Vorblatt zur Ersten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

A. Problem und Ziel

Mit der Verordnung sollen

- das Gebührenverzeichnis der GOZ an die medizinische und technische Entwicklung angepasst,
- bisher häufig aufgetretene gebührenrechtliche Streitfälle geklärt sowie
- die allgemeinen Gebührenvorschriften weiterentwickelt werden.

B. Lösung

Die Zielsetzung soll insbesondere durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

- Überarbeitung des Gebührenverzeichnisses mit Klärung vielfach auftretender gebührenrechtlicher Streitpunkte sowie Aufnahme häufig erbrachter, bisher nicht im Gebührenverzeichnis enthaltener Leistungen, um eine indikationsgerechte Versorgung abzubilden.
- Erhöhung des nach GOZ abzurechenden Honorarvolumens um insgesamt rd. 6,0 v.H. oder rd. 345 Mio. Euro gegenüber dem aktuellen Abrechnungsgeschehen durch die vorgesehenen Änderungen im Gebührenverzeichnis.
- Neuregelung bei den Vorschriften zur Abrechnung zahntechnischer Leistungen mit der Verpflichtung des Zahnarztes, dem zahlungspflichtigen Patienten ab einem voraussichtlichen Betrag von 1.000 Euro einen Kostenvoranschlag über die voraussichtlich anfallenden Kosten für zahntechnische Leistungen anzubieten und auf dessen Wunsch zu erstellen.
- Vorgabe einer einheitlichen Gestaltung der Rechnung (Maßgabe des Bundesrates) ab dem 1. Juli 2012, um die Bearbeitung von Erstattungsanträgen zu vereinfachen.

C. Alternativen

Keine.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Bund, Länder und Gemeinden werden durch die Verordnung als Beihilfekostenträger durch Erhöhung ihrer Beihilfeausgaben für die privatzahnärztlichen Leistungen in Höhe von bis zu rd. 59 Mio. Euro jährlich belastet. Davon entfallen auf den Bund einschließlich der mittelbaren Bundesverwaltung, des Bundes-Pensions-Service für Post und Telekommunikation, des Bundeseisenbahnvermögens sowie sonstiger Sozialversicherungsträger (Unfall- und Rentenversicherung) rd. 20 Mio. Euro, auf die Länder rd. 34 Mio. Euro und die Gemeinden rd. 5 Mio. Euro.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Für die Bürgerinnen und Bürger werden keine Informationspflichten eingeführt, geändert oder abgeschafft. Es ergeben sich keine Änderungen im Erfüllungsaufwand.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Gegenüber der von der Bundesregierung am 21. September 2011 beschlossenen Fassung der Verordnung ergibt sich für die Zahnarztpraxen durch die Vorgabe einer einheitlichen Gestaltung der Rechnung ein erhöhter Erfüllungsaufwand von einmalig rd. 190.000 €. Darüber hinaus entsteht bei Verwendung von Musterformularen ein weiterer nur marginaler jährlicher Aufwand. Im Übrigen ergeben sich keine Änderungen gegenüber den in der von der Bundesregierung beschlossenen Fassung dargestellten Bürokratiekosten (5 Informationspflichten bei 45.134 betroffenen Unternehmen und rd. 130.000 bzw. rd. 210.000 Fällen pro Jahr sowie erwartenden Mehrkosten von rd. 1,4 Mio. € pro Jahr und einer erwarteten Kostenreduzierung von rd. 4,6 Mio. € pro Jahr).

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

Der bestehende Vollzugsaufwand des Bundes, der Länder und der Gemeinden als Beihilfekostenträger wird durch die Vorgabe einer einheitlichen Gestaltung der Rechnung tendenziell reduziert, ohne dass dies näher quantifizierbar ist.

F. Weitere Kosten

Der mit dem Entwurf verbundene Honorarvolumenanstieg von rd. 6,0 v.H. führt zu einem Zuwachs der Ausgaben privater Krankenversicherungsunternehmen (einschließlich Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bahnbeamten) sowie der Postnachfolgeunternehmen für privatzahnärztliche Honorare von rd. 122 Mio. Euro. Darüber hinaus betragen die Mehraufwendungen der privaten Haushalte durch diese Verordnung rd. 164 Mio. Euro. Darin sind insbesondere die Selbstbehalte und die Zahlung nicht zur Erstattung eingereichter Rech-

nungen bei Privatversicherten sowie die Zahlungen von GKV-Versicherten für die Inanspruchnahme über die GKV-Leistungen hinausgehender privatzahnärztlicher Leistungen enthalten.

Die Gesamtausgaben der PKV-Unternehmen werden sich bei einem geschätzten Anteil der Ausgaben für zahnärztliches Honorar von 9,3 v.H. der Gesamtausgaben durch diese Verordnung um rd. 0,6 v.H. erhöhen. Dies wird von den Unternehmen im Rahmen der regelmäßigen Überprüfung der Prämienkalkulation zu berücksichtigen sein. Die Wirtschaft als Arbeitgeber wird als Folge ggf. steigender Prämien für private Krankheitskostenvollversicherungen nur in den Fällen höhere Arbeitgeberanteile zahlen, in denen der Höchstbetrag des Arbeitgeberanteils bei privat vollversicherten Arbeitnehmern noch nicht erreicht ist. In wie vielen Fällen und in welcher Höhe der Arbeitgeberanteil steigen wird, kann nicht sicher quantifiziert werden. Es ist aber davon auszugehen, dass dies keine merklichen Auswirkungen auf die durchschnittlichen Arbeitskosten haben wird.

Erste Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte Vom

Auf Grund des § 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225) verordnet die Bundesregierung:

Artikel 1
Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte

Die Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

      „(1) Durch Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Absatz 1 Satz 2) oder eines abweichenden Punktwertes (§ 5 Absatz 1 Satz 3) ist nicht zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden."

   b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

      aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:
      „Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes schriftlich zu treffen."

      bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „muß" die Wörter „neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem vereinbarten Steigerungssatz und dem sich daraus ergebenden Betrag auch" eingefügt.

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Leistungen nach § 1 Absatz 2 Satz 2 und ihre Vergütung müssen in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden."

bb) In Satz 3 wird die Angabe „§ 6 Abs. 2" durch die Angabe „§ 6 Absatz 1" ersetzt.

d) Folgender Absatz 4 wird angefügt:

„(4) Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatzahnärztlichen Leistungen ist eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 nur für vom Wahlzahnarzt persönlich erbrachte Leistungen zulässig."

2. In § 3 wird das Wort „Wegegeld" durch das Wort „Entschädigungen" ersetzt.

3. § 4 wird wie folgt geändert:

0a) In Absatz 1 wird die Angabe „(Anlage)“ durch die Angabe „(Anlage 1)“ ersetzt.

a) Dem Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte. Eine Leistung ist methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der anderen Leistung (Zielleistung) umfasst und auch in deren Bewertung berücksichtigt worden ist."

b) In Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „sowie“ durch ein Komma ersetzt und werden nach dem Wort „Apparaten" die Wörter „sowie für Lagerhaltung" eingefügt.

4. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 4 wird wie folgt gefasst :

„Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden; die Rundung ist erst nach der Multiplikation mit dem Steigerungsfaktor nach Satz 1 vorzunehmen."

b) Absatz 2 Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Der 2,3fache Gebührensatz bildet die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab; ein Überschreiten dieses Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen; Leistungen mit unterdurchschnittlichem Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand sind mit einem niedrigeren Gebührensatz zu berechnen."

5. § 5a wird aufgehoben.

6. § 6 wird wie folgt gefasst:

„§ 6
Gebühren für andere Leistungen

(1) Selbständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden. Sofern auch eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung im Gebührenverzeichnis dieser Verordnung nicht enthalten ist, kann die selbständige zahnärztliche Leistung entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der in Absatz 2 genannten Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden.

(2) Die Vergütungen sind nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte zu berechnen, soweit die Leistung nicht als selbständige Leistung oder Teil einer anderen Leistung im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte enthalten ist und wenn die Leistungen, die der Zahnarzt erbringt, in den folgenden Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt sind:

1. B I, B II, B III unter den Nummern 30, 31 und 34, B IV bis B VI,
2. C I unter den Nummern 200, 204, 210 und 211, C II, C III bis C VII, C VIII nur soweit eine zugrunde liegende ambulante operative Leistung berechnet wird,

3. E V und E VI,
4. J,
5. L I, L II unter den Nummern 2072 bis 2074, L III, L V unter den Nummern 2253 bis 2256 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VI unter den Nummern 2321, 2355 und 2356 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VII, L IX,
6. M unter den Nummern 3511, 3712, 3714, 3715, 4504, 4530, 4538, 4605, 4606 und 4715,
7. N unter der Nummer 4852 sowie
8. O., "

7. § 7 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„Gebühren bei stationärer Behandlung“

b) Der Wortlaut wird Absatz 1 und wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „Gebühren" die Wörter „einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge" eingefügt.

bb) In Satz 2 werden nach dem Wort „Leistungen" die Wörter „und Zuschläge" eingefügt.

cc) Folgender Satz 3 wird angefügt:

„Ausgenommen von dieser Minderungspflicht ist der Zuschlag nach Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte."

c) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Neben den nach Absatz 1 geminderten Gebühren darf der Zahnarzt Kosten nicht berechnen; die §§ 8 und 9 bleiben unberührt."

8. § 8 wird wie folgt gefasst:

„§8
Entschädigungen

(1) Als Entschädigungen für Besuche erhält der Zahnarzt Wegegeld oder Reiseentschädigung; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten.

(2) Der Zahnarzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Zahnarztes von

1. bis zu zwei Kilometern 4,30 Euro, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 8,60 Euro,
2. mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern 8,00 Euro, bei Nacht 12,30 Euro,
3. mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern 12,30 Euro, bei Nacht 18,40 Euro,
4. mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern 18,40 Euro, bei Nacht 30,70 Euro.

Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Zahnarztes aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Zahnarztes an die Stelle der Praxisstelle. Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht, darf der Zahnarzt das Wegegeld unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versichertenstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

(3) Bei Besuchen außerhalb eines Radius von 25 Kilometern um die Praxisstelle des Zahnarztes tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung. Als Reiseentschädigung erhält der Zahnarzt

1. 0,42 Euro für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,
2. bei Abwesenheit bis zu acht Stunden 56,00 Euro, bei Abwesenheit von mehr als acht Stunden 112,50 Euro je Tag,
3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.

Absatz 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.“

9. § 9 wird wie folgt geändert:

a) Der Wortlaut wird Absatz 1.

b) Folgender Absatz 2 wird angefügt:

„(2) Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen vor der Behandlung einen Kostenvoranschlag des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über die voraussichtlich entstehenden Kosten für zahntechnische Leistungen anzubieten und auf dessen Verlangen in Textform vorzulegen, sofern die Kosten insgesamt voraussichtlich einen Betrag von 1.000 Euro überschreiten. Für Behandlungen, die auf der Grundlage

eines Heil- und Kostenplans für einen Behandlungszeitraum von mehr als zwölf Monaten geplant werden, gilt Satz 1 nur, sofern voraussichtlich bereits innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten Kosten von mehr als 1.000 Euro entstehen. Der Kostenvoranschlag muss die voraussichtlichen Gesamtkosten für zahntechnische Leistungen und die dabei verwendeten Materialien angeben. Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen, Berechnungsgrundlage und Herstellungsort der zahntechnischen Leistungen sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern. Ist eine Überschreitung der im Kostenvoranschlag genannten Kosten um mehr als 15 vom Hundert zu erwarten, hat der Zahnarzt den Zahlungspflichtigen hierüber unverzüglich in Textform zu unterrichten."

10. § 10 wird wie folgt geändert:

0a) Absatz 1 wird wie folgt gefasst:

„(1) Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung nach der Anlage 2 erteilt worden ist. Künftige Änderungen der Anlage 2 werden durch das Bundesministerium für Gesundheit durch Bekanntmachung veröffentlicht."

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 werden nach dem Wort „Zahnes" die Wörter "und einer in der Leistungsbeschreibung oder einer Abrechnungsbestimmung gegebenenfalls genannten Mindestdauer" eingefügt.

bb) In Nummer 3 wird das Wort „stationäre" durch die Wörter „vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre" ersetzt.

cc) Die Nummern 4 und 5 werden wie folgt gefasst:

„4. bei Entschädigungen nach § 8 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,

5. bei Ersatz von Auslagen nach § 9 Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen und deren Preise sowie die direkt zurechenbaren Materialien und deren Preise, insbesondere Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis der verwendeten Legierungen,“

dd) In Nummer 6 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „; die Auslagen sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern“ eingefügt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Überschreitet die berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nummer 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen.“

bb) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Soweit im Fall einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 auch ohne die getroffene Vereinbarung ein Überschreiten der in Satz 1 genannten Steigerungssätze gerechtfertigt gewesen wäre, ist das Überschreiten auf Verlangen des Zahlungspflichtigen schriftlich zu begründen; die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend."

c) In Absatz 4 wird die Angabe „§ 6 Abs. 2" durch die Angabe "§ 6 Absatz 1" ersetzt.

d) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Die Übermittlung von Daten an einen Dritten zum Zwecke der Abrechnung ist nur zulässig, wenn der Betroffene gegenüber dem Zahnarzt in die Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Daten schriftlich eingewilligt und den Zahnarzt insoweit schriftlich von seiner Schweigepflicht entbunden hat."

11. § 11 wird wie folgt gefasst:

„§ 11
Übergangsvorschrift

Die Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem … [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 3] geltenden Fassung gilt weiter für

1. Leistungen, die vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom … [einsetzen: Datum und Fundstelle dieser Verordnung] erbracht worden sind,
2. vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom … [einsetzen: Datum und Fundstelle dieser Verordnung] 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 … [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 3] geltenden Fassung, wenn sie erst nach Inkrafttreten der Verordnung vom …[einsetzen: Datum und Fundstelle dieser Verordnung] beendet werden,

3. Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem …[einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 3] geltenden Fassung, die auf Grund einer vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom [einsetzen: Datum und Fundstelle dieser Verordnung] geplanten und begonnenen kieferorthopädischen Behandlung bis zum Behandlungsabschluss, längstens jedoch bis zum Ablauf von vier Jahren nach Inkrafttreten dieser Verordnung, erbracht werden."

12. § 12 wird wie folgt gefasst:

„§ 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."

13. Die Anlage Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen wird durch die folgenden Anlagen 1 und 2 ersetzt:

„Anlage 1

Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen

A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1.	Eine Beratungsgebühr nach der Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte in der am *[Datum des Inkrafttretens der GOZ-Novelle*] 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 der Nummer 3 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach der Nummer 0010 oder einer Untersuchung nach den Nummern 5 oder 6 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen. Andere weitere Leistungen dürfen neben der Leistung nach der Nummer 3 nicht berechnet werden. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Zahnarztes.
2.	Das bei Leistungen nach diesem Gebührenverzeichnis verwendete Abformungsmaterial ist gesondert berechnungsfähig.
3.	Material- und Laborkosten im Sinne dieses Gebührenverzeichnisses umfassen Praxiskosten nach § 4 Abs 3 und Auslagen für zahntechnische Leistungen nach § 9 dieser Gebührenordnung.

Nummer	**Leistungstext**	**Punktzahl**
0010	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes	100
0030	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen	200
0040	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans bei kieferorthopädischer Behandlung oder bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen nach Befundaufnahme und Ausarbeitung einer Behandlungsplanung *Die Leistungen nach den Nummern 0030 und 0040 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.*	250
0050	Abformung oder Teilabformung eines Kiefers für ein Situationsmodell einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung	120
0060	Abformung beider Kiefer für Situationsmodelle und einfache Bissfixierung einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung *Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 0050 und 0060 ist in der Rechnung zu begründen.*	260

0065	Optisch-elektronische Abformung einschließlich vorbereitender Maßnahmen, einfache digitale Bissregistrierung und Archivierung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich *Neben der Leistung nach der Nummer 0065 sind konventionelle Abformungen nach diesem Gebührenverzeichnis für dieselbe Kieferhälfte oder denselben Frontzahnbereich nicht berechnungsfähig.*	80
0070	Vitalitätsprüfung eines Zahnes oder mehrerer Zähne einschließlich Vergleichstest, je Sitzung	50
0080	Intraorale Oberflächenanästhesie, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	30
0090	Intraorale Infiltrationsanästhesie	60
0100	Intraorale Leitungsanästhesie *Wird die Leistung nach der Nummer 0090 je Zahn mehr als einmal berechnet, ist dies in der Rechnung zu begründen.* *Bei den Leistungen nach den Nummern 0090 und 0100 sind die Kosten der verwendeten Anästhetika gesondert berechnungsfähig*.	70
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.*	400
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

Allgemeine Bestimmungen

	Prophylaktische Leistungen nach Abschnitt B sind nur bei Einzelunterweisung (Individualprophylaxe) berechnungsfähig; bei Gruppenunterweisung (Gruppenprophylaxe) sind sie nicht berechnungsfähig.

Nummer	**Leistungstext**	**Punktzahl**
1000	Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten	200
1010	Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten	100

1020	Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel, je Sitzung	50
	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 Mundhygiene-Indizes, das Anfärben der Zähne, die praktische Unterweisung mit individuellen Übungen und die Motivierung des Patienten.* *Im Zusammenhang mit den 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.*	
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.*	90
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.*	28

C. Konservierende Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

	Nur einmal verwendbare Nickel-Titan-Instrumente zur Wurzelkanalaufbereitung sind gesondert berechnungsfähig.

Nummer	Leistungstext	Punktzahl
2000	Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, auch Glattflächenversiegelung, je Zahn	90
2010	Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, je Kiefer	50
2020	Temporärer speicheldichter Verschluss einer Kavität	98
2030	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten (z.B. Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich *Die Leistung nach der Nummer 2030 ist je Sitzung für eine Kieferhälfte oder einen Frontzahnbereich höchstens einmal für besondere Maßnahmen beim Präparieren und höchstens einmal für besondere Maßnahmen beim Füllen von Kavitäten berechnungsfähig.*	65
2040	Anlegen von Spanngummi, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	65
2050	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, einflächig	213
2060	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), einflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	527
2070	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, zweiflächig	242
2080	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), zweiflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	556
2090	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, dreiflächig	297
2100	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), dreiflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	642
2110	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, mehr als dreiflächig	319
2120	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), mehr als dreiflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	770
2130	Kontrolle, Finieren/Polieren einer Restauration in separater Sitzung, auch Nachpolieren einer vorhandenen Restauration	104
2150	Einlagefüllung, einflächig	1141

2160	Einlagefüllung, zweiflächig	1356
2170	Einlagefüllung, mehr als zweiflächig	1709
2180	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone	150
2190	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch gegossenen Aufbau mit Stiftverankerung zur Aufnahme einer Krone	450
2195	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch einen Schraubenaufbau oder Glasfaserstift o.Ä. zur Aufnahme einer Krone *Die Leistungen nach den Nummern 2180, 2190 oder 2195 sind neben den Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach der Nummer 2180 ist neben der Leistung nach der Nummer 2190 nicht berechnungsfähig.* *Die Leistung nach der Nummer 2195 ist neben der Leistung nach der Nummer 2180 berechnungsfähig.* *Die Leistungen nach den Nummern 2180, 2190 und/oder die Leistung nach der Nummer 2195 ist je Zahn nur jeweils einmal berechnungsfähig.* *Die Kosten für die Verankerungselemente sind gesondert berechnungsfähig.*	300
2197	Adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Krone, Teilkrone, Veneer etc.)	130
2200	Versorgung eines Zahnes oder Implantats durch eine Vollkrone (Tangentialpräparation)	1322
2210	Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkehl- oder Stufenpräparation)	1678
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	2067
	Neben den Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 sind die Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2130 nicht berechnungsfähig. *Die Leistung nach der Nummer 2210 ist im Zusammenhang mit Implantaten 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 der Krone oder der Teilkrone oder des Veneers, Nachkontrolle und Korrekturen.* *Die Leistung nach der 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.*	

	Teilleistungen nach den Nummern 2200 bis 2220:	
2230	Enden die Leistungen mit der Präparation eines Zahnes oder der Abdrucknahme beim Implantat so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.	
2240	Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.	
	Die Leistungen nach den Nummern 2230 oder 2240 sind nur berechnungsfähig, wenn es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen oder eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.	
2250	Eingliederung einer konfektionierten Krone in der pädiatrischen Zahnheilkunde *Die Kosten für konfektionierte Kronen sind gesondert berechnungsfähig.*	210
2260	Provisorium im direkten Verfahren ohne Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung	100
2270	Provisorium im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung	270
	Bei Verwendung eines konfektionierten Provisoriums sind die Kosten hierfür gesondert berechnungsfähig. *Das Wiedereingliedern desselben Provisoriums, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung, ist mit der Gebühr nach der Nummer 2260 oder 2270 abgegolten.*	
2290	Entfernung einer Einlagefüllung, einer Krone, eines Brückenankers, Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges oder Ähnliches	180
2300	Entfernung eines Wurzelstiftes	270
2310	Wiedereingliederung einer Einlagefüllung, einer Teilkrone, eines Veneers oder einer Krone oder Wiederherstellung einer Verblendschale an herausnehmbarem Zahnersatz	145
2320	Wiederherstellung einer Krone, einer Teilkrone, eines Veneers, eines Brückenankers, einer Verblendschale oder einer Verblendung an festsitzendem Zahnersatz, gegebenenfalls einschließlich Wiedereingliederung und Abformung	350
2330	Maßnahmen zur Erhaltung der vitalen Pulpa bei Caries profunda (Exkavieren, indirekte Überkappung), je Kavität	110
2340	Maßnahmen zur Erhaltung der freiliegenden vitalen Pulpa (Exkavieren, direkte Überkappung), je Kavität	200
2350	Amputation und Versorgung der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren	290
2360	Exstirpation der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren, je Kanal	110
2380	Amputation und endgültige Versorgung der avitalen Milchzahnpulpa	160
2390	Trepanation eines Zahnes, als selbständige Leistung	65
2400	Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals *Die Leistung nach der Nummer 2400 ist je Wurzelkanal höchstens zweimal je Sitzung berechnungsfähig.*	70

2410	Aufbereitung eines Wurzelkanals auch retrograd, je Kanal, gegebenenfalls in mehreren Sitzungen *Die Leistung nach der Nummer 2410 ist für denselben Wurzelkanal nur dann erneut berechnungsfähig, wenn der Wurzelkanal nach der ersten Aufbereitung definitiv versorgt worden ist.* *Wenn auf Grund anatomischer Besonderheiten eine Aufbereitung in einer Sitzung nicht erfolgen kann, ist die Leistung nach der Nummer 2410 für denselben Wurzelkanal erneut berechnungsfähig. Dies ist in der Rechnung zu begründen. Je Aufbereitung eines Wurzelkanals ist die Leistung in diesem Fall höchstens zweimal berechnungsfähig*.	392
2420	Zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden, je Kanal	70
2430	Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nummern 2360, 2380 und 2410, je Zahn und Sitzung	204
2440	Füllung eines Wurzelkanals	258

D. Chirurgische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1.	Die primäre Wundversorgung (z.B. Reinigen der Wunde, Glätten des Knochens, Umschneidung, Tamponieren, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, gegebenenfalls Fixieren eines plastischen Wundverbandes) ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt D und nicht gesondert berechnungsfähig.
2.	Die Schaffung des operativen Zugangs ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt D und nicht gesondert berechnungsfähig.
3.	Knochenersatzmaterialien sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder der Geweberegeneration (z.B. Membranen) sowie 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.

Nummer	**Leistungstext**	**Punktzahl**
3000	Entfernung eines einwurzeligen Zahnes oder eines enossalen Implantats	70
3010	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes	110
3020	Entfernung eines tief frakturierten oder tief zerstörten Zahnes	270
3030	Entfernung eines Zahnes oder eines enossalen Implantats durch Osteotomie	350
3040	Entfernung eines retinierten, impaktierten oder verlagerten Zahnes durch Osteotomie	540

3045	Entfernen eines extrem verlagerten und/oder extrem retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen	767
3050	Stillung einer übermäßigen Blutung im Mund- und/oder Kieferbereich, als selbständige Leistung	110
3060	Stillung einer Blutung durch Abbinden oder Umstechen des Gefäßes oder durch Knochenbolzung	140
3070	Exzision von Schleimhaut oder Granulationsgewebe, als selbständige Leistung	45
3080	Exzision einer Schleimhautwucherung größeren Umfangs (z.B. lappiges Fibrom, Epulis)	150
3090	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle	370
3100	Plastische Deckung im Rahmen einer Wundversorgung einschließlich einer Periostschlitzung, je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnittführung) *Die Leistung nach der Nummer 3100 ist für dasselbe Operationsgebiet nicht neben der Leistung nach der Nummer 3090 berechnungsfähig.*	270
3110	Resektion einer Wurzelspitze an einem Frontzahn	460
3120	Resektion einer Wurzelspitze an einem Seitenzahn *Die Kosten für konfektionierte apikale Stiftsysteme sind gesondert berechnungsfähig.*	580
3130	Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes	280
3140	Reimplantation eines Zahnes einschließlich einfacher Fixation	550
3160	Transplantation eines Zahnes einschließlich operativer Schaffung des Knochenbettes	650
3190	Operation einer Zyste durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	270
3200	Operation einer Zyste durch Zystektomie, als selbständige Leistung *Das Auskratzen von Granulationsgewebe oder kleinen Zysten in Verbindung mit Extraktionen, Osteotomien oder Wurzelspitzenresektionen kann nicht nach den Nummern 3190 bis 3200 sowie 3310 berechnet werden.*	500
3210	Beseitigung störender Schleimhautbänder, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	140
3230	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers, als selbständige Leistung, je Kiefer	440
3240	Vestibulumplastik oder Mundbodenplastik kleineren Umfangs auch Gingivaextensionsplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, für einen Bereich bis zu zwei nebeneinander liegenden Zähnen, ggf. auch am zahnlosen Kieferabschnitt	550
3250	Tuberplastik, einseitig	270
3260	Freilegen eines retinierten oder verlagerten Zahnes zur orthopädischen Einstellung	550

3270	Germektomie	590
3280	Lösen, Verlegen und Fixieren des Lippenbändchens und Durchtrennen des Septums bei echtem Diastema	270
3290	Kontrolle nach chirurgischem Eingriff, als selbständige Leistung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	55
3300	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff (z.B. Tamponieren), als selbständige Leistung, je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnittführung) *Die Leistung nach der Nummer 3300 ist höchstens zweimal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechnungsfähig.* *Neben der Leistung nach der Nummer 3300 sind die Leistungen nach den Nummern 3060 oder 3310 nicht berechnungsfähig.*	65
3310	Chirurgische Wundrevision (z.B. Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht), je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnittführung) *Die Leistung nach der Nummer 3310 ist höchstens zweimal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechnungsfähig.* *Neben der Leistung nach der Nummer 3310 sind die Leistungen nach den Nummern 3060 oder 3300 nicht berechnungsfähig.*	100

E. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums

Allgemeine Bestimmungen

1.	Die primäre Wundversorgung (z.B. Reinigen der Wunde, Glätten des Knochens, Umschneidung, Tamponieren, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, gegebenenfalls Fixieren eines plastischen Wundverbandes) ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt E und nicht gesondert berechnungsfähig.
2.	Knochenersatzmaterialien sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder der Geweberegeneration (z.B. Membranen) sowie zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen oder, wenn dies zum Schutz wichtiger anatomischer Strukturen (z.B. Nerven) erforderlich ist, sowie atraumatisches Nahtmaterial und Materialien zur Fixierung von Membranen sind gesondert berechnungsfähig.

Nummer	**Leistungstext**	**Punktzahl**
4000	Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus *Die Leistung nach der Nummer 4000 ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig.*	160
4005	Erhebung mindestens eines Gingivalindex und/oder eines Parodontalindex (z.B. des Parodontalen Screening-Index PSI) *Die Leistung nach der Nummer 4005 ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig.*	80
4020	Lokalbehandlung von Mundschleimhauterkrankungen gegebe-	45

	nenfalls einschließlich Taschenspülungen, je Sitzung	
4025	Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation, je Zahn *Die verwendeten antibakteriellen Materialien sind gesondert berechnungsfähig.*	15
4030	Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	35
4040	Beseitigung grober Vorkontakte der Okklusion und Artikulation durch Einschleifen des natürlichen Gebisses oder bereits vorhandenen Zahnersatzes, je Sitzung	45
4050	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, auch Brückenglied	10,0
4055	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem mehrwurzeligen Zahn *Die Leistungen nach den Nummern 4050 und 4055 sind für denselben Zahn innerhalb von 30 Tagen nur einmal berechnungsfähig.*	13,0
4060	Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge oder professioneller Zahnreinigung nach der Nummer 1040 mit Nachreinigung einschließlich Polieren, je Zahn, oder Implantat, auch Brückenglied *Die Leistung nach der Nummer 4060 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1040, 4050 und 4055 nicht berechnungsfähig.*	7,0
4070	Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremente und Wurzelglättung) an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, geschlossenes Vorgehen	100
4075	Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremente und Wurzelglättung) an einem mehrwurzeligen Zahn, geschlossenes Vorgehen	130
4080	Gingivektomie, Gingivoplastik, je Parodontium	45
4090	Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Frontzahn, je Parodontium	180
4100	Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Seitenzahn, je Parodontium *Neben den Leistungen nach den Nummern 4090 und 4100 sind Leistungen nach den Nummern 4050 bis 4080 in der gleichen Sitzung nicht berechnungsfähig.*	275
4110	Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Aufbaumaterial (Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial), auch Einbringen von Proteinen, zur regenerativen Behandlung parodontaler Defekte, ggf. einschließlich Materialentnahme im Aufbaugebiet, je Zahn oder Parodontium oder Implantat *Die Leistung nach der Nummer 4110 ist auch im Rahmen einer chirurgischen Behandlung berechnungsfähig.* *Die Kosten eines einmal verwendbaren Knochenkollektors oder -schabers sind gesondert berechnungsfähig.*	180

4120	Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	275
4130	Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut, gegebenenfalls einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Transplantat	180
4133	Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Zahnzwischenraum	880
4136	Osteoplastik auch Kronenverlängerung, Tunnelierung oder Ähnliches je Zahn oder Parodontium, auch Implantat, als selbstständige Leistung	200
4138	Verwendung einer Membran zur Behandlung eines Knochendefektes einschließlich Fixierung, je Zahn, je Implantat	220
4150	Kontrolle/Nachbehandlung nach parodontalchirurgischen Maßnahmen, je Zahn, Implantat oder Parodontium	7,0

F. Prothetische Leistungen

Nummer	**Leistungstext**	**Punktzahl**
5000	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Tangentialpräparation)	1016
5010	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Hohlkehl- und Stufenpräparation) oder Einlagefüllung	1483
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	1997
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 anderer Verbindungselemente	1483
5040	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teleskopkrone, auch Konuskrone *Die Leistung nach der Nummer 5040 ist neben der Leistung nach der Nummer 5080 nicht berechnungsfähig.*	2605
	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, der Einlagefüllung, der Teilkrone o.a., Nachkontrolle und Korrekturen Die Leistungen nach den Nummern 5000 und 5030 umfassen 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 Zu-*	

	sammenhang mit Implantaten nicht berechnungsfähig. *Zu den Kronen nach den Nummern 5000 bis 5040 gehören Kronen (Voll-, Teil- und Teleskopkronen, sowie Wurzelstiftkappen) jeder zahntechnischen Ausführung.*	
	Teilleistungen nach den Nummern 5000 bis 5040:	
5050	Enden die Leistungen mit der Präparation der Brückenpfeiler oder Prothesenanker mit Verbindungselementen oder der Abdrucknahme beim Implantat, so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.	
5060	Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig. *Die Leistungen nach den Nummern 5050 oder 5060 sind nur berechnungsfähig, wenn es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen, oder eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.*	
5070	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: Verbindung von Kronen oder Einlagefüllungen durch Brückenglieder, Prothesenspannen oder Stege, je zu überbrückende Spanne oder Freiendsattel	400
5080	Versorgung eines Lückengebisses durch eine zusammengesetzte Brücke oder Prothese, je Verbindungselement Matrize und Patrize gelten als ein Verbindungselement. *Die Leistung nach der Nummer 5080 ist neben der Leistung nach der Nummer 5040 nicht berechnungsfähig.*	230
5090	Wiederherstellung der Funktion eines Verbindungselements nach der Nummer 5080	110
5100	Erneuern des Sekundärteils einer Teleskopkrone einschließlich Abformung	450
5110	Wiedereingliederung einer endgültigen Brücke nach Wiederherstellung der Funktion	360
5120	Provisorische Brücke im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung	240
5140	Provisorische Brücke im direkten Verfahren mit Abformung, je Brückenspanne oder Freiendsattel, einschließlich Entfernung *Das Wiedereingliedern derselben provisorischen Brücke, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 5120 bis 5140 abgegolten.*	80
5150	Versorgung eines Lückengebisses mit Hilfe einer durch Adhäsivtechnik befestigten Brücke, für die erste zu überbrückende Spanne	730
5160	Versorgung eines Lückengebisses nach der Nummer 5150, für jede weitere zu überbrückende Spanne	360
5170	Anatomische Abformung des Kiefers mit individuellem Löffel bei ungünstigen Zahnbogen- und Kieferformen und/oder tief ansetzenden Bändern oder spezielle Abformung zur Remontage, je Kiefer	250
5180	Funktionelle Abformung des Oberkiefers mit individuellem Löffel	450
5190	Funktionelle Abformung des Unterkiefers mit individuellem Löffel	540

5200	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Teilprothese mit einfachen, gebogenen Haftelementen einschließlich Einschleifen der Auflagen	700
5210	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Modellgussprothese mit gegossenen Halte- und Stützelementen einschließlich Einschleifen der Auflagen	1400
5220	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese oder Deckprothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Oberkiefer *Eine Deckprothese setzt eine Basisgestaltung wie bei einer totalen Prothese voraus.*	1850
5230	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese oder Deckprothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Unterkiefer *Eine Deckprothese setzt eine Basisgestaltung wie bei einer totalen Prothese voraus.*	2200
	Durch die Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5230 sind folgende Leistungen abgegolten: *Anatomische Abformungen (auch des Gegenkiefers), Bestimmung der Kieferrelation, Einproben, Einpassen bzw. Einfügen, Nachkontrolle und Korrekturen.*	
5240	Teilleistungen nach den Nummern 5200 und 5230: *Für Maßnahmen bis einschließlich Bestimmung der Kieferrelation ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig; bei weitergehenden Maßnahmen sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.*	
5250	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (ohne Abformung)	140
5260	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (mit Abformung) einschließlich Halte- und Stützvorrichtungen	270
5270	Teilunterfütterung einer Prothese	180
5280	Vollständige Unterfütterung einer Prothese	270
5290	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Oberkiefer	450
5300	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Unterkiefer	540
5310	Vollständige Unterfütterung bei einer Defektprothese einschließlich funktioneller Randgestaltung	730
	Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 dürfen Leistungen nach den Nummern 5250 und 5260 nur berechnet werden, wenn es sich um zeitlich getrennte Verrichtungen handelt. *Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 sind nur als Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion einer abnehmbaren Prothese berechnungsfähig.*	
5320	Eingliederung eines Obturators zum Verschluss von Defekten des Gaumens	2200

5330	Eingliederung einer Resektionsprothese zum Verschluss und zum Ausgleich von Defekten der Kiefer	2800
5340	Eingliederung einer Prothese oder Epithese zum Verschluss extraoraler Weichteildefekte oder zum Ersatz fehlender Gesichtsteile einschließlich Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen *Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5340 abgegolten.*	7300

G. Kieferorthopädische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

	Die Leistungen nach den Nummern 6100, 6120, 6140 und 6150 beinhalten auch die Material- und Laborkosten für Standardmaterialien wie zum Beispiel unprogrammierte Edelstahlbrackets, unprogrammierte Attachments und Edelstahlbänder. Werden darüber hinausgehende Materialien verwendet, können die Mehrkosten für diese Materialien gesondert berechnet werden, wenn dies vor der Verwendung mit dem Zahlungspflichtigen nach persönlicher Absprache schriftlich vereinbart worden ist. Diese Vereinbarung hat Angaben über die voraussichtliche Höhe der einzelnen Material- und Laborkosten und die Material- und Laborkosten der in Abzug zu bringenden Standardmaterialien zu enthalten. In der Vereinbarung ist darauf hinzuweisen, dass eine Erstattung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht im vollen Umfang gewährleistet ist.

Nummer	**Leistungstext**	**Punktzahl**
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.*	80
6010	Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale, graphische oder metrische Analysen, Diagramme), je Leistung nach der Nummer 0060	180
6020	Anwendung von Methoden zur Untersuchung des Gesichtsschädels (zeichnerische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels, Wachstumsanalysen)	360
6030	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, geringer Umfang	1350
6040	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, mittlerer Umfang	2100
6050	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, hoher Umfang	3600
	Bei Maßnahmen von mittlerem Umfang nach der Nummer 6040 müssen mindestens drei, bei Maßnahmen von hohem Umfang mindestens vier der Kriterien nach den Buchstaben a) bis e) erfüllt sein: *a) Zahl der bewegten Zahngruppen: zwei und mehr Zahngruppen,* *b) Ausmaß der Zahnbewegung: mehr als 2 Millimeter,* *c) Art der Zahnbewegung: körperlich mehr als 2 Millimeter, kon-*	

	trollierte Wurzelbewegung, direkte Veränderung der Bisshöhe, Zahndrehung mehr als 30 Grad, *d) Richtung der Zahnbewegung: entgegen Wanderungstendenz,* *e) Verankerung: mit zusätzlichen intra- oder extraoralen Maßnahmen.*	
6060	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, geringer Umfang	1800
6070	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, mittlerer Umfang	2600
6080	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, hoher Umfang	3600
	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.*	
6090	Maßnahmen zur Einstellung der Okklusion durch alveolären Ausgleich bei abgeschlossener Wachstumsphase einschließlich Retention, je Kiefer	700
6100	Eingliederung eines Klebebrackets zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	165
6110	Entfernung eines Klebebrackets einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes	70
6120	Eingliederung eines Bandes zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	230
6130	Entfernung eines Bandes einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes	20
6140	Eingliederung eines Teilbogens	210
6150	Eingliederung eines ungeteilten Bogens, alle Zahngruppen umfassend, je Kiefer	500
6160	Eingliederung einer intra-/extraoralen Verankerung (z.B. Headgear).	370

6170	Eingliederung einer Kopf-Kinn-Kappe. *Die Kosten für die eingegliederten Hilfsmittel nach den Nummern 6160 und 6170 sind gesondert berechnungsfähig.*	500
6180	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit und/oder Erweiterung von herausnehmbaren Behandlungsgeräten einschließlich Abformung und Wiedereinfügen, je Kiefer und je Sitzung einmal berechnungsfähig	270
6190	Beratendes und belehrendes 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.*	140
6200	Eingliedern von Hilfsmitteln zur Beseitigung von Funktionsstörungen (z.B. Mundvorhofplatte) einschließlich Anweisung zum Gebrauch und Kontrollen	450
6210	Kontrolle des Behandlungsverlaufs oder Weiterführung der Retention einschließlich kleiner Änderungen der Behandlungs- oder Retentionsgeräte, Therapiekontrolle der gesteuerten Extraktion, je Sitzung	90
6220	Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln (z.B. Abformung, Bissnahme), je Kiefer	180
6230	Eingliederung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer	180
6240	Maßnahmen zur Verhütung von Folgen vorzeitigen Zahnverlustes (Offenhalten einer Lücke)	270
6250	Beseitigung des Diastemas, als selbständige Leistung	450
6260	Maßnahmen zur Einordnung eines verlagerten Zahnes in den Zahnbogen, als selbständige Leistung	1100

H. Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen

Allgemeine Bestimmungen

	Endgültige Kronen, Brücken und Prothesen dürfen nicht als Aufbissbehelfe oder Schienen nach Abschnitt H berechnet werden.

Nummer	**Leistungstext**	**Punktzahl**
7000	Eingliederung eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche	270
7010	Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche	800
7020	Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf	450
7030	Wiederherstellung der Funktion eines Aufbissbehelfs, z.B. durch Unterfütterung	370
7040	Kontrolle eines Aufbissbehelfs	65
7050	Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche: subtraktive Maßnahmen, je Sitzung	180

7060	Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche: additive Maßnahmen, je Sitzung	410
7070	Semipermanente Schiene unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum	90
7080	Versorgung eines Kiefers mit einem festsitzenden laborgefertigten Provisorium (einschließlich Vorpräparation) im indirekten Verfahren, je Zahn oder je Implantat, einschließlich Entfernung	600
7090	Versorgung eines Kiefers mit einem laborgefertigten Provisorium im indirekten Verfahren, je Brückenglied, einschließlich Entfernung *Die Berechnung der Leistungen nach den Nummern 7080 und 7090 setzt voraus, dass es sich bei dem festsitzenden laborgefertigten Provisorium um ein Langzeitprovisorium mit einer Tragezeit von mindestens drei Monaten handelt.* *Beträgt die Tragezeit des festsitzenden 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.* *Im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nummern 7080 oder 7090 sind die Leistungen nach den Nummern 2230, 2240, 5050 oder 5060 nicht berechnungsfähig.*	270
7100	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion eines Langzeitprovisoriums, je Krone, Spanne oder Freiendbrückenglied Die Wiedereingliederung desselben festsitzenden laborgefertigten Provisoriums nach den Nummern 7080 oder 7090, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 7080 bis 7100 abgegolten.	200

J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Nummer	**Leistungstext**	**Punktzahl**
8000	Klinische Funktionsanalyse einschließlich Dokumentation *Die Leistung nach der Nummer 8000 umfasst auch folgende zahnärztliche Leistungen: prophylaktische, prothetische, parodontologische und okklusale Befunderhebung, funktionsdiagnostische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels und der Halswirbelsäule, klinische Reaktionstests (z.B. Resilienztest, Provokationstest).*	500
8010	Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers, auch Stützstiftregistrierung, je Registrat *Die Leistung nach der Nummer 8010 ist je Sitzung höchstens zweimal berechnungsfähig.* *Neben der Leistung nach der Nummer 8010 sind die Material- und Laborkosten für die Bissnahme und die Lieferung und Anbringung des Stützstiftbestecks gesondert berechnungsfähig.*	180
8020	Arbiträre Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die arbiträre Scharnierachsenbestimmung, das Anlegen eines Übertragungsbogens, das Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator)	300

8030	Kinematische Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die kinematische Scharnierachsenbestimmung, das definitive Markieren der Referenzpunkte, das Anlegen eines Übertragungsbogens, das Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator)	550
8035	Kinematische Scharnierachsenbestimmung mittels elektronischer Aufzeichnung (eingeschlossen sind die kinematische Scharnierachsenbestimmung, das definitive Markieren der Referenzpunkte, ggf. das Anlegen eines Übertragungsbogens, ggf. das Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator) *Neben den Leistungen nach den Nummern 8020 bis 8035 sind die Material- und Laborkosten für die Artikulation des Ober- und Unterkiefermodells im (halb) individuellen Artikulator gesondert berechnungsfähig.*	550
8050	Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung halbindividueller Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, je Sitzung	500
8060	Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, je Sitzung	750
8065	Registrieren von Unterkieferbewegungen mittels elektronischer Aufzeichnung zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, je Sitzung *Neben den Leistungen nach den Nummern 8050 bis 8065 sind Material- und Laborkosten für die Einstellung des (halb) individuellen Artikulators nach den gemessenen Werten gesondert berechnungsfähig.*	850
8080	Diagnostische Maßnahmen an Modellen im Artikulator einschließlich subtraktiver oder additiver Korrekturen, Befundauswertung und Behandlungsplanung, je Sitzung	250
8090	Diagnostischer Aufbau von Funktionsflächen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Sitzung	250
8100	Systematische subtraktive Maßnahmen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Zahnpaar	20

K. Implantologische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

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 verwendbare 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.

Nummer	Leistungstext	Punktzahl
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*.	884
9003	Verwenden einer Orientierungsschablone/Positionierungsschablone zur Implantation, je Kiefer *Bei Verwendung einer Orientierungsschablone sind die Material- und Laborkosten gesondert berechnungsfähig.*	100
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.*	300
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 Verschlussschraube und ggf. Einbringen von Aufbauelementen bei offener Einheilung sowie Wundverschluss	1545
9020	Insertion eines Implantates zum temporären Verbleib, auch orthodontisches Implantat	515
9040	Freilegen eines Implantats, und Einfügen eines oder mehrerer Aufbauelemente (z.B. eines Gingivaformers) bei einem zweiphasigen Implantatsystem	626
9050	Entfernen und Wiedereinsetzen sowie Auswechseln eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem während der rekonstruktiven Phase *1. Die Leistung nach der Nummer 9050 ist nicht neben den Leistungen nach den Nummern 9010 und 9040 berechnungsfähig.* *2. Die Leistung nach der Nummer 9050 ist je Implantat höchstens dreimal und höchstens einmal je Sitzung berechnungsfähig.*	313
9060	Auswechseln von Aufbauelementen (Sekundärteilen) im Reparaturfall *Die Leistung nach der Nummer 9060 ist für ein Implantat höchstens einmal je Sitzung berechnungsfähig.*	313

9090	Knochengewinnung (z.B. Knochenkollektor oder Knochenschaber), Knochenaufbereitung und -implantation, auch zur Weichteilunterfütterung *Die Kosten eines einmal verwendbaren Knochenkollektors oder -schabers sind gesondert berechnungsfähig.*	400
9100	Aufbau des Alveolarfortsatzes durch Augmentation ohne zusätzliche Stabilisierungsmaßnahmen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich Mit der Leistung nach der Nummer 9100 sind folgende Leistungen abgegolten: Lagerbildung, Glättung des Alveolarfortsatzes, ggf. Entnahme von Knochen innerhalb des Aufbaugebietes, Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial) und Wundverschluss mit vollständiger Schleimhautabdeckung, ggf. einschließlich Einbringung und Fixierung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren *1. Die Leistung nach der Nummer 9100 ist für die Glättung des Alveolarfortsatzes im Bereich des Implantatbettes nicht berechnungsfähig.* *2. Neben der Leistung nach der Nummer 9100 sind die Leistungen nach der Nummer 9130 nicht berechnungsfähig.* *3. Wird die Leistung nach der Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach der Nummer 9110 erbracht, ist die Hälfte der Gebühr der Nummer 9100 berechnungsfähig.* *4. Wird die Leistung nach der Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach der Nummer 9120 erbracht, ist ein Drittel der Gebühr der Nummer 9100 berechnungsfähig.*	2694
9110	Geschlossene Sinusbodenelevation vom Kieferkamm aus (interner Sinuslift) Mit einer Leistung nach der 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 Aufbaugebietes des Implantatfaches und Einbringen von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial) *Die Leistung nach der Nummer 9110 ist für dieselbe Implantatkavität nicht neben den Leistungen nach den Nummern 9120 und 9130 berechnungsfähig.*	1500
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 Aufbaugebietes, 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	3000

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 Distraktion des Alveolarfortsatzes einschließlich Fixierung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich *Neben der Leistung nach der Nummer 9130 ist die Leistung nach der Nummer 9100 nicht berechnungsfähig.*	1540
9140	Intraorale Entnahme von Knochen außerhalb des Aufbaugebietes ggf. einschließlich Aufbereitung des Knochenmaterials und/oder der Aufnahmeregion, 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.*	650
9150	Fixation oder Stabilisierung des Augmentates durch Osteosynthesemaßnahmen (z.B. Schrauben- oder Plattenosteosynthese oder Titannetze), zusätzlich zu der Leistung nach der Nummer 9100, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	675
9160	Entfernung unter der Schleimhaut liegender Materialien (z.B. Barrieren -einschließlich Fixierung-, Osteosynthesematerial), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	330
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.*	500

L. Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1.	Bei nichtstationärer Durchführung bestimmter zahnärztlich-chirurgischer Leistungen in der Praxis niedergelassener Zahnärzte oder in Krankenhäusern können zur Abgeltung der Kosten für die Aufbereitung wiederverwendbarer 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-chirurgische 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 nichtstationären 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.

Nummer	**Leistungstext**	**Punktzahl**
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.*	400
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.*	750
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.*	1300
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.*	2200

Anlage 2

Liquidationsvordruck

Feld für Briefkopf (Vordruck Form A nach DIN 676)

Feld für Anschrift des Empfängers

10 Zeilen für freien Text
z. B. Bankverbindung
Angabe des Zahnarztes bei Verrechnungs-stelle
Angabe Original/Kopie usw.

3 Zeilen für Freitext

Behandelte Person:
Geburtsdatum:

Rechnungsdatum
Rechnungsbetrag €
Rechnungsnummer
Abschlagsnummer

4 Zeilen für Freitext

3 Zeilen für Freitext

Datum	Zahn/ Region	GOZ Nr.	Leistungsbeschreibung/ Auslagen	Anz.	E-Satz	Faktor	Erl.	Betrag €

Übertrag

---

freie Textzeilen

Seite 1 von 2

2 freie Textzeilen

Übertrag

Zwischensumme

Minderung stationär

Auslagen

Auslagen nach § 9 GOZ (Eigenlabor)

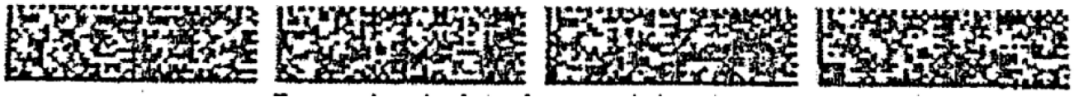
Auslagen nach § 9 GOZ (Fremdlabor)

Rechnungsbetrag

Begründungen: (Ausführungen, soweit in Spalte Erläuterung (Erl.) Kennzeichen gesetzt wurde)

Kennz.	Text

zusätzlich kann nachfolgend ein zwei- oder dreidimensionaler Barcode aufgedruckt werden:



"

Artikel 2

Bekanntmachungserlaubnis

Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Wortlaut der Gebührenordnung für Zahnärzte in der vom [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 3] an geltenden Fassung im Bundesgesetzblatt bekannt machen.

Artikel 3

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2012 in Kraft. Abweichend von Satz 1 tritt Artikel 1 Nummer 10 Buchstabe 0a am 1. Juli 2012 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Geltende Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und zwischenzeitliche Vorarbeiten zur Novellierung der GOZ

1. Geltende GOZ

Die aufgrund des § 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde von der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates erlassene Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 22. Oktober 1987 ist seit dem 1. Januar 1988 in Kraft. Mit dieser Verordnung, die die Gebührenordnung für Zahnärzte von 1965 ablöste, wurde das privatzahnärztliche Gebührenrecht umfassend novelliert und weitgehend den allgemeinen Vorschriften der zu diesem Zeitpunkt geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) angepasst. Die wesentlichen Änderungen dieser Novellierung waren:

- Der Gebührenrahmen, der in der GOZ vor 1988 vom 1-fachen bis 6-fachen Gebührensatz reichte, ist seit 1988 auf eine Spanne vom 1-fachen bis 3,5-fachen Gebührensatz begrenzt. Innerhalb des Gebührenrahmens sind Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes sowie der Umstände bei der Ausführung der einzelnen Leistungen nach billigem Ermessen zu bestimmen. Der 2,3-fache Satz darf nur überschritten werden, wenn dies im einzelnen Behandlungsfall durch Besonderheiten der Bemessungskriterien gerechtfertigt ist und vom Zahnarzt schriftlich begründet wird.

- Die Möglichkeit, durch Vereinbarung zwischen dem Zahlungspflichtigen und dem Zahnarzt von der Gebührenordnung abzuweichen, ist durch die GOZ-Novelle von 1987 eingeschränkt worden. Diese Vereinbarung ist grundsätzlich nur noch hinsichtlich der Höhe der Vergütung zulässig, während die übrigen Vorschriften der Gebührenordnung einschließlich des Gebührenverzeichnisses zwingend anzuwendendes Recht sind.

2. Vorarbeiten für die vorliegende GOZ-Novellierung

Zur Vorbereitung einer Novellierung der GOZ hat das innerhalb der Bundesregierung federführende Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine Arbeitsgruppe (AG GOZ) unter der Beteiligung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) sowie Vertretern der Beihilfekostenträger des Bundes und der Länder eingesetzt. Vor dem Hintergrund des im Koalitionsvertrag vorgesehenen Auftrags, die GOZ an den aktuellen Stand der Wissenschaft anzupassen und dabei Kostenentwicklungen zu berücksichtigen, wurde die von der BZÄK erstellte Honorarordnung der Zahnärzte (HOZ) in dieser Arbeitsgruppe daraufhin geprüft, ob sie als Grundlage für eine neue GOZ grundsätzlich geeignet wäre und mit welchen finanziellen

Auswirkungen zu rechnen wäre. Die Prüfung ergab, dass die HOZ nach Auswertung der Kalkulationsgrundlagen und Abschätzung der finanziellen Auswirkungen eines HOZ-basierten Gebührenverzeichnisses nicht als geeignete Grundlage für eine GOZ-Novelle angesehen werden konnte.

Angesichts der unter allen Beteiligten unstrittigen Notwendigkeit einer Überarbeitung der GOZ hat die BZÄK vorgeschlagen, eine Novellierung zu erarbeiten, die sich auf besonders wichtige Änderungen konzentriert. Im Rahmen der AG GOZ wurden vom Juni 2010 bis zum November 2010 die Vorschläge der BZÄK und der Kostenträger zum Gebührenverzeichnis beraten und weitgehend konsentiert. Das Ergebnis dieser Beratungen zum Gebührenverzeichnis bildet die Grundlage der vorliegenden Novellierung.

II. Ausgangslage und wesentlicher Inhalt der Neuregelung

1. Notwendigkeit einer umfassenden Novellierung der GOZ

Das Gebührenverzeichnis der GOZ ist seit 1988 inhaltlich nicht verändert worden und bleibt zunehmend hinter dem Stand der medizinischen und technischen Entwicklung zurück. Dies hat zur Folge, dass Leistungen, die in ihrer Erbringungsweise wesentlichen Änderungen unterlagen oder die im Gebührenverzeichnis noch nicht enthalten waren, nur analog abgerechnet werden können, während andere Leistungen des Gebührenverzeichnisses obsolet geworden sind, so dass dieses das heutige Leistungs- und Abrechnungsgeschehen nur unzureichend widerspiegelt. Zwischen allen Beteiligten ist deshalb die Notwendigkeit einer Überarbeitung des Gebührenverzeichnisses der GOZ unter Berücksichtigung der medizinischen und technischen Entwicklung unbestritten.

2. Klärung häufiger gebührenrechtlicher Streitfälle und Anpassung an das aktuelle Versorgungsgeschehen

Wesentliches Ziel der Novellierung ist es, die in der Vergangenheit häufig aufgetretenen gebührenrechtlichen Streitfälle durch eine Überarbeitung des Gebührenverzeichnisses zu klären. Darüber hinaus wurden in einigen Leistungsbereichen (z.B. bei den implantologischen Leistungen) neue Gebührenpositionen aufgenommen, um eine indikationsgerechte zahnärztliche Versorgung abzubilden.

3. Weiterentwicklung der allgemeinen Gebührenvorschriften

Ein wichtiger Punkt bei der Weiterentwicklung der allgemeinen Gebührenvorschriften ist die Neuregelung zu den Auslagen für zahntechnische Leistungen. Um angesichts des seit 1988 weitaus stärker differenzierten Angebots an zahntechnischen Leistungen für den

zahlungspflichtigen Patienten vor der Behandlung die Transparenz über die Leistungen und Preise der zahntechnischen Leistungen zu erhöhen, ist vorgesehen, dass der Zahnarzt dem zahlungspflichtigen Patienten einen Kostenvoranschlag über die im jeweiligen Behandlungsfall zu erbringenden zahntechnischen Leistungen anzubieten und auf dessen Verlangen vorzulegen hat. Die Verpflichtung zur Vorlage des Kostenvoranschlags gilt erst ab einem voraussichtlichen Gesamtbetrag von 1000 Euro, um einen unverhältnismäßigen Aufwand z.B. in Reparaturfällen zu vermeiden.

Im Übrigen werden die allgemeinen Gebührenvorschriften der neuen GOZ grundsätzlich an die seit dem 1. Januar 1996 geltende Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) angepasst.

4. Inhalt der Neuregelungen im Gebührenverzeichnis

Im Wesentlichen erfolgen im Gebührenverzeichnis folgende Veränderungen:

- Bei den prophylaktischen Leistungen (Abschnitt B) werden neue Gebührenpositionen z.B. für die professionelle Zahnreinigung und die lokale Behandlung zur Kariesvorbeugung und initialen Kariesbehandlung aufgenommen.

- Im Bereich der konservierenden Leistungen (Abschnitt C) werden für die bisher häufig nach unterschiedlichen Analogpositionen berechneten Kunststofffüllungen neue Gebührenpositionen eingeführt. Damit wird eine einheitliche Berechnungsgrundlage für diese häufigen Leistungen geschaffen. Die Aufbaufüllungen werden neu gefasst und systematisch neu geordnet, um eine indikationsgerechte Versorgung abzubilden.

- Bei den chirurgischen Leistungen werden die Allgemeinen Bestimmungen angepasst, um häufig auftretende Streitfragen, wie z.B. zu der gesonderten Berechnungsfähigkeit von bestimmten Materialien, zu klären. Darüber hinaus sind für bestimmte zahnärztlich-chirurgische Leistungen (Abschnitt L) Zuschläge vorgesehen, die u.a. der Abgeltung der Kosten für die Aufbereitung wiederverwendbarer Operationsmaterialien bzw. –geräte sowie der Kosten für Materialien dienen, die mit der einmaligen Verwendung verbraucht sind.

- Bei der Überarbeitung des Abschnitts E (parodontologische Leistungen) werden Gebührenpositionen für bisher nicht in der GOZ abgebildete Behandlungsverfahren eingefügt.

- Die Klärung häufiger Abrechnungsstreitfälle steht bei der Überarbeitung der prothetischen Leistungen (Abschnitt F) im Vordergrund.

- Bei den kieferorthopädischen Leistungen (Abschnitt G) wird mit den neu gefassten Allgemeinen Bestimmungen die Möglichkeit geschaffen, dass kieferorthopädisch tätige Zahnärzte mit den zahlungspflichtigen Patienten 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.

- Im Bereich der Implantologie (Abschnitt K) haben sich die zahnmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten seit Inkrafttreten der geltenden GOZ erheblich erweitert, so dass der Abschnitt Implantologie des Gebührenverzeichnisses im Vergleich zu den übrigen Abschnitten in größerem Umfang neu zu gestalten war. Dabei werden einige typische implantologische Leistungen, die derzeit nur mit Leistungen aus dem Gebührenverzeichnis der GOÄ oder mit Hilfe von Analogbewertungen berechnet werden können, in die GOZ aufgenommen.

III. Finanzielle Auswirkungen

Insgesamt führt das neue Gebührenverzeichnis nach weitgehend übereinstimmender Berechnung der BZÄK und des BMG zu einer Steigerung des nach der GOZ abzurechnenden Honorarvolumens von rd. 6,0 v.H. oder rd. 345 Mio. Euro pro Jahr. Der Honorarzuwachs von rd. 6,0 v.H. bezieht sich auf das aktuelle nach GOZ abzurechnende Honorarvolumen und Abrechnungsgeschehen und nicht auf das Honorarvolumen und Abrechnungsgeschehen des Jahres 1988. Die Mehraufwendungen in Höhe von rd. 345 Mio. Euro verteilen sich auf die Kostenträger wie folgt:

Öffentliche Haushalte:

	Mio. €
Bund insgesamt	20,2
Unmittelbare Bundesverwaltung	4,5
Bundes-Pensions-Service für Post und Telekommunikation	4,0
Bundeseisenbahnvermögen	3,8
Mittelbare Bundesverwaltung	2,3

Sonstige (u.a. Renten- und Unfallversicherungen	5,6
Länder	33,6
Gemeinden	5,1

Die auf den Bundeshaushalt entfallenden Mehrausgaben werden innerhalb der betroffenen Einzelpläne erwirtschaftet.
Der bestehende Vollzugsaufwand des Bundes, der Länder und der Gemeinden als Beihilfekostenträger wird durch die Verordnung nicht verändert.

Sonstige Kostenträger:

	Mio. €
private Haushalte	164,0
Postnachfolgeunternehmen	3,3
private Krankenversicherungsunternehmen	114,0
Postbeamtenkrankenkasse	3,6
Krankenversorgung der Bahnbeamten	1,2

Das nach GOZ abzurechnende Honorarvolumen ist seit der letzten GOZ-Novellierung 1988 auch ohne Anpassung der GOZ-Honorare gestiegen. Dies geht u.a. auf Mengen- und Struktureffekte zurück, wie z.B. auf die Erbringung und Berechnung von zahnärztlichen Leistungen, die bisher nicht im Gebührenverzeichnis der GOZ enthalten sind und die mit Analogbewertungen berechnet werden.

Neben den Einnahmen sind im Hinblick auf Kostenentwicklungen insbesondere die Betriebsausgaben der Zahnarztpraxen sowie die sich ergebenden Einnahme-Überschüsse zu berücksichtigen. Da die Betriebsausgaben zahnärztlicher Praxen nicht getrennt nach GOZ-Leistungen und vertragszahnärztlichen Leistungen erfasst werden, ist auch eine Gesamtbetrachtung der Einnahmen, Betriebsausgaben und der sich ergebenden Einnahmen-Überschüsse aus privatzahnärztlicher und vertragszahnärztlicher Tätigkeit anzustellen.

Betrachtet man die um Fremdlaborausgaben bereinigten Einnahmen und Betriebsausgaben für vertragszahnärztliche und privatzahnärztliche Tätigkeit je Praxisinhaber (Deutschland alle Länder) von 1992 bis 2008, so zeigt sich, dass sich die durchschnittlichen Einnahmen, die Betriebsausgaben sowie die daraus resultierenden Einnahme-Überschüsse

zwischen rd. 19 v. H. und rd. 21 v.H. erhöht haben. Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der Praxisinhaber um rd. 25 v. H. angestiegen.

Vor diesem Hintergrund ist der vorgesehene Honorarzuwachs von rd. 6,0 v.H. bei den nach GOZ abzurechnenden Honoraren vertretbar. Eine darüber hinausgehende Honorarsteigerung ist angesichts der Belastung der öffentlichen Haushalte im Hinblick auf die Ausgaben der Beihilfe und die Kostenbelastung der privaten Haushalte nicht realisierbar.

Unter Einbeziehung aller Aspekte ist angesichts der Höhe des bereits mit dem neuen Gebührenverzeichnis zu erwartenden Honoraranstiegs von rd. 6,0 v.H. der Punktwert nicht anzuheben. Sollte sich im Rahmen der Nachbeobachtung der Entwicklung der Ausgaben für privatzahnärztliche Leistungen zeigen, dass der tatsächliche Honoraranstieg nach Inkrafttreten der Verordnung unter oder über 6,0 v.H. liegt, wird eine Anhebung bzw. Absenkung des Punktwertes zu prüfen sein.

Abschätzung der finanziellen Auswirkungen

Zur Abschätzung der finanziellen Auswirkungen der GOZ-Novelle wurde u.a. eine Gegenüberstellung der bisherigen und der neuen Gebührenpositionen der GOZ erarbeitet, die anhand von Annahmen zum derzeitigen und künftigen Abrechnungsgeschehen die finanziellen Auswirkungen quantifiziert, die mit der Neufassung des Gebührenverzeichnisses verbunden sind. In diese Quantifizierung sind eine Vielzahl von Annahmen über das derzeitige und das künftige privatzahnärztliche Abrechnungsgeschehen (einschließlich der privatzahnärztlichen Leistungen bei GKV-Versicherten im Rahmen von Mehrkostenvereinbarungen) eingegangen. Die Berechnungen der BZÄK und die im Auftrag des BMG erstellte Kalkulation der finanziellen Auswirkungen des neuen Gebührenverzeichnisses unterscheiden sich im Ergebnis nur unwesentlich.

Zwar ist davon auszugehen, dass sich mögliche Ungenauigkeiten einzelner Annahmen in ihrem Gesamteffekt kompensieren. Grundsätzlich ist es jedoch nicht möglich, alle Änderungen des zukünftigen Abrechnungsverhaltens vollständig zu erfassen.

Die Höhe des tatsächlich eintretenden Honorarzuwachs hängt bei der vorliegenden Novellierung wesentlich davon ab, inwieweit die neue GOZ entsprechend den getroffenen Annahmen angewendet wird. Der finanziell bedeutsamste Punkt ist, dass bei einer ganzen Reihe häufig erbrachter und bisher deutlich über dem 2,3fachen Satz berechneter Leistungen die Bewertung in Punkten auf Vorschlag der BZÄK angehoben wurde. Im Gegenzug wird davon ausgegangen, dass künftig durchschnittlich der 2,3fache Gebührensatz berechnet wird.

Vor diesem Hintergrund wird die Entwicklung der Ausgaben für die privatzahnärztliche Behandlung nach Inkrafttreten der GOZ-Novelle sorgfältig zu beobachten und zu analysieren sein.

IV. Kosten- und Preiswirkungsklausel

Die finanziellen Auswirkungen der Verordnung sind mit folgenden Preiseffekten verbunden:

Der mit dem Entwurf verbundene Honorarvolumenanstieg von rd. 6,0 v.H. führt zu einem Zuwachs der Ausgaben für privatzahnärztliche Honorare bei den PKV-Unternehmen von rd. 122 Mio. Euro (einschließlich Postbeamtenkrankenkasse, Krankenversorgung der Bahnbeamten und der Postnachfolgeunternehmen; rechnerisch durchschnittlich rd. 5,70 Euro je Voll- und Zusatzversicherten und Jahr). Bei den privaten Haushalten ist mit Mehraufwendungen von rd. 164 Mio. Euro (rechnerisch durchschnittlich rd. 2,05 Euro je privat und gesetzlich Versicherten und Jahr) zu rechnen, in denen Ausgaben der privaten Haushalte für privatzahnärztliche Behandlungen, wie z.B. Selbstbehalte und Zahlung nicht zur Erstattung eingereichter Rechnungen bei Privatversicherten sowie Zahlungen für Mehrkostenleistungen bei GKV-Versicherten enthalten sind. GKV-Versicherte sind grundsätzlich nur dann von der Anhebung der GOZ-Honorare betroffen, wenn sie im Rahmen der für sie bestehenden Wahlfreiheit aus persönlichen Gründen über die GKV-Leistungen hinausgehende privatzahnärztliche Leistungen (z.B. für aufwendigere Füllungsleistungen oder Zahnersatz) in Anspruch nehmen. Vor diesem Hintergrund sind durch diese Verordnung merkliche Auswirkungen auf das Preisniveau nicht zu erwarten.

Die finanziellen Auswirkungen auf die Wirtschaft betreffen vor allem die PKV-Unternehmen und nachgelagert die Arbeitgeber. Die Ausgaben der PKV-Unternehmen für Krankenversicherungsleistungen werden sich bei einem geschätzten Anteil der Ausgaben für privatzahnärztliches Honorar von rd. 10 v.H. durch diese Verordnung um rd. 0,6 v.H. erhöhen. Dies wird von den Unternehmen im Rahmen der regelmäßigen Überprüfung der Prämienkalkulation zu berücksichtigen sein. Die Wirtschaft als Arbeitgeber wird als Folge ggf. steigender Prämien für private Krankheitskostenvollversicherungen in den Fällen höhere Arbeitgeberanteile zahlen, in denen der Höchstbetrag des Arbeitgeberanteils bei privat vollversicherten Arbeitnehmern noch nicht erreicht ist. In wie vielen Fällen und in welcher Höhe dies der Fall ist, hängt von der individuellen Situation der einzelnen Versicherungsverhältnisse ab und kann daher nicht sicher quantifiziert werden. Es ist davon auszugehen, dass dies keine merklichen Auswirkungen auf die durchschnittlichen Arbeitskosten haben wird.

V. Bürokratiekosten

Aus Gründen des Verbraucherschutzes sind Informationspflichten erforderlich, um die Transparenz der Rechnungslegung sicherzustellen. Informationspflichten dienen auch dazu, einerseits eine unangemessene Kumulation von Vergütungen zu vermeiden und andererseits dem Leistungsbringer die Möglichkeit zu geben, in bestimmten Situationen den im einzelnen Behandlungsfall höheren Aufwand auch in Rechnung stellen zu können.

Der Entwurf erweitert fünf Informationspflichten für die Wirtschaft (Zahnärzte):

- § 9 GOZ sieht vor, dass der Zahnarzt seine Patienten auf dessen Verlangen detailliert über die Kosten der zahntechnischen Leistungen informiert, d.h. insbesondere über das verwendete Material, den erwarteten Zeitaufwand und den Herstellungsort, indem er ihnen vor der Behandlung schriftlich den detaillierten Kostenvoranschlag des zahntechnischen Labors vorlegt. Auf Verlangen hat der Zahnarzt den Inhalt des Kostenvoranschlags zu erläutern. Die Kosten hierfür liegen bei rd. 130.000 im Vergleich zur bisherigen Regelung zusätzlich anfallenden Fällen pro Jahr in der Größenordnung von rd. 0,8 Mio. Euro.
  Die Patienten sollen mit der Regelung die Möglichkeit erhalten, die in den Kostenvoranschlägen genannten Leistungen und Preise ggf. mit anderen Angeboten zu vergleichen. Da in der Regel bei Zahnersatzbehandlungen die Kosten nicht vollständig von Beihilfe und privater Krankenversicherung übernommen werden, hat der Patient auch ein eigenes Interesse, die Kosten so gering wie möglich zu halten, um seinen Eigenanteil zu reduzieren.
  Vor dem Hintergrund dieses Ziels ist eine weniger belastende Alternative zu der vorgesehenen Informationspflicht nicht ersichtlich. Um unverhältnismäßigen bürokratischen Aufwand zu vermeiden, gilt die Verpflichtung zur Vorlage des Kostenvoranschlags erst ab einem voraussichtlichen Gesamtbetrag von 1.000 Euro.

- Ist zu erwarten, dass die tatsächlichen Kosten die im Kostenvoranschlag genannten Kosten um mehr als 15 Prozent überschreiten, hat der Zahnarzt seinen Patienten darüber zu unterrichten. Diese Regelung ist § 650 Abs. 2 BGB und der dazu ergangenen Rechtsprechung nachgebildet. Statistisch wird nicht erfasst, wie häufig vorab abgegebene Kostenschätzungen zu gering ausfallen. Es ist aber davon auszugehen, dass dies nur in Ausnahmefällen vorkommen wird, die Kostenbelastung mithin marginal ist.

- Im Gebührenverzeichnis werden mehrere neue Möglichkeiten zur Abweichung von bestehenden Abrechnungsbestimmungen geschaffen, die mit neuen Begründungspflichten verbunden sind. Dazu zählen:

  - Die Vereinbarung von Mehrkosten bei der Verwendung besonderer Materialien im Rahmen von kieferorthopädischen Behandlungen. Sollen im Rahmen der Behandlung besondere Materialien verwendet werden, die über Standardmaterialien hinausgehen, hat der Zahnarzt dies mit seinem Patienten vor der Behandlung schriftlich zu vereinbaren. Bei diesen Vereinbarungen handelt es sich grundsätzlich nicht um Informationspflichten im Sinne des Standardkosten-Modells. In der Vereinbarung über die besonderen Materialien hat der Zahnarzt allerdings zusätzlich anzugeben, wie hoch die Kostendifferenz zwischen den Standardmaterialien und den nun vorgesehenen besonderen Materialien ist. Zudem hat er darauf hinzuweisen, dass die Krankenversicherung oder Beihilfe die Kosten möglicherweise nicht in vollem Umfang ersetzt. Diese Angaben dienen dem Verbraucherschutz und sind daher eine Informationspflicht nach dem Standardkosten-Modell.
    Der Mehraufwand für die Angabe der Mehrkosten bei Verwendung besonderer Materialien gegenüber den Standardmaterialien bei angenommenen rd. 210.000 Fällen im Jahr liegt bei rd. 560.000 Euro jährlich. Der Mehraufwand für den Hinweis, dass eine Kostenerstattung ggf. nicht in vollem Umfang gewährleistet ist, ist marginal.

  - Die Möglichkeit zur Abweichung von Abrechnungsbestimmungen bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen (Leistungen nach den Nummern 0050, 0060, 0090, 1000, 1010, 1030 und 2410). Hierbei handelt es sich um eine Informationspflicht im Sinne des Standardkosten-Modells. Es ist davon auszugehen, dass es sich bezogen auf das gesamte Leistungsgeschehen um Ausnahmefälle handelt. Die Kostenbelastung durch die Angabe einer kurzen Begründung in der Rechnung wird pro Fall auf rd. 0,95 Euro geschätzt. Eine Abschätzung der insgesamt jährlich für diese Informationspflicht anfallenden Kosten ist nicht möglich, da keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, in wie vielen Fällen diese von den individuellen Gegebenheiten der einzelnen Behandlungsfälle abhängenden Informationspflichten jährlich erfüllt werden.

Bei einer Informationspflicht ist zu erwarten, dass sich durch diese Verordnung die Fallzahl deutlich verringert. Bei einer Reihe sehr häufig erbrachter und bisher deutlich über dem 2,3fachen Satz berechneter Leistungen wurde auf Vorschlag der BZÄK die Bewertung in Punkten angehoben. Im Gegenzug wird davon ausgegangen, dass künftig durchschnittlich der 2,3fache Gebührensatz berechnet wird. Daher wird sich die Zahl der Fälle, in denen eine Begründung für das Überschreiten des 2,3fachen Gebührensatzes in der Rechnung angegeben werden muss, schätzungsweise um die Hälfte verringern. Geht man von der vom Statistischen Bundesamt für das gesamte Abrechnungsgeschehen gemessenen Belastung durch die Begründungspflicht bei Überschreiten des 2,3fachen Gebührensatzes von rd. 9,3 Mio. Euro aus, ergibt sich eine Reduzierung des Aufwandes nach dem Standardkostenmodell von rd. 4,6 Mio. Euro.

Für die fünf Informationspflichten der Wirtschaft führt diese Verordnung zu einer Belastung von rd. 1,4 Mio. Euro und einer Entlastung von rd. 4,6 Mio. Euro. Insgesamt ist für die Wirtschaft mit einer Entlastung von rd. 3,2 Mio. Euro an Bürokratiekosten zu rechnen.

Für die Verwaltung und Bürgerinnen und Bürger werden keine Informationspflichten eingeführt, geändert oder abgeschafft.

VI. Nachhaltigkeit

Die vorliegende Verordnung verfolgt mit Blick auf die 10 Managementregeln der Nachhaltigkeit insbesondere das Ziel, auch aufgrund der technischen Entwicklung bisher offene gebührenrechtliche Streitfragen zu klären und insoweit Auseinandersetzungen zwischen den Beteiligten zu vermeiden. Damit wird ein auch durch technische Entwicklungen ausgelöster Strukturwandel sozial verträglich ausgestaltet.

VII. Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Relevanz

Anhaltspunkte für eine geschlechtsspezifische Differenzierung des zahnärztlichen Aufwands bei der Erbringung der einzelnen Leistungen des Gebührenverzeichnisses liegen nicht vor. Daher ergeben sich aus den Änderungen der GOZ keine gleichstellungspolitischen Auswirkungen.

VIII. Vereinbarkeit mit EU-Recht

Der Verordnungsentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte)

Zu Nummer 1 (§ 2)

Zu Buchstabe a (Absatz 1)

Mit der Neufassung des Absatzes 1 wird die Regelung über die individuelle abweichende Vereinbarung mit dem Zahlungspflichtigen an die Formulierung der entsprechenden Regelung in der GOÄ angeglichen. Die Präzisierung der materiellen Voraussetzungen für die abweichende Vereinbarung stellt die für den Zahlungspflichtigen notwendige Transparenz sicher.
Die Vereinbarung eines abweichenden Punktwertes oder einer abweichenden Punktzahl ist in Satz 2 ausdrücklich ausgeschlossen, da es sich hierbei um unselbstständige rechnerische Bestandteile der Gebühr handelt, die dem Zahlungspflichtigen keinen Aufschluss über die tatsächliche Gebührenhöhe geben. Der Ausschluss entspricht der bereits gängigen Praxis und der vorherrschenden Auslegung des geltenden Rechts im Hinblick auf die Zulässigkeit abweichender Vereinbarungen.
Die Regelung in Satz 3 stellt klar, dass entsprechend der geltenden Rechtsgrundsätze zur unterlassenen Hilfeleistung Notfall- und akute Schmerzbehandlungen nicht von einer abweichenden Vergütungsvereinbarung abhängig gemacht werden dürfen.

Zu Buchstabe b (Absatz 2)

Mit den Änderungen des Absatzes 2 erfolgt ebenfalls eine Angleichung an die entsprechende Regelung der GOÄ.

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1)
Entsprechend der Vorgaben der Rechtsprechung zu den Anforderungen an eine wirksame abweichende Vereinbarung wird in Satz 1 klargestellt, dass die Vereinbarung nach persönlicher Absprache im Einzelfall zu treffen ist. Damit ist nicht ausgeschlossen, dass sich der Zahnarzt bei der Vereinbarung vertreten lassen kann. Das Aushandeln von Gebührensätzen für jede einzelne Leistung ist nicht zwingend. Die Vereinbarung ist schriftlich im Sinne der Schriftform des § 126 des Bürgerlichen Gesetzbuchs zu treffen.

Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 2)
In Satz 2 werden die inhaltlichen Anforderungen an die schriftliche Vereinbarung präzisiert.

Zu Buchstabe c (Absatz 3)

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1)
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. Die inso-

weit erweiterte Verpflichtung zur Vereinbarung eines Heil- und Kostenplans trägt dem Bedürfnis des Zahlungspflichtigen nach Information über die geplanten Leistungen und die voraussichtlich entstehenden Kosten und damit der Transparenz und dem Patientenschutz auch bei Verlangensleistungen Rechnung.

Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 3)
Die Änderung in Satz 3 ist eine Folgeänderung zur Neufassung des § 6.

Zu Buchstabe d (Absatz 4)

Der neue Absatz 4 beinhaltet eine Anpassung an die GOÄ. Die Einschränkung der abweichenden Vereinbarung auf vom Wahlzahnarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen in Satz 2 entspricht einer Regelung der GOÄ. Damit wird dem Interesse des Zahlungspflichtigen an der persönlichen Leistungserbringung durch den Wahlzahnarzt im Rahmen einer wahlzahnärztlichen Vereinbarung Rechnung getragen.

Zu Nummer 2 (§ 3)

Die Änderung ist eine Folgeregelung zur Neufassung des § 8.

Zu Nummer 3 (§ 4)

Zu Buchstabe 0a (Absatz 1) **(Maßgabe des Bundesrates)**

Redaktionelle Folgeänderung der Einführung eines Liquidationsvordrucks als Anlage 2 dieser Verordnung.

Zu Buchstabe a (Absatz 2)

Die Ergänzung des Absatzes 2 um einen neuen Satz 3 entspricht einer Regelung der GOÄ, die durch Beschluss des Bundesrates zur Vierten Verordnung zur Änderung der GOÄ in § 4 Abs. 2a Satz 2 GOÄ aufgenommen wurde. Nach der dortigen Begründung dient sie der Klarstellung und Verdeutlichung der Anwendung des Ziel- und Komplexleistungsprinzips auch im operativen Bereich.
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.

Zu Buchstabe b (Absatz 3)

Mit der Ergänzung in Absatz 3 Satz 1 wird klargestellt, dass auch die Kosten für Lagerhaltung grundsätzlich als Praxiskosten mit den Gebühren abgegolten sind. Dies entspricht der Rechtsprechung zum bisherigen Recht (BGH, Urteil vom 27. Mai 2004 – III ZR 264/03 -).

Zu Nummer 4 (§ 5)

Zu Buchstabe a (Absatz 1)

Die Neufassung des Satzes 4 entspricht der Formulierung in § 5 Abs. 1 Satz 4 GOÄ. Damit wird auf die im Geschäftsverkehr allgemein übliche kaufmännische Rundung abgestellt. Mit der Ergänzung im zweiten Halbsatz wird klargestellt, dass die Rundung einmal nach Abschluss des Gesamtrechenganges (Produkt aus Punktzahl x Punktwert x Steigerungsfaktor) durchgeführt wird.

Zu Buchstabe b (Absatz 2)

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 -).
Mit dem zweiten Satzteil 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.
Mit dem letzten Satzteil 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.

Zu Nummer 5 (§ 5a)

Die Regelung in § 5a, nach der die Gebühren für Leistungen des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung mit einem bestimmten Gebührensatz zu berechnen sind, ist aufgrund der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 28. März 2007 geschaffenen Regelung des §

75 Abs. 3a SGB V für die Vertragszahnärzte gegenstandslos geworden und daher aufzuheben. Aufgrund der Regelung in § 1 Abs. 1 GOZ, wonach die Gebühren für zahnärztliche Leistungen nach dieser Verordnung bestimmt werden, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist, geht § 75 Abs. 3a Satz 2 SGB V als höherrangiges Recht der Regelung des § 5a GOZ vor. Eine verpflichtende Begrenzung der Gebühren für rein privatzahnärztlich tätige Zahnärzte ist nicht mehr erforderlich.
Für wahl(zahn)ärztliche Leistungen hat die Gebührenbegrenzung nach § 75 Abs. 3a Satz 2 SGB V keine Wirkung, weil diese Leistungen nicht in den Standardtarifen bzw. dem Basistarif versichert sind.

Zu Nummer 6 (§ 6)

Die Regelung in Absatz 1 Satz 1 ermöglicht 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). Die bisher geltende Regelung, die dies erst für nach Inkrafttreten der GOZ aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelter Verfahren zuließ, hat sich nicht bewährt.

Voraussetzung für die Anwendung der Analogbewertung ist jedoch – wie in der vergleichbaren Regelung der GOÄ – nach wie vor, dass es sich um eine selbständige 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 privatzahnärztlichen Gebühren-

recht 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.

Zu Nummer 7 (§ 7)

Zu Buchstabe a (Überschrift)

Die Überschrift wird der entsprechenden Regelung der GOÄ (§ 6a GOÄ) angepasst. Damit wird ein redaktionelles Versehen korrigiert.

Zu Buchstabe b (Absatz 1)

Zu Doppelbuchstaben aa und bb (Sätze 1 und 2)
Mit den Ergänzungen in den Sätzen 1 und 2 wird in Angleichung an die entsprechende Regelung in § 6a der GOÄ klargestellt, dass sich die Minderungspflicht auch auf die im Gebührenverzeichnis als Zuschläge bezeichneten Gebührenpositionen bezieht.

Zu Doppelbuchstabe cc (Satz 3 neu)
Mit dem neuen Satz 3 wird im Hinblick auf die Ergänzungen in den Sätzen 1 und 2 – wie in der GOÄ – klargestellt, dass sich die Minderungspflicht nicht auf den Zuschlag für die belegzahnärztliche Visite erstreckt.

Zu Buchstabe c (Absatz 2)

Mit dem neuen Absatz 2 wird in Angleichung an die Formulierung in der GOÄ klargestellt, dass trotz Nichtabgeltung der von der Gebührenminderung nicht erfassten Kosten eine gesonderte

Berechnung durch den liquidierenden Zahnarzt zu unterbleiben hat. Entschädigungen und Auslagen können daneben nach den §§ 8 und 9 berechnet werden.

Zu Nummer 8 (§ 8)

Mit der Neufassung des § 8 wird die Regelungssystematik der GOÄ zu Entschädigungen (Wegegeld und Reiseentschädigungen) übernommen. Die Absätze 1 bis 3 entsprechen den §§ 7 bis 9 der GOÄ. Die Beträge werden entsprechend der Kostensteigerung seit 1996 (Inkrafttreten der letzten GOÄ-Novellierung bis zum Inkrafttreten der neuen GOZ) angepasst. Die Erhöhung des Kostenanteils orientiert sich an den Angaben des Statistischen Bundesamtes zum Verbraucherpreisindex im Bereich Waren und Dienstleistungen für Privatfahrzeuge. Die Erhöhung des Aufwandsanteils entspricht der allgemeinen mit dieser Verordnung vorgesehenen Honorarsteigerung. 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.

Zu Nummer 9 (§ 9)

Zu Buchstabe a (Absatz 1)

In Absatz 1 wird die bisherige Regelung unverändert übernommen.

Zu Buchstabe b (Absatz 2)

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. Damit wird für den Zahlungspflichtigen Transparenz auch hinsichtlich der Kosten für zahntechnische Leistungen geschaffen, die der Zahnarzt nach Absatz 1 als Auslagen abrechnen kann. 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 § 126b des Bürgerlichen Gesetzbuchs vorgesehen, da diese zur Dokumentation und Information für den Zahlungspflichtigen angemessen ist.
Die Verpflichtung zur Vorlage des Kostenvoranschlags ist auf Fälle, in denen die voraussichtlichen Kosten 1.000 Euro überschreiten, beschränkt, um unverhältnismäßigen Aufwand bei z.B. kleineren Reparaturen zu vermeiden. Mit Satz 2 wird die Verpflichtung bei für einen längeren Zeitraum geplanten Behandlungen weiter eingeschränkt auf die Fälle, in denen bereits inner-

halb von sechs Monaten mit Kosten über 1.000 Euro zu rechnen ist. Damit wird dem langfristigen Charakter einer kieferorthopädischen Behandlung Rechnung getragen.
Der Kostenvoranschlag ist nicht zu vergüten (§ 632 Absatz 3 des Bürgerlichen Gesetzbuches).

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 Zahlunspflichtigen 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.

Die in Satz 5 enthaltene Unterrichtungspflicht bei zu erwartender Überschreitung der im Kostenvoranschlag angegebenen Kosten um mehr als 15 Prozent entspricht der Regelung in § 650 Abs. 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs und der hierzu ergangenen Rechtsprechung.

Zu Nummer 10 (§ 10)

Zu Buchstabe 0a (Absatz 1) **(Maßgabe des Bundesrates)**

Die Abwicklung von Erstattungsanträgen mit rechnergestützten Programmen hat sich mittlerweile zu einem unverzichtbaren Bestandteil der privaten Krankenversicherung sowie des Systems der Beihilfe entwickelt. Die umfassende maschinelle Unterstützung der Kostenerstattung von Abrechnungen nach der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte scheitert derzeit allerdings weitgehend an der individuellen Gestaltung der Liquidationen. Allein dadurch wird derzeit eine automatisierte formale Prüfung mit vertretbarem technischen Aufwand und zu wirtschaftlichen Rahmenbedingungen erschwert.

Durch die vorgeschriebene Verwendung einer einheitlichen Form der Liquidation, die die in § 10 GOZ seit jeher bekannten verbindlichen Angaben enthält, wird der technische Aufwand minimiert, ohne dass dadurch zusätzliche Belastungen für die Zahnärzte entstünden.

Künftige, i. d. R. technisch bedingte Änderungen werden ohne die Durchführung eines zeitaufwendigen Verordnungsverfahrens ermöglicht.

Zu Buchstabe a (Absatz 2)

Mit den Änderungen und Ergänzungen in Absatz 2 werden im Wesentlichen die Formulierungen der entsprechenden Regelung in § 12 Abs. 2 der GOÄ übernommen.

Zu Doppelbuchstabe aa (Nummer 2)
Soweit die Abrechnungsfähigkeit der Leistung nach deren Leistungsbeschreibung im Gebührenverzeichnis von einer bestimmten Mindestdauer abhängt, ist die Angabe der Mindestdauer in der Rechnung zur Herstellung der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Rechnung für den Zahlungspflichtigen unverzichtbar.

Zu Doppelbuchstabe bb (Nummer 3)
Die Änderung in Nr. 3 ist eine redaktionelle Anpassung an den durch Artikel 21 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) i.V. m. Artikel 7 der Verordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750) geänderten § 7.

Zu Doppelbuchstabe cc (Nummer 4 und Nummer 5)
Die Neufassung der Nr. 4 ist eine redaktionelle Anpassung an den mit dieser Verordnung neu gefassten § 8. Die Neufassung der Nr. 5 stellt die Mindestangaben für die Rechnungslegung bei zahntechnischen Leistungen klar, die nach § 9 abgerechnet werden. Damit wird die Nachvollziehbarkeit der Auslagenberechnung für den zahlungspflichtigen Patienten erhöht.

Zu Doppelbuchstabe dd (Nummer 6)
Mit der Ergänzung der Nr. 6 soll die Nachvollziehbarkeit der Rechnung für den Zahlungspflichtigen sichergestellt werden. Da die Angaben zu den einzelnen Auslagen für den Zahlungspflichtigen möglicherweise nicht leicht zu verstehen sind, hat der Zahnarzt sie ihm auf Verlangen näher zu erläutern.

Zu Buchstabe b (Absatz 3)

Mit den Änderungen in Absatz 3 werden die durch die Vierte Verordnung zur Änderung der GOÄ in § 12 Abs. 3 GOÄ eingefügten Formulierungen übernommen.

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1)
Mit der Neufassung des Satzes 1 werden die Anforderungen an die Begründungspflicht für Berechnungen oberhalb des Schwellenwertes präzisiert und damit die der Transparenz dienende Funktion der Begründungspflicht verdeutlicht. Damit werden keine gegenüber dem bisherigen Recht weitergehenden Begründungselemente eingeführt, da die Begründung schon bisher die nunmehr ausdrücklich genannten Anforderungen erfüllen musste.

Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 3 neu)

Mit dem neuen Satz 3 wird klargestellt, dass auch bei einer abweichenden Honorarvereinbarung nach § 2 dieser Verordnung auf Verlangen des Zahlungspflichtigen eine Begründung der unabhängig von der Vereinbarung gerechtfertigten schwellenwertüberschreitenden Gebührenbemessung zu erteilen ist. Dies ist für den Zahlungspflichtigen für die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber Dritten (z.B. einem privaten Krankenversicherungsunternehmen) von Bedeutung.

Zu Buchstabe c (Absatz 4)

Die Änderung ist eine Folgeregelung zur Neufassung des § 6.

Zu Buchstabe d (Absatz 6 neu)

Mit dem neuen Absatz 6 wird klargestellt, dass der Betroffene in die Übermittlung seiner Daten an eine privatzahnärztliche Verrechnungsstelle oder eine andere Stelle, die mit der Abrechnung vom Zahnarzt beauftragt wird, schriftlich einwilligen und den Zahnarzt insoweit von der Schweigepflicht schriftlich entbinden muss. Damit wird dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung und den von der Rechtsprechung im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Schweigepflicht aufgestellten Grundsätzen Rechnung getragen. Durch den Begriff Betroffene wird sichergestellt, dass auch der Patient, der nicht selbst Zahlungspflichtiger ist, geschützt wird.

Zu Nummer 11 (§ 11)

Mit dem neuen § 11 wird die bereits weggefallene Berlin-Klausel durch eine Übergangsvorschrift ersetzt.
Nummer 1 stellt klar, dass für die Abrechnung von Leistungen, die vor Inkrafttreten der neuen Gebührenordnung erbracht worden sind, weiterhin die Gebührenordnung in der bis dahin geltenden Fassung anzuwenden ist.
In Nummer 2 wird eine Übergangsregelung getroffen für Fälle, in denen die Behandlung vor Inkrafttreten dieser Verordnung begonnen, aber erst nach deren Inkrafttreten beendet werden. Für die in den genannten Gebührenpositionen zusammengefassten Komplexleistungen, deren Erbringung sich typischerweise über einen Zeitraum von mehreren Sitzungen erstrecken kann, wird die Weitergeltung der vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung geltenden Verordnung bestimmt, wenn die Leistung vor dem Inkrafttreten begonnen und noch nicht beendet wurde.
In Nummer 3 wird für Leistungen, die im Rahmen einer vor Inkrafttreten dieser Verordnung geplanten und begonnenen kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden, die Weitergeltung der bisher geltenden GOZ bis zum Behandlungsabschluss oder längstens bis zum Ablauf von vier Jahren nach Inkrafttreten dieser Verordnung angeordnet.

Zu Nummer 12 (§ 12) **(Maßgabe des Bundesrates)**

Die Novellierung führt auf der Basis des nach der aktuellen GOZ abgerechneten Honorarvolumens (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 (2,3-facher Steigerungsfaktor) 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.

Zu Nummer 13

Zu Anlage 1 (Gebührenverzeichnis)

Das Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistung wird als redaktionelle Folgeänderung der Einführung eines Liquidationsvordrucks als Anlage 2 (Maßgabe des Bundesrates) nunmehr Anlage 1 dieser Verordnung.

Abschnitt A Allgemeine zahnärztliche Leistungen

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

Zu den Leistungen nach den Nummern 0030 und 0040:
Eine Differenzierung zwischen Heil- und Kostenplänen auf Anforderung und solchen ohne Anforderung ist entbehrlich. Die bisherige GOZ Nummer 002 entfällt daher.
Nach der Nummer 0040 können auch Heil- und Kostenpläne bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen berechnet werden.
Die neu eingefügte Abrechnungsbestimmung schließt die Abrechnung von Heil- und Kostenplänen nach den Nummern 0030 und 0040 im gleichen Behandlungsfall nebeneinander aus. Für

Behandlungsfälle, in denen aufgrund der komplexen Versorgung planerische Leistungen z.B. sowohl bezüglich der geplanten prothetischen als auch der funktionsanalytischen oder kieferorthopädischen Leistungen erforderlich sind, kann der im Einzelfall höhere Aufwand ggf. bei der Bemessung des Honorars innerhalb des Gebührenrahmen berücksichtigt werden.

Zu den Leistungen nach den Nummern 0050 und 0060:
Die Nebeneinandererbringung und -berechnung der Leistungen nach den Nummern 0050 und 0060 ist im Regelfall 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:
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 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. Bei der Ausgliederung der nunmehr gesondert berechnungsfähigen Anästhetika ist nach den Angaben der BZÄK davon auszugehen, dass derzeit je Anästhesieleistung nach den Nummern 0090 oder 0100 durchschnittlich 0,7 Karpullen mit Kosten von durchschnittlich rd. 0,5 Euro verwendet werden.

Zu den Leistungen nach den Nummern 0110 und 0120:
Die Leistungen nach den Nummern 0110 und 0120 bilden für einige Leistungen der Abschnitte C, D, E und K nach dem Vorbild der GOÄ Zuschläge für die Anwendung eines Operationsmikroskops und eines Lasers ab.

Abschnitt B Prophylaktische Leistungen

Zu der Leistung nach der Nummer 1020:
Die Leistungsbeschreibung der Leistung nach der Nummer 1020 (lokale Fluoridierung) wird im Hinblick auf die präventive Zielsetzung dieser Maßnahme ergänzt.
Um die präventive Zahnheilkunde zu stärken, werden die bisherigen Mengenbegrenzungen angehoben. Zur Vermeidung von Kumulationseffekten können neben den präventiven Leistungen nach den Nummern 1000 und 1010 Beratungen und Untersuchungen nach dieser Verordnung (Nrn. 0010, 4000 und 8000) sowie nach der GOÄ, nur dann im gleichen zeitlichen Zusammenhang berechnet werden, wenn sie anderen Zwecken dienen.

Zu der Leistung nach der Nummer 1030:
Die Leistung nach der Nummer 1030 beschreibt eine präventive Leistung, bei der mittels einer individuell angefertigten Schiene Medikamente (z.B. Chlorhexidin) zur Kariesvorbeugung und initialen Kariesbehandlung angewandt werden. Die Behandlung erfolgt in der Regel in Serien mit jeweils 10 Sitzungen; innerhalb eines Jahres werden typischerweise bis zu 3 Serien durchgeführt. Bei Verwendung von Medikamenten zur Fluoridierung sind in aller Regel deutlich weniger Sitzungen notwendig. Daher ist bei Anwendung solcher Medikamente eine mehr als viermalige Berechnung innerhalb eines Jahres in der Rechnung zu begründen. Die Kosten für die zahntechnische Herstellung einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger sind gesondert berechnungsfähig.

Zu der Leistung nach der Nummer 1040:
Die professionelle Zahnreinigung (PZR) ist eine häufig mit präventiver Zielsetzung oder im Vorfeld einer Parodontalbehandlung durchgeführte Maßnahme, die auch an qualifizierte nichtzahnärztliche Fachangestellte delegiert werden kann. Mit der Aufnahme in das Gebührenverzeichnis der GOZ wird eine transparente Abrechnung dieser Leistung ermöglicht und das bisher heterogene Abrechnungsgeschehen vereinheitlicht.

Abschnitt C Konservierende Leistungen

Zu der Allgemeinen Bestimmung:

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.

Zu der Leistung nach der Nummer 2000:
Die vom Aufwand mit einer Versiegelung von Zahnfissuren vergleichbare Glattflächenversiegelung wird in der Leistungsbeschreibung der GOZ Nr. 2000 ergänzt. Hierunter fällt auch die Bracketumfeldversiegelung.

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

Zu der Leistung nach der Nummer 2030:
Die im bisherigen Gebührenrecht nicht abschließend geklärte Frage, ob die Leistung nach der Nummer 2030 je Kieferhälfte bzw. Frontzahnbereich nur höchstens einmal (Maßnahmen beim Präparieren und/oder Füllen von Kavitäten) oder zweimal (Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten) je Sitzung berechnungsfähig ist, wird durch die neu eingefügte Abrechnungsbestimmung geklärt. Die Leistung nach der Nummer 2030 kann je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich je Sitzung höchstens zweimal berechnet werden, wenn mindestens eine besondere Maßnahme beim Präparieren und mindestens eine besondere Maßnahme beim Füllen von Kavitäten erbracht wird. Werden mehrere besondere Maßnahmen in derselben Kieferhälfte oder im Frontzahnbereich nur beim Präparieren erbracht, kann die Leistung nach der Nummer 2030 nur einmal je Sitzung berechnet werden. Gleiches gilt, wenn mehrere besondere Maßnahmen nur beim Füllen von Kavitäten erbracht werden. Der mit dieser Neuregelung verbundene Anstieg der berechnungsfähigen Leistungen nach der Nummer 2030 ist bei der Kalkulation der finanziellen Auswirkungen berücksichtigt worden.

Zu den Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2120
Die Füllungsleistungen werden neu strukturiert. Die Nrn. 2050, 2070, 2090 und 2110 bilden die plastischen Füllungen ohne Verwendung von Kompositmaterialien in Adhäsivtechnik unterschiedlichen Umfangs ab. Die Leistungen nach den Nummern 2060, 2080, 2100 und 2120 beschreiben die entsprechenden Füllungen unter Verwendung von Kompositmaterialien in Adhäsivtechnik, das heißt insbesondere mit obligatorischer Lichtaushärtung und fakultativem Einsatz

der Mehrschichttechnik. Der Begriff Adhäsivtechnik wird als Oberbegriff für die Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik und die Schmelz-Adhäsiv-Technik verwendet. Ein möglicher höherer Aufwand bei der Anwendung der Mehrfarbentechnik und bei einer speziellen Farbanpassung kann einzelfallbezogen bei der Bemessung der Honorare innerhalb des Gebührenrahmens berücksichtigt werden. Die Leistungen nach den Nummern 2060, 2080, 2100 und 2120 umfassen ggf. auch Unterfüllungen und die Anwendung von Formungshilfen.
Die bisherige Leistung nach der Nummer 213 "Parapulpäre oder intrakanaläre Stiftverankerung einer Füllung oder eines Aufbaus" ist nach Angaben der BZÄK fachlich obsolet. Diese Leistung wurde daher nicht in das Gebührenverzeichnis der neuen GOZ übernommen.

Wegen zahnmedizinisch gleichwertiger, aber kostengünstigerer Behandlungsalternativen ist die bisherige Leistung nach der Nummer 214 (gehämmerte Füllung) allenfalls als Verlangensleistung anzusehen. Auch diese Leistung wurde daher nicht in das Gebührenverzeichnis der neuen GOZ übernommen.

Zu der Leistung nach der Nummer 2130:
Die bisher nach Größe der Füllung differenzierte Abbildung der Politur einer Amalgamfüllung in einer auf das Legen der Füllung folgenden Sitzung wird geändert. Die Politur wird in einer Leistung zusammengefasst. Diese gilt die Politur bzw. das Finieren jeder Füllung (z.B. Amalgam oder Kompositmaterialien) in einer gesonderten Sitzung nach dem Legen der jeweiligen Füllung unabhängig von der Größe der Füllung ab. Die Leistung ist auch berechnungsfähig, wenn z.B. bereits länger vorhandene Füllungen nachpoliert werden müssen.

Zu den Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170:
Im Rahmen der Neubewertung einiger Leistungen wird auch die Punktzahl der Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 (Einlagefüllungen) angehoben. Im Gegenzug wird von der Annahme der BZÄK ausgegangen, dass künftig im Durchschnitt der 2,3fache Gebührensatz berechnet wird.

Zu den Leistungen nach den Nummern 2180 bis 2197:
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 gilt den Mehraufwand für eine adhäsive Befestigung z.B. eines plastischen Aufbaumaterials (Nummer 2180) oder eines Schraubenaufbau bzw. Glasfaserstift (Nummer 2195) ab. Dabei kann die Leistung nach der Nummer 2197 nur einmal je Sitzung und Zahn berechnet werden, 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.
Neben Einlagefüllungen (Nummern 2150 bis 2170) können die Aufbauleistungen nach den Nummern 2180 bis 2195 nicht berechnet werden. Je Zahn kann die Leistung nach den Nummern 2180 oder 2190 und/oder 2195 nur einmal berechnet werden.

Zu den Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220:
Die Versorgung eines Implantates mit einer Vollkrone ist nach der Leistung nach der Nummer 2200 zu berechnen; die Berechnung der Leistung nach der Nummer 2210 im Zusammenhang mit der Versorgung eines Implantates ist nicht zulässig.
In die Leistung nach der Nummer 2220 wird auch die Versorgung eines Zahnes mit einem Veneer aufgenommen. Die Versorgung eines Zahnes mit einem konfektionerten Inlay ist nicht mit dieser Gebührenposition berechnungsfähig. Eine solche Versorgung wäre allenfalls analog mit den für Einlagefüllungen oder Kompositrestaurationen vorhandenen Gebührenpositionen und einem innerhalb des Gebührenrahmens zu bemessenden Honorars zwischen den beiden vorgenannten Versorgungen berechnungsfähig.
Zur Klarstellung werden die Verschraubung und die Abdeckung mit Füllungsmaterial als Leistungsbestandteil der Einlagefüllungen und Kronenversorgungen ergänzt. Ebenso wird klargestellt, dass Teilkronen und Kronen jeder zahntechnischen Ausführung (z.B. keramische, galvanische und glaskeramische Verblendkronen) zu den in den Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 beschriebenen Voll- und Teilkronen zuzuordnen sind.

Zu den Leistungen nach den Nummern 2230 bis 2240:
Bei einer nicht vollendeten Implantatversorgung kann die Leistung nach der Nummer 2230 berechnet werden, sobald die Abdrucknahme erfolgt ist.
Die neu eingefügte Abrechnungsbestimmung stellt klar, dass Teilleistungen nur dann berechnet werden können, wenn die Fortführung der Versorgung aus medizinischen Gründen oder aufgrund anderer objektiver Gründe nicht möglich war.

Zu den Leistungen nach den Nummern 2260 und 2270:
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.
Zu der Leistung nach der Nummer 2290:
Die Entfernung einer Teilkrone oder eines Veneers werden zur Klarstellung in die Leistungsbeschreibung aufgenommen. Die Entfernung anderer Teile kann auch nach der Nummer 2290 berechnet werden, wenn diese einen vergleichbaren Aufwand auslöst.

Zu den Leistungen nach den Nummern 2310 und 2320:

In die Leistungen nach den Nummern 2310 und 2320 werden die Wiedereingliederung bzw. das Wiederherstellen einer Teilkrone und eines Veneer als vergleichbare Leistungen aufgenommen.

Zu den Leistungen nach den Nummern 2330 und 2340:
Bei den Leistungen nach den Nummern 2330 und 2340 wird zur Klarstellung die Abrechnung der Leistung auf eine Kavität bezogen.

Zu der Leistung nach der Nummer 2380:
Zur Klarstellung wird das Wort "avitalen" eingefügt.

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

Zu der Leistung nach der Nummer 2400:
Die Leistung nach der Nummer 2400 kann je Wurzelkanal und Sitzung höchstens zweimal berechnet werden.

Zu der Leistung nach der Nummer 2410:
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.

Abschnitt D Chirurgische Leistungen

Zu den Allgemeinen Bestimmungen:
Die Allgemeinen Bestimmungen vor Abschnitt D 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 Leistungen nach den Nummern 3040 und 3045:
Das Wort "tief" vor dem Wort „verlagert“ in der bisherigen GOZ-Nummer 304 wird gestrichen, weil es sich für die Abgrenzung dieser Leistung und der GOÄ Nr. 2650 als nicht hilfreich erwiesen hat. Die neu in das Gebührenverzeichnis der GOZ aufgenommene Leistung nach der Nummer 3045 entspricht inhaltlich weitgehend der GOÄ Nr. 2650. Sie ist dabei stärker auf die Entfernung eines retinierten Zahnes abgestellt. Damit wird das in der Anwendungspraxis auftretende Problem der Abgrenzung dieser Leistung zur Germektomie (Nr. 3270) gelöst.

Zu der Leistung nach der Nummer 3070:
Die Leistung nach der Nummer 3070 ist - wie bereits bisher - nur als selbständige 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 selbständige Leistung" ist jedoch nicht gemeint, dass diese Leistung nur als einzige oder alleinige Leistung berechnet werden kann.

Zu der Leistung nach der Nummer 3100:
Die Leistung nach der Nummer 3100 bildet die plastische Deckung im Rahmen einer Wundversorgung ab. Diese Leistung soll kleinere im Rahmen einer Wundversorung 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.

Zu der Leistung nach der Nummer 3240:
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.

Zu der Leistung nach der Nummer 3290:
Die in der Beschreibung der Leistung nach der Nummer 3290 enthaltene Formulierung "als selbständige Leistung" bedeutet nicht, dass die Kontrolle nur als einzige Leistung berechnet

werden kann. Ausgeschlossen ist die gesonderte Berechnung dann, wenn die Kontrolle als unselbständige Teilleistung einer in gleicher Sitzung anfallenden anderen, umfassenderen Leistung anzusehen ist. Zur Klarstellung wird die Leistung auf die Kieferhälfte bzw. den Frontzahnbereich bezogen.

Zu den Leistungen nach den Nummern 3300 und 3310:
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 selbständige Leistung“ der GOZalt Nr. 331 gestrichen. Der Ausschluss anderer kleiner operativer Leistungen erfolgt in der Abrechnungsbestimmung zu der Nummer 3200.

Abschnitt E Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums

Zu den Allgemeinen Bestimmungen:
Die Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt E wurden neu gefasst. Im Wesentlichen werden die in den einzelnen Leistungen des Abschnitts E enthaltenen und nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen der primären Wundversorgung konkretisiert und diejenigen Materialien beschrieben, die gesondert berechnet werden können.

Zu den Leistungen nach den Nummern 4000 und 4005:
Die Beschreibung der Leistung nach der Nummer 4000 wird allgemeiner gefasst. Die Leistung nach der Nummer 4005 beschreibt die Erhebung und Dokumentation eines oder mehrerer Gingivalindices oder Parodontalindices (z.B. des Parodontalen Screening-Index PSI). Werden aufgrund einer besonderen Schwierigkeit des einzelnen Krankheitsfalles mehrere Indices erhoben und dokumentiert, kann dies bei der Bemessung des Honorars innerhalb des Gebührenrahmens berücksichtigt werden. Die Begrenzung der Berechnungsfähigkeit dieser Leistung auf zweimal pro Jahr ist fachlich vertretbar.

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. be-

stimmte Materialien, die antibiotisch wirksame Substanzen abgeben, sind gesondert berechnungsfähig.

Zu den Leistungen nach den Nummern 4050 und 4055:
Die Leistungen nach den Nummer 4050 und 4055 beschreiben im Kern die bislang der GOZalt Nummer 405 zugeordnete Entfernung der harten und weichen Zahnbeläge. Es erfolgt eine Differenzierung zwischen ein- und mehrwurzeligen Zähnen, um dem unterschiedlichen Aufwand Rechnung zu tragen. Darüber hinaus sind diese Leistungen in einem Zeitraum von 30 Tagen nach der Durchführung für denselben Zahn nicht erneut berechnungsfähig. Innerhalb dieses Zeitraums kann die Leistung nach der Nummer 4060 berechnet werden.

Zu den Leistungen nach den Nummern 4070 und 4075:
Die Leistungen nach den Nummern 4070 und 4075 beschreiben im Wesentlichen die bisher der GOZalt Nummer 407 zugeordneten parodontal-chirurgischen Leistungen. Es erfolgt aufgrund des unterschiedlichen Aufwandes eine Differenzierung nach ein- und mehrwurzeligen Zähnen.

Zu der Leistung nach der Nummer 4110:
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 Aufbaugebiet. Werden neben einer Entnahme von Material (z.B. Knochenmaterial) im Aufbaugebiet 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.
Die Kosten für einen im Rahmen der Erbringung der Leistung nach der Nummer 4110 genutzten einmal verwendbaren sogenannten Knochenkollektor oder -schaber sind gesondert berechnungsfähig.

Zu den Leistungen nach den Nummern 4130 bis 4136:
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.

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. Die Osteoplastik oder die Kronenverlängerung sowie die Tunnelierung als selbstständige Leistungen werden in der Leistung nach der Nummer 4136 beschrieben.

Zu der Leistung nach der Nummer 4138:
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.

Abschnitt F Prothetische Leistungen

Zu den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040:
Die bisher durchschnittlich bei den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 (Nummern 500 bis 504 GOZalt) berechneten Gebührensätze liegen deutlich über dem 2,3 fachen Gebührensatz. Auf Vorschlag der BZÄK wurden die Punktzahlen dieser Leistungen erhöht. Die BZÄK geht im Gegenzug davon aus, dass nach Inkrafttreten dieser Verordnung im Mittel der 2,3fache Gebührensatz berechnet wird. Diese Annahme wurde den Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen des neuen Gebührenverzeichnisses zugrunde gelegt.
Die bisher gebührenrechtlich umstrittene aber nach Angaben der Kostenträger weithin übliche Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 5080 und 5040 wird ausgeschlossen. Im Gegenzug wird die Punktzahl der Leistung nach der Nr. 5040 erhöht.
Die Beschreibung des Leistungsumfangs der Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 wird präzisiert. 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.

Zu den Leistungen nach den Nummern 5050 und 5060:
Die Leistungsbeschreibung der Nr. 5050 wird hinsichtlich der Prothesenanker präzisiert. Durch eine neue Abrechnungsbestimmung wird klargestellt, dass die Teilleistungen nach den Nummern 5050 und 5060 nur dann berechnungsfähig sind, wenn es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen, oder dies aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.

Zu der Leistung nach der Nummer 5070:
Die Ergänzung der Leistungsbeschreibung nach der Nummer 5070 mit „Prothesenspannen“ beschreibt die übliche Anwendungspraxis.

Zu der Leistung nach der Nummer 5080:
Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 5040 und 5080 wird ausgeschlossen. In den Fällen, in denen im Rahmen einer Leistung nach der Nummer 5040 eine besonders aufwendige Versorgung mit Verbindungselementen erfolgt, die im Einzelfall zu einem gegenüber dem Durchschnitt erheblich erhöhten Zeitaufwand führt, kann dies bei der Bemessung des Honorars innerhalb des Gebührenrahmens berücksichtigt werden.

Zu den Leistungen nach den Nummern 5120 und 5140:
Die Leistungen nach den Nummern 5120 und 5140 werden neu gefasst und auf das direkte Verfahren zur Herstellung der Provisorien abgestellt. Die Entfernung der provisorischen Brücken bzw. Brückenspannen oder Freiendsattel ist Leistungsbestandteil und nicht gesondert berechnungsfähig.

Zu den Leistungen nach den Nummern 5220 und 5230:
Die Leistungsbeschreibungen der Nummern 5220 und 5230 werden um die Deckprothese erweitert.

Abschnitt G Kieferorthopädische Leistungen

Zu den Allgemeinen Bestimmungen:
Mit der Neufassung der Allgemeinen Bestimmungen vor Abschnitt G wird die Möglichkeit geschaffen, dass die kieferorthopädisch tätige Zahnärztin und 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.

Zu der Leistung nach der Nummer 6000:
Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach der Nummer 6000 im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung ist in der Rechnung zu begründen. Die Leistung umfasst als obligatorischen Bestandteil die kieferorthopädische Auswertung. Auch bei einer Heranziehung

der Leistung im Rahmen einer Analogbewertung ist eine entsprechende Auswertung obligater Leistungsbestandteil.

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

Zu den Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080:
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 Abrechnungsbestimmung stellt klar, dass die Gebührennummern 6030 bis 6080 auch dann nur einmal in einem Vier-Jahres-Zeitraum abgerechnet werden dürfen, wenn besondere Behandlungsmethoden angewandt oder besondere Therapiegeräte (z.B. Loops, Bögen, Attachments bei Alignern, festsitzenden Retainer oder Kunststoffschienen) verwendet werden.
Der vierte Absatz der Abrechnungsbestimmung 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 der Leistung nach der Nummer 6190:
Die Leistung nach der Nummer 6190 kann in bestimmten Fällen auch außerhalb einer kieferorthopädischen Behandlung indiziert sein und wäre in diesen Fällen auch berechnungsfähig.

Abschnitt H Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen

Zu den Leistungen nach den Nummern 7080 und 7090:
Die Leistungen nach den Nummern 7080 und 7090 werden neu gefasst und gegen die Teilleistungen bei definitiven Kronen und Brücken (Nrn. 2230, 2240, 5050 und 5060) ausgeschlossen. Abgrenzungskriterium ist eine Mindesttragezeit von 3 Monaten nach Eingliederung. Die Vorgabe einer Mindesttragezeit von drei Monaten dient der Abgrenzung zu den für eine kürzere Liegedauer ausgelegten Provisorien. Mit der Ergänzung (Maßgabe des Bundesrates) einer zweiten Abrechnungsbestimmung (zweiter Absatz) wird eine klare Abrechnungsgrundlage für festsitzende laborgefertigte (d. h. im indirekten Verfahren eingegliederte) Provisorien geschaffen,

deren Tragezeit unter drei Monate beträgt. Wiedereingliederungen sind im Hinblick auf die Mindesttragezeit unschädlich. Die Leistungen umfassen auch die Entfernung des laborgefertigten Provisoriums.

Abschnitt J Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Zu der Leistung nach der Nummer 8000:
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 Abrechnungsausschluss 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.

Zu der Leistung nach der Nummer 8010:
In die Leistung nach der Nummer 8100 wird auch die vergleichbar aufwendige Stützstiftregistrierung einbezogen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass sich die Abrechnungsbestimmung 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.

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.

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. 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.

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

Abschnitt K Implantologische Leistungen

Zu den Allgemeinen Bestimmungen:
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.

Zu der Leistung nach der Nummer 9000:
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.

Zu den Leistungen nach den Nummern 9003 und 9005:
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.

Zu der Leistung nach der Nummer 9010:
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).

Zu der Leistung nach der Nummer 9020:
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.

Zu der Leistung nach der Nummer 9040:
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.

Zu der Leistung nach der Nummer 9050:
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.

Zu der Leistung nach der Nummer 9060:
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.

Zu der Leistung nach der Nummer 9090:
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.

Zu der Leistung nach der Nummer 9100:
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 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.

Zu der Leistung nach der Nummer 9120:
Ein im Einzelfall erhöhter Aufwand bei der Erbringung der Leistung nach der Nummer 9120, wie z.B. durch in ca. 10 bis 20 Prozent der Fälle vorliegenden Septen, kann bei der Bemessung des Honorars im Gebührenrahmen berücksichtigt werden.

Zu der Leistung nach der Nummer 9130:
Die Leistung nach der Nummer 9130 beschreibt sowohl die Spaltung und Spreizung von Knochensegmenten als auch die vertikale Distraktion von Knochen als Maßnahmen zur Verbesserung der Knochenverhältnisse vor oder während einer Implantateinbringung. Im Zusammenhang mit einer vertikalen Distraktion ist eine Einbringung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren zahnmedizinisch nicht indiziert.

Zu der Leistung nach der Nummer 9140:
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.

Abschnitt L Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen

Zu den Allgemeinen Bestimmungen:
Für bestimmte zahnärztlich-chirurgische Leistungen werden Zuschläge vorgesehen, die u.a. der Abgeltung der Kosten für die Aufbereitung wiederverwendbarer Operationsmaterialien bzw. -geräte sowie von Materialien dienen, die mit der einmaligen Verwendung verbraucht sind. Die zuschlagsberechtigten Leistungen wurden von der BZÄK vorgeschlagen. Die Abrechnungsbestimmungen entsprechen denen, die nach Abschnitt C VIII des Gebührenverzeichnisses der GOÄ für die dort aufgeführten Zuschläge gelten.

Die Abrechnungsbestimmung unter Nummer 7 (Maßgabe des Bundesrates) soll die Kumulation von Zuschlägen für die Anwendung eines Operationsmikroskops, eines Lasers oder für bestimmte operative Leistungen, die sowohl nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ als auch nach dieser Verordnung für dieselbe Sitzung berechnungsfähig wären, vermeiden. In diesen

Fällen können künftig entweder die Zuschläge nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ oder die entsprechenden Zuschläge nach dieser Verordnung berechnet werden. Dabei entsprechen sich die Zuschläge nach Nummer 0110 GOZ und Nummer 440 GOÄ (Anwendung Operationsmikroskop), Nummer 0120 GOZ und Nummer 441 GOÄ (Anwendung Laser) sowie die Nummern 0500 bis 0530 GOZ und die Nummern 442 bis 445 GOÄ.

Zu Anlage 2 (Maßgabe des Bundesrates)

Als Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 10 (§ 10 Absatz 1) wird die neue Anlage 2 eingefügt, die die Vorlage eines verbindlichen Rechnungsvordrucks enthält.

Zu Artikel 2 (Bekanntmachungserlaubnis)

Die Vorschrift enthält die notwendige Ermächtigung für die aufgrund der zahlreichen Änderungen der Gebührenordnung für Zahnärzte erforderliche Neubekanntmachung.

Zu Artikel 3 (Inkrafttreten)

Das Inkrafttreten der neuen Gebührenverordnung zum 1. Januar 2012 stellt den Beteiligten eine ausreichende Zeit zur Vorbereitung und Umstellung auf die neuen Regelungen zur Verfügung. Die Anwendung eines einheitlichen Rechnungsvordrucks wird erst mit zeitlicher Verzögerung zum 1. Juli 2012 wirksam, um den Softwarehäusern für die erforderliche Anpassung der Abrechnungsprogramme einen ausreichenden Zeitraum zu eröffnen.