mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach der Nummer 1030 innerhalb eines Jahres in der Rechnung zu begründen.

Nr.1040 Professionelle Zahnreinigung

Die Leistung umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn oder Implantat oder Brückenglied.

Die Leistung nach der Nummer 1040 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1020, 4050, 4055, 4060, 4070, 4075, 4090 und 4100 nicht berechnungsfähig.

Erstmalig wird eine Gebührenposition Nr. 1040 für die Professionelle Zahnreinigung eingeführt. Diese ist mit € 3,62 beim 2,3fachen Satz bewertet. Die professionelle Zahnreinigung (PZR) ist eine häufig mit präventiver Zielsetzung oder im Vorfeld einer Parodontalbehandlung durchzuführende Maßnahme, die auch an qualifizierte Zahnmedizinische Fachangestellte delegiert werden kann. Mit der Aufnahme in das Gebührenverzeichnis der GOZ will der Verordnungsgeber eine transparente Berechnung dieser Leistung ermöglichen und das bisher heterogene Abrechnungsgeschehen vereinheitlichen.

C. Konservierende Leistungen

Die Allgemeine Bestimmung stellt klar, dass nur einmal verwendbare Nickel-Titan Instrumente zur Wurzelkanalaufbereitung gesondert berechnungsfähig sind. Es handelt sich im Vergleich zu herkömmlichen Instrumenten um deutlich kostenaufwendigere Instrumente, die im Einzelfall auch sehr schwierige Wurzelkanalaufbereitungen ermöglichen.

Es gibt eine Reihe von neuen Leistungen oder Leistungsbeschreibungen. Es wurden neue Leistungspositionen für die Füllungen mit Adhäsivtechnik (ggf. mit, aber nicht zwingend mit Mehrschichttechnik), für die Füllungsnachkontrolle und Finieren und/oder Polieren anstelle der alten Politurpositionen sowie die bereits oben erwähnten Zwischenziffern Nr. 2195 und 2197 für direkte Stiftsetzung und die adhäsive Befestigung aufgenommen. Inlays wurden zwischen 107% und 42% aufgewertet. Kronen wurden zwischen 47% und 33% aufgewertet. Dies geschah aus der Notwendigkeit, einen angemessenen Abstand in der Bewertung zwischen den Adhäsivfüllungen, Inlays und Kronen zu schaffen. Die alte GOZ Nr. 213 (Parapulpäre Stiftverankerung) ist nicht mehr enthalten. Sollten parapulpäre Stifte verwendet werden, kann eine Analogleistung angesetzt werden, z. B. die Nr. 2195 zu einem reduzierten Satz.

Endodontische Leistungen, wie die Aufbereitung mit 40%, Medikamentöse Einlage mit 57% und Wurzelkanalfüllung mit 29% wurden ebenfalls aufgewertet. Grundsätzlich ist die gebührenmäßige Aufwertung der endodontischen Leistungen zu begrüßen. Angesichts des deutlich erhöhten Aufwandes in der Endodontie und der erhöhten Tendenz zu konservativer Endodontie statt Wurzelspitzenresektion bleibt die Erhöhung, wie bei fast allen Leistungen, jedoch hinter den Erwartungen zurück. Zu den veränderten Leistungen im Einzelnen:

Nr. 2020 Temporärer speicheldichter Verschluss einer Kavität

Die Beschränkung der Leistung auf eine selbstständige Leistung entfällt. Daher kann die temporäre Füllung (pV) auch neben anderen Leistungen erbracht werden, z. B. wenn bei einem Termin nicht gleich eine endgültige Füllung gemacht werden kann, nur eine Cp-Behandlung gemacht wird oder nach einer medikamentösen Einlage. 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.

Wichtig:

Zukünftig immer an das Berechnen des provisorischen Verschlusses denken!

Nr. 2030 Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten (z. B. Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Hier gibt es eine neue Einschränkung hinsichtlich der mehrfachen Berechnungsfähigkeit in einer Sitzung:

Die Leistung nach Nummer 2030 ist je Sitzung für eine Kieferhälfte oder einen Frontzahnbereich höchstens einmal für besondere Maßnahmen beim Präparieren und höchstens nur einmal für besondere Maßnahmen beim Füllen von Kavitäten berechnungsfähig.

Die Berechnung der 2030 (ggf. zweimal) neben der 2040 (Kofferdam) ist zulässig.

Nrn. 2060, 2080, 2100 und 2120 Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), einflächig, zweiflächig, dreiflächig und mehr als dreiflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts

Diese Leistungen sind neu in die GOZ eingefügt worden, um die analoge Berechnung zu beseitigen. Bei der Gebührenfestsetzung hat sich das Ministerium an den durchschnittlich berechneten Faktoren bei der analogen Berechnung von Inlaypositionen leiten lassen. Diese liegen aber leider eben zwangsläufig vielfach unter den bereits in vielen Praxen berechneten Gebühren.

Die neuen Gebührenpositionen sind allerdings unabhängig von Kauflächenbeteiligung, Lokalisation und Größe für alle Füllungen in Adhäsivtechnik ansetzbar, auch wenn keine Mehrschichttechnik erfolgt.

Das ggf. erforderliche Anlegen einer Formgebungshilfe ist im Verordnungstext nicht beschrieben und ist unter der Geb.-Nr. 2030 GOZ zusätzlich berechnungsfähig.

Wichtig:

Immer wenn eine Füllung in Adhäsivtechnik durchgeführt wird, können unabhängig von Größe und Lokalisation die jeweiligen neuen Leistungspositionen verwendet werden, auch wenn keine Mehrschichttechnik erfolgt.

Nr. 2130 Kontrolle, Finieren/Polieren einer Restauration in separater Sitzung, auch Nachpolieren einer vorhandenen Restauration

Neue Leistung, die die früheren Politurpositionen ersetzt, unabhängig von der Größe der Füllung. Diese kann ggf. mit dem Steigerungssatz berücksichtigt werden. Die gleichzeitige Berechnung der 4030 (Beseitigung von scharfen Kanten, sK) und/oder der 4040 (Beseitigung grober Vorkontakte) oder der 8100 (Subtraktive Maßnahmen) bleibt möglich. Bei der Betrachtung des Vergleichs der Honorierung von Füllungsleistungen mit dem BEMA muss vollständigerweise mit in Betracht gezogen werden, dass im BEMA die Politur Bestandteil der Leistung ist, während in der GOZ die Füllung und die Politur getrennt berechnet werden können. Dadurch sind entgegen anderweitiger Mutmaßungen die Füllungen und die Politur der einflächigen und zweiflächigen Füllung in der GOZ 2012 beim 2,3fachen Satz, wenn auch nur leicht, besser honoriert als die jeweilige BEMA-Leistung. Die drei- und vierflächigen Füllungen sind trotz der Politurposition dann beim 2,3fachen Satz in der GOZ 2012 immer noch schlechter honoriert als im BEMA. Die genauen Vergleiche sehen Sie in der

beiliegenden Tabelle, die Ihnen auch ein Anhaltspunkt für den Steigerungssatz geben kann, um auf oder über BEMA-Niveau zu kommen.

Nrn. 2150, 2160 und 2170 Einlagefüllungen einflächig, zweiflächig und mehr als zweiflächig.

Die Vergütung ist zwischen 107% und 42% erhöht worden. Zusätzlich kann die adhäsive Befestigung nach Nr. 2197 berechnet werden.

Nr. 2180 Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone

Die Vergütung ist unverändert zur bisherigen Nr. 218. Allerdings kann bei Adhäsivtechnik die neue Leistung 2197 mit angesetzt werden.

Nr. 2190 Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch gegossenen Aufbau mit Stiftverankerung zur Aufnahme einer Krone

Die Vergütung ist unverändert gegenüber der alten Nr. 219. Allerdings kann auch hier bei Adhäsivtechnik die neue Leistung 2197 mit angesetzt werden.

Nr. 2195 Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch einen Schraubenaufbau oder Glasfaserstift o. Ä. zur Aufnahme einer Krone

Die Leistungen nach der alten Nr. 219 wurden getrennt. Die 2195 steht jetzt für den direkten Stiftaufbau. Auch hier kann bei Adhäsivtechnik die neue Leistung 2197 mit angesetzt werden.

Nr. 2197 Adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Krone, Teilkrone, Veneer etc.)

Wichtig:

Die Leistungen nach den Nummern 2180, 2195 und 2197 können entsprechend den durchgeführten Leistungen auch nebeneinander berechnet werden. Die Leistung nach der Nummer 2180 umfasst den plastischen Aufbau. Dieser kann mit der Leistung nach der Nummer 2195 kombiniert werden. Bei einem gegossenen Aufbau (Nummer 2190) entfällt diese Möglichkeit aus fachlich zahnmedizinischen Gründen. Die Leistung nach der Nummer 2197 bildet den Mehraufwand für eine adhäsive Befestigung ab, z.B. das adhäsive Befestigen von plastischem Aufbaumaterial (Nummer 2180) oder von einem Schraubenaufbau bzw. Glasfaserstift (Nummer 2195).

Dabei soll die Leistung nach der Nummer 2197 laut Erläuterung des Verordnungsgebers leider nur einmal je Sitzung und Zahn berechnet werden können, da die Aufzählung der adhäsiv zu befestigenden Teile kumulativ angelegt ist. Der denkbare höhere Aufwand bei adhäsiver Befestigung mehrerer

Teile im Rahmen des Aufbaus eines Zahnes kann einzelfallbezogen bei der Bemessung des Honorars im Gebührenrahmen berücksichtigt werden.

Der offizielle Standpunkt der BZÄK zur GOZ 2197 lautet in diesem Zusammenhang:

„Die adhäsive Befestigung kann in der selben Sitzung an dem selben Zahn für jede der beispielhaft in der Leistungsbeschreibung zu dieser Nummer aufgeführten Versorgungselemente berechnet werden.“

Dies lässt sich damit begründen, dass die adhäsiven Befestigungen von Stift und Aufbaufüllung in zwei aufeinander folgenden aber systematisch getrennten Arbeitsgängen mit unterschiedlichen Materialien erfolgt. Der reine Wortlaut der Gebührenbeschreibung sieht den Ausschluss der Mehrfachberechnung nicht vor. Es ist in diesem Fall bei der Mehrfachberechnung der GOZ 2197 am gleichen Zahn am gleichen Tag mit Unstimmigkeiten in der Auslegung mit den Kostenträgern zu rechnen, welche sich auf die „amtliche Begründung“ berufen werden.

Werden jedoch der Aufbau und das Zementieren der Krone an verschiedenen Tagen durchgeführt, kann selbstverständlich für die beiden Behandlungstage jeweils einmal pro Zahn die Nr. 2197 abgerechnet werden.

Nr. 2200 Versorgung eines Zahnes oder Implantats durch eine Vollkrone (Tangentialpräparation)

Die Vergütung ist um 47% angehoben worden.

Nr. 2210 Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkehl- oder Stufenpräparation)

Die Vergütung ist um 29% angehoben worden.

Nr. 2220 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

Die Vergütung ist um 33% angehoben worden.

Für alle Kronen gelten neue Bestimmungen:

Neben den Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 sind Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2130 nicht berechnungsfähig.

Durch die Leistungen nach den Nummern 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.

Die Leistung nach Nummer 2200 umfasst auch die Verschraubung und Abdeckung mit Füllungsmaterial. Zu den Kronen nach den Nummern 2200 bis 2220 gehören Kronen (Voll- und Teilkronen) jeder zahntechnischen Ausführung.

Das bedeutet, dass z. B. Horizontalverschraubungen an Implantatkronen oder die axiale Verschraubung nicht als zusätzliches Verbindungselement berechnet werden kann. Erhöhter Aufwand muss dann individuell über den Steigerungssatz ausgeglichen werden.

Wichtig:

Für die adhäsive Befestigung einer Krone ist zusätzlich die Nr. 2197 berechenbar!

Nr. 2250 bis 2380

Die Leistungen blieben bis auf die Provisorien in der Vergütung und der Leistungsbeschreibung unverändert. Im offiziellen Kommentar stellt die BZÄK fest, dass die Entfernung frakturierter Wurzelkanalinstrumente oder von Wurzelfüllungen aus thermo-plastischem Material nicht Bestandteil der GOZ 2300 ist.

Nr. 2260 Provisorium im direkten Verfahren ohne Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung

Nr. 2270 Provisorium im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich die Entfernung

Die Leistungen nach den Nummern 2260 und 2270 können nicht nur für die Provisorien bei Teil- bzw. Vollkronenversorgungen, sondern auch für die provisorische Versorgung bei Einlagefüllungen (Nummern 2150 bis 2170) berechnet werden. Die Leistungen beinhalten auch die Entfernung des Provisoriums.

Nr. 2390 Trepanation eines Zahnes, als selbstständige Leistung

Die Trepanation als alleinige Leistung am Zahn ohne eine Aufbereitung oder Vitalextripation macht zahnmedizinisch in aller Regel keinen Sinn. Sollte der Zahn ausnahmsweise einmal offen bleiben und der Großteil der Aufbereitung an einem späteren Tag stattfinden, kann natürlich die Trepanation und am späteren Tag die Wurzelkanalaufbereitung berechnet werden. Der Honorarverlust durch das Nichtberechnen der Trepanation bei mehreren Maßnahmen am Zahn am gleichen Tag wird durch die Möglichkeit der Berechnung des provisorischen Verschlusses wettgemacht.

Begründung des Verordnungsgebers:

Die Leistung nach der Nummer 2390 kann allenfalls im Rahmen einer Notfallbehandlung angezeigt sein. Sie ist nur als selbstständige Leistung berechnungsfähig und nicht z. B. als Zugangsleistung zur Erbringung der Leistungen nach den Nummern 2410 und 2440.

Aus dem offiziellen BZÄK-Kommentar, Stand 20.01.2012:

„Die selbstständige 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.“

Es ist mit Unstimmigkeiten mit Kostenträgern zu rechnen, sofern die Trepanation am gleichen Tag wie weitere Behandlungen nach GOZ 2360, GOZ 2410 und GOZ 2440 am gleichen Zahn berechnet werden. Die Kostenträger werden unter dem Hinweis auf das Prinzip der Zielleistung die Trepanation als Teil der Hauptleistung, gerade auch im Hinblick auf den Wortlaut der Leistungsbeschreibung sehen. Angesichts der geringen Vergütung und des andererseits neu vergüteten provisorischen Verschlusses muss jeder für sich entscheiden, ob zum gegenwärtigen Zeitpunkt hier ein Konfliktrisiko eingegangen werden soll.

Nr. 2410 Aufbereitung eines Wurzelkanals auch retrograd, je Kanal, gegebenenfalls in mehreren Sitzungen

Die Leistung nach Nummer 2410 ist für denselben Wurzelkanal nur dann erneut berechnungsfähig, wenn der Wurzelkanal nach der ersten Aufbereitung definitiv versorgt worden ist. Wenn aufgrund anatomischer Besonderheiten eine Aufbereitung in einer Sitzung nicht erfolgen kann, ist die Leistung nach Nummer 2410 für denselben Wurzelkanal erneut berechnungsfähig. Dies ist in der Rechnung zu begründen. Je Aufbereitung eines Wurzelkanals ist die Leistung in diesen Fällen höchstens zweimal berechnungsfähig.

Die Wurzelkanalaufbereitung wird um 40% besser honoriert.

Die Aufbereitung eines Wurzelkanals nach der Nummer 2410 ist als Gesamtleistung auch bei Durchführung in mehreren Sitzungen grundsätzlich nur einmal berechnungsfähig. Hiervon kann in zwei Fällen abgewichen werden. Erfolgt nach der Aufbereitung eine definitive Versorgung des Kanals und ist danach eine weitere Aufbereitung notwendig, kann die Leistung nach der Nummer 2410 erneut berechnet werden. Bei anatomischen Besonderheiten kann eine Aufbereitung des Wurzelkanals ggf. nicht in einer Sitzung erfolgen. Nach Angaben der BZÄK liegen solche Besonderheiten in rd. 10% der Wurzelkanalaufbereitungen vor. Auch in diesen Fällen kann die Leistung nach der Nummer 2410 erneut berechnet werden. Die Berechnung der Nummer 2410 ist aber bei dieser Fallkonstellation auf höchstens zweimal je Aufbereitung eines Kanals - bezogen auf den gesamten Aufbereitungsvorgang bis zur definitiven Füllung - begrenzt. Im Einzelfall darüber hinausgehende erheblich höhere Aufwände können einzelfallbezogen bei der Bemessung des Honorars im Gebührenrahmen berücksichtigt werden.

Aus dem offiziellen BZÄK-Kommentar, Stand 20.01.2012:

„Die Wurzelkanalaufbereitung nach Reinfektion stellt einen neuen Behandlungsfall dar.“

Nr. 2430 Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nummern 2360 bis 2380 und 2410, je Zahn und Sitzung

Die medikamentöse Einlage wird um 57% besser honoriert. Zusätzlich ist der provisorische Verschluss nach Nr. 2020 berechenbar.

Nr. 2440 Füllung eines Wurzelkanals

Die Wurzelkanalfüllung wird um 29% besser honoriert.

Grundsätzlich ist die gebührenmäßige Aufwertung der endodontischen Leistungen zu begrüßen. Angesichts des deutlich erhöhten Aufwandes in der Endodontie und der erhöhten Tendenz zu

konservativer Endodontie statt Wurzelspitzenresektion bleibt die Erhöhung wie bei fast allen Leistungen jedoch hinter den Erwartungen zurück.

D. Chirurgische Leistungen

Im Abschnitt D wurden die Leistungsbeschreibungen und die Bewertungen fast nicht verändert. Einige Leistungen wurden gestrichen. Allerdings haben sich die Berechnungsbestimmungen in einigen Fällen verändert. Hinzu gekommen ist die neue Nr. 3045 für die Entfernung eines extrem verlagerten Zahnes bei gefährdeten Nachbarstrukturen (bisher nach der GOÄ 2650 mit Zuschlag 443 berechenbar). Hier kommt es bei der neuen Leistung zu einer leichten Minderhonorierung um 4% beim Vergleich beider Positionen mit Zuschlägen.

OP-Zuschläge

Neu sind zur Abgeltung der erhöhten Hygienekosten und der verwendeten Einmalmaterialien die OP-Zuschläge Nr. 0500 für Leistungen mit Punktzahlen von 250 bis 499, Nr. 0510 für Leistungen mit Punktzahlen von 500 bis 799, Nr. 0520 für Leistungen mit Punktzahlen von 800 bis 1199 und die Nr. 0530 für Leistungen bei 1200 und mehr Punkten. Die Unterschiede zu den OP-Zuschlägen in der GOÄ ergeben sich aus dem unterschiedlichen Punktwert. Die zu den jeweiligen Leistungen zusätzlich anzusetzenden OP-Zuschläge und die daraus resultierende faktische Honorarerhöhung sind der beigefügten Tabelle zu entnehmen. Zum Teil ergibt sich dann, wenn es sich jeweils um Einzelleistungen handelt, faktisch eine deutliche Honorarerhöhung. Z. B. bei der Entfernung eines Zahnes oder Implantates durch Osteotomie um 50% und bei der Entfernung eines verlagerten Zahnes durch Osteotomie um 60%. Je mehr zuschlagsfähige Leistungen in einer Sitzung erbracht werden, umso geringer wird diese faktische Honorarsteigerung. Es darf nur der jeweils höchste mögliche OP-Zuschlag mit dem Faktor 1 berechnet werden.

Näheres zu den OP-Zuschlägen im Abschnitt L.

Nr. 3070 Exzision von Schleimhaut oder Granulationsgewebe, als selbstständige Leistung

Die Leistung nach der Nummer 3070 ist - wie bisher - nur als selbstständige Leistung berechnungsfähig. Dieser Zusatz in der Leistungsbeschreibung betont nochmals das in § 4 Abs. 2 Satz 2 GOZ festgelegte Prinzip der Zielleistung. Es soll damit ausgeschlossen werden, dass diese Leistung als notwendiger Leistungsbestandteil einer anderen, umfassenderen Leistung zusätzlich berechnet wird. Dies ist z. B. der Fall, wenn es sich um Zugangsleistungen oder der eigentlichen Hauptleistung vorangehende oder nachgeschaltete Begleitverrichtungen handelt, die immer oder mit einer erkennbaren Regelmäßigkeit mit der Hauptleistung verknüpft sind. **Mit dem Zusatz "als selbstständige Leistung" ist jedoch nicht gemeint, dass diese Leistung nur als einzige oder alleinige Leistung berechnet werden kann.**

Nr. 3100 Plastische Deckung im Rahmen einer Wundversorgung einschließlich einer Periostschlitzung, je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnittführung)

Die Leistung nach der Nummer 3100 bildet die plastische Deckung im Rahmen einer Wundversorgung ab. Diese Leistung soll kleinere im Rahmen einer Wundversorgung einschließlich einer erforderlichen Periostschlitzung auftretende Eingriffe abbilden. Eine Periostschlitzung erfüllt im

Rahmen der Wundversorgung nicht den Leistungsinhalt der Leistung nach der Nummer 3100. Ortsgleiche Eingriffe ohne Verlagerung von Weichgewebe sind jedoch mit den Gebühren für die operativen Leistungen abgegolten und nicht gesondert berechnungsfähig. Die Leistung nach der Nummer 3100 kann neben anderen operativen Leistungen berechnet werden.

Nr. 3240 Vestibulumplastik oder Mundbodenplastik kleineren Umfangs, auch Gingivaextensionsplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, für einen Bereich bis zu zwei nebeneinanderliegenden Zähnen, ggf. auch am zahnlosen Kieferabschnitt

Die Leistung nach der Nummer 3240 beschreibt Vestibulumplastiken oder Mundbodenplastiken kleineren Umfangs für einen Bereich von bis zu zwei nebeneinanderliegenden Zähnen oder einen vergleichbar großen Bereich am zahnlosen Kieferabschnitt. Operative Eingriffe größeren Umfangs sind nach den Nummern GOÄ 2675 (Kieferhälfte oder Frontzahnbereich) oder 2676 (totale Mundboden- oder Vestibulumplastik) zu berechnen. Die Gingivaextensionsplastik wird wegen des vergleichbaren Aufwandes in die Leistung nach der Nummer 3240 einbezogen.

Nr. 3290 Kontrolle nach chirurgischem Eingriff, als selbstständige Leistung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Die in der Beschreibung der Leistung nach der Nummer 3290 enthaltene Formulierung "als selbstständige Leistung" bedeutet **nicht**, dass die Kontrolle nur als einzige Leistung berechnet werden kann. Ausgeschlossen ist die gesonderte Berechnung dann, wenn die Kontrolle als unselbstständige Teilleistung einer in gleicher Sitzung anfallenden anderen, umfassenderen Leistung anzusehen ist. Zur Klarstellung wird die Leistung auf die Kieferhälfte bzw. den Frontzahnbereich bezogen.

Nr. 3300 Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff (z. B. Tamponieren), als selbstständige Leistung, je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnittführung)

Neue, einschränkende Berechnungsbestimmungen:

Die Leistung nach Nummer 3300 ist höchstens zweimal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 3300 sind die Leistungen nach den Nummern 3060 oder 3310 nicht berechnungsfähig.

Nr. 3310 Chirurgische Wundrevision (z. B. Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht), je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnittführung)

Neue, einschränkende Berechnungsbestimmungen:

Die Leistung nach Nummer 3310 ist höchstens zweimal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 3310 sind die Leistungen nach den Nummern 3060 oder 3300 nicht berechnungsfähig.

Die Leistungen nach den Nummern 3300 und 3310 werden auf ein Operationsgebiet bezogen, das als Raum einer zusammenhängenden Schnittführung definiert wird. Um mögliche unangemessene Mengenausweitungen zu begrenzen, können diese Leistungen höchstens zweimal je Sitzung und Kieferhälfte bzw. Frontzahnbereich berechnet werden. Die Nebeneinanderberechnung der Nachbehandlung und der chirurgischen Wundrevision sowie der Blutstillung nach der Nummer 3060 wird ausgeschlossen.

Bei der Leistung nach der Nummer 3310 wird die Vorgabe „als selbstständige Leistung“ der GOZ 88 Nr. 331 gestrichen. Der Ausschluss anderer kleiner operativer Leistungen erfolgt in der Berechnungsbestimmung zu der Nummer 3200.

E. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums

Im Abschnitt E des Leistungsverzeichnisses hat es mehrere Änderungen gegeben.

Nr. 4020 Lokalbehandlung von Mundschleimhauterkrankungen gegebenenfalls einschließlich Taschenspülungen, je Sitzung

Nr. 4025 Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation, je Zahn

Es handelt sich um eine neue Gebührenposition für die Einbringung von Medikamenten wie Metronidazol-Gel o. Ä. in subgingivale Bereiche. Die dabei verwendeten antibakteriellen Materialien sind gesondert berechnungsfähig.

Erläuterung des Verordnungsgebers zu den Leistungen nach den Nummern 4020 und 4025:

In die Leistung nach der Nummer 4020 wird die Taschenspülung als fakultative Leistung einbezogen. Die neu aufgenommene Leistung nach der Nummer 4025 bildet die antibakterielle Behandlung mit gezielter Einbringung von antibakteriellen Substanzen in den subgingivalen Raum ab. Davon zu unterscheiden sind einfache Taschenspülungen, die nach der Nummer 4020 berechnungsfähig sind. Die subgingival eingebrachten antibakteriellen Substanzen wie z. B. bestimmte Materialien, die antibiotisch wirksame Substanzen abgeben, sind gesondert berechnungsfähig.

Nr. 4050 Entfernung harter und weicher Zahnbeläge am einwurzeligen Zahn Nr. 4055 Entfernung harter und weicher Zahnbeläge am mehrwurzeligen Zahn

Die Zahnsteinentfernung wurde wie die geschlossene Kürettage in Leistungen an ein- und mehrwurzeligen Zähnen unterteilt. Per Saldo ergibt sich bei einem vollständigen Gebiss mit 28 Zähnen (ohne Weisheitszähne) ein Honorarplus von knapp 2,0%. Als mehrwurzelige Zähne gelten die Molaren und die ersten oberen Prämolaren. Die Leistungen nach den Nummern 4050 und 4055 sind für denselben Zahn innerhalb von 30 Tagen nur einmal berechnungsfähig. Innerhalb dieses Zeitraums kann die Leistung nach der Nummer 4060 berechnet werden.

Nr. 4060 Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge oder professioneller Zahnreinigung nach Nummer 1040 mit Nachreinigung einschließlich Polieren, je Zahn, oder Implantat, auch Brückenglied

Die Position wird um 10% besser honoriert.

Nr. 4070 Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremente und Wurzelglättung) an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, geschlossenes Vorgehen

Nr. 4075 Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremente und Wurzelglättung) an einem mehrwurzeligen Zahn, geschlossenes Vorgehen

Es handelt sich bei der Aufteilung in ein- und mehrwurzelige Zähne um die gleiche Systematik wie bei der Zahnsteinentfernung. Bei einem vollständigen Gebiss mit 28 Zähnen (ohne Weisheitszähne) ist die Umstellung nahezu umsatzneutral. Als mehrwurzelige Zähne gelten die Molaren und die ersten oberen Prämolaren.

Nr. 4090 Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Frontzahn, je Parodontium

Die Gebührenhöhe ist unverändert. Für die Leistung ist unabhängig von der Zahl der behandelten Zähne einmal der OP-Zuschlag Nr. 0500 ansetzbar.

Nr. 4100 Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Seitenzahn, je Parodontium

Die Gebührenhöhe ist unverändert. Für die Leistung ist unabhängig von der Zahl der behandelten Zähne einmal der OP-Zuschlag Nr. 0500 ansetzbar. Durch den OP-Zuschlag ergibt sich theoretisch bei der Behandlung nur eines Zahnes ein Honorarzuwachs von 63%. Bei der Behandlung eines Quadranten mit 4 Seitenzähnen und 3 Frontzähnen ergibt sich ein Honorarzuwachs von 10,6%.

Neben den Leistungen nach den Nummern 4090 und 4100 sind Leistungen nach den Nummern 4050 bis 4080 in der gleichen Sitzung nicht berechnungsfähig.

Nr. 4110 Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Aufbaumaterial (Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial), auch Einbringen von Proteinen zur regenerativen Behandlung parodontaler Defekte, ggf. einschließlich Materialentnahme im Aufbauggebiet, je Zahn oder Parodontium oder Implantat

Nach der neuen Leistungsbeschreibung kann auch die Einbringung von Proteinen in Knochendefekte nach dieser Position berechnet werden.

Die Leistung nach Nummer 4110 ist auch im Rahmen einer chirurgischen Behandlung berechnungsfähig. Die Kosten eines nur einmal verwendbaren Knochenkollektors oder -schabers sind gesondert berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nummer 4110 beschreibt das Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Aufbaumaterial, das aus Knochen oder Knochenersatzmaterial bestehen und ggf. auch regenerativ wirksame Proteine enthalten kann. Die Leistung beinhaltet auch die fakultative Entnahme von Material im Aufbauggebiet. Werden neben einer Entnahme von Material (z. B. Knochenmaterial) im Aufbauggebiet auch regenerativ wirkende Proteine eingebracht, so kann ein sich im Einzelfall ergebender erhöhter Zeitbedarf bei der Bemessung des Honorars innerhalb des Gebührenrahmens berücksichtigt werden.

Die Leistung nach der Nummer 4110 ist mit der Leistung nach der Nummer 4138 kombinierbar, die die zusätzliche Verwendung einer Membran – bezogen auf die Behandlung eines Zahnes oder Implantates – zur Behandlung eines Knochendefektes abbildet. Die Leistungen nach den Nummern 4110 und 4138 können auch im Rahmen von chirurgischen Behandlungen indiziert sein und sind dann auch nach den genannten Nummern berechnungsfähig.

Nr. 4120 Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Für diese Leistung ist der OP-Zuschlag Nr. 0500 nicht ansetzbar.

Nr. 4130 Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut, gegebenenfalls einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Transplantat

Es handelt sich um eine neue Leistung. Der OP-Zuschlag Nr. 0500 ist ansetzbar. Die Leistung nach der Nummer 4130 umfasst die Gewinnung – ggf. einschließlich der Versorgung der Entnahmestelle – und die Transplantation von Schleimhaut. Die Leistung nach der Nummer 4130 ist je Transplantat berechnungsfähig.

Aus dem offiziellen BZÄK-Kommentar, Stand 20.01.2012:

„Für Schleimhauttransplantate, die die Größe einer Zahnbreite überschreiten, wird die Nr. 2386 GOÄ herangezogen.“

Nr. 4133 Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Zahnzwischenraum

Die neu in das Gebührenverzeichnis eingefügte Leistung nach der Nummer 4133 bildet die Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe ab und beinhaltet auch die ggf. notwendige Versorgung der Entnahmestelle. Die Berechnung dieser Leistung erfolgt je Zahnzwischenraum. Der OP-Zuschlag Nr. 0520 ist ansetzbar.

Nr. 4136 Osteoplastik, auch Kronenverlängerung, Tunnelierung oder Ähnliches, je Zahn oder Parodontium, auch Implantat, als selbstständige Leistung

Es handelt sich um eine neu aufgenommene Leistung.

Nr. 4138 Verwendung einer Membran zur Behandlung eines Knochendefektes einschließlich Fixierung, je Zahn, je Implantat

Es handelt sich um eine neu aufgenommene Leistung. Im Vergleich zur vorher gebräuchlichen analogen Berechnung der GOZ 413 ergibt sich eine deutliche Honorareinbuße. Die Leistung nach der Nummer 4138 umfasst die Verwendung einer Membran zur Behandlung von Knochendefekten einschließlich der Fixierung der Membran. Diese Leistung kann ggf. mit dem Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mittels Knochen-, Knochenersatzmaterial oder regenerativ wirkenden Substanzen nach der Nummer 4110 kombiniert werden.

Nr. 4150 Kontrolle / Nachbehandlung nach parodontalchirurgischen Maßnahmen, je Zahn, Implantat oder Parodontium

Die Leistung wird um 10% höher bewertet.

F. Prothetische Leistungen

Nr. 5000 Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Tangentialpräparation)

Die Leistung wird um 24% höher bewertet.

Nr. 5010 Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Hohlkehl- und Stufenpräparation) oder Einlagefüllung

Die Leistung wird um 35% höher bewertet.

Nr. 5020 Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teilkrone mit Retentionsrillen, oder -kasten oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der Kaufläche

Die Leistung wird um 54% höher bewertet.

Nr. 5030 Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Wurzelkappe mit Stift, gegebenenfalls zur Aufnahme einer Verbindungsvorrichtung oder anderen Verbindungselementen

Es wird in dieser Leistungsbeschreibung erstmals ein Implantat erwähnt. Damit wird letztlich klargestellt, dass ein Kugelkopfanter an einem Implantat nach dieser Gebührenposition berechnet werden kann. Die Leistung wird um 35% höher bewertet.

Nr. 5040 Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teleskopkrone, auch Konuskrone

Die Leistung wird um 86% höher bewertet. Dafür wird in der Berechnungsbestimmung klargestellt, dass die Nr. 5080 (Verbindungselement) nicht neben der Nr. 5040 berechnet werden kann.

Neufassung der Berechnungsbestimmungen zu den Nrn. 5000 bis 5040:

Durch die Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantates, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Krone oder Einlagefüllung, Teilkrone o. Ä., Nachkontrolle und Korrekturen.

Die Leistung nach Nummer 5000 umfasst auch die Verschraubung und Abdeckung mit Füllungsmaterial. Zu den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 gehören Brücken- oder Prothesenanker mit Verbindungselementen jeder Ausführung.

Die Leistungen nach den Nummern 5010 und 5020 sind im Zusammenhang mit Implantaten nicht berechnungsfähig.

Der Passus, dass zu den Nrn. 5000 bis 5040 Brücken- oder Prothesenanker mit Verbindungselementen jeder Art der Ausführung gehören, ist unklar und kann zu Auseinandersetzungen mit Kostenträgern führen. Es findet sich keine Regelung, die die Nebeneinanderabrechnung von Kronen nach 5000 bis 5030 ausschließt mit der Nr. 5080. Gerade der Umstand, dass der Ausschluss nur für die Teleskopkronen erfolgt, lässt im Umkehrschluss die Nebeneinanderabrechnung von Kronen und Verbindungselementen für die anderen Kronenarten zu.

Im Zusammenhang mit der implantatgestützten prothetischen Versorgung stehen nur die Leistungen nach den Nummern 5000, 5030 oder 5040 zur Verfügung. Die Leistung nach der Nummer 5040 ist im Zusammenhang mit der Versorgung auf einem Implantat nur dann berechnungsfähig, wenn auf dem Implantataufbau ein individueller Innenkonus (bzw. individuelle Mesostruktur oder Innenteleskop) plus Außenkonus (bzw. Außenteleskop) hergestellt wird. Der Innenkonus ist mit dem Innenteleskop/Primärteil und der Außenkonus mit dem Außenteleskop/Sekundärteil eines Teleskops vergleichbar.

Wichtig:

Für die adhäsive Befestigung einer Restauration ist zusätzlich die Nr. 2197 berechenbar!

Nr. 5120 Provisorische Brücke im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung

Die Position wird um 33% höher bewertet. Allerdings liegt sie damit immer noch etwas unter der Nr. 2270.

Nr. 5140 Provisorische Brücke im direkten Verfahren mit Abformung, je Brückenspanne oder Freiendsattel, einschließlich Entfernung

Die Position wird um 50% gekürzt.

Die restlichen prothetischen Leistungen sind in Beschreibung und Bewertung unverändert gegenüber der GOZ 88.

G. Kieferorthopädische Leistungen

Mit der Neufassung der Allgemeinen Bestimmungen vor Abschnitt G wird die Möglichkeit geschaffen, dass die kieferorthopädisch tätige Zahnärztin, der kieferorthopädisch tätige Zahnarzt und der zahlungspflichtige Patient unter bestimmten Bedingungen Vereinbarungen zu Mehrkosten für die im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung eingesetzten Materialien treffen können. Hierdurch erhalten die Patienten hinsichtlich der für die kieferorthopädische Behandlung verwendeten

Materialien größere Wahlmöglichkeiten. Die einer Vereinbarung zugrunde liegenden Materialien müssen ebenso wie die in den genannten Gebührenpositionen enthaltenen Standardmaterialien zahnmedizinisch notwendig sein.

Der BDK hat umfangreiche Stellungnahmen zu Einzelheiten der GOZ-Novellierung auf seine Homepage eingestellt und wird in Kürze eigene Kommentierungen herausgeben. Einzelheiten liegen der Zahnärztekammer Bremen noch nicht vor.

Nr. 6000 Profil- oder Enfacefotografie einschließlich kieferorthopädischer Auswertung

Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach der Nummer 6000 im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung ist in der Rechnung zu begründen.

Nr. 6010 Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale, graphische oder metrische Analysen, Diagramme), je Leistung nach der Nummer 0060

Die Berechnung der Leistung nach der Nummer 6010 wird zur Klarstellung auf die Leistung nach der Nummer 0060 (Abformung beider Kiefer) bezogen.

Nr. 6070 Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, mittlerer Umfang

Die Position wurde nicht, wie im Referentenentwurf ursprünglich vorgesehen, in der Bewertung verändert.

Zu den Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080:

Die Berechnungsbestimmungen zu den Nrn. 6030 bis 6080 lauten neu:

Bei Maßnahmen von mittlerem Umfang muss mindestens ein Kriterium nach den Buchstaben a) bis c), bei Maßnahmen von hohem Umfang müssen mindestens zwei der Kriterien erfüllt sein:

- a) Ausmaß der Bissverschiebung: mehr als 4 Millimeter,
- b) Richtung der durchzuführenden Bissverschiebung, Unterkiefer relativ zum Oberkiefer: dorsal,
- c) Skelettale Bedingungen: ungünstige Wachstumsvoraussetzungen. Die Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren. Die Maßnahmen im Sinne der Nummern 6030 bis 6080 umfassen alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren, unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden oder den verwendeten Therapiegeräten.

Neben den Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 sind Leistungen nach den Nummern 6190 bis 6260 nicht berechnungsfähig.

Der Leistungsinhalt der Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 wird näher beschrieben, um in der Anwendungspraxis aufgetretene Unklarheiten zu vermeiden. Die Ergänzung des dritten Absatzes der Berechnungsbestimmung stellt klar, dass die Gebührennummern 6030 bis 6080 auch dann nur einmal in einem Vier-Jahres-Zeitraum berechnet werden dürfen, wenn besondere Behandlungsmethoden angewandt oder besondere Therapiegeräte (z. B. Loops, Bögen, Attachments bei Alignern, festsitzende Retainer oder Kunststoffschienen) verwendet werden.

Der vierte Absatz der Berechnungsbestimmung stellt klar, dass neben den Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 die Leistungen nach den Nummern 6190 bis 6260 nicht berechnungsfähig sind. Damit können die übrigen Leistungen des Abschnitts G sowie diagnostische Leistungen außerhalb dieses Abschnitts (z. B. Abformungen, Röntgen) neben den Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 berechnet werden.

Zu den Leistungen nach den Nummern 6090 und 6150:

Der Bezug der Leistung nach den Nummern 6090 und 6150 auf einen Kiefer wird durch die Ergänzung der Leistungsbeschreibung klargestellt.

Zu den Leistungen nach den Nummern 6100 und 6120:

Die adhäsive Befestigung ist nicht von der Leistungsbeschreibung umfasst. Daher ist die GOZ 2197 bei einer adhäsiven Befestigung ebenfalls je befestigtem Teil berechenbar.

Nr. 6160 Eingliederung einer intra-/extraoralen Verankerung (z. B. Headgear)

Entgegen der ursprünglichen Planung im Referentenentwurf wurde die Leistung nun doch weder in der Beschreibung noch in der Bewertung verändert.

Nr. 6170 Eingliederung einer Kopf-Kinn-Kappe

Die Kosten für die eingegliederten Hilfsmittel nach den Nummern 6160 und 6170 sind gesondert berechnungsfähig.

Entgegen der ursprünglichen Planung im Referentenentwurf wurde die Position doch nicht gestrichen.

Nr. 6190 Beratendes und behrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen

Neben der Leistung nach der Nummer 6190 ist die Leistung nach der Nummer 0010 in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nummer 6190 kann in bestimmten Fällen auch außerhalb einer kieferorthopädischen Behandlung indiziert sein und wäre in diesen Fällen auch berechnungsfähig, z.B. in Zusammenhang mit der Behandlung von craniomandibulären Dysfunktionen.

H. Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen

Die Leistungsbeschreibung der Aufbissbehelfe und die Bewertung der Leistungen hat sich nicht geändert. Lediglich die Position Nr. 7080 (Langzeitprovisorium, Krone) wurde um 33% angehoben. Dafür wurde eine Einschränkung in die Berechnungsbestimmung aufgenommen und die Leistungsbeschreibung erweitert. Das Kriterium für die Berechnung eines Langzeitprovisoriums soll die Tragezeit von mindestens drei Monaten sein.

Nr. 7080 Versorgung eines Kiefers mit einem feststehenden laborgefertigten Provisorium (einschließlich Vorpräparation) im indirekten Verfahren, je Zahn oder je Implantat, sowie die Entfernung.

Die Berechnung der Leistungen nach den Nummern 7080 und 7090 setzt voraus, dass es sich bei dem feststehenden laborgefertigten Provisorium um ein Langzeitprovisorium mit einer Tragezeit von mindestens drei Monaten handelt. Im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nummer 7080 oder 7090 sind die Leistungen nach den Nummern 2230, 2240, 5050 oder 5060 nicht berechnungsfähig.

Beträgt die Tragezeit des feststehenden laborgefertigten Provisoriums unter drei Monaten, sind anstelle der Leistungen nach den Nummern 7080 und 7090 die Leistungen nach den Nummern 2260, 2270 oder 5120 und 5140 berechnungsfähig.

J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Im Abschnitt J. gibt es einige Änderungen hinsichtlich der Honorierung und der Leistungsbeschreibung. Der größere Teil der Leistungen wird deutlich besser bewertet, dafür allerdings in der Berechenbarkeit teilweise begrenzt. Die alte Nr. 804 für die Montage des Gegenkiefermodells gibt es nicht mehr.

Nr. 8000 Klinische Funktionsanalyse einschließlich Dokumentation

Bei der Leistung nach der Nummer 8000 wird mit der Neufassung der Leistungsbeschreibung klargestellt, dass unabhängig von konkret angewandten Verfahren zur Analyse der Befunde der Gesamtvorgang der klinischen Befunderhebung einschließlich der Dokumentation der erhobenen Befunde nach der Nummer 8000 zu berechnen ist. Im Zentrum der klinischen Funktionsanalyse steht insbesondere die visuelle, nicht-instrumentelle Analyse der Bewegungsbahnen des Unterkiefers, das Abtasten der Gelenkregion bei den Kieferbewegungen, die Erfassung von Knack- und Reibegeräuschen, das Abtasten der Kiefer- und Halsmuskulatur z. B. auf Verhärtungen und Myogelosen.

Der bisherige Berechnungsausschluss gegenüber der eingehenden Untersuchung nach der Nummer 0010 entfällt, weil die Leistung nach der Nummer 8000 nach Art und Umfang in der Regel eine andere Zielrichtung hat.

Nr. 8010 Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers, auch Stützstiftregistrierung, je Registrat

Die Leistung nach Nummer 8010 ist je Sitzung höchstens zweimal berechnungsfähig.

In die Leistung nach der Nummer 8010 wird auch die vergleichbar aufwendige Stützstiftregistrierung einbezogen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass sich die Berechnungsbestimmung mit der höchstens zweimaligen Berechnungsfähigkeit auf eine Sitzung bezieht. Die Material- und Laborkosten für die Bissnahme und die Lieferung und Anbringung des Stützstiftbestecks sind gesondert berechnungsfähig.

Nr. 8020 Modellmontage nach arbiträrer Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die arbiträre Scharnierachsenbestimmung, Anlegen eines Übertragungsbogens, Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator und Modellmontage)

Die Position wird um 25% schlechter bewertet.

Nr. 8030 Modellmontage nach kinematischer Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die kinematische Scharnierachsenbestimmung, definitives Markieren der Referenzpunkte, Anlegen eines Übertragungsbogens, Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator und Modellmontage)

Nr. 8035 Modellmontage nach kinematischer Scharnierachsenbestimmung mittels elektronischer Aufzeichnung (eingeschlossen sind die kinematische Scharnierachsenbestimmung, definitives Markieren der Referenzpunkte, ggf. Anlegen eines Übertragungsbogens, ggf. Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator und Modellmontage)

Zu den Leistungen nach den Nummern 8020 bis 8035:

Bei den Leistungen nach den Nummern 8020, 8030 und 8035 sind die Material- und Laborkosten gesondert berechnungsfähig. Dies betrifft die Kosten für die Artikulation des Ober- und Unterkiefermodells im (halb-) individuellen Artikulator. Die Leistung nach der Nummer 8035 bildet den Leistungsinhalt der Leistung nach der Nummer 8030 ab, wenn die Aufzeichnung elektronisch erfolgt.

Nr. 8050 Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung halbindividueller Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, je Sitzung

Die Leistung wird um 43% besser bewertet.

Nr. 8060 Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, je Sitzung

Die Position wird um 50% besser bewertet.

Nr. 8065 Registrieren von Unterkieferbewegungen mittels elektronischer Aufzeichnung zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, je Sitzung

Es handelt sich um eine neu aufgenommene Leistung.

Zu den Leistungen nach den Nummern 8050 bis 8065:

Die Leistungen nach den Nummern 8050 und 8060 werden unter Anpassung der Bewertung zur Klarstellung auf eine Sitzung bezogen. D. h., eine mehrfache Berechnung in einer Sitzung ist nicht mehr möglich. Die Leistung nach der Nummer 8065 bildet den Leistungsinhalt der Leistung nach der Nummer 8060 ab, wenn die Aufzeichnung elektronisch erfolgt.

Die Material- und Laborkosten für die Einstellung des (halb-) individuellen Artikulators sind bei den Leistungen nach den Nummern 8050 bis 8065 gesondert berechnungsfähig.

Zu den Leistungen nach den Nummern 8080 bis 8090:

Die Leistungen nach den Nummern 8080 und 8090 werden unter Anpassung der Bewertung zur Klarstellung auf eine Sitzung bezogen. Das bedeutet, dass eine mehrfache Berechnung pro Sitzung nicht mehr möglich ist.

Die Nrn. 8080 und 8090 werden um 25% besser bewertet.

Nr. 8100 Systematische subtraktive Maßnahmen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Zahnpaar

Die Leistung nach der Nummer 8100 wird in der Bewertung angehoben. Die bisher geltende mengenbegrenzende Berechnungsbestimmung wird aufgehoben, weil im Einzelfall auch an mehr als fünf Zahnpaaren systematische subtraktive Maßnahmen angezeigt sein können. Dabei geht der Verordnungsgeber davon aus, dass es bei dieser Leistung allenfalls zu einem moderaten Mengenzuwachs von rd. 10 v. H. kommen wird.

Die Nr. 8100 wird um 33% besser bewertet.

K. Implantologische Leistungen

Das Leistungsverzeichnis für die implantologischen Leistungen ist komplett neu erstellt. Vorhandene Leistungen wurden teilweise zusammengefasst. Es wurden neue Leistungen aufgenommen, für die bisher Analogberechnungen unter Verwendung von GOÄ-Positionen durchgeführt wurden. In diesen Fällen hat es in der Vergangenheit häufig Auseinandersetzungen mit den Kostenträgern gegeben. Für die implantologischen Leistungen sind bei entsprechender Punktzahl OP-Zuschläge nach Abschnitt L. des Leistungsverzeichnisses ansetzbar. Die Honorarvergleiche mit bisher gehandhabten Berechnungskomplexen beziehen sich auf die Gemeinsame Erklärung zur gebührenrechtlichen Bewertung neuerer Verfahren in der Implantologie der implantologisch tätigen Berufsverbände (DGI, DGZI, DGMKG, BDO) vom 08.02.2006.

Bei der Berechnung ist zu beachten, dass bei der Nebeneinanderberechnung von mehreren implantologischen Leistungen jeweils eine der Leistungen nur zu einem Teil der Gesamtbewertung berechnet werden kann. Wird z. B. die Leistung nach Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach Nummer 9120 erbracht, ist ein Drittel der Gebühr der Nummer 9100 berechnungsfähig.

Die Allgemeinen Bestimmungen vor Abschnitt K werden neu gefasst, um einige in der Anwendung der GOZ bisher strittige Anwendungsfragen zu klären und die gesondert berechnungsfähigen Materialien von den mit den Honoraren abgegoltenen Materialien abzugrenzen. Zu den gesondert berechnungsfähigen Materialien gehören auch die im Rahmen einer Geweberegeneration verwendeten Membranen.

Die allgemeinen Bestimmungen lauten:

1. Die primäre Wundversorgung (z. B. Reinigen der Wunde, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, ggf. einschließlich Fixieren eines plastischen Wundverbandes) ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt K und nicht gesondert berechnungsfähig.

2. Die bei den Leistungen nach Abschnitt K verwendeten Implantate, Implantatteile und nur einmal verwendbaren Implantatfräsen sind gesondert berechnungsfähig.

Knochenersatzmaterialien sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder der Geweberegeneration (z. B. Membranen), zur Fixierung von Membranen, zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen oder, wenn dies zum Schutz wichtiger anatomischer Strukturen (z. B. Nerven) erforderlich ist, sowie atraumatisches Nahtmaterial, oder nur einmal verwendbare Explantationsfräsen, sind gesondert berechnungsfähig.

Nr. 9000 Implantatbezogene Analyse und Vermessung des Alveolarfortsatzes, des Kieferkörpers und der angrenzenden knöchernen Strukturen sowie der Schleimhaut, einschließlich metrischer Auswertung von radiologischen Befundunterlagen, Modellen und Fotos zur Feststellung der Implantatposition, ggf. mit Hilfe einer individuellen Schablone zur Diagnostik, einschließlich Implantatauswahl, je Kiefer.

Bei Verwendung einer Röntgenmessschablone sind die Material- und Laborkosten gesondert berechnungsfähig.

Die Position wurde um 64% aufgewertet.

Die Leistung nach der Nummer 9000 beschreibt die vor einer Implantation erforderliche Analyse und Vermessung des Kieferknochens. Die ggf. in diesem Zusammenhang eingesetzte individuelle Schablone wird auch als Röntgen(mess)schablone bezeichnet. Mit Hilfe dieser Schablone, in die Referenzkörper (z. B. Messkugeln) eingearbeitet sind, können radiologische Abstandsmessungen und Positionierungsbefunde für die individuelle Planung der Implantateinbringung genutzt werden. Die Kosten für die zahntechnische Herstellung dieser Schablone sind gesondert berechnungsfähig.

Nr. 9003 Verwenden einer Orientierungsschablone/ Positionierungsschablone zur Implantation, je Kiefer

Bei Verwendung einer Orientierungsschablone sind die Material- und Laborkosten gesondert berechnungsfähig.

Es handelt sich um eine neu aufgenommene Position. Gegenüber der früher angesetzten analogen GOZ 700 ergibt sich beim 2,3fachen Satz eine deutliche Honorareinbuße von 63%.

Nr. 9005 Verwenden einer auf dreidimensionale Daten gestützten Navigationsschablone/ chirurgischen Führungsschablone zur Implantation, ggf. einschließlich Fixierung, je Kiefer.

Die verwendeten Fixierungselemente sowie die Material- und Laborkosten der Navigationsschablone sind gesondert berechnungsfähig.

Die Leistungen nach den Nummern 9003 und 9005 bilden die Nutzung spezieller Schablonen für die Einbringung des Implantats in den Kieferknochen ab. Die Leistung nach der Nummer 9003 beschreibt eine Schablone (Orientierungs- oder Positionierungsschablone), die der Positionierung des Implantates nach prothetischen Maßgaben entspricht, d. h., diese Art der Schablone gibt die Implantatposition vor, die für eine nachfolgende Kronenversorgung günstig erscheint.

In Erweiterung hierzu bildet die Leistung nach der Nummer 9005 die Anwendung einer auf dreidimensionale Daten gestützten Schablone (Navigations- oder chirurgische Führungsschablone) ab. Hierbei wird zusätzlich zu der o. a. prothetischen Positionierung des Implantates das individuelle

Knochenangebot exakt berücksichtigt, sodass diese Art der Schablone z. B. die Tiefenpositionierung und Winkelstellung des Implantates im Knochenlager vorgibt.

Nr. 9010 Implantatinsertion, je Implantat

Präparieren einer Knochenkavität für ein enossales Implantat, Einsetzen einer Implantatschablone zur Überprüfung der Knochenkavität (z.B. Tiefenlehre), ggf. einschließlich Knochenkondensation, Knochenglättung im Bereich des Implantates, Einbringen eines enossalen Implantates, einschließlich Verschlusschraube und ggf. Einbringen von Aufbauelementen bei offener Einheilung sowie Wundverschluss

Bei dieser neuen Leistungsbeschreibung werden die früheren Positionen 901, 902 und 903 zusammengefasst. Es ergibt sich dabei ein Mehrhonorar von 36%. Unter Berücksichtigung des OP-Zuschlags Nr. 0530 ergibt sich ein Umsatzplus von 119%, sofern die Leistung als Einzelleistung erbracht wird.

Die Leistung nach der Nummer 9010 beschreibt die in der Regel im Rahmen einer Implantateinbringung erforderlichen Leistungen. Hierzu gehört bei Implantaten im Rahmen einer offenen Einheilung auch ggf. das Einbringen von einem oder mehreren Aufbauelementen (auch Gingivaformer).

Nr. 9020 Insertion eines Implantates zum temporären Verbleib, auch orthodontisches Implantat

Es handelt sich um eine neue Leistung. Die Leistung nach der Nummer 9020 bildet die Einbringung von Implantaten zum temporären Verbleib ab. Zu diesen, in der Regel transgingival eingebrachten, Implantaten gehören auch die orthodontischen, im Rahmen kieferorthopädischer Maßnahmen genutzten Implantate.

Nr. 9040 Freilegen eines Implantats, und Einfügen eines oder mehrerer Aufbauelemente (z.B. Gingivaformer) bei einem zweiphasigen Implantatsystem

Die Position Nr. 9040 ist gegenüber der alten 904 um 96% höher bewertet. Die Leistung nach der Nummer 9040 beinhaltet neben dem Freilegen des Implantats auch das Einfügen eines oder mehrerer Aufbauelemente (z. B. Gingivaformer) bei einem zweiphasigen Implantatsystem.

Nr. 9050 Entfernen und Wiedereinsetzen sowie Auswechseln eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem während der rekonstruktiven Phase

1. Die Leistung nach Nummer 9050 ist nicht neben den Leistungen nach den Nummern 9010 und 9040 berechnungsfähig.
2. Die Leistung nach Nummer 9050 ist je Implantat höchstens dreimal und nur höchstens einmal je Sitzung berechnungsfähig.

Die Leistung wurde gegenüber der alten Nr. 905 um ca. 2% abgewertet. Gleichzeitig ist aber auch Rechtssicherheit geschaffen worden. Mit der Neufassung der Leistung nach der Nummer 9050 wird eine bisher gebührenrechtlich strittige Frage geklärt. Die Leistung beschreibt das Auswechseln (auch das Entfernen und Wiedereinbringen) eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem.

Sie ist nur in der rekonstruktiven Phase berechnungsfähig. Darüber hinaus kann sie je Implantat insgesamt höchstens dreimal und je Sitzung höchstens einmal berechnet werden.

Nr. 9060 Auswechseln von Aufbauelementen (Sekundärteilen) im Reparaturfall

Die Leistung nach Nummer 9060 ist für ein Implantat höchstens einmal je Sitzung berechnungsfähig.

Es handelt sich um eine neu aufgenommene Leistung, deren Bewertung gleich hoch ist, wie die der Nr. 9050. Die Leistung nach der Nummer 9060 bezieht sich auf den Reparaturfall. Je Sitzung kann die Leistung nach der Nummer 9060 nur einmal je Implantat berechnet werden. Ein im Einzelfall erhöhter Aufwand, z. B. bei einer gebrochenen Schraube, kann bei der Bemessung des Honorars im Gebührenrahmen berücksichtigt werden.

Nr. 9090 Knochengewinnung, (z. B. Knochenkollektor oder Knochenschaber) Knochenaufbereitung und -implantation, auch zur Weichteilunterfütterung

Die Kosten eines einmal verwendbaren Knochenkollektors oder –schabers sind gesondert berechnungsfähig.

Die Leistung wurde neu in das Leistungsverzeichnis aufgenommen. Die Leistung nach der Nummer 9090 beschreibt die Knochengewinnung und -aufbereitung und -implantation im Zusammenhang mit einer Implantateinbringung. Wie auch bei der Leistung nach der Nummer 4110 sind die Kosten eines einmal verwendbaren Knochenkollektors oder Knochenschabers gesondert berechnungsfähig.

Nr. 9100 Aufbau des Alveolarfortsatzes durch Augmentation ohne zusätzliche Stabilisierungsmaßnahmen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

**Mit der Leistung nach Nummer 9100 sind folgende Leistungen abgegolten:
Lagerbildung, Glättung des Alveolarfortsatzes, ggf. Entnahme von Knochen innerhalb des Aufbaubereiches, Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial) und Wundverschluss mit vollständiger Schleimhautabdeckung, ggf. einschließlich Einbringung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren einschließlich Fixierung**

1. Die Leistung nach Nummer 9100 ist für die Glättung des Alveolarfortsatzes im Bereich des Implantatbettes nicht berechnungsfähig.

2. Neben der Leistung nach Nummer 9100 sind die Leistungen nach der Nummer 9130 nicht berechnungsfähig.

3. Wird die Leistung nach Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach Nummer 9110 erbracht, ist die Hälfte der Gebühr der Nummer 9100 berechnungsfähig.

4. Wird die Leistung nach Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach Nummer 9120 erbracht, ist ein Drittel der Gebühr der Nummer 9100 berechnungsfähig.

Es handelt sich um eine neu aufgenommene Leistung. Gegenüber der bisher gehandhabten Analogabrechnung (analog GOÄ 2442 und 2730 mit OP-Zuschlag 444) ergibt sich eine Aufwertung um 32%. Wird der neue OP-Zuschlag Nr. 0530 angesetzt, ergibt sich bei einer Einzel-OP eine Differenz von plus 79%.

Die Leistung nach der Nummer 9100 ist als Komplexleistung ausgestaltet und beschreibt die Augmentation des Alveolarfortsatzes als vorbereitende oder begleitende Maßnahme für eine Implantateinbringung. In den Fällen, in denen mehr als eine Leistung nach der Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte oder im Frontzahnbereich in derselben Sitzung erbracht wird, kann der Mehraufwand bei der Festlegung der Gebühr innerhalb des Gebührenrahmens berücksichtigt werden. Im Rahmen der Beratungen in der AG GOZ ist darauf hingewiesen worden, dass operative Maßnahmen zum Erhalt der Alveole („socket-preservation“) der Leistung nach der Nummer 4110 zuzuordnen wären.

Wichtig:

Neben der Nr. 9100 ist ggf. auch noch die Nr. 9150 abrechenbar, wenn Osteosynthesemaßnahmen bei der Augmentation vorgenommen werden müssen.

Nr. 9110 Geschlossene Sinusbodenelevation vom Kieferkamm aus (interner Sinuslift)

Mit einer Leistung nach Nummer 9110 sind folgende Leistungen abgegolten:

Schaffung des Zugangs durch die Alveole oder das Implantatfach, Anhebung des Kieferhöhlenbodens durch knochenverdrängende oder knochenverdichtende Maßnahmen und der Kieferhöhlenmembran, Entnahme von Knochenspänen innerhalb des Aufbaubereiches des Implantatfaches und Einbringen von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial)

Die Leistung nach Nummer 9110 ist für dieselbe Implantatkavität nicht neben den Leistungen nach den Nummern 9120 und 9130 berechnungsfähig.

Neue Leistung. Gegenüber der bisher gehandhabten Berechnung (analog GOÄ 2250) ergibt sich ohne Berücksichtigung von OP-Zuschlägen, da die Leistung nie alleine vorgenommen wird, eine Verbesserung der Honorierung. **Es fehlt die Beschränkung der Berechnung auf eine Kieferhälfte oder einen Frontzahnbereich.** Entsprechend dürfte die Leistung **je Implantatfach** berechenbar sein. Hier sind Interpretationsstreitigkeiten mit Kostenträgern vorprogrammiert.

Nr. 9120 Sinusbodenelevation durch externe Knochenfensterung (externer Sinuslift), je Kieferhälfte

Mit einer Leistung nach der Nummer 9120 sind folgende Leistungen abgegolten:

Schaffung des Zugangs zur Kieferhöhle durch Knochenfensterung (auch Knochendeckel), Präparation der Kieferhöhlenmembran, Anhebung des Kieferhöhlenbodens und der Kieferhöhlenmembran, Lagerbildung, ggf. Entnahme von Knochenspänen innerhalb des Aufbaubereiches, Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial), ggf. Einbringung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren – einschließlich Fixierung –, ggf. Reposition des Knochendeckels, Verschluss der Kieferhöhle und Wundverschluss

Gegenüber der bisher gehandhabten Berechnung (analog GOÄ 1467, 2386, 2730, 2442 und OP-Zuschlag 444) ergibt sich unter Berücksichtigung der OP-Zuschläge eine Honorarverbesserung von 25%.

Nr. 9130 Spaltung und Spreizung von Knochensegmenten (Bone Splitting), ggf. mit Auffüllung der Spalträume mittels Knochen oder Knochenersatzmaterial, ggf. einschließlich zusätzlicher Osteosynthesemaßnahmen, ggf. einschließlich Einbringung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren und deren Fixierung je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, oder vertikale Distraction des Alveolarfortsatzes, einschließlich Fixierung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Neben der Leistung nach der Nummer 9130 ist die Leistung nach der Nummer 9100 nicht berechnungsfähig.

Gegenüber der bisher gehandhabten Berechnung (analog 2x GOÄ 2250) ergibt sich eine Verbesserung der Honorierung um ca. 60%.

Nr. 9140 Intraorale Entnahme von Knochen außerhalb des Aufbaubereiches, ggf. einschließlich Aufbereitung des Knochenmaterials und/oder der Aufnahmezone, einschließlich der notwendigen Versorgung der Entnahmestelle, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Bei Entnahme von einem oder mehreren Knochenblöcken ist das Doppelte der Gebühr nach der Nummer 9140 berechnungsfähig.

Von einem Knochenblock im Sinne dieser Abrechnungsbestimmung ist auszugehen, wenn dieser bei der Implantation eigenständig fixiert werden muss.

Die Leistung nach der Nummer 9140 beinhaltet die intraorale Entnahme von Knochen, z. B. am Kinn oder im Unterkiefer retromolar. Die extraorale Entnahme von Knochen, z. B. aus dem Beckenkamm oder Schädelkalotte, unterliegt wie bisher entsprechenden Gebührenpositionen der GOÄ. Die intraorale Einbringung von Knochenmaterial wird durch die Leistung nach der Nummer 9100 und ggf. 9150 abgebildet.

Gegenüber der bisher gehandhabten Berechnungsweise (analog GOÄ 2253) ergibt sich Honorarminderung, die etwa der Punktwertdifferenz zwischen GOÄ und GOZ entspricht.

Nr. 9150 Fixation oder Stabilisierung des Augmentates durch Osteosynthesemaßnahmen (z.B. Schrauben- oder Plattenosteosynthese oder Titanetze), zusätzlich zu der Leistung nach der Nummer 9100, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Nr. 9160 Entfernung unter der Schleimhaut liegender Materialien (z.B. Barrieren, einschließlich (der) Fixierung, Osteosynthesematerial), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Gegenüber der bisher gehandhabten Berechnung (analog GOÄ 2009) ergibt sich ohne OP-Zuschlag eine Erhöhung um 218% und mit OP-Zuschlag um 386%

Nr. 9170 Entfernung im Knochen liegender Materialien durch Osteotomie (z.B. Osteosynthesematerial, Knochenschrauben) oder Entfernung eines subperiostalen Gerüstimplantats, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Die Entfernung eines Implantats ist mit der Gebühr für die Leistungen nach den Nummern 3000 und 3030 abgegolten.

Gegenüber der bisher gehandhabten Abrechnung (analog GOÄ 2010 und Zuschlag 442) ergibt sich unter Berücksichtigung der jeweiligen OP-Zuschläge eine Verbesserung um 44%. Dies gilt allerdings nicht bei der Entfernung eines subperiostalen Implantates (GOZ alt Nr. 908). Hier ergibt sich eine Honorarminderung um ca. 25%, wobei allerdings künftig die Entfernung pro Kieferhälfte oder Frontzahnbereich abgerechnet werden kann. Die Zahl der noch zu entfernenden subperiostalen Gerüstimplantate dürfte allerdings überschaubar sein.

L. Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen (OP-Zuschläge)

Neu sind zur Abgeltung der erhöhten Hygienekosten und der verwendeten Einmalmaterialien die OP-Zuschläge Nr. 0500 für Leistungen mit Punktzahlen von 250 bis 499, Nr. 0510 für Leistungen mit Punktzahlen von 500 bis 799, Nr. 0520 für Leistungen mit Punktzahlen von 800 bis 1199 und die Nr. 0530 für Leistungen bei 1200 und mehr Punkten. Die Unterschiede zu den OP-Zuschlägen in der GOÄ ergeben sich aus dem unterschiedlichen Punktwert. Die zu den jeweiligen Leistungen zusätzlich anzusetzenden OP-Zuschläge und die daraus resultierende faktische Honorarerhöhung sind der beigefügten Tabelle zu entnehmen. Zum Teil ergibt sich dann, wenn es sich jeweils um Einzelleistungen handelt, faktisch eine deutliche Honorarerhöhung. Z. B. bei der Entfernung eines Zahnes oder Implantates durch Osteotomie um 50% und bei der Entfernung eines verlagerten Zahnes durch Osteotomie um 60%. Je mehr zuschlagsfähige Leistungen in einer Sitzung erbracht werden, umso geringer wird diese faktische Honorarsteigerung. Es darf nur der jeweils höchste mögliche OP-Zuschlag mit dem Faktor 1 berechnet werden.

Nr. 0500 Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 250 bis 499 Punkten bewertet sind, oder zu den Leistungen nach den Nummern 4090 oder 4130

Der Zuschlag nach der Nummer 0500 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach der Nummer 0500 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0510 bis 0530 nicht berechnungsfähig.

Nr. 0510 Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 500 bis 799 Punkten bewertet sind

Der Zuschlag nach der Nummer 0510 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach der Nummer 0510 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0500, 0520 und/oder 0530 nicht berechnungsfähig.

Nr. 0520 Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind

Der Zuschlag nach der Nummer 0520 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach der Nummer 0520 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0500, 0510 und/oder 0530 nicht berechnungsfähig.

Nr. 0530 Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind

Der Zuschlag nach der Nummer 0530 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach der Nummer 0530 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0500 bis 0520 nicht berechnungsfähig.

Es darf nur der jeweils höchste mögliche OP-Zuschlag mit dem Faktor 1 berechnet werden. Die Berechnungsbestimmungen lauten:

1. Bei nicht-stationärer Durchführung von bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen in der Praxis niedergelassener Zahnärzte oder in Krankenhäusern können zur Abgeltung der Kosten für die Aufbereitung wieder verwendbarer Operationsmaterialien bzw. –geräte und/oder von Materialien, die mit der einmaligen Verwendung verbraucht sind, Zuschläge berechnet werden.
2. Die Zuschläge nach den Nummern 0500 bis 0530 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.
3. Die Zuschläge nach den Nummern 0500 bis 0530 sind zahnärztlich-chirurgischen Leistungen - nach den Nummern 3020, 3030, 3040, 3045, 3090, 3100, 3110, 3120, 3130, 3140, 3160, 3190, 3200, 3230, 3240, 3250, 3260, 3270, 3280 in Abschnitt D, nach den Nummern 4090, 4100, 4130 und 4133 in Abschnitt E sowie nach den Nummern 9010, 9020, 9090, 9100, 9110, 9120, 9130, 9140, 9150, 9160 und 9170 in Abschnitt K zuzuordnen.
4. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete zahnärztlich-chirurgische Leistung aufzuführen.
5. Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlages nach den Nummern 0500 bis 0530 ist die erbrachte zahnärztlich-chirurgische Leistung mit der höchsten Punktzahl. Eine Zuordnung des Zuschlags nach den Nummern 0500 bis 0530 zu der Summe der jeweils ambulant erbrachten einzelnen zahnärztlich-chirurgischen Leistungen ist nicht möglich.
6. Die Zuschläge nach den Nummern 0500 bis 0530 sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen wird; das gilt nicht, wenn die stationäre Behandlung wegen unvorhersehbarer Komplikationen während oder nach der nicht-stationären Operation notwendig und entsprechend begründet wird.
7. Die Zuschläge nach den Nummern 0110, 0120 sowie 0500 bis 0530 sind neben den entsprechenden Zuschlägen nach den Nummern 440 bis 445 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen für dieselbe Sitzung nicht berechnungsfähig.

Welche Zuschläge zu welchen Leistungen berechnet werden können, finden Sie in der beiliegenden Tabelle (Anlage 1).