



BLZK

**Bayerische
LandesZahnärzte
Kammer**

GOZ-Fibel

der Bayerischen Landes Zahnärztekammer (BLZK)

zur

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316)

zuletzt geändert durch Gesetz vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320)

Stand: Januar 2005

bearbeitet von Dr. Peter Klotz, Dr. Hubert Heindl, Dr. Jürgen Marbaise

5., völlig überarbeitete Auflage

Impressum

Herausgeber:



Bayerische Landeszahnärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Fallstraße 34
81369 München
www.blzk.de

Stand:

Januar 2005
5., völlig überarbeitete Auflage

Kontakt:

Telefon: (089) 72 480 - 160/162
Fax: (089) 72 480 - 161/163/165
E-Mail: Honorierungssysteme@blzk.de

Herstellung:

Gloor Cross Media, München

© BLZK

Nachdruck, Vervielfältigung, Speicherung auf Datenträger oder Verbreitung auch mittels elektronischer Systeme nur mit Genehmigung der Bayerischen Landeszahnärztekammer. Kurzzitate aus der GOZ-Fibel sind nur mit Quellenangabe zulässig („GOZ-Fibel 2005, BLZK“).

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)	7
§ 1 Anwendungsbereich	7
§ 2 Abweichende Vereinbarung	9
§ 3 Vergütungen	14
§ 4 Gebühren	18
§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses	20
§ 5 a Standardtarif	25
§ 6 Gebühren für andere Leistungen	27
§ 7 Gebühren bei stationärer Behandlung – nicht besetzt – ...	31
§ 8 Wegegeld.....	32
§ 9 Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen	33
§ 10 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung	34
GOÄ – Ärztliche Grundleistungen	40
Beratungen und Untersuchungen	40
Gebührenverzeichnis der GOZ	44
A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen	44
B. Prophylaktische Leistungen	47
C. Konservierende Leistungen	48
D. Chirurgische Leistungen.....	55
E. Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums ..	56
F. Prothetische Leistungen	59
G. Kieferorthopädische Leistungen	62
H. Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen	66
J. Funktionsanalyse und -therapie.....	67
K. Implantologische Leistungen	70
Anhang	73
Abkürzungsverzeichnis	79
Literaturverzeichnis	80
Stichwortverzeichnis	81

Aktuelle Bewertung und Zukunftsperspektiven der in den Gebührensätzen seit 1988 unveränderten GOZ

Grundsätzliches zur „Zahnärztlichen Gebührenordnung“

Im § 15 des Zahnheilkundegesetzes heißt es: *„Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für zahnärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die zahnärztlichen Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.“*

Dies lässt den Schluss zu, dass die Entgelte bzw. die Gebühren in regelmäßigen Abständen an die allgemeine Preisentwicklung angepasst werden sollen, um eine den beiderseitigen Interessen gerecht werdende Vergütung, wie sie in § 15 vorgesehen ist, zu erreichen. Dementsprechend ist in der amtlichen Begründung zur GOZ (Bundesrats-Drucksache 276/87 vom 26. Juni 1987) auf Seite 49 unter Bezugnahme auf die (damals) neue GOÄ, der die gleiche Gebührenbemessungssystematik zugrunde liegt, ausgeführt: *„Im neuen System der Gebührenbemessung sollen die Steigerungssätze nicht mehr die Funktion haben, die wirtschaftliche Entwicklung aufzufangen; diese Funktion hat nach der neuen GOÄ der Punktwert übernommen.“*

Diese Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung wurde aber im Rahmen der seit 1. Januar 1988 gültigen GOZ bis heute, also über einen Zeitraum von mehr als 16 Jahren hinweg, noch nie vorgenommen.

Fakten zur „neuen“, seit 1988 gültigen GOZ

Die GOZ 1988 sollte die seit 1965 unverändert geltende so genannte BUGO-Z mit dem Ziel ablösen, die zahnmedizinischen Leistungen umfassend neu zu beschreiben, sowie die Gebühren an die zahnmedizinische und wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. Dabei durfte es insgesamt nicht zu einer Ausweitung des **Gebührenvolumens** kommen. Dies hätte Bund, Länder und Gemeinden im Rahmen der Beihilfe mit zusätzlichen Kosten belastet.

Folge davon: Trotz Einschluss neuer Gebiete wie Prophylaxe, FAL, Implantologie sollte die gesamte Zahnheilkunde den Trägern von Beihilfeleistungen wie auch den privaten Versicherungsunternehmen in der Summe keine höheren Kosten als bisher verursachen.

Die Gebühren wurden unter Einschluss der neu aufgenommenen Leistungsbereiche auf der Grundlage des Gebührenvolumens einer Stichprobe von zahnärztlichen Liquidationen aus dem Jahr 1984 und 1986 „kostenneutral“ wie oben beschrieben auf die neue Verordnung umgestellt. Dies führte zwangsläufig zu einer Abwertung der aus der BUGO-Z in der GOZ übernommenen Leistungen.

In der GOZ 1988 sollte der wirtschaftlichen Entwicklung nicht durch Anpassung der Steigerungssätze Rechnung getragen werden. Diese Funktion sollte der Punktwert übernehmen. **Dieser ist jedoch seit 1988 unverändert.**

Aktuelle Lage

Das Preisniveau für Dienstleistungen ist seit 1984, dem Jahr der ersten repräsentativen Stichprobe zur neuen GOZ, um ca. 50 % gestiegen. Neben den allgemeinen Kostensteigerungen mussten Zahnarztpraxen ebenso wie viele andere Wirtschaftsbereiche zusätzliche Kostensteigerungen infolge einer stark zunehmenden Bürokratisierung im unmittelbaren Umfeld der Leistungserbringung verkraften.

Im Gegensatz zur GOÄ unterscheidet sich der einfache Gebührensatz der GOZ (1,0-fach) stark vom sogenannten „Kassensatz“. Bei vielen Leistungen liegt der „Kassensatz“ deutlich über dem 2,3-fachen Satz, manchmal sogar über dem 3,5-fachen Satz der GOZ. Jüngst hat der Bundesgerichtshof (BGH) festgestellt, dass bei bestimmten Leistungen allein die Kosten der Materialien den 1,0-fachen Gebührensatz dieser Leistungen überschreiten. Selbst „einfache“ Behandlungen sind zu niedrigen Steigerungsfaktoren rein betriebswirtschaftlich gesehen nicht mehr erbringbar. In Anknüpfung an die Preisentwicklung entspricht heute im allgemeinen erst etwa der 2,3-fache Steigerungssatz der GOZ dem ursprünglich vorgesehenen Vergütungsniveau für eine „einfache“ Behandlung.

Der bei rein betriebswirtschaftlicher Betrachtung relevante Gebührenrahmen beginnt also zur Zeit erst bei diesem Satz. Der Höchstsatz (3,5-fach) erlaubt dann bestenfalls Behandlungen von mittlerer Schwierigkeit, mittlerem Zeitaufwand oder durchschnittlichen Umständen. Anspruchsvollere Behandlungen sind demzufolge bei einer Gebührenbemessung gemäß § 5 GOZ (zwischen 1- und 3,5-fachem Steigerungssatz) ökonomisch nicht mehr darstellbar. Für solche Fälle ist daher, rein betriebswirtschaftlich gesehen, eine Vergütungsvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ erforderlich.

Für eine Leistung mittleren Niveaus, für die der Gesetzgeber beim Erlass der GOZ den 2,3-fachen Steigerungssatz vorgesehen hatte, müsste 2004 statt des seit 1988 unveränderten Punktwertes von 11 Pfennigen (entsprechend 5,62421 Cent) ein angepasster Punktwert von 8,3 Cent angesetzt werden, um **real dasselbe Honorar** wie 1988 zu erreichen.

Folgen, Auswege, Ausblick

Eine angemessene zahnärztliche Vergütung ist eine wichtige Voraussetzung für eine ordnungsgemäße Leistungserbringung.

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat in dem bekannten Beschluss vom 13. Februar 2001 (Az. 1 BvR 2311/00) zum Ausdruck gebracht, dass eine Verletzung von Grundrechten des dortigen beschwerdeführenden Zahnarztes wegen mangelnder Punktwertanpassung nicht ersichtlich sei, solange er von den Gestaltungsmöglichkeiten, die ihm die GOZ eröffne, keinen Gebrauch mache. Damit ist jedenfalls sicherlich die Möglichkeit der Vergütungsvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ gemeint. Das ist häufig die einzige Möglichkeit, um ein an die gestiegenen Kosten und den höheren Aufwand angepasstes, **angemessenes** Honorar festzulegen.

Weil der Ordnungsgeber seinen Pflichten zur angemessenen Punktwertanpassung nicht nachgekommen ist, bleibt dem Zahnarzt nur die Möglichkeit, die Vergütung unter Ausschöpfung der Möglichkeiten des § 5 GOZ bzw. des § 2 Abs. 1 und 2 GOZ zu bemessen.

Eine Vielzahl von Behandlungen wird heute völlig anders als 1988 (andere Techniken, andere fachliche Aspekte, höherer Zeitaufwand, höhere physische und psychische Beanspruchung des Behandlers, höhere Anforderungen an Präzision etc.) durchgeführt. Die Leistungsbeschreibungen und Punktzahlen der „historischen“ GOZ passen schlichtweg nicht mehr zur modernen Zahnmedizin.

Um den Anforderungen der modernen Zahnmedizin gerecht zu werden, sollte statt einer Gebührenordnung mit undurchschaubaren „Faktoren, Bewertungszahlen und Punktwerten“ eine **autonome Honorarrichtlinie** eingeführt werden, die letztlich nur Leistungen und Preisspannen in Euro kennt.

Die autonome Honorarrichtlinie wird Patienten und Zahnärzten ein anschauliches und verlässliches Instrument an die Hand geben, Leistungsspektrum und Vergütung zu bewerten und dadurch das Vertrauen aller Beteiligten zu fördern. Leistungsbeschreibung und -bewertung müssen stets an die betriebswirtschaftlichen Gegebenheiten und die Weiterentwicklung der Zahnmedizin angepasst werden.

Dr. Peter Klotz

Dr. Hubert Heindl

Dr. Jürgen Marbaise

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

§ 1 Anwendungsbereich

„(1) Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Zahnärzte bestimmen sich nach dieser Verordnung, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.

(2) Vergütungen darf der Zahnarzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.“

Anwendungsbereich der GOZ

Alle privat Zahnärztlichen Leistungen, die in Deutschland von liquidationsberechtigten Zahnärzten ausgeführt werden, müssen nach den Vorschriften dieser Verordnung berechnet werden. Eine davon abweichende freie Vereinbarung ist nicht zulässig und damit nichtig.

Der Zahnarzt darf Vergütungen nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich sind. Auf Verlangen des Patienten können darüber hinaus auch nicht notwendige Wunschleistungen durchgeführt werden, die dann aber vorher vereinbart und in der Liquidation als solche besonders ausgewiesen werden müssen (§ 2 Abs. 3 und § 10 Abs. 3 Satz 6 GOZ).

Medizinische Notwendigkeit

„geeignet“

Zur medizinischen Notwendigkeit hat der Bundesgerichtshof bereits im Jahre 1977 ausgeführt, dass der Versicherte und auch der Versicherer im allgemeinen davon ausgehen können, „dass eine von einem niedergelassenen Arzt gewährte Behandlung schon aufgrund seiner Berufspflichten kunstgerecht, zur Diagnose und/oder Therapie **geeignet** und damit in aller Regel medizinisch notwendig ist“ (BGH, Urteil vom 30.11.1977, Az. IV ZR 69/76).

Eine Arztrechnung kann somit als ärztliche Bescheinigung betrachtet werden, dass die berechneten Leistungen medizinisch notwendig waren.

„vertretbar“

Durch weitere Urteile wurde höchstrichterlich präzisiert: „eine Behandlungsmaßnahme ist medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und anerkannten ärztlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung **vertretbar** war, sie als notwendig anzusehen“ (BGH, Urteile vom 29.11.1978, Az. IV ZR 175/77 und vom 29.05.1991, Az. IV ZR 151/90, in Versicherungsrecht 1991, Seite 987).

„Wahlmöglichkeit“

„Nach der Rechtsprechung des erkennenden Senates ist die Wahl der Behandlungsmethode primär Sache des Arztes. Gibt es indessen mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Behandlungsmethoden, die unterschiedliche Risiken und Erfolgchancen haben, besteht mithin eine echte **Wahlmöglichkeit** für den Patienten, dann muss diesem durch entsprechende vollständige ärztliche Belehrung die Entscheidung darüber überlassen bleiben, auf welchem Weg die Behandlung erfolgen soll und auf welches Risiko er sich einlassen will.“ (BGH, Urteil vom 11.05.1982, Az. VI ZR 171/80, zusammenfassend Senatsurteil vom 22.09.1987 VI ZR 238/86)

„Kostenaspekte“

„Die Auffassung, dass eine medizinisch notwendige Heilbehandlung nicht nur nach den objektiven medizinischen Befunden (...), sondern zusätzlich unter **Kostenaspekten** vertretbar sein müsse, teilt der Bundesgerichtshof nicht. Die Einbeziehung von Kosten Gesichtspunkten lässt sich § 1 Abs. 2 S.1 MB/KK 76 im Wege der Auslegung nicht entnehmen.“ (BGH, Urteil vom 12.03.2003, Az. IV ZR 278/01)

Die so genannte „Kölner Rechtsprechung“, nach der bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit unter bestimmten Umständen auch der Kostenaufwand zu berücksichtigen sei, ist aufgrund dieses höchstrichterlichen Urteils überholt.

„**Medizinisch notwendig**“ ist **jede** im Einzelfall medizinisch **vertretbare** (zur Diagnose und/oder Therapie geeignete) **Behandlungsmaßnahme**, unabhängig von der Höhe der Kosten.

„Übermaßbehandlung“

Der Bundesgerichtshof hat in seinem vorstehend genannten Urteil vom 12. März 2003 auch eine Kürzung des Erstattungsanspruchs entsprechend § 5 Abs. 2 MB/KK 76 verwehrt. Diese Klausel räumt dem Versicherer die Befugnis ein, bei das medizinische Maß übersteigenden Heilbehandlungen (sog. Übermaßregelungen) seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabzusetzen. Die Übermaßregelung erstreckt sich nach herrschender Meinung und der früheren Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs auch auf einen im Verhältnis zum medizinisch notwendigen Behandlungsumfang überhöhten Vergütungsansatz. An dieser Auffassung hält der Bundesgerichtshof nicht fest.

Der durchschnittliche Versicherungsnehmer kann schon dem Wortlaut des § 5 Abs. 2 MB/KK 76 (die §§ 1 und 5 der MB/KK siehe Seite 77) nicht entnehmen, dass mit der Überschreitung des medizinisch notwendigen Maßes auch ein wirtschaftliches Übermaß gemeint ist. Auch wenn er als Ziel der Übermaßregelung erkennen kann, den Versicherer vor einer unnötigen Kostenbelastung zu schützen, bezieht er die Kürzungsbefugnis auf Heilbehandlungsmaßnahmen, die aus medizinischer Sicht nicht mehr oder nicht in dem abgerechneten Umfang notwendig waren.

§ 2 Abweichende Vereinbarung

„(1) Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden.

(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem ist vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muss die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.

(3) Auf Verlangen des Zahlungspflichtigen können Leistungen im Sinne des § 1 Abs. 2 Satz 2, die weder im Gebührenverzeichnis (Anlage) noch im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte enthalten sind, und ihre Vergütung abweichend von dieser Verordnung in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden. Der Heil- und Kostenplan muss vor Erbringung der Leistung erstellt werden; er muss die einzelnen Leistungen und Vergütungen, sowie die Feststellung enthalten, dass es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist. § 6 Abs. 2 bleibt unberührt.“

Nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ kann der Zahnarzt mit seinem Patienten die Höhe der Vergütung vereinbaren. Diese Vereinbarung gewinnt zunehmend an Bedeutung.

Eine Vereinbarung der Vergütungshöhe gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ ist zwingend erforderlich bei Steigerungsfaktoren außerhalb des Gebührenrahmens (siehe § 5 Abs. 1 Satz 1 GOZ). Darüber hinaus sind nach Auffassung der BLZK konkrete Steigerungsfaktoren zwischen 1,0-fach und 3,5-fach mit einer Vergütungsvereinbarung gemäß § 2 Abs. 1 und 2 GOZ vereinbar.

Zur Vergütungsvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ hat das Bundesverfassungsgericht in der nachstehend auf Seite 10 unter Ziffer 2. angeführten Entscheidung über eine Verfassungsbeschwerde folgende bemerkenswerte Ausführungen gemacht (Beschluss vom 25.10.2004, 1 BvR 1437/02):

„Zwar ist dem Beschwerdeführer zuzugeben, dass die Gebührenmarge bei Zahnärzten besonders schmal ist. Für überdurchschnittliche Fälle steht nur der Rahmen zwischen 2,4 und 3,5 zur Verfügung, weil ein Absinken unter die Honorierung, die auch die gesetzliche Krankenversicherung zur Verfügung stellt (nämlich den 2,3-fachen Satz), wohl kaum noch als angemessen zu bezeichnen ist. Die im Regelfall nur schmale Marge schadet jedoch nicht, weil der Zahnarzt gemäß § 2 GOZ eine abweichende Vereinbarung treffen kann. Sie ist dem Gesetzeswortlaut nach materiell an keine weiteren Voraussetzungen geknüpft.“

Soweit keine Gebühren vereinbart wurden, sind die offiziellen, staatlich verordneten Gebühren nach § 5 GOZ verbindlich. Sie befinden sich aber auf dem Stand von 1988 und reichen unter Kostengesichtspunkten für eine qualifizierte Behandlung oft nicht mehr aus.

Nur durch Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ kann von den inzwischen häufig unzureichenden Gebühren nach § 5 GOZ abgewichen und statt dessen eine **angemessene** – an gestiegene Kosten und/oder höheren Aufwand angepasste – **Vergütung** festgelegt werden.

Wirksamkeit von Vergütungsvereinbarungen

1. Die (Form-)Vorschriften des § 2 GOZ sind zu beachten. Bereits kleinste Abweichungen von den Vorschriften des § 2 können die Wirksamkeit der Vereinbarung gefährden.

2. Auch im Übrigen ordnungsgemäße Honorarvereinbarungen nach § 2 Abs. 1, Abs. 2 GOZ können unwirksam sein, wenn sie gegen das Recht der Allgemeinen Geschäftsbedingungen verstoßen. Das Recht der Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) war früher im AGB-Gesetz geregelt und ist in Form der §§ 305 ff. zwischenzeitlich ins BGB übernommen worden. Sind Allgemeine Geschäftsbedingungen Vertragsbestandteil geworden, so unterliegen sie nach dem AGB-Recht besonderen Wirksamkeitsvoraussetzungen. Hierzu zählt auch die Vorschrift, dass Bestimmungen in AGB unwirksam sind, wenn sie den Vertragspartner des Verwenders entgegen den Geboten von Treu und Glauben unangemessen benachteiligen, wobei eine unangemessene Benachteiligung im Zweifel anzunehmen ist, wenn die AGB-Bestimmung mit wesentlichen Grundgedanken der gesetzlichen Regelung, von der abgewichen wird, nicht zu vereinbaren ist (§ 307 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Ziff. 1 BGB).

Für Höchstsatzüberschreitungen in Honorarvereinbarungen, die als AGB qualifiziert wurden, hat die Rechtsprechung dies angenommen (BGH-Urteil vom 30.10.1991; VIII ZR 51/91).

Die Problematik der Unwirksamkeit nach AGB-Recht stellt sich jedoch nicht, wenn die Honorarvereinbarung keine Allgemeine Geschäftsbedingung darstellt. Insoweit bestimmen § 305 Abs. 1 Satz 1 und 3 BGB: *„Allgemeine Geschäftsbedingungen sind alle für eine Vielzahl von Verträgen vorformulierten Vertragsbedingungen, die eine Vertragspartei (Verwender) der anderen Vertragspartei bei Abschluss des Vertrags stellt. (...) Allgemeine Geschäftsbedingungen liegen nicht vor, soweit die Vertragsbedingungen zwischen den Vertragsparteien im Einzelnen ausgehandelt sind.“*

Hier wurde von der Rechtsprechung verschiedentlich, wenn auch nicht durchgängig, zu einseitig auf den Formularcharakter des Textes der Honorarvereinbarung abgestellt.

Diesem Ansatz erteilte nun das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) aus Anlass einer Entscheidung des OLG Hamm eine klare Absage (Beschluss vom 25.10.2004; 1 BvR 1437/02): Der Zahnarzt hatte auf der Grundlage eines zuvor individuell erstellten Heil- und Kostenplans mit der Patientin Vereinbarungen über die Vergütungshöhe getroffen, wonach einzeln bezeichnete Leistungen nach wechselnden Steigerungssätzen ausgewiesen waren.

Das OLG hatte die Auffassung vertreten, dass bei Verwendung vorformulierter Vertragstexte nur dann eine Individualvereinbarung bejaht werden könne, wenn der auf den einzelnen Behandlungsposten zu veranschlagende Gebührensatz ernsthaft zur Disposition des Patienten gestellt, dem Patienten also ein Mitspracherecht zur Angemessenheit der Bezahlung eingeräumt würde.

Demgegenüber führte das BVerfG in seiner Entscheidung aus, dass die Identität der ausgehandelten Verträge, die ihren Ausdruck im Formular finde, Ergebnis der Normbindung (gemeint ist § 2 Abs. 1 und 2 GOZ; Anm. der Verfasser) und daher kein Indiz für das Vorliegen von AGB sei. Folge man der Auffassung des OLG, so würde die Verwendung vorformulierter Schriftstücke nur noch erlaubt sein, wenn um die veranschlagten Gebührensätze gefeilscht würde, wobei der Vorgang des Feilschens aufgrund des § 2 Abs. 2 Satz 2 GOZ nicht in der Vereinbarung selbst schriftlich festgehalten werden dürfe, der Vorgang des Aushandelns also vor Zeugen geschehen müsse.

Durch eine solche Auffassung werde das von der Berufsausübungsfreiheit umfasste Preisbestimmungsrecht faktisch ausgehöhlt. Es sei dann nämlich nicht mehr gewährleistet, dass überhaupt noch Raum für individuelle Vereinbarungen bleibe. Vor allem aber beachte diese Interpretation nicht, dass in dem vorformulierten Text auf der Grundlage eines zuvor individuell erstellten Heil- und Kostenplans die zwei wesentlichen individuellen Parameter eingetragen würden – die individuelle Leistung, gekennzeichnet durch die Gebührenziffer, deren Inhalt sich durch eine Anlage erschließe, und ein vorher nicht abstrakt definierter Gebührensatz, der je nach Gebührenziffer variere.

Weiter verweist das BVerfG auf der Grundlage der vom OLG angenommenen Indizwirkung des vorformulierten Textes darauf, dass nach Auffassung des OLG der Zahnarzt das Stattfinden der Verhandlungen beweisen müsse. Eine – auch auf einem Vordruck festgehaltene – Honorarvereinbarung sei jedoch typischerweise auf den konkreten Behandlungsfall abgestimmt. Nehme die schriftliche Vereinbarung auf einen Heil- und Kostenplan Bezug, könne schon dies – je nach den Umständen des Einzelfalls – gegen das Vorliegen Allgemeiner Geschäftsbedingungen sprechen. Das BVerfG kritisiert in der Folge, dass sich das OLG nicht mit den Umständen des Zustandekommens der Vereinbarung, insbesondere dem Bezug zum konkreten Behandlungsgeschehen, auseinandergesetzt habe. Wenn in der Vereinbarung sogar dieselbe Gebührenziffer in unterschiedlichen Zusammenhängen mit unterschiedlichen Faktoren belegt werde, sei das immerhin ein Indiz gegen AGB.

Der im Urteil des OLG liegende Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit sei verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigt, wie das BVerfG sodann feststellt. Es seien keine schutzwürdigen Belange der Patienten erkennbar, die eine **Individualvereinbarung** nur dann zuließen, wenn der Preis zur Verhandlungssache erklärt werde. Den Patienten stehe es frei, die Leistung eines anderen Anbieters „einzukaufen“, wenn ihnen der Preis zu hoch erscheine. Soweit Leistungen von außergewöhnlicher Qualität in Anspruch genommen würden, bestehe kein schützenswertes Interesse, diese Leistungen nur in dem vom Normgeber vorgegebenen „üblichen“ Rahmen zu vergüten.

3. Bei **unwirksamer** Vereinbarung besteht lediglich ein Honoraranspruch nach § 5 GOZ, d. h. die Gebührenhöhe ist dann auf den 2,3-fachen, mit (auch nachträglicher) Begründung auf den 3,5-fachen Satz begrenzt. **Fehler, die zur Unwirksamkeit der Vereinbarung führen, sind nachträglich nicht heilbar!**

4. Um die Wirksamkeit der Vereinbarung sicherzustellen, im Folgenden die wichtigsten Punkte:

1. Vereinbarung in einem Schriftstück
2. Nur „abweichende Höhe der Vergütung“ darf vereinbart werden
3. Vor Erbringung der Leistung vereinbaren
4. Feststellung in Vereinbarung zwingend notwendig: *„Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.“*
5. Keine weiteren Erklärungen! Keine Begründungen (nicht erforderlich und auf der Vereinbarung nicht zulässig)! Jeder weitere Text (auch separates Merkblatt) kann die Wirksamkeit gefährden (Ablenkung)!
6. Datum, Unterschriften von Zahnarzt und Zahlungspflichtigem
7. Aushändigung der Durchschrift/Kopie an den Zahlungspflichtigen – Das Original bleibt in der Praxis!
8. Sicherstellen, dass „Individualvereinbarung“ statt Formularvertrag vorliegt:
 - durch persönliche Absprache im Einzelfall (Dokumentation in Karteikarte!) oder
 - weil in Zusammenhang mit einem individuellen Heil- und Kostenplan
9. Die persönliche Absprache zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem kann in der Kartei dokumentiert werden, z. B.: *„HKP besprochen und ausgehändigt; Vergütungsvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ individuell ausgehandelt und ausgehändigt.“*

■ Beispiel für eine korrekte Vereinbarung für einzelne Leistungen aus einem konkreten Behandlungsfall:

Vereinbarung über die Höhe der Vergütung nach § 2 Abs. 1 und 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte

Für die geplante Behandlung bei Herrn/Frau „Patient“ wird nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ für folgende Leistung(en) als Vergütung vereinbart:

Anzahl	GOZ-Nr.	Art der Leistung	Steigerungssatz	Betrag in €
1	009	Intraorale Infiltrationsanästhesie	3,3	11,12
1	100	Mundhygienestatus und Unterweisung	7,0	78,75
1	203	Besondere Maßnahmen beim Füllen oder Präparieren	10,0	36,60
4	216	Einlagefüllung, zweiflächig	5,5	1014,64
2	801	Registrieren gelenkbezoglicher Zentrallage UK	8,0	161,92
				<i>Summe</i>

Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet!

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift des Zahnarztes

Unterschrift des Zahlungspflichtigen

Weitere Erklärungen dürfen nicht enthalten sein. Die Angabe des den 3,5-fachen Steigerungssatz überschreitenden Euro-Betrages scheint jedoch unschädlich zu sein. Im Rahmen der von der Rechtsprechung geforderten größtmöglichen Aufklärung über Inhalt und Folgen der Vereinbarung wurde dies bisher noch in keinem uns bekannten Fall beanstandet.

Vergütungsvereinbarung während der laufenden Behandlung

„Eine Honorarvereinbarung gemäß § 2 Abs. 2 GOZ ist nur dann verbindlich, wenn diese vor Erbringung der Leistung getroffen worden ist. Der Patient muss ohne zeitlichen Druck frei abwägen können, ob er die Leistungen des Zahnarztes auch zu den ihm angebotenen, von der üblichen Honorierung abweichenden Honorarsätzen annehmen will.“ (OLG Karlsruhe 15.07.1999, Az. 12 U 288/98)

Demgemäß bestimmt § 2 Abs.1 Satz 3 der GOÄ klarstellend, dass die Durchführung von Notfall- und akuten Schmerzbehandlungen nicht vom Abschluss einer abweichenden Vergütungsvereinbarung **abhängig** gemacht werden dürfen.

Entsprechend wird hierzu im Kommentar von Brück (Kommentar zur GOÄ, 3. Auflage, Stand 1. Juli 1999) zur GOÄ erläutert: „Absatz 1 Satz 3 schließt abweichende Honorarvereinbarungen für Notfall- und akute Schmerzbehandlung nicht generell aus (...)“.

Stellt sich **während der Behandlung** (z. B. während der Entfernung eines Weisheitszahnes) heraus, dass sie auch zum Höchstsatz nicht mehr kostendeckend durchgeführt werden kann, scheint eine Vereinbarung problematisch. In solchen Fällen kann nur vorher eine Vereinbarung „auf Vorrat“ abgeschlossen werden, die dann nur bei Bedarf angewandt wird.

Vor jedem **neuen Behandlungsabschnitt** ist eine Vergütungsvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ auch während einer laufenden Behandlung grundsätzlich möglich (OLG Düsseldorf 21. 12. 2000, Az. 8 U 4/99).

Hinweise zur Erstattung

Die Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ ist auch Grundlage der Erstattungsfähigkeit. Nach Auffassung der BLZK entfällt die nachträgliche Begründungspflicht nach GOZ; Vertragliche Nebenpflichten bleiben unberührt. Die Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ wird, weil in der GOZ vorgesehen, von Erstattem in der Regel akzeptiert, solange der Versicherungsvertrag keine Leistungsbegrenzungen, z. B. auf den Höchstsatz der GOZ oder einen Ausschluss des § 2, enthält. Unklare Vertragsformulierungen gehen in der Regel zu Lasten der Versicherung.

Eine Begründung in der Rechnung erleichtert die Erstattung auf jeden Fall bis 3,5-fach. Von der Beihilfe werden Behandlungskosten aufgrund solcher Vereinbarungen in der Regel nur bis zum Mittelsatz (2,3-fach) als angemessen und beihilfefähig anerkannt, bei zusätzlicher Begründung bis maximal 3,5-fach; d. h. die Erstattungshöhe ist auf dem Stand von 1988 eingefroren. Material- und Laborkosten sind nur noch teilweise und einige aufwendigere Behandlungen gar nicht mehr beihilfefähig. Eine Erstattungskürzung hat keinen Einfluss auf die Höhe und Fälligkeit einer ordnungsgemäß erstellten Rechnung!

Leistungen auf Verlangen

Alle „Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen“, sind Leistungen auf Verlangen (sog. Verlangensleistungen). Sie müssen schriftlich vereinbart und als solche im Heil- und Kostenplan sowie in der Rechnung gekennzeichnet werden. Sie werden, wenn sie in der GOZ/GOÄ beschrieben sind, nach den entsprechenden Gebührennummern berechnet, wenn sie nicht in der GOZ oder GOÄ enthalten sind, ohne Gebührennummer mit dem vereinbarten Betrag ausgewiesen.

§ 3 Vergütungen

„Als Vergütungen stehen dem Zahnarzt Gebühren, Wegegeld und der Ersatz von Auslagen zu.“

Ein Urteil des BGH vom 27. Mai 2004 wird, solange es nicht revidiert ist, die Berechnung von Auslagen im Zusammenhang mit zahnärztlicher Behandlung wesentlich verändern.

Berechnungsfähige Auslagen – Auffassung der Landeszahnärztekammern bis zum BGH-Urteil vom 27. Mai 2004

Bei den Auslagen des Zahnarztes ist nach § 4 Abs. 3 GOZ zwischen Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, den Sprechstundenbedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten, die grundsätzlich mit den Gebühren abgegolten sind, und den Auslagen, die gesondert in Rechnung gestellt werden können, zu unterscheiden. Da die Gebührenordnung keine detaillierte Bestimmung darüber enthält, welche Materialien als Praxiskosten bereits mit den Gebühren abgegolten sind, war nach Ansicht der Zahnärztekammern ein Rückgriff auf § 10 GOÄ vorzunehmen, der den „Ersatz von Auslagen“ näher regelt.

Nach der bisherigen Auffassung der Landeszahnärztekammern **konnten** daher – vorbehaltlich der Ausnahmen nach § 10 Abs. 2 GOÄ, wie z. B. bei Kleinmaterialien – neben den Gebühren als Auslagen berechnet werden *„(...) die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstigen Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind (...)“*.

Das **waren** neben den im Gebührenverzeichnis ausdrücklich genannten berechnungsfähigen Kosten im zahnärztlichen Bereich die **Kosten** für: Arzneimittel, Anästhetika zur Injektion, atraumatisches Nahtmaterial, sterile OP-Handschuhe und Einmal-OP-Sets, Materialien im Zusammenhang mit GTR- und GBR-Maßnahmen, Kunststoff für Unterfütterungen, Provisorien oder Reparaturen, Material für Aufbauten (GOZ-Nr. 218), Versiegelungen, Einmal-Wurzelkanalinstrumente, Einmal-Hartmetall-Kronentrenner, Implantatfräsen, soweit diese nicht mehrfach verwendet werden, Nährböden und Reagenzien, DNS-Sonden, Speicheltests und vieles andere mehr. Nicht zu vergessen sind Versandkosten für medizinisch-technisch erforderliche Sendungen.

Nachdem diese Auffassung zum Thema Auslagenersatz in zahlreichen Gerichtsentscheidungen, wenn auch nicht ausnahmslos, geteilt wurde, konnte sie zumindest bis zu dem am 27. Mai 2004 ergangenen Urteil des Bundesgerichtshofes (siehe Seite 15) jedenfalls als vertretbar bezeichnet werden. Dies findet auch Bestätigung in der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts vom 17. Februar 1994 (2 C 25.92). Dieses Gericht hat die Frage der Berechenbarkeit zwar nicht höchstrichterlich entschieden, die vorstehend wiedergegebene Auffassung jedoch ausdrücklich als vertretbar bezeichnet.

Hinweis

Unberührt von dieser Thematik bleibt selbstverständlich der in § 9 GOZ geregelte Ersatz für zahntechnische Leistungen.

Auslagenersatz für Materialkosten – Urteil des BGH vom 27. Mai 2004 (III ZR 264/03)

Aus dem neuen Urteil des BGH vom 27. Mai 2004 (III ZR 264/03) zur Berechnung von Materialkosten als Auslagenersatz ergibt sich Folgendes:

1. Auslagenersatz für Materialien, die im Gebührenverzeichnis der GOZ als gesondert berechnungsfähig ausgewiesen sind, ist selbstverständlich nach wie vor unstrittig.
2. Auslagenersatz nach § 10 GOÄ kann der Zahnarzt nach Ansicht des BGH jedoch nur für solche Materialien verlangen, die im Zusammenhang mit einer nach § 6 Abs. 1 GOZ eröffneten **ärztlichen** Leistung verwendet worden sind. Außerhalb des durch § 6 Abs. 1 GOZ eröffneten Bereichs kommt – so der BGH – eine entsprechende Anwendung des § 10 GOÄ für den Auslagenersatz im Zusammenhang mit zahnärztlichen Leistungen nicht in Betracht.
3. Sind Materialien nach dem Gebührenverzeichnis der GOZ nicht berechnungsfähig, sind die Kosten hierfür, soweit nicht § 9 GOZ eingreift, nach Auffassung des BGH nach § 4 Absatz 3 GOZ mit den Gebühren abgegolten.
4. Eine Ausnahme vom Grundsatz der Abgeltung der Materialkosten mit den Gebühren erkennt das Gericht bei der Berechnung von einmalig verwendbaren ossären Aufbereitungsinstrumenten, jedenfalls seitens eines vorwiegend implantologisch tätigen Zahnarztes, an: Nach Auffassung des BGH begegnet *„die Gestaltung von Gebühren, die im Rahmen der 2,3-fachen Gebührensätze – ohne Berücksichtigung der allgemeinen Praxiskosten und des üblichen Sprechstundenbedarfs – zu Anteilen von 75 v. H. und mehr vom Einsatz einmalig verwendbarer Instrumente aufgezehrt werden, insbesondere dann verfassungsrechtlichen Bedenken, wenn – wie hier – ein Zahnarzt betroffen ist, dessen Tätigkeitsschwerpunkt auf dem Gebiet der Implantologie liegt“*.
Der BGH hat daher die in Zusammenhang mit GOZ-Leistungen zum Einsatz gebrachten, einmal verwendbaren ossären Aufbereitungsinstrumente als abrechnungsfähig erachtet und insoweit die Bestimmung Nr. 2 des Abschnitts K des Gebührenverzeichnisses, nach der Implantate und Implantatteile berechenbar sind, analog angewendet.
5. Lagerhaltungskosten, die dem Zahnarzt durch eine Bevorratung von für den Sprechstundenbedarf voraussichtlich erforderlichen Artikeln entstehen, sind nach Ansicht des BGH „typische Praxiskosten“ und mit den Gebühren abgegolten.

Sowohl hinsichtlich der Frage nach der analogen Anwendbarkeit von § 10 GOÄ als auch hinsichtlich der Frage nach der Berechnungsfähigkeit von Lagerhaltungskosten lässt das Urteil des BGH eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Thematik vermissen. So fehlt insbesondere eine Auseinandersetzung mit der bisherigen Rechtsprechung. Zur Frage der analogen Anwendung des § 10 GOÄ meint der BGH, in der GOÄ seien die Materialkosten nicht einkalkuliert, in der GOZ dagegen grundsätzlich schon. Mit den weiteren Konsequenzen dieses Standpunkts setzt sich das Urteil nicht auseinander. Wie fragwürdig der Ansatz des Urteils ist, zeigt beispielsweise der Vergleich einer Infiltrationsanästhesie, die in der GOÄ (GOÄ 490) trotz dort gesondert berechenbarer Kosten des Anästhetikums höher bewertet ist als in der GOZ (GOZ 009).

Angesichts dessen, dass mit diesem Urteil nun eine Entscheidung des obersten deutschen Zivilgerichts vorliegt, muss man sich allerdings vollkommen darüber im Klaren sein, dass diese Entscheidung mit Sicherheit Signalwirkung entfaltet, unabhängig davon, ob man der dem Urteil zu Grunde liegenden Argumentation folgen mag oder nicht. Ob es zu der Thematik nun noch anders lautende Urteile geben wird, ist nicht mit Sicherheit abzusehen. Völlig losgelöst von möglicher Kritik setzt das vorliegende Urteil jedenfalls einen Markstein.

Derzeitig strittige Fälle sollten daher in vertrauensvoller Absprache zwischen Patient und behandelndem Zahnarzt geklärt werden.

Materialien, die im Gebührenverzeichnis der GOZ als gesondert berechnungsfähig ausgewiesen sind

- Abformmaterial (Abschnitt A. Allgemeine Leistungen, Nr. 2)
- Verankerungselemente (GOZ 213, 219)
- Metallfolie (GOZ 214)
- Konfektionierte Kinderkrone (GOZ 225)
- Konfektionierte Hülse (GOZ 226)
- Konfektionierte apikale Stiftsysteme (GOZ 312)
- Verankerungselemente (GOZ 315)
- Alloplastisches Material sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen (bei Leistungen nach Abschnitt D. Chirurgische Leistungen)
- Alloplastisches Material (GOZ 411)
- Hilfsmittel nach GOZ 616 und 617, z. B. Headgear und Kopf-Kinn-Kappe
- Laborgefertigte Bisschablone bei unterbrochener Zahnreihe oder Freiendsattel (GOZ 802 bis 806)
- Implantate, Implantatteile (Abschnitt K. Implantologische Leistungen, Nr. 2)

Materialien, die nach BGH-Urteil vom 27. Mai 2004 als gesondert berechnungsfähig ausgewiesen sind (beispielhafte Aufzählung)

Instrumente zur **einmaligen** Verwendung:

- Implantatbohrersätze
- Fräsen
- Ossäre Aufbereitungsinstrumente
- Knochenkernbohrer

Interpretation des BGH-Urteils und Ausblick

Sofern man das BGH-Urteil akzeptiert, führt dies zunächst einmal dazu, dass ein erheblicher Teil der Gebühr bestimmter Leistungen allein schon durch die Kosten verwendeter Materialien aufgezehrt wird. Dabei sind die allgemeinen Praxiskosten noch nicht einmal berücksichtigt.

Vor diesem Hintergrund wird die GOZ sicherlich daraufhin überprüft werden, ob sich entsprechende Sachverhalte wie bei den ossären Aufbereitungsinstrumenten nicht auch im Zusammenhang mit anderen GOZ-Leistungspositionen finden. Dabei kann eine ausfüllungsbedürftige Regelungslücke auch dann in Betracht kommen, wenn das Recht zwar formell eine Regelung enthält, diese aber wegen einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse ganz offensichtlich nicht mehr sachgerecht ist.

Eine ausfüllungsbedürftige Regelungslücke könnte damit grundsätzlich dann bestehen, wenn bei Anwendung des 1,0-fachen Steigerungssatzes allein schon die Kosten der Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält, oder die mit der einmaligen Anwendung verbraucht sind, einen nach Abzug der allgemeinen Praxiskosten erheblichen Teil der Gebühr aufzehren. Das BGH-Urteil hat zur Höhe des Anteils der Materialkosten an einer Leistungsgebühr nicht konkret Stellung genommen. Es bejaht eine gesonderte Berechenbarkeit jedenfalls dann, wenn allein die Materialkosten ohne Berücksichtigung der Praxiskosten 75 % des 2,3-fachen Steigerungssatzes der Leistungsposition betragen: *„Denn nach Auffassung des Senats begegnet die Gestaltung von Gebühren, die im Rahmen der 2,3-fachen Gebührensätze – ohne Berücksichtigung der allgemeinen Praxiskosten und des üblichen Sprechstundenbedarfs – zu Anteilen von 75 v. H. und mehr vom Einsatz einmalig verwendbarer Werkzeuge aufgezehrt werden, insbesondere dann verfassungsrechtlichen Bedenken, wenn – wie hier – ein Zahnarzt betroffen ist, dessen Tätigkeitsschwerpunkt auf dem Gebiet der Implantologie liegt. Eine solche Gebührengestaltung entfernt sich so weit von einer sachgerechten Regelung, dass es nicht erforderlich erscheint, die Gebührenkalkulation in bezug auf Praxiskosten und Sprechstundenbedarf weiter aufzuklären und zu der positiven Feststellung zu gelangen, der Zahnarzt müsse bei Tätigkeiten der angesprochenen Art zulegen. Vielmehr ist das objektiv festzustellende Regelungsdefizit dahin zu schließen, dass so ins Gewicht fallende Kosten von Einmalwerkzeugen in erweiternder Auslegung der Allgemeinen Bestimmung Nr. 2 des Abschnitts K gesondert berechnet werden dürfen.“*

Trotz aller möglicher Kritik am vorliegenden BGH-Urteil ist dieses jedenfalls bis zu einer etwaigen anderslautenden Entscheidung des BGH zu berücksichtigen. Da in der Folge des Urteils Honorareinbußen drohen, ist dies ein Grund mehr, daran zu erinnern, dass innerhalb des Gebührenrahmens die Gebühren unter Berücksichtigung der Bemessungskriterien (Schwierigkeit, Zeitaufwand, Umstände bei der Ausführung der Leistung) nach billigem Ermessen zu bestimmen sind. Dabei ist insbesondere an erhöhten Schwierigkeitsgrad und erhöhten Zeitaufwand gerade bei der Verwendung moderner Materialien zu denken. An eine Vergütungsvereinbarung nach § 2 Abs. 1 GOZ ist zu denken.

Originalrechnungen

Es bleibt dem Zahnarzt grundsätzlich unbenommen, darüber zu entscheiden, welche Materialien (Hersteller, Handelsname) er verwendet, und bei welchen Unternehmen er seine Materialien einkauft. Das Beifügen von Belegen oder sonstigen Nachweisen fordert die GOZ ausschließlich im Zusammenhang mit zahntechnischen Leistungen. Originalrechnungen des Materialeinkaufs sollten vom Zahnarzt nie weitergegeben werden, da sie Bestandteil der Buchhaltung des Zahnarztes sind.

§ 4 Gebühren

„(1) Gebühren sind Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis (Anlage) genannten zahnärztlichen Leistungen.

(2) Der Zahnarzt kann Gebühren nur für selbständige zahnärztliche Leistungen berechnen. (...) Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung ist, kann der Zahnarzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet hat.

*(3) Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsma-
terial, für den Sprechstundenbedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und
Apparaten abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt
ist. Hat der Zahnarzt zahnärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die
nach dieser Verordnung selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die
hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.*

*(4) Kosten, die nach Absatz 3 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht geson-
dert berechnet werden. Eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in Höhe solcher Ko-
sten ist gegenüber dem Zahlungspflichtigen unwirksam.*

*(5) Sollen Leistungen durch Dritte erbracht werden, die diese dem Zahlungspflichtigen
unmittelbar berechnen, so hat der Zahnarzt ihn darüber zu unterrichten.*

„Zielleistung“

Von einigen Erstattem wird in § 4 Abs. 2 Satz 2 GOZ ein „Zielleistungsprinzip“ hineininterpretiert, das dem Wortlaut der Verordnung nicht gerecht wird. § 4 Abs. 2 GOZ spricht nicht vom „Ziel“ einer Behandlung, sondern vom „Bestandteil einer anderen Leistung“. Sinn dieser Regelung ist es, Doppelvergütungen zu vermeiden.

Wo der Ordnungsgeber eine mögliche Doppelberechnung in diesem Sinne sieht, hat er das in der Leistungsbeschreibung durch Abgeltungs- oder Konkurrenzregelungen zum Ausdruck gebracht:

- z.B. *„Die primäre Wundversorgung ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt D (und K) und nicht gesondert berechnungsfähig.“*
- oder *„neben den Leistungen nach 409 und 410 sind Leistungen nach den Nummern 405 bis 408 nicht berechnungsfähig“*
- oder nur den Zusatz *„als selbständige Leistung“* u.v.m.

Anhaltspunkt dafür, welche Leistungen Bestandteil oder besondere Ausführung einer anderen Leistung sind, geben somit die Leistungsbeschreibungen der GOZ selbst. Enthält das Gebührenverzeichnis keine ausdrückliche Regelung, ist in der Regel davon auszugehen, dass jede im Gebührenverzeichnis enthaltene Leistung neben jeder anderen berechnungsfähig ist.

Echte „Zielleistungen“, d. h. im Gebührenverzeichnis aufgeführte Hauptleistungen, die nach anderen GOZ-Nummern berechnungsfähige, methodisch notwendige operative Einzelschritte nicht nur inhaltlich, sondern auch bewertungsmäßig zusammenfassen und die zusätzliche Berechnung der enthaltenen Einzelschritte ausschließen, kennt die GOZ nicht. *„Dass das ‚Zielleistungsprinzip‘ keine tragfähige Begründung ist, ergibt*

sich einleuchtend aus folgender Überlegung: Je weiter und höher das Ziel der Behandlung festgesetzt würde, desto weniger Gebührentatbestände wären selbständig abrechenbar. Abrechenbar wäre dann nur der letzte Behandlungsschritt. Dies kann aber nicht richtig sein.“ (AG Krefeld)

„Neue Leistungen“

Sollte sich eine nach dem 1. Januar 1988 aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse neu entwickelte Leistung aus mehreren selbständigen, teilweise im Gebührenverzeichnis enthaltenen, teilweise neu entwickelten oder nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthaltenen Leistungen zusammensetzen, so können nach Auffassung der BLZK auch mehrere einzelne GOZ- oder GOÄ-Gebührenpositionen oder Analogpositionen zur gleichwertigen Berechnung der einzelnen Leistungen der Behandlung herangezogen werden.

Ob der Zahnarzt bei seiner Analogberechnung die gesamte Behandlung mit einer einzigen Analogposition abdecken wollte oder die einzelnen selbständigen Leistungen einzeln bewertet und berechnet hat, ergibt sich aus den berechneten Positionen von selbst.

Praxiskosten

Zur Thematik der Praxiskosten im Sinne des § 4 Abs. 3 GOZ und des Auslagensatzes für Materialien sei auf die Ausführungen zu § 3 (siehe Seite 14 ff.) verwiesen.

§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

„(1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt 5,62421 Cent. Bei der Bemessung von Gebühren sind Bruchteile von Pfennigen auf volle Pfennigbeträge abzurunden.

(2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3-fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3-fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.“

Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Zahnärzte bestimmen sich nach der GOZ 1988 (§ 1 Abs. 1). Danach stehen dem Zahnarzt als Vergütungen u. a. Gebühren zu (§ 3). Zum Schutz des Patienten vor Überforderung oder Überraschung wurde die Bemessung der Gebühren sehr streng und einschränkend geregelt.

Falls keine Vergütungsvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ getroffen wurde, müssen die Gebühren vom Zahnarzt nach den Vorschriften des § 5 GOZ bemessen werden. Der Patient kann darauf keinen Einfluss nehmen, er muss die so bemessenen Gebühren akzeptieren. Diese Gebührenbemessung nach § 5 wird aber zunehmend problematischer, weil die GOZ sowohl in fachlicher Hinsicht (Leistungsbeschreibung, Leistungsspektrum und Bewertung) wie auch besonders in der Gebührenhöhe (Punktwert) auf dem Stand von 1988 stehen geblieben ist, der aktuellen Bedürfnissen regelmäßig nicht mehr gerecht wird.

Gebühren

Die Höhe der Gebühr ist das Produkt aus Punktzahl (relative Bewertung) x Punktwert (wirtschaftliche Entwicklung) x Steigerungssatz (individuelle Besonderheiten).

Punktzahl und Punktwert (= Gebührensatz) werden **staatlich verordnet**. Sie sollten regelmäßig an die fachliche (Punktzahl) und wirtschaftliche (Punktwert) Entwicklung angepasst werden. Den Steigerungssatz bestimmt der Zahnarzt nach den individuellen Besonderheiten der Behandlung.

Punktzahl

Für jede Leistung des Gebührenverzeichnisses wurde eine Punktzahl festgesetzt. Am Verhältnis der Punktzahlen lässt sich erkennen, wie der Ordnungsgeber im Jahre 1987 die einzelnen Leistungen zueinander bewerten wollte.

Diese Bewertungsrelationen entsprechen in einigen Bereichen nicht mehr dem aktuellen Qualitätsstandard, da sich sehr viele Leistungen im Vergleich zu 1987 weiterentwickelt und z.T. durch **neue Methoden** erheblich verändert haben (z. B. Vollkeramikversorgungen, adhäsive Befestigungstechniken, Mikrochirurgie, Digitales Röntgen, Lupenbrillen, OP-Mikroskop, Lasereinsatz, Endodontie, etc.).

Die alleinige Anwendung der allgemeinen Bemessungskriterien (Steigerungssatz) reicht nicht mehr aus, um den vielen Weiterentwicklungen der letzten Jahre Rechnung zu tragen. Sie müssten vielmehr durch neue GOZ-Ziffern und/oder Anpassung der Punktzahlen berücksichtigt werden, um die relativen Bewertungen vom Qualitätsniveau 1988 an den aktuellen lege artis Entwicklungsstand anzupassen.

Hinweis

Völlig **neu entwickelte Leistungen**, die es 1987 noch nicht gab (wie z. B. Dentinadhäsive Rekonstruktionen, Veneers, gesteuerte Geweberegeneration u. v. m.), können nach § 6 Abs. 2 GOZ „analog“ berechnet werden.

Punktwert

Dem Punktwert kommt die Funktion zu, den Wert der Punktzahlen im Preisgefüge anderer Dienstleistungen zu bestimmen. Durch eine Änderung des Punktwertes können die Preise für die Leistungen des Gebührenverzeichnisses insgesamt an die wirtschaftliche Entwicklung und Kostensituation angepasst werden, ohne dass jede einzelne Leistung neu bewertet werden muss.

„Im neuen System sollen die Steigerungssätze nicht mehr die Funktion haben, die wirtschaftliche Entwicklung aufzufangen; diese Funktion hat nach der neuen GOÄ der Punktwert übernommen.“ (Amtliche Begründung zur GOZ 1988, Bundesrats-Drucksache 276/87 S. 49)

Das Recht und die Pflicht, den Punktwert zu verändern, und damit die Gebührensätze an die wirtschaftliche Entwicklung anzupassen, hat sich der Verordnungsgeber vorbehalten.

Dieser Verpflichtung ist er bisher nicht nachgekommen. Der **Punktwert ist auf dem Stand von 1988** eingefroren. Die daraus resultierenden Gebührensätze sind für eine adäquate Gebührenbemessung nicht mehr geeignet.

Gebührensatz

Der Gebührensatz (Punktwert x Punktzahl) ist der **staatlich festgesetzte Mindestpreis** für zahnärztliche Leistungen und damit die Grundlage für die Bestimmung des Honorars. Die Einfachsätze der GOZ sollten betriebswirtschaftlich eine einfache Behandlung erlauben und im Wesentlichen mindestens dem Vergütungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen, die einen noch ausreichenden qualitativen **Mindeststandard** sicherstellen soll. Das wäre bei einem **Punktwert von ca. 11 Cent** der Fall.

Tatsächlich beträgt der staatlich verordnete Punktwert **5,62421 Cent** und damit nur die Hälfte des Wertes, der nötig wäre, um die Bemessungsvorschriften so anwenden zu können, wie vom Verordnungsgeber gedacht und beschrieben.

Hinweis

Der einfache Gebührensatz war mit Erscheinen der GOZ schon 1988 nur eine Rechengröße und nicht kostendeckend. Er wurde für das Jahr 1988 „kostenneutral“ so festgelegt, dass der 2,3-fache Gebührensatz dem mittleren Liquidationsniveau einer Stichprobe aus den Jahren 1984 und 1986 entsprach. Der (veraltete) Gebührensatz ist also in Wirklichkeit auf dem **Stand von 1984** und schon deshalb nicht mehr geeignet, im Zusammenhang mit den unveränderten Vorschriften zur Gebührenbemessung ein **für 2005** angemessenes Honorar zu bestimmen. Der einfache Gebührensatz entspricht nicht – wie regelmäßig vermutet – dem „Kassensatz“! Die „**Kassensätze**“ für einen „ausreichenden“ qualitativen Mindeststandard werden nach anderen Kriterien festgelegt und entsprechen zur Zeit ungefähr dem **2,3-fachen** des Gebührensatzes **der GOZ. Die Gebührensätze der Gesetzlichen Krankenversicherung sind in der Regel mehr als doppelt so hoch wie der einfache Gebührensatz der GOZ.**

Steigerungssatz

Auch gleiche Leistungen des Gebührenverzeichnisses können je nach Befund Ausgangszustand oder angewandtem Verfahren im Aufwand sehr unterschiedlich sein. Um diesem individuell sehr unterschiedlichen Aufwand gerecht zu werden, steht deshalb ein Gebührenrahmen vom 1- bis 3,5-fachen Gebührensatz zur Verfügung.

Wenn keine Gebühren vereinbart wurden, muss der Zahnarzt innerhalb dieses Gebührenrahmens seine Gebühren unter Berücksichtigung der „**Bemessungskriterien**“ Schwierigkeit, Zeitaufwand der einzelnen Leistung sowie Umstände bei der Ausführung nachträglich nach **seinem billigem Ermessen** bestimmen. Der Mittelsatz (2,3-fach) darf allerdings nur überschritten werden, wenn „*Besonderheiten der Bemessungskriterien*“ dies rechtfertigen. Der Patient vermag auf diese Bemessung keinen Einfluss zu nehmen. Er hat die nach diesen Kriterien bestimmten Gebühren hinzunehmen.

Bemessungskriterien S, Z, U

Die Bemessungskriterien sind „**Schwierigkeit, Zeitaufwand** der einzelnen Leistung sowie **Umstände** bei der Ausführung“. Sie sind abschließend aufgezählt und beziehen sich ausschließlich auf die **individuellen Besonderheiten** der konkreten Behandlung.

Die Steigerungssätze sollen nicht mehr die Funktion haben, die **wirtschaftliche Entwicklung** aufzufangen. Diese Funktion hat nach der neuen GOZ der **Punktwert** übernommen. Damit wurde dem Zahnarzt die Möglichkeit der Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung genommen und in die Hände des Staates gelegt, der dieser Verpflichtung bisher nicht nachgekommen ist.

Tatsächlich zutreffende **betriebswirtschaftlich relevante Kriterien** wie:

- versäumte Punktwertanpassung
- veränderte wirtschaftliche Rahmenbedingungen
- unzureichender (historischer) Gebührensatz
- betriebswirtschaftliche Kalkulation
- Anstieg der allgemeinen Praxiskosten, Materialkosten
- ideelle, intellektuelle und physische Infrastruktur
- besondere Qualifikation (Ausbildungskosten)

- Praxisausstattung, Lage, Leistungsspektrum
- gestiegene Aufklärungs- und Beratungspflicht
- Haftung / Kulanz
- gestiegene Verwaltungskosten / vermehrte Versicherungsanfragen

sind als Bemessungskriterien **nach § 5 GOZ nicht zulässig**. Faktorerhöhungen aufgrund dieser Kriterien müssen vor Beginn der Behandlung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ vereinbart werden.

Höhe des Steigerungsfaktors

„In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3-fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3-fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz eins genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.“

Diese Vorschrift setzt voraus, dass bereits zum einfachen Gebührensatz eine einfache Behandlung betriebswirtschaftlich kostendeckend möglich wäre. Nur dann könnte wie vorgesehen zum 2,3-fachen Mittelsatz bereits eine – an heutigen Maßstäben gemessene – durchschnittliche und zum 3,5-fachen Satz auch eine anspruchsvollere Behandlung kostendeckend durchgeführt werden. Eine Gebührenvereinbarung für Behandlungen, die ein Honorar über dem 3,5-fachen Satz erfordern, könnte dann tatsächlich auf Ausnahmen beschränkt bleiben.

Entgegen der im letzten Absatz unterstellten Prämisse spielen heute Steigerungssätze unterhalb des 2,3-fachen Faktors in der Praxis aus folgenden Gründen und nicht nur aus rein betriebswirtschaftlichen Aspekten heraus meist keine Rolle mehr:

- veränderte Art und Weise der Leistungserbringung vieler Leistungen,
- vermehrtes Einfordern anspruchsvollerer Leistungen durch die Patienten,
- stark gestiegene Vorhaltekosten für zahnärztliche Leistungen.

Anspruchsvollere Behandlungen sind im Rahmen des § 5 GOZ in aller Regel nicht mehr darstellbar. Es ist dann eine **Gebührenvereinbarung** nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ erforderlich.

Besonderheiten der Bemessungskriterien

Eine Gebühr oberhalb des Mittelsatzes (2,3-fach) darf der Zahnarzt, **ohne den Patienten zu fragen**, nach **billigem Ermessen** immer dann bestimmen, wenn Besonderheiten der Bemessungskriterien Schwierigkeit, Zeitaufwand sowie Umstände bei der Ausführung dies rechtfertigen. Besonderheiten der Bemessungskriterien liegen immer dann vor, wenn sich eine Behandlung von einer „normalen“ Behandlung des Jahres 1987 unterscheidet.

Bei besonders schwierigem Krankheitsbild, besonders sorgfältiger Arbeitsweise oder moderneren, besseren Verfahren liegt es nahe, dass durch erhöhte Schwierigkeit oder den erheblichen Mehraufwand an Zeit sowie Material-, Geräte- und Personaleinsatz der Steigerungssatz über dem Mittelsatz 2,3 bemessen werden darf und muss, weil in diesen Fällen Besonderheiten der Bemessungskriterien vorliegen.

Verfahrensbezogen

Viele zahnärztliche Leistungen werden heute anders erbracht als 1987, und kaum ein Privatpatient möchte eine Behandlung nach zahnmedizinischen Standards des vorigen Jahrhunderts.

Nach Meinung der Bundesregierung soll den Besonderheiten bei der Ausführung durch die Anwendung der allgemeinen Bemessungskriterien Rechnung getragen werden. Die Überschreitung des 2,3-fachen Satzes kann deshalb auch mit der besonderen Ausführung einer Leistung (Techniken, Verfahren) im Zusammenhang mit einem Kriterium des § 5 Abs. 2 GOZ begründet werden. Die Gebührenbemessung nach GOZ ist **leistungsbezogen** und nicht **patientenbezogen**.

Es ist auch keinesfalls so, dass Besonderheiten im Bereich des behandelnden Zahnarztes – z. B. der zeitliche Mehraufwand beim Einsatz eines besonderen Gerätes oder einer besonders aufwendigen Technik – bei der Leistungserbringung grundsätzlich ausscheiden, und nur sogenannte patientenbezogene Bemessungskriterien das Überschreiten des Schwellenwertes rechtfertigen.

Letztlich sind jedoch auch **verfahrensbedingte** Besonderheiten fast immer **patientenbezogen**. Die notwendige Methodik, um eine Erkrankung zu therapieren, resultiert fast immer aus dem patientenbezogenen Befund und der daraus abgeleiteten individuellen Indikation für eine bestimmte Methode. Der Zahnarzt wird niemals ein schwierigeres Verfahren deshalb anwenden, um sich selbst die Behandlungsdurchführung zu erschweren, sondern vielmehr um eine therapeutische Verbesserung zu erreichen. Eine verfahrensbedingte oder patientenbedingte Besonderheit der Bemessungskriterien verliert diese Eigenschaft nicht dadurch, dass sie häufig gemeistert werden muss. Wegen des ungenügenden Gebührensatzes ist durch die Anwendung der allgemeinen Bemessungskriterien nach § 5 Abs. 2 GOZ eine Anpassung des Honorars an zeitgemäße Verfahren nur noch sehr begrenzt möglich.

Zusammenfassend kann festgestellt werden: Die Bemessungsvorschriften des § 5 könnten nur dann sinnvoll und so wie gedacht angewendet werden, wenn die 1,0-fachen GOZ-Gebührensätze der notwendigen Vergütung einfacher Leistungen entspräche. Das wäre bei einem Punktwert von zur Zeit 11 Cent der Fall.

§ 5 a Standardtarif

„Für Leistungen, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zum 1,7-fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden.“

Tarifbeschreibung

Preiswerter als herkömmliche PKV-Tarife, soll der Standardtarif nach § 257 SGB V dem Privatversicherten einen Anspruch auf Leistungen garantieren, wie sie gesetzlich Versicherten zustehen. Mit der Verankerung eines – wenn auch gesetzlich vorgeschriebenen – Tarifs der Privaten Krankenversicherung in der GOZ ist erstmalig ein Systembruch erfolgt, indem die Art der Versicherung Einfluss auf die Vergütung und damit mittelbar auf die Behandlung nehmen soll.

Ein Patient, der sich als „privatversichert“ in einer Praxis anmeldet, gilt zunächst als „normaler“ Privatpatient und schuldet das Honorar zwischen dem 1- bis 3,5-fachen Satz GOZ/GOÄ, das je nach „*Schwierigkeit, Zeitaufwand und besonderen Umständen*“ durch den Zahnarzt nach billigem Ermessen bestimmt wird. Die Vorschrift des § 5 a (Begrenzung auf den 1,7-fachen Satz) ist nur dann relevant, wenn sich der Patient **vor** der Behandlung ausdrücklich als Standardtarifversicherter ausgewiesen hat.

Cave Chipkarte!

Auf den Versichertenkarten der PKV ist der Tarif vermerkt. Das Einlesen könnte als versteckter, im Streitfall aber gültiger „Ausweis“ für den Standardtarif angesehen werden. Weil der Gebührensatz der GOZ nie angepasst wurde, liegt der weit überwiegende Teil der Leistungen selbst beim Ansatz des Höchstsatzes nach § 5 a GOZ (= 1,7-fach) gebührenmäßig unterhalb des Sozialhilfeniveaus für eine noch „ausreichende Mindestqualität“. Das bedeutet, dass der Zahnarzt entweder die in der Sozialhilfe geforderte „gerade noch ausreichende Mindestqualität“ unterschreiten müsste oder seine Leistungen nicht mehr kostendeckend erbringen kann und einen Teil der Behandlung selber bezahlen muss. Beides ist unzumutbar.

Gelöst wäre dieses Problem, wenn endlich der von der Bundesregierung zu verantwortende Gebührensatz (Punktwert) an die aktuelle wirtschaftliche Entwicklung angepasst wäre und der Einzelsatz, wie regelmäßig vermutet, dem GKV-Niveau entsprechen würde.

Der gewissenhafte Zahnarzt wird deshalb in der Regel eine weitere Behandlung ablehnen müssen (ausgenommen Notfall- und Schmerzbehandlungen) oder eine abweichende Vergütung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ vorschlagen. Selbstverständlich hat auch der Standardtarifversicherte das Recht, eine anspruchsvollere Behandlung zu wählen und die Gebühren dafür nach § 2 Abs. 1 und 2 zu vereinbaren.

■ Beispiel für eine mögliche Gebührenvereinbarung für einen Standardtarifversicherten:

Zwischen Frau / Herrn Dr. (Zahnarzt) und Frau / Herrn (Zahlungspflichtiger) wird die Höhe der Vergütung nach § 2 Abs. 1 und 2 der GOZ wie folgt vereinbart:

Soweit nichts anderes vereinbart ist, werden für die Behandlung von Frau / Herrn „Patient“ die Gebühren abweichend von § 5 a GOZ ohne Begrenzung auf das 1,7-fache des Gebührensatzes berechnet.

Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Zahnarzt

Unterschrift Zahlungspflichtiger

Mit einer derartigen Vereinbarung würde der Standardversicherte einem „normalen“ Patienten gleichgestellt. Ob diese Vereinbarung in jedem Falle juristisch haltbar ist (beachte: Es wird eine **Gebührens**panne vereinbart), ist noch nicht abschließend geklärt. Ganz sicher möglich und juristisch unangreifbar ist eine Gebührenvereinbarung gemäß § 2 GOZ für einzelne Leistungen.

§ 6 Gebühren für andere Leistungen

„(1) Erbringt der Zahnarzt Leistungen, die in den Abschnitten B I und II, C, D, E V und VI, J, L, M unter den Nummern 4113 und 4700, N sowie O des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522) – aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.

(2) Selbständige zahnärztliche Leistungen, die erst nach Inkrafttreten dieser Gebührenordnung auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt werden, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet werden.“

Offene Bereiche

Die in § 6 GOZ bestimmten Leistungsbereiche der GOÄ 1982 sind für die Berechnung durch Zahnärzte „freigegeben“. Dafür ist nach wie vor das **Leistungsverzeichnis der GOÄ 1982** maßgebend.

Die spätere Novellierung der Leistungsinhalte und Verschiebungen innerhalb der einzelnen Abschnitte ändert nichts an deren Berechenbarkeit. So sind z.B. Leistungen aus den ehemaligen Abschnitten B I und II, die sich jetzt in anderen Abschnitten der GOÄ befinden, nach wie vor für den Zahnarzt berechenbar. Lediglich die Vergütungen sind nach den Vorschriften der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.

Vorrang der GOZ

In beiden Gebührenordnungen ähnlich beschriebene Leistungen können – je nachdem, welche Leistungsbeschreibung erfüllt wurde – nach GOZ oder GOÄ berechnet werden. Ein Vorrang der GOZ vor der GOÄ ist der GOZ nicht zu entnehmen.

Im Gegenteil: Vom Zahnarzt erbrachte Leistungen, die in den eröffneten Abschnitten der GOÄ aufgeführt sind, sind nach dem Wortlaut des § 6 Abs. 1 GOZ nach GOÄ zu berechnen.

Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 2 GOZ

Je älter die seit 1988 unveränderte GOZ wird, desto häufiger wird der Zahnarzt seinen Patienten **neu entwickelte Leistungen** anbieten, die in der GOZ nicht enthalten sind.

Sie werden nach § 6 Abs. 2 GOZ „analog“ berechnet, wenn die folgenden Kriterien erfüllt sind:

1. Es muss sich bei diesen Leistungen um **selbständige zahnärztliche Leistungen** handeln. „Selbständig“ sind alle Einzelleistungen, die nicht Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen (berechneten) Leistung nach dem Gebührenverzeichnis der GOZ oder GOÄ sind.

2. Die Leistungen müssen **nach dem 1. Januar 1988** aufgrund **wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt** worden sein. Alle nach 1988 entwickelten Leistungen, wie z.B. die inzwischen allgemein verbreiteten „state of the art“-Leistungen Dentinadhäsive Rekonstruktionen, gesteuerte Geweberegeneration, Sinuslift und vieles mehr, die 1987 noch unbekannt waren und deshalb im Gebührenverzeichnis der GOZ 1988 nicht enthalten sind, können analog nach § 6 Abs. 2 GOZ berechnet werden. Eine allgemeine wissenschaftliche **Anerkennung** der neuen Leistungen ist nicht gefordert. Sie müssen nur aufgrund **wissenschaftlicher Erkenntnisse** entwickelt worden sein.

3. Die **Berechnung** dieser „neuen“ zahnärztlichen Leistungen erfolgt entsprechend **einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand „gleichwertigen“ Leistung**.

„Neue Behandlung“ bestehend aus mehreren Leistungen

Sollte sich eine nach dem 1. Januar 1988 aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse neu entwickelte Behandlung aus mehreren selbständigen, teilweise im Gebührenverzeichnis enthaltenen, teilweise neu entwickelten oder nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthaltenen Leistungen zusammensetzen, so können nach Auffassung der BLZK auch **mehrere einzelne GOZ- oder GOÄ-Gebührenspositionen oder Analogpositionen** zur gleichwertigen Berechnung der einzelnen Leistungen der Behandlung herangezogen werden.

Ob der Zahnarzt bei seiner Analogberechnung die gesamte Behandlung mit einer **einzigsten Analogposition** abdecken wollte oder die einzelnen selbständigen Leistungen einzeln bewertet und berechnet hat, ergibt sich aus den berechneten Positionen von selbst.

Gleichwertigkeitsprüfung

Eine nach wissenschaftlichen Erkenntnissen nach 1. Januar 1988 neu entwickelte Leistung hat entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand **gleichwertigen Leistung** der GOZ berechnet zu werden.

Die Gleichwertigkeitsprüfung hat demnach nichts mit dem tatsächlichen Leistungsinhalt zu tun, denn die **Gleichartigkeit** ist durch den § 6 Abs. 2 GOZ nicht gefordert. Der Zahnarzt hat die Analogiebewertung eigenverantwortlich durchzuführen und hat bei der Feststellung der Gleichwertigkeit einen Ermessensspielraum. Er hat dabei sich selbst und seine persönliche Leistungserbringung als Maßstab. Der Ermessensspielraum gilt dann als überzogen, wenn dem Zahnarzt die Unangemessenheit der Bewertung, sprich Gleichwertigkeitsprüfung, nachgewiesen werden kann.

Für die Feststellung der Gleichwertigkeit hat der Zahnarzt Art, Kosten- und Zeitaufwand der neuen Leistung mit der hilfsweise zur Berechnung ausgesuchten Analogleistung zu vergleichen.

Das Kriterium der **Art** der Leistungserbringung ist dabei auf die Schwierigkeit (unter der die notwendige Geschicklichkeit, der Konzentrationsaufwand, die körperliche, geistige oder psychische Belastung usw. zu verstehen ist) und auf das Ziel der Leistung abzustellen.

Der **Zeitaufwand** zielt auf die zu vergleichende notwendige Zeit der Leistungserbringung. Nachdem es in der GOZ keine Sollzeiten gibt, ist der individuelle Zeitaufwand subjektiv vom einzelnen Zahnarzt zu bestimmen und zu vergleichen. Auch dabei hat er vor allem sich selbst als Vergleichsmaßstab.

Der **Kostenaufwand** bezieht sich auf die verbrauchten, nicht umlagefähigen Materialien, Geräte und Instrumente („gleichwertiger Verschleiß“) bzw. auf zusätzlich notwendige Geräte und Instrumente, ggf. auf den Einsatz besonders qualifizierten und damit kostenintensiven Personals. Nachdem der Verordnungsgeber seine Kostenkalkulation, die der GOZ 1988 zugrunde liegt, nicht offengelegt hat, ist dieses Vergleichskriterium nach subjektiven Gesichtspunkten zu berücksichtigen (sofern nötig, kann eine Vollkostendeckungsrechnung vom Steuerberater durchgeführt werden lassen).

Nicht alle drei Kriterien müssen nebeneinander gleichrangig erfüllt werden, sondern müssen **insgesamt** zur Gleichwertigkeit führen. Wenn z. B. eine Leistung einen niedrigeren Zeitaufwand benötigt, jedoch eine höhere Anforderung an den Zahnarzt stellt, kann deshalb trotzdem eine Gleichwertigkeit der Leistungen gegeben sein. Je umfangreicher, schwieriger oder zeitaufwendiger die Behandlung durchschnittlich ist, desto höher muss zwangsläufig die Analogleistung bewertet sein. Sie hat bei Ansatz des Durchschnittsmultiplikators die Kriterien des § 5 Abs. 2 GOZ zu erfüllen, also die durchschnittliche Schwierigkeit, den durchschnittlichen Zeitaufwand und durchschnittlich besondere Umstände bei der Leistungserbringung zu berücksichtigen. Ein Über- oder Unterschreiten der durchschnittlichen Bemessungskriterien bei der Leistungserbringung der Analogleistung ermöglicht dann eine Veränderung des Multiplikators nach § 5 Abs. 2 GOZ.

Analogleistungen sind GOZ-Leistungen

Neue, nach dem 1. Januar 1988 aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelte zahnärztliche Leistungen, die gemäß § 6 Abs. 2 GOZ als Analogleistung berechnet werden, müssen nicht gesondert vereinbart werden. Sie sind, nachdem sie als solche vom Zahnarzt individuell festgelegt worden sind, genauso zu behandeln, als ob sie in der GOZ enthaltene Leistungen wären (z. B. Veränderung des Multiplikators nach Schwierigkeit, Zeitaufwand und Umständen, ggf. Begründungspflicht etc.).

Es empfiehlt sich, bei einzelnen Analogleistungen den Patienten vorab über mögliche Erstattungsschwierigkeiten bzw. tarifbedingte Erstattungs Ausschlüsse aufzuklären, die bedauerlicherweise durch Kostenerstatter bewirkt werden und die damit den Versicherten die Erstattung von Leistungen des zahnmedizinischen Fortschritts vorenthalten. Die Möglichkeit der analogen Berechnung derartiger Leistungen bleibt davon unberührt.

Zusätze zu Gebührennummern – Analogberechnung

Im Sinne einer verständlichen und übersichtlichen Rechnungsstellung empfiehlt es sich, die analog berechneten GOZ-Positionen entsprechend kenntlich zu machen. Das kann z. B. neben dem vorgeschriebenen Hinweis „entsprechend“ im Leistungstext durch den Zusatz „A“ bei der betreffenden Gebührenziffer erfolgen.

Beispiel: „217A, Dentinadhäsive Rekonstruktion, entsprechend 217, Einlagefüllung mehr als 2-flächig“

Empfehlungen zu Analogberechnungen

Der einzelne Zahnarzt legt eine Analogleistung nach den Gleichwertigkeitsprinzipien des § 6 Abs. 2 GOZ nach billigem Ermessen selbst fest. Er hat dabei einen Ermessensspielraum. Empfehlungen hinsichtlich der Analogleistungsberechnung bestimmter Leistungen, von welcher Seite auch immer, sind dabei für den einzelnen Zahnarzt nicht bindend und können deshalb auch nicht als Grundlage für die Angemessenheit der Analogleistung oder ihrer Erstattung herangezogen werden.

Für Leistungen aus der Gebührenordnung für Ärzte gilt entsprechend der § 6 Abs. 2 der GOÄ: „*Selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden.*“ Dabei muss es sich im Gegensatz zur GOZ nicht um neue Leistungen handeln.

Hinweis

Wenn der Zahnarzt die entsprechende gleichwertige Leistung nach seinem Ermessen ausgewählt hat, muss er für die Berechnung zusätzlich die Bestimmungen des § 10 GOZ beachten! Für die ledigliche Anwendung **besonderer Verfahren, Methoden oder Geräte** ist die Analogberechnung für bereits in der GOZ enthaltene Leistungen nicht möglich. Sie können nur über die Anwendung der allgemeinen Bemessungskriterien (Steigerungssatz, gegebenenfalls Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ) ausgeglichen werden.

§ 7 Gebühren bei stationärer Behandlung

„Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privat Zahnärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 von Beleg Zahnärzten oder niedergelassenen anderen Zahnärzten 15 vom Hundert.“

– nicht besetzt –

§ 8 Wegegeld

„(1) Als Entschädigung für Besuche erhält der Zahnarzt Wegegeld; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten. Das Wegegeld umfasst Wegstreckenentschädigung und Aufwandsentschädigung.

(2) Die Wegstreckenentschädigung beträgt

1. bei Benutzung eines eigenen Kraftfahrzeugs 50 Deutsche Pfennige für jeden zurückgelegten Kilometer,
2. bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die unter Berücksichtigung der Umstände angemessenen Fahrtkosten.

(3) Die Aufwandsentschädigung beträgt für jeden zurückgelegten Kilometer 2,- Deutsche Mark, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 3,- Deutsche Mark.

(4) Besucht der Zahnarzt auf einem Wege mehrere Patienten, darf er das Wegegeld insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.“

Hinweis

Nach amtlichem Umrechnungskurs entsprechen:	50 Pfennige	0,26 €
	2 DM	1,02 €
	3 DM	1,53 €

Das Wegegeld setzt sich zusammen aus der Wegstrecken- und zusätzlich der Aufwandsentschädigung je zurückgelegtem Kilometer. Daneben sind die ärztlichen und zahnärztlichen Gebühren für die durchgeführten Leistungen zu berechnen.

§ 9 Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen

„Neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnet werden, soweit diese Kosten nicht nach den Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses mit den Gebühren abgegolten sind.“

Diese Bestimmungen sollen sicherstellen, dass der Zahnarzt die ihm entstandenen Kosten vollständig weitergeben kann.

„angemessen“

Da es keine Taxe gibt, richtet sich die Frage der Angemessenheit der Kosten nach Aufwand, Qualität, und Präzision, die der Zahnarzt im Interesse seines Patienten mit dem Zahntechniker vereinbart.

Die Frage der Angemessenheit von Kosten kann nämlich nur in Abhängigkeit von Aufwand, Qualität und Präzision der Gegenleistung beantwortet werden. Die Auftragserteilung erfolgt in der Regel auf der Grundlage der (Privat-)Preislisten der zahntechnischen Labors. Diese sind oft nach der Bundeseinheitlichen Benennungsliste (BEB) oder auch völlig frei nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten kalkuliert und im Bereich der Behandlung von Privatpatienten üblich.

„notwendig“

Zur Frage der medizinischen Notwendigkeit auch besserer und teurerer zahntechnischer Arbeiten gelten sinngemäß die zu § 1 GOZ gemachten Ausführungen. Kostengesichtspunkte spielen keine Rolle, solange die Preise für die zahntechnische Arbeit unter Berücksichtigung der konkreten Arbeit als angemessen anzusehen sind. Als Auftraggeber wird der Zahnarzt im Interesse des Patienten von sich aus auf ein vernünftiges Preis-/Leistungsverhältnis achten.

Auf keinen Fall kann der Schluss gezogen werden, dass eine Behandlung von hohem Standard oder eine besonders gute und damit teurere zahntechnische Arbeit als unvertretbar und damit als medizinisch nicht notwendig einzustufen sei. So übersteigen z. B. verschiedene qualitätsverbessernde Maßnahmen wie die BEB-Positionen 1020 (Bestimmung der Präparationsgrenze unter Stereomikroskop), 3060 (Keramikschiel) sowie 3075 und 3076 (anatomische Schichttechnik) und viele andere nicht das Maß des medizinisch Notwendigen.

Es ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die vom Zahnarzt weiterberechneten Laborkosten angemessen und vertretbar sind und die zahntechnische Arbeit damit als solche auch medizinisch notwendig ist.

Laborkosten, die mit den Gebühren abgegolten sind

Gebührensiffern, bei denen die Material- und Laborkosten mit den Gebühren abgegolten sind, sind im Gebührenverzeichnis eindeutig bezeichnet.

§ 10 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

„(1) Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist.

(2) Die Rechnung muss insbesondere enthalten:

- 1. das Datum der Erbringung der Leistung,*
- 2. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer verständlichen Bezeichnung des behandelten Zahnes sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,*
- 3. bei Gebühren für stationäre privat Zahnärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 7,*
- 4. bei Wegegeld nach § 8 den Betrag und die Berechnung,*
- 5. bei Ersatz von Auslagen nach § 9 den Betrag und die Art der einzelnen Auslage sowie Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis verwendeter Legierungen,*
- 6. bei nach dem Gebührenverzeichnis gesondert berechnungsfähigen Kosten Art, Menge und Preis verwendeter Materialien.*

(3) Überschreitet die berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nr. 2 das 2,3-fache des Gebührensatzes, ist dies schriftlich zu begründen. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. Die Bezeichnung der Leistung nach Absatz 2 Nr. 2 kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigelegt ist, der die Bezeichnung für die abgerechnete Leistungsnummer entnommen werden kann. Bei Auslagen nach Absatz 2 Nr. 5 ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen. Wurden zahntechnische Leistungen in Auftrag gegeben, ist eine den Erfordernissen des Absatzes 2 Nr. 5 entsprechende Rechnung des Dentallabors beizufügen; insoweit genügt es, in der Rechnung des Zahnarztes den Gesamtbetrag für diese Leistungen anzugeben. Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 Satz 2 und § 2 Abs. 3), sind als solche zu bezeichnen.

(4) Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 2 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis „entsprechend“ sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.

(5) Durch Vereinbarung mit öffentlich-rechtlichen Kostenträgern kann eine von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 abweichende Regelung getroffen werden.

Die Vorschriften des § 10 GOZ regeln im Wesentlichen die Fälligkeit der zahnärztlichen Vergütung und die Mindestanforderungen an die zahnärztliche Rechnung. Für die Patienten soll damit eine größere Transparenz der zahnärztlichen Rechnung erreicht und damit insgesamt ein Beitrag zum Verbraucherschutz geleistet werden.

Die neuen Regelungen der GOZ sind den Vorschriften der GOÄ (§ 12) nachgebildet. Nach Meinung des Ordnungsgebers *„haben sich diese in der Praxis bewährt und entsprechen dem auch sonst im Geschäftsleben Üblichen und Notwendigen. Der dem Zahnarzt dadurch entstehende Aufwand sei gemessen an dem berechtigten Interesse des Patienten an einer nachprüfbarer Rechnung nicht zu hoch.“*

§ 10 Abs. 1 – Fälligkeit

Voraussetzung für die Fälligkeit der Vergütung ist, dass dem Zahlungspflichtigen eine Rechnung erteilt wurde, die den nach dieser Verordnung vorgeschriebenen inhaltlichen Anforderungen entspricht.

Der Zahnarzt kann eine Rechnung ausstellen, sobald er seine Leistung erbracht hat. Teilabschnitte der Behandlung können jederzeit abgerechnet werden. Es muss nicht der Abschluss der Gesamtbehandlung abgewartet werden. Vorschuss- oder Abschlagszahlungen (z. B. für Laborkosten oder kieferorthopädische Behandlung) sind im § 10 nicht vorgesehen. Sie können aber mit dem Patienten vereinbart werden.

Eine formell und inhaltlich korrekt erstellte zahnärztliche Liquidation ist generell zur sofortigen Zahlung fällig.

Erstattung

Wenn eine Versicherung, Beihilfestelle oder ein anderer Kostenerstatter die Rechnung oder Teile der Rechnung nicht erstattet, berechtigt das den Zahlungspflichtigen bei ordnungsgemäßer Rechnung nicht, den Zahlungsbetrag deshalb entsprechend zu kürzen. Behauptungen eines Kostenerstatters, dass bestimmte Berechnungen in der Liquidation nicht rechtens seien, sind in vielen Fällen nicht zutreffend.

Erfolg

Ein Behandlungsvertrag ist ein Dienstvertrag (§ 611 ff. BGB). Vom Behandler wird eine berufsmäßige Leistung geschuldet, aber nicht deren Erfolg. So kann eine Behandlung durchaus nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt sein, aber nicht zum Erfolg geführt haben. In diesem Fall ist der Zahlungspflichtige nicht berechtigt, den Rechnungsbetrag zu kürzen oder die Zahlung ganz zu verweigern.

Sofern eine Rechnung korrekt nach den Bestimmungen der Gebührenordnung erstellt wurde, ist sie zur sofortigen Zahlung bzw. zum eingeräumten Zahlungsziel fällig. Inwieweit die Behandlung *lege artis* durchgeführt wurde oder nicht, ist gegebenenfalls durch einen Gutachter festzustellen.

Factoring

Eine Abtretung der Honoraransprüche an Dritte (= Factoring) ist nur mit Patientenzustimmung möglich.

Die Abtretung ärztlicher Honorarforderungen an eine gewerbliche Verrechnungsstelle, die zum Zweck der Rechnungsstellung und Einziehung unter Übergabe der Berechnungsunterlagen erfolgt, verstößt gegen die ärztliche Schweigepflicht und ist damit unwirksam, wenn der Patient diesem Verfahren nicht ausdrücklich zugestimmt hat.

Es empfiehlt sich, dieses Einverständnis des Patienten auf den vom Factoringunternehmen in der Regel zur Verfügung gestellten Formularen bestätigen zu lassen. Ein Hinweis auf dem Anmeldeformular allein genügt nicht. Entsprechendes gilt im Grundsatz für die Forderungseinziehung durch beauftragte Dritte.

Zahlungsverzug

Eine Mahnung ist nicht erforderlich, aber ein Hinweis. Der Schuldner einer Entgeltforderung kommt nach § 286 Abs. 3 BGB „spätestens“ in Verzug, wenn er nicht „innerhalb von 30 Tagen nach Fälligkeit und Zugang der Rechnung“ die Überweisung veranlasst hat. Eine Mahnung ist nicht mehr erforderlich.

Dieser „*automatische Verzug*“ gilt gegenüber Verbrauchern – und Patienten sind Verbraucher im Sinne des Gesetzes – allerdings nur, wenn diese vorher auf die Folgen des Verzugs „*in der Rechnung (...) besonders hingewiesen wurden*“. Es ist deshalb empfehlenswert, bereits in der Rechnung auf die Verzugsfolgen hinzuweisen.

Ein Zusatz in der Rechnung könnte z. B. lauten: „Beachten Sie bitte, dass Sie nach § 286 Abs. 3 BGB in Verzug geraten, wenn Sie die Zahlung nicht innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungserhalt leisten. Ab diesem Zeitpunkt können Verzugszinsen in Rechnung gestellt werden; die Geltendmachung eines weiteren Schadens ist nicht ausgeschlossen.“

Fehlt ein derartiger Hinweis, tritt bei „Verbrauchern“ der Verzug erst mit Erhalt der Mahnung ein.

Hinweis

Gelegentlich wird der Rechnungserhalt durch den Schuldner bestritten. Auf jeden Fall sollte deshalb die 1. Mahnung, der erneut die Rechnung beigelegt werden sollte, per Einschreiben/Rückschein versandt werden, um spätestens dann einen Nachweis des Zugangs der Mahnung/Rechnung zu erhalten.

§ 10 Abs. 2 – Inhalt

Der Absatz 2 des § 10 GOZ regelt den Mindestinhalt der Rechnung und nennt die nach Meinung des Ordnungsgebers für eine Nachprüfung der Rechnung notwendigen Angaben.

Um ersehen zu können, welche Leistungen erbracht und welche Gebühren berechnet worden sind, ist neben dem Datum und der Bezeichnung der einzelnen Leistungen bei „Gebühren“ die GOZ-Nummer, die Angabe des Zahnes und des jeweils berechneten Betrages und Steigerungssatzes erforderlich.

Bei Komplexgebühren (z. B. bei Kronen oder Prothesen) genügt das Datum, an dem die Leistung im wesentlichen als erbracht anzusehen ist. Das ist z. B. bei der Versorgung eines Zahnes mit einer Krone nach GOZ-Nr. 221 das Datum der (provisorischen oder definitiven) Eingliederung.

Die Angabe einer Diagnose ist nicht erforderlich. Sie ergibt sich meist schlüssig aus den berechneten Leistungen bzw. Begründungen.

Auslagen nach § 9 GOZ (= zahntechnische Leistungen)

Bei Ersatz von Auslagen nach GOZ sind Pauschalberechnungen nicht zulässig. Zum Nachweis der Auslagen sind der Rechnung Belege oder sonstige Nachweise, z. B. die Rechnung des Dentallabors oder Eigenbelege, beizufügen, in denen die Art der einzelnen Auslage, wie z. B. Krone, Bisschablone, Prothese, einschließlich der Bezeichnung der verbrauchten Legierungen mit Gewicht und Tagespreis angegeben sein müssen.

Eine detailliertere Aufschlüsselung von Erläuterungen oder Einzelschritten (z. B. von qualitätsverbessernden Maßnahmen) zur Rechtfertigung angemessener Preise ist aber nicht gefordert.

Gesondert berechnungsfähige Kosten

Bei den nach dem Gebührenverzeichnis gesondert berechnungsfähigen Kosten müssen nur „Art, Menge und Preis verwendeter Materialien“ angegeben werden. Ein gesondeter Nachweis insbesondere ein Einkaufsbeleg oder Nachweis des Herstellers oder Markennamens ist hier nicht gefordert. Den Preis kalkuliert der Zahnarzt bisher unter Berücksichtigung seiner angemessenen Kosten. Nach dem Urteil des BGH vom 27. Mai 2004 *„sind die Kosten, die dem Zahnarzt durch eine Bevorratung entstehen, als Praxiskosten mit den Gebühren abgegolten“*.

§ 10 Abs. 3 – Begründung

Wenn die Höhe der Vergütung nicht nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ vereinbart wurde, muss bei Überschreitung des Mittelsatzes (= 2,3-fach oder bei manchen GOÄ-Leistungen 1,8-fach) in der Rechnung neben dem berechneten Steigerungssatz auch der Grund für die Steigerung angegeben werden.

Die GOZ kennt keine Vorschriften für die Art der Begründungen. Nach Meinung der Bundesregierung (Drucksache 276/87) *„reicht es dabei nicht aus, lediglich die in § 5 Abs. 2 genannten Bemessungskriterien in der Rechnung zu nennen, wie z. B. hoher Zeitaufwand oder Schwierigkeit der Leistung. Es muss vielmehr auf den Einzelfall bezogen begründet werden, welche Besonderheiten zu der berechneten Steigerung geführt haben. (...) In der Regel wird eine stichwortartige Kurzbegründung ausreichen.“*

Als Begründungen sind aber ausschließlich „Besonderheiten“ der drei in § 5 Abs. 2 GOZ genannten Bemessungskriterien „Schwierigkeit, Zeit, und/oder Umstände“ zulässig, weil nur diese eine Überschreitung des Mittelsatzes überhaupt rechtfertigen.

Es ist deshalb zweckmäßig, wenn in der Begründung immer zuerst das zutreffende Bemessungskriterium genannt wird, da Begründungen, die sich nicht auf die genannten Bemessungskriterien beziehen, nicht zulässig sind.

Das kann auch in Kurzform (S, Z, U) geschehen, wenn auf der Rechnung z. B. als Anmerkung diese Abkürzungen erklärt werden (S = besondere Schwierigkeit; Z = erhöhter Zeitaufwand; U = besondere Umstände). Danach folgt als zusätzliche Erläuterung ein kurzes Stichwort, welcher konkrete Grund für die Steigerung maßgebend war. Damit sind die formellen Anforderungen an die Begründung erfüllt.

Wenn mehrere Gründe zu Besonderheiten der Bemessungskriterien und damit zu einer Erhöhung des Steigerungssatzes führen, reicht es aus, wenn nur einer ausdrücklich genannt wird. Das kann durch den Zusatz „u. a.“ kenntlich gemacht werden.

■ Beispiel für korrekte Berechnung:

Datum	Zahn	Ziffer	Leistungsbeschreibung	Steigerungssatz	Betrag in €
tt.mm.jj		005	Abformung eines Kiefers für ein Situationsmodell Begründung: u. a. U*; Erläuterung: starker Würgereiz	3,3	22,00
	45	241	Aufbereitung eines Wurzelkanals Begründung: u. a. S*; Erläuterung: gekrümmter Kanal	3,2	50,40
	45	244	Füllen eines Wurzelkanals Begründung: u. a. Z*; Erläuterung: laterale Kondensation	3,5	39,37
	17	207	Füllung, zweiflächig Begründung u. a. S*, Erläuterung: schwer zugänglich	3,4	40,00
	24	221	Krone, Hohlkehl- oder Stufenpräparation Begründung: u. a. S, Z*, Erläuterung: Keramikverblendung	3,5	255,88
	25	221	Krone, Hohlkehl- oder Stufenpräparation gemäß Vereinbarung § 2 GOZ Begründung: u. a. S, Z*, Erläuterung: Keramikverblendung	7,0	511,76

- * S= erhöhte Schwierigkeit
Z= erhöhter Zeitaufwand
U= besondere Umstände bei der Ausführung

Hinweis

Der Zahlungspflichtige kann eine nähere Erläuterung der Begründung verlangen. Eine nähere Erläuterung wird jedoch nicht unter den inhaltlichen Anforderungen an die Rechnung aufgeführt. Damit hat auch ein Verlangen des Zahlungspflichtigen oder gar eines Erstatters nach einer näheren Erläuterung der Begründung keinen Einfluss auf die Fälligkeit der Rechnung.

Bei Vorliegen einer Vergütungsvereinbarung entfällt die Begründungspflicht. Es genügt der Hinweis auf die Vereinbarung. Die Angabe einer Begründung ist trotzdem empfehlenswert, da (z. B. bei der Beihilfe) die Höhe der Erstattung davon abhängig gemacht wird.

Verlangensleistungen gemäß § 1 Abs. 2 Satz 2 und § 2 Abs. 3 GOZ müssen in der Rechnung als solche bezeichnet werden.

§ 10 Abs. 4 – Analogberechnung

Analogleistungen werden wie andere GOZ-Leistungen berechnet.

Bei der Analogberechnung ist in der GOZ bei der Benennung der Gebührenziffer der Zusatz „A“ nicht ausdrücklich vorgesehen. Dieser Zusatz wird aus Gründen der Übersicht und Verständlichkeit der Rechnung häufig verwendet.

■ Beispiel für die korrekte Analogberechnung nach § 6 Abs. 2:

Datum	Zahn	Ziffer	Leistungsbeschreibung	Steigerungssatz	Betrag in €
tt.mm.jj	24	216A	Dentinadhäsive (verklebte) Rekonstruktion, entsprechend: 216 Einlagefüllung, zweiflächig	2,3	122,88

Achtung! Eine analog berechnete Leistung ist eine GOZ-Leistung! Bei Überschreitung des Mittelsatzes (= 2,3-fach) ist deshalb auch hier eine Begründung oder eine Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ zusätzlich erforderlich.

Hinweis

Es empfiehlt sich, bei bekanntermaßen „kritischen“ Leistungspositionen, den Patienten vorher darauf aufmerksam zu machen, dass eine Erstattung nicht sicher ist. Den Differenzbetrag muss der Patient dann selbst bezahlen oder seine Erstattungsansprüche gerichtlich durchsetzen. Eine Erstattungskürzung hat keinen Einfluss auf die Fälligkeit der Rechnung!

GOÄ – Ärztliche Grundleistungen

Beratungen und Untersuchungen

Ä 1 und/oder Ä5 – wiederholte Berechnung

„Beratung – auch mittels Fernsprecher –“ und/oder „Symptombezogene Untersuchung“

In den allgemeinen Bestimmungen der GOÄ, Abschnitt B, heißt es: „Die Leistungen nach Nummern 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.“

„Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.“

Gemäß dieser Bestimmung sind folglich Leistungen nach Nummern 1 und/oder 5 im selben Behandlungsfall auch mehrmals berechnungsfähig, wenn sie nicht neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O erbracht werden, z. B. als alleinige Leistung.

Bei „Weiterbehandlung“ derselben Erkrankung sind nach Ablauf eines Monats die Leistungen nach Nummern 1 und/oder 5 auch neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O GOÄ erneut berechenbar.

Mit der Feststellung einer neuen Erkrankung, ist die erneute Berechnung der Leistungen nach Nummern 1 und/oder 5 GOÄ auch innerhalb des Zeitraums von einem Monat möglich. In der Rechnung ist in diesem Fall zu vermerken, dass eine neue Erkrankung und damit ein neuer Behandlungsfall eingetreten ist.

Ä 3 – neben anderen Leistungen

„Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher –“

Die GOÄ enthält folgenden Nachsatz zur Geb.-Nr. Ä 3: „Die Leistung nach Nummer 3 (Dauer mindestens 10 Minuten) ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nummern 5, 6, 7, 8, (...). Eine mehr als einmalige Berechnung im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung.“

Die Bayerische Landeszahnärztekammer ist der Auffassung, dass der Verordnungsgeber mit der Vorschrift „**einzig**e“ Leistung die Beratungsintensität einer eingehenden Beratung nach Geb.-Nr. 3 GOÄ besonders betonen wollte. Bei dieser eingehenden Beratung soll sich einerseits der Arzt/Zahnarzt seinem Patienten besonders und ausschließlich – ungestört von einer anderen Leistungserbringung – zuwenden, andererseits soll der Patient nicht durch andere, gleichzeitig durchgeführte Leistungen abgelenkt werden. Neben einer Beratung darf deswegen zeitgleich allenfalls eine Untersuchung nach den Geb.-Nrn. Ä 5, Ä 6 GOÄ oder der Geb.-Nr. 001 GOZ stattfinden, während der sich der Arzt/Zahnarzt beratend mit dem Patienten und seinen Anliegen eingehend auseinandersetzt. Vor oder nach der eingehenden Beratung mit einer Mindestdauer von zehn Minuten können auch andere Leistungen nach GOZ in der gleichen Sitzung erbracht und abgerechnet werden.

Es wäre unsinnig, wenn man einen Patienten nach einer Beratung gemäß Geb.-Nr. Ä 3 GOÄ erst in einer neuen Behandlungssitzung weiterbehandeln dürfte. Die Behand-

lungskosten würden dadurch steigen, und der Patient müsste erneute Mühen und Kosten für die Anfahrt auf sich nehmen.

Nach einem Urteil des OLG Düsseldorf vom 21. Dezember 2000 (Az. 8 U 4/99) ist die Position 3 GOÄ neben der Position 001 GOZ und anderen zahnärztlichen Leistungen berechenbar.

Ä 3 – Berechnung neben 001 GOZ

Die Abrechnungsbestimmung zur Geb.-Nr. Ä 3 besagt u. a., dass die eingehende Beratung nur „*als einzige Leistung (Dauer mind. 10 Minuten) oder im Zusammenhang mit einer eingehenden ärztlichen Untersuchung*“ berechnungsfähig ist.

Die Bayerische Landeszahnärztekammer vertritt die Auffassung, dass die Geb.-Nr. 3 GOÄ auch neben der Geb.-Nr. 001 GOZ berechnet werden kann, da es sich wie bei den ausdrücklich erwähnten GOÄ-Nummern 5, 6, 7, 8, 800 und 801 ebenfalls um eine eingehende ärztliche Untersuchung handelt.

Ä 4 – Führung und Unterweisung von Bezugspersonen

„*Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken.*“

Berechnung im Zusammenhang mit der Behandlung von Kindern

Von einigen Kostenerstattern wird die Berechnung der Geb.-Nr. 4 GOÄ beanstandet. Die Originalleistungsbeschreibung enthält weder eine Einschränkung, dass diese Position nicht auch von einem Zahnarzt angesetzt werden kann, noch dass sie nicht bei der Behandlung eines Kindes anfällt, sobald z. B. die Eltern einbezogen werden müssen.

In der Begründung der Bundesregierung (Bundesrats-Drucksache 211/94) zur GOÄ heißt es dazu: „*Die Anamnese und Besprechung eines Krankheitsfalls in Zusammenarbeit mit Angehörigen oder anderen Bezugspersonen (z. B. bei behinderten Kindern, bewusstseinsgestörten Patienten oder Unfallpatienten) kann schwierig und aufwendig sein. Dieser Aufwand wird durch die Gebühr nach Nummer 4 entsprechend berücksichtigt.*“

Aus der Begründung geht hervor, dass durch diese Gebührennummer besonders schwierige und aufwendige Fremdanamnesen und Unterweisungen mit Bezugspersonen honoriert werden sollen.

Ist die Anamneseerhebung über eine Bezugsperson auch bei „normalem Gesundheitszustand“ die Regel (z. B. bei Kindern), so ist auch diese nach Ä 4 berechenbar.

Ä 5 – „Symptombezogene Untersuchung“

Ä 6 – „Vollständige Untersuchung eines Organsystems“

Nach Auffassung der Bayerischen Landeszahnärztekammer ist die Berechnung sowohl der Position Ä 5 als auch der Position Ä 6 für den Zahnarzt möglich (jedoch nicht Ä 5 und Ä 6 / GOZ 001 in gleicher Sitzung). Voraussetzung ist, dass der jeweilige Leistungsinhalt erbracht wurde. Die unterschiedlichen Leistungsbeschreibungen der Gebührensätze 001 GOZ und GOÄ-Nr. 6 sind zu beachten (siehe unter § 6, Seite 27).

Die neue Geb.-Nr. Ä 5 war in der bis 31. Dezember 1995 gültigen Fassung der GOÄ Bestandteil der Leistungsposition 1 GOÄ „*Beratung (...) ggf. einschließlich einer das*

gewöhnliche Maß nicht übersteigenden Untersuchung“. Die Geb.-Nr. 5 GOÄ ist, wie die Geb.-Nr. 1 GOÄ (und auch zusammen mit dieser), als alleinige Leistung immer berechenbar, neben anderen Leistungen nach GOZ oder Sonderleistungen nach C bis O GOÄ nur einmal pro Behandlungsfall (siehe Seite 40 zu Geb.-Nr. 1 GOÄ).

Ä 34 – Beratung bei lebensbedrohlichen / lebensverändernden Erkrankungen

„Erörterung (Dauer mindestens 20 Minuten) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung – gegebenenfalls einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken –, einschließlich Beratung – gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen“

Im zahnmedizinischen Bereich ist diese Leistung eher selten und wird wohl hauptsächlich im Zusammenhang mit Tumoren im Mund- und Kieferbereich, nach Eingliederung von Obturatoren oder Epithesen, Unfallverletzungen, umfangreichen Implantatversorgungen, schwer therapierbaren Parodontitisformen (refraktäre Parodontopathien), Dysgnathien, beim plötzlichen Übergang zum Totalprothesenträger nach umfangreichen Reihenextraktionen und ähnlichen Fällen anzusetzen sein.

Um zu entscheiden, ob der Ansatz der Geb.-Nr. 34 GOÄ gerechtfertigt ist, sollte der Zahnarzt immer die Schwere der Krankheit, ihre Risiken und unmittelbaren Konsequenzen für den Patienten beurteilen. Dabei kann sich der Behandler unter Umständen an den beispielhaft genannten Erkrankungen orientieren.

Ä 56 – Verweilgebühr

„Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen – wegen Erkrankung erforderlich –, je angefangene halbe Stunde“

Diese Leistung ist mit der Anwesenheit des Patienten verknüpft. Deshalb ist sie bei einem Ausbleiben des Patienten nicht im Sinne eines Ausfallhonorars ansetzbar.

Ä 60 – Konsilium

„Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt“

Die Leistung darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befasst hat. Das ist z. B. dann der Fall, wenn der Zahnarzt zusammen mit dem Kieferorthopäden oder Chirurgen gemeinsam die Behandlung eines Patienten bespricht und plant.

Ä70 und Ä 75 – Anfragen von Patienten oder Kostenerstattern

„Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung“

„Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)“

Die Berechnung der Geb.-Nr. 75 GOÄ ist für die Erläuterung einer Rechnung nicht möglich. Auch die auf Verlangen des Zahlungspflichtigen nach § 10 Abs. 3 GOZ näher zu erläuternde Begründung ist nicht nach Geb.-Nr. 75 GOÄ berechnungsfähig.

Bei der Beantwortung der von einer Kostenerstattungsstelle geforderten Auskunft handelt es sich nicht um eine zahnärztliche Tätigkeit. § 1 Abs. 3 Zahnheilkundengesetz lautet: „*Ausübung der Zahnheilkunde ist eine berufsmäßige auf zahnärztlich wissenschaftliche Erkenntnis gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (...).*“ Darüber hinaus wäre sie auch **medizinisch nicht notwendig**.

Für die Erteilung von Auskünften an den Versicherer steht dem Zahnarzt ein Aufwendungsersatz nach § 670 BGB zu, der angemessen nach Zeitaufwand zu berechnen ist. Der Anspruch richtet sich in der Regel gegen den Patienten, der wiederum einen entsprechenden Erstattungsanspruch gegen den Versicherer hat (Bach/Moser, Private Krankenversicherung, §§ 9/10 MB/KK Rdnr. 19). Sofern die Versicherung Unterlagen bei einem Behandler direkt anfordert, sollte bei der Versicherung zunächst eine konkrete Schweigepflichtsentscheidungserklärung des Patienten angefordert werden und gleichzeitig die Zusage der Kostenübernahme für die Anfertigung der Kopien/Duplikate der Unterlagen. Dabei sollten konkrete Beträge genannt werden, z. B. Duplikatmodelle € xx,xx, Kopien je Seite € xx,xx, Beantwortung von Anfragen je angefangene halbe Stunde € xx,xx.

Ä 5000 – Ä 5004 Zahnärztliche Röntgenleistungen, hier: digitales Röntgen

Die Anwendung digitaler Radiographie (Radiovisiographie) und anderer Röntgenverfahren mit elektronischen Sensoren sind eine abweichende Modalität einer in der GOÄ enthaltenen Leistung. Die Erstellung des Röntgenbildes hat sich insoweit verändert, als anstelle des Röntgenfilms Speicherfolien oder CCD-Sensoren verwendet werden. Das Strahlenrelief wird in elektronischen Daten wiedergegeben, in einem Computer aufbereitet, gespeichert und auf einem Bildschirm dargestellt. Die Kernleistung der Röntgenaufnahme stellt an sich die Auswertung der röntgenologisch dargestellten Region dar, die durch die nun mögliche Bildbearbeitung (Vergrößerungen, Kontrast und Helligkeitsveränderungen, farbige Verfremdungen etc.) einen höheren Aussagewert bekommt.

Im Rahmen der GOÄ-Novellierung wurde in Absprache mit der Ärzteschaft die Einführung eines gesonderten Zuschlags für das digitale Röntgen (Bildverstärker-Radiographie) in Form einer Zuschlagsposition 5298 GOÄ eingeführt. Mit dem Zuschlag sollten die erheblich höheren Anschaffungskosten eines digitalen Röntgengeräts abgegolten werden. Ein höherer diagnostischer Aufwand, der durch diverse Bildbearbeitungen damit möglich wird, kann darüber hinaus mittels einer Steigerung des Multiplikators berechnet werden.

Im Rahmen der Novellierung der GOÄ, bei der die Zahnärzteschaft nicht einbezogen war, blieben deshalb die zahnärztlichen Positionen 5000 bis 5004 GOÄ – wohl aus Unkenntnis der gleich gearteten Fortentwicklung der zahnärztlichen Radiographie – unberücksichtigt.

Für die Berechnung digital erstellter Einzelzahnfilme (Nr. 5000 GOÄ) und Panorama-röntgenaufnahmen (Nrn. 5002 GOÄ und 5004 GOÄ) bleibt zum Ausgleich der beträchtlich höheren Kosten nur die Ausschöpfung des Gebührenrahmens der GOÄ (Steigerungsfaktor max. 2,5). Eine Höchstsatzüberschreitung ist jedoch bei Röntgenleistungen nach § 2 Abs. 3 GOÄ ausgeschlossen.

Gebührenverzeichnis der GOZ

A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen

002 GOZ – Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans (HKP) auf Anforderung

Der HKP gemäß GOZ-Nr. 002 ist nicht für geplante zahnärztliche Maßnahmen nach den Abschnitten F (Prothetische Leistungen) und G (Kieferorthopädische Leistungen) anzusetzen. Die Aufstellung eines Heil- und Kostenplanes ist zur Orientierung des Patienten dann empfehlenswert, wenn davon auszugehen ist, dass der Patient aus seiner Erfahrung die Höhe der zu erwartenden Kosten nicht abschätzen kann.

Heil- und Kostenpläne nach Geb.-Nr. 002 GOZ müssen vom Patienten angefordert werden. Sie werden in der Regel nicht erstattet. Sie sollten dem Patienten jedoch dringend im Sinne einer Kostentransparenz empfohlen werden. Wenn der Patient getrennte Heil- und Kostenpläne für einzelne Behandlungskomplexe und/oder für Alternativplanungen wünscht, fällt die Gebühr nach Geb.-Nr. 002 GOZ je erstelltem Heil- und Kostenplan an.

Bei Planungsänderungen während der Behandlung, die deutlich höhere Kosten verursachen als ursprünglich veranschlagt, sollte der Patient umgehend darüber informiert werden. Der Schwerpunkt der Leistung ist die zahnärztliche Planung der Behandlung. Deshalb ist auch bei der Erstellung von mehreren Plänen mit unterschiedlichen Behandlungsalternativen selbstverständlich diese Gebührennummer für jede Planungsalternative berechenbar.

003 GOZ – Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans zur prothetischen Versorgung nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen

Für den HKP gemäß GOZ-Nr. 003 gelten die gleichen allgemeine Bemerkungen wie für HKP gemäß GOZ-Nr. 002. Der HKP gemäß GOZ-Nr. 003 kann aber erstellt und berechnet werden, auch ohne dass der Patient diesen ausdrücklich angefordert hätte.

Häufig werden Heil- und Kostenpläne nur für prothetische Positionen erstellt (Brücken, Prothesen), ohne die dazugehörigen anderen Maßnahmen zu berücksichtigen. Nachdem diese Kosten vielfach aber eine ähnliche Höhe erreichen wie die in der Kostenvorhersage für die Prothetik genannten, führt dies immer wieder zu unerfreulichen Auseinandersetzungen mit überraschten Patienten. Deshalb sollte der HKP alle abschätzbaren Nebenleistungen im Zusammenhang mit der geplanten Versorgung enthalten (Injektionen, CP, Aufbauten etc.).

Die Praxis hat gezeigt, dass es besser ist, etwas „großzügiger“ zu planen. Oftmals wird der Rechnungsbetrag unter dem der Planung liegen, weil nicht alle angenommenen Eventualitäten eingetroffen sind.

Sollten vor der Erstellung des Heil- und Kostenplans bereits erhebliche Behandlungskosten entstanden sein, ist die gleichzeitige Erstellung einer Zwischenrechnung empfehlenswert. Zumindest sollte der Hinweis erfolgen, dass der Heil- und Kostenplan nur für zukünftige Leistungen erstellt wurde und die bisher angefallenen Leistungen darin nicht enthalten sind.

005 GOZ – Abformung eines Kiefers für ein Situationsmodell, auch Teilabformung, einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung

Die Geb.-Nr. 005 GOZ ist berechenbar, wenn ein Situationsmodell zur Diagnose oder Planung erstellt wurde. Ein Situationsmodell, das zur Planung oder Diagnose dient und anschließend als Arbeitsmodell verwendet wird, ist ebenfalls unter dieser GOZ-Nr. abzurechnen. Material- und Laborkosten können zusätzlich berechnet werden. Die Abformung des Gegenkiefers ist in den Leistungsbeschreibungen der Positionen 220 bis 222 GOZ und 500 bis 504 GOZ nicht enthalten.

Ist für die Erstellung eines Situationsmodells zur Diagnose oder Planung, oder für die anatomische Abformung des Gegenkiefers, die Verwendung eines individuellen oder individualisierten Abrucklöffels bei ungünstigen Zahnbogen- und Kieferformen und/oder tief ansetzenden Bändern notwendig, dann ist statt Geb.-Nr. 005 GOZ die Geb.-Nr. 517 GOZ heranzuziehen.

Material- und Laborkosten fallen zusätzlich an. Ein Diagnosemodell ist ggf. zusätzlich zum Planungsmodell berechenbar.

008 neben 009/010 GOZ – Oberflächenanästhesie neben Infiltrations- oder Leitungsanästhesie

Bei der Berechnung der Oberflächenanästhesie ist nach dem Sinn der Oberflächenanästhesie zu unterscheiden. Wird durch eine Infiltrations- oder Leitungsanästhesie auch die „Oberfläche“ (Schleimhaut) gewissermaßen „automatisch“ mitbetäubt, so ist dies eine nicht berechenbare Teilleistung der Infiltrations- bzw. Leitungsanästhesie und damit nicht nach Geb.-Nr. 008 GOZ berechnungsfähig.

Ist jedoch das Ziel der Oberflächenanästhesie, die Schleimhaut zunächst zu anästhesieren, um den bei der nachfolgenden Infiltrations- oder Leitungsanästhesie zu erwartenden Einstichschmerz zu vermeiden oder zu reduzieren, ist die Oberflächenanästhesie eine selbständige und vollendete, eigene Leistung, die – je Kieferhälfte oder Fronzahnbereich – nach Geb.-Nr. 008 GOZ berechnet wird. Die anschließend durchgeführten Infiltrations- und/oder Leitungsanästhesien werden zusätzlich nach Geb.-Nr. 009 GOZ bzw. 010 GOZ berechnet.

Die Durchführung einer Oberflächenanästhesie ist nicht zwingend an den Einsatz eines Pharmazeutikums gebunden. Es werden auch andere (z. B. mechanische, elektrische) Verfahren zur Oberflächenanästhesie erfolgreich angewendet, die eine Gebühr nach 008 GOZ auslösen. Die Oberflächenanästhesie kann auch zur Reduzierung des Würgereizes neben Infiltrations- oder Leitungsanästhesien angezeigt sein.

009 – 010 GOZ – Infiltrationsanästhesie neben Leitungsanästhesie

Die Behauptung, dass die Geb.-Nr. 009 GOZ nicht neben der Geb.-Nr. 010 GOZ berechenbar sei, ist falsch. Es gibt in der GOZ keine Berechnungseinschränkung. Eine Infiltrationsanästhesie neben einer Leitungsanästhesie kann durchaus sinnvoll sein, um beispielsweise Anastomosen auszuschalten oder durch den Vasokonstriktorzusatz des Anästhetikums eine notwendige Blutleere zu schaffen.

009/010 GOZ – Anästhesie – Mehrfachberechnung

Die Leistungsbeschreibung der Positionen 009 GOZ (in der Regel je Zahn oder Gebiet eines Zahnes) und 010 GOZ (je Leitungsanästhesie) bezieht sich auf die Anästhesie, nicht auf die Injektion. Muss aufgrund eines lang andauernden Eingriffs und/oder nachlassender Anästhesiewirkung nachinjiziert werden, so kann die entsprechende Anästhesieleistung ebenfalls erneut berechnet werden.

Intraligamentäre Anästhesie

Die intraligamentäre Anästhesie ist je Anästhesiebereich nach Geb.-Nr. 009 GOZ berechenbar, in der Regel je Wurzel zweimal.

B. Prophylaktische Leistungen

100/101 GOZ neben 001 GOZ und Ä 1/Ä 3

In den Abrechnungsbestimmungen zu den Geb.-Nrn. 100 und 101 GOZ heißt es:
„Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 100 und 101 sind eine Leistung nach der Nummer 001 und Beratungen nach der Gebührenordnung für Ärzte nicht berechnungsfähig.“

Wenn allerdings eine Untersuchung und/oder Beratung nach GOÄ nicht im Zusammenhang mit dem Mundhygienestatus und der eingehenden Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontaler Erkrankungen steht, sondern die Leistungen zeitlich hintereinander erbracht werden, sind die beiden Gebührenpositionen auch in gleicher Sitzung berechnungsfähig. „Im Zusammenhang“ ist nicht gleichbedeutend mit „in derselben Sitzung“. Muss eine Untersuchung oder Beratung aus einem anderen zahnmedizinischen Anlass erbracht werden (z. B. wegen Extraktion eines Zahnes), kann diese Leistung auch in derselben Sitzung, vor oder nach den GOZ-Nrn. 100 bzw. 101 durchgeführt und berechnet werden. Es empfiehlt sich der Zusatz „001/Ä1 nicht Zusammenhang mit 100/101“.

C. Konservierende Leistungen

200 GOZ – Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, je Zahn

Die Schmelzätzung im Rahmen der Fissurenversiegelung ist Bestandteil der Geb.-Nr. 200 GOZ und nicht gesondert berechnungsfähig (§ 4 Abs. 2 GOZ).

Selbstverständlich ist im Rahmen der prophylaktischen Zahnheilkunde auch das Versiegeln einer kariesfreien Fissur neben einer Füllung am gleichen Zahn möglich und berechenbar. Dies kann insbesondere bei Molaren häufig der Fall sein.

Erweiterte Fissurenversiegelung

Die sogenannte „erweiterte Fissurenversiegelung“ geht über den Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 200 GOZ hinaus und ist nach Geb.-Nr. 205 GOZ berechenbar.

203 GOZ – Mehrfachberechnung

Die Bayerische Landeszahnärztekammer vertritt die Auffassung, dass alle verschiedenartigen „besonderen Maßnahmen“ jeweils pro Maßnahme mit der Position 203 GOZ pro Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechnet werden können.

Zur Klarstellung, dass es sich jeweils um eine Berechnung verschiedener Maßnahmen je Kieferhälfte bzw. Frontzahnbereich handelt, und nicht etwa (fehlerhaft) um eine Mehrfachberechnung der gleichen Maßnahme bei mehreren Zähnen im gleichen Abrechnungsbereich, sollte in der Rechnung ein **Hinweis auf die verschiedenen einzelnen Maßnahmen** erfolgen. Die einzelne „besondere Maßnahme“ hat oft einen erheblichen Zeitaufwand. Verschiedene Maßnahmen werden nicht zeitgleich erbracht, sondern folgen ggf. nacheinander. Besonders eklatant würde das Missverhältnis bei einer nur einmal berechenbaren Geb.-Nr. 203 GOZ, wenn verschiedene Maßnahmen an mehreren Zähnen erbracht werden müssten (an bis zu acht Zähnen wegen der Berechnungseinschränkung „je Kieferhälfte“).

Die Pluralform bezieht sich nach Meinung der Bayerischen Landeszahnärztekammer auf die **besonderen (gleichen) Maßnahmen** an bis zu acht Zähnen („je Kieferhälfte“) und nicht auf alle erdenklichen, verschiedenen „besonderen Maßnahmen“.

205, 207, 209, 211 GOZ – Füllungen

Nach den Positionen 205 bis 211 werden konventionelle Füllungen berechnet, wie sie schon 1988 bekannt waren. Das waren im Seitenzahnbereich in der Regel Amalgamfüllungen, im Frontzahnbereich z. B. proximale Kunststofffüllungen mittels Schmelzätztechnik.

„Schmelzätztechnik“ kann in Zusammenhang mit einem der Kriterien des § 5 Abs. 2 GOZ (Z, S, U) als Begründung für einen erhöhten Faktor dienen.

Dentinadhäsive Rekonstruktion

Dentinadhäsive Rekonstruktionen (z. B. dentinadhäsive Aufbauten von stark zerstörten Frontzähnen oder die Versorgung größerer Defekte im Seitenzahnbereich, die früher nur mit Inlays, Teil- oder Vollkronen lege artis hätten behandelt werden können) waren bei Inkrafttreten der GOZ noch nicht möglich. Dentinadhäsive Restaurationen sind alternativ zu metallischen Restaurationen langfristig funktionell belastbar und weniger invasiv.

Sie können angezeigt sein bei:

- definitiver Versorgung eines kariösen Zahnes;
- Aufbaurekonstruktionen vor einer Behandlung mit Inlays, Teilkronen, Kronen;
- non- oder minimalinvasive Rekonstruktionen bei Substanzverlust durch z. B. Fraktur oder Knirschen, Abrasionen, Erosionen;
- Formveränderung von Zähnen, Aufbau von Funktionsflächen, Diastemaschluss u. v. m.

Eine eigene Gebührenposition für derartige Rekonstruktionen existiert nicht. Es handelt sich vielmehr um „selbständige zahnärztliche Leistungen, die erst nach Inkrafttreten dieser Gebührenordnung auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt“ wurden. Sie werden nach § 6 Abs. 2 GOZ entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet. Häufig werden die GOZ-Positionen 214 bis 217 als Analogpositionen verwendet.

Dabei erscheint es zweckmäßig, die gesamte Rekonstruktion, also z. B. Ätzen, Konditionieren, Dentin Bonding, Schichtung, Lichthärtung, Ausarbeitung, Politur usw., als **eine Leistung** analog zu bewerten.

Auszüge aus der wissenschaftlichen Stellungnahme der DGZMK vom 22. Mai 2003
„Der bisherige Leistungsinhalt der „klassischen“ Füllungstherapie beinhaltet lediglich das konventionelle Präparieren einer in der Regel mittelgroßen Standardkavität und das Auffüllen des entstandenen Defektes mit konventionellem plastisch verarbeitbarem Material. (...)

Mit den hier beschriebenen Restaurationsarten kann hingegen nicht nur die vorhandene Zahnkontur vorteilhafter als bisher rekonstruiert werden. Darüber hinaus lässt sie sich befundbezogen unter Beachtung ästhetischer, phonetischer, kaufunktioneller und/oder parodontaler Gesichtspunkte Substanz schonend und kavitätenunabhängig neu gestalten. (...)

Die oben beschriebenen Einsatzgebiete von Kompositrestaurationen können erheblich dazu beitragen, den Zahnerhalt zu fördern und Substanz opfernde invasive Maßnahmen zu vermeiden oder zumindest auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben. (...) ist der klinische Einsatz dieser Maßnahme aufgrund der günstigen Schaden/Nutzen-Relation (kein oder nur geringer Verlust von Zahnhartsubstanz gegenüber stark invasiven Restaurationen) empfehlenswert“.

Hinweis

Wenn ein Kostenerstatter auf der Ansicht besteht, dass es sich statt einer neu entwickelten (analog zu berechnenden) Leistung um eine Füllung im herkömmlichen und in der GOZ beschriebenen Sinn handle, bleibt dem Patienten nur der Klageweg. Die überwiegende Anzahl der Gerichte hat, sofern ein Sachverständiger eingeschaltet war, im Sinne der Auslegung der Bayerischen Landes Zahnärztekammer entschieden.

Aufbaufüllungen bei Inlays als vorbereitende Maßnahmen

Vor der Präparation für ein Inlay ist – z. B. zur Verringerung der Ausdehnung und/oder Erhöhung der Retention – häufig der vorherige Aufbau des Zahnes erforderlich. Es handelt sich dabei – wie bei den Nrn. 203, 233 ff. GOZ – um selbständige, abgeschlossene Leistungen, die in der sehr detaillierten Abrechnungsbestimmung für Inlays nicht enthalten sind.

Konventionelle Aufbaufüllungen werden als Füllungen berechnet, wenn der Leistungsinhalt der Nrn. 205, 207, 209, 211 GOZ (Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung) erfüllt ist.

Für andere, neu entwickelte Aufbauarten, wie zum Beispiel Dentinadhäsive Rekonstruktionen, ist die Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 2 GOZ vorgesehen. In diesen Fällen werden häufig die GOZ-Positionen 214 bis 217 als Analogpositionen verwendet.

Die dentinadhäsive Verankerung eines Wurzelstiftes wird als neu entwickelte Leistung zusätzlich zur Aufbaufüllung oder dentinadhäsiven Rekonstruktion analog gemäß § 6 Abs. 2 GOZ berechnet.

Hinweis

Die Berechnung der Nr. 218 GOZ für Aufbaufüllungen ist nur „zur Aufnahme einer Krone“ möglich, nicht als vorbereitende Maßnahme zur Anfertigung von Inlays.

Provisorische Einlagefüllung – Bestandteil der Inlayleistung

Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 13. Mai 1992 (OLG München, LG München I, Az. IV ZR 213/91) können Inlayprovisorien weder nach Geb.-Nr. 227 noch nach den Geb.-Nrn. 215 bis 217 gesondert berechnet werden. Da alle Arten von provisorischen Versorgungen bei Inlaypräparationen von der Gebührenposition für das Inlay erfasst sind, muss dem unterschiedlichen Aufwand (kein Provisorium – z. B. bei Cerec –, plastischer Verschluss, Kunststoffinlay) durch entsprechende Anpassung des Steigerungsfaktors oder einer Gebührenvereinbarung nach § 2 GOZ Rechnung getragen werden.

An der Berechnungsfähigkeit der Laborkosten von provisorischen Einlagefüllungen aus Kunststoff oder Metall hat sich durch das Urteil nichts geändert, da dem Zahnarzt nach § 9 GOZ der Auslagenersatz für die tatsächlich entstandenen, angemessenen Kosten zahntechnischer Leistungen zusteht. Dies gilt für provisorische Einlagefüllungen genauso wie für definitive Inlays.

Notdienst – Inlayprovisorien

Müssen jedoch Inlayprovisorien von einem anderen Zahnarzt (z. B. im Notdienst) erneuert werden, ist hierfür die Geb.-Nr. 227 anzusetzen. Bei einer notwendigen Neuanfertigung eines Inlayprovisoriums fallen gegebenenfalls auch Material- oder Laborkosten an.

Aufbaufüllungen sowie -rekonstruktionen bei Kronen

Bei der Anfertigung von Kronen ist häufig der vorhergehende Aufbau des zerstörten Zahnes erforderlich. Diese Maßnahmen sind in der Abrechnungsbestimmung dieser Positionen nicht enthalten. Solche Restaurationen sind selbständige abgeschlossene Leistungen. Sie sind als Füllungen berechenbar, wenn der Leistungsinhalt der Nrn. 205, 207, 209, 211 GOZ erfüllt ist. Neben (d. h. gleichzeitig mit) den Leistungen nach den Nrn. 220 bis 222 GOZ (Einzelkronen) sind Leistungen nach Nrn. 205, 207, 209, 211 GOZ nicht berechnungsfähig. An deren Stelle ist die Nr. 218 GOZ vorgesehen. Für andere Präparationen, aber auch für eine vor der Präparation von Einzelkronen gelegte Füllung gilt diese Einschränkung nicht.

Für die Berechenbarkeit der Nrn. 205, 207, 209, 211 GOZ kommt es nicht darauf an, wie lange eine Füllung (unverändert) im Munde bleibt, sondern ausschließlich ob der Leistungsinhalt der Nrn. 205, 207, 209, 211 GOZ erfüllt ist.

Für dentinadhäsive Aufbaurekonstruktionen ist die Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 2 GOZ vorgesehen. In diesen Fällen werden häufig die Positionen 214 bis 217 GOZ als Analogpositionen verwendet.

218 – 219 GOZ – Nebeneinanderberechnung – Dentinadhäsive Verankerung von Wurzelstiften

Die Geb.-Nrn. 218 GOZ und 219 GOZ können nebeneinander berechnet werden, wenn bei räumlich getrennten Defekten die Ergänzung eines im Wurzelkanal befestigten Schrauben- oder Stiftaufbaus durch plastisches Material erforderlich ist.

Die Versorgung eines Zahnes mittels dentinadhäsiver Verankerung eines Wurzelstiftes wird als neu entwickelte Leistung zusätzlich zur Aufbaufüllung oder dentinadhäsiven Rekonstruktion analog gemäß § 6 Abs. 2 GOZ berechnet.

Rezementierung eines Wurzelstiftes oder gegossenen Stiftaufbaus

Die Rezementierung eines Wurzelstiftes oder gegossenen Stiftaufbaus ist nach Geb.-Nr. 219 GOZ zu berechnen. Die zusätzliche Wiedereingliederung einer Krone oder Brücke wird ergänzend über die Positionen 231 GOZ oder 511 GOZ berechnet.

221 – 501 GOZ – Implantatgetragene Kronen

Im Originaltext der Gebührenordnung sind Implantate lediglich bei den Gebührenpositionen 220 GOZ bzw. 500 GOZ erwähnt. Dies bedeutet aber nicht, dass auf Implantaten andere Kronenformen (z. B. nach GOZ-Nrn. 221, 501, 503, 504) nicht möglich und berechenbar wären.

Muss beispielsweise ein Implantatstumpf für eine Krone bzw. für einen Brückenanker im Sinne einer Hohlkehl- bzw. Stufenpräparation präpariert werden, so stehen hier natürlich die entsprechenden Geb.-Nrn. 221 bzw. 501 zur Verfügung.

FAL/FTL im Zusammenhang mit Einlagefüllungen oder Einzelkronen

Die Berechnung funktionsanalytischer und -therapeutischer Leistungen ist bei entsprechender Indikation auch neben Kronen- und/oder Inlayversorgungen möglich. Die Relationsbestimmung im Zusammenhang mit den GOZ-Positionen 221, 501 und 507 ist nicht identisch mit funktionsanalytischen und -therapeutischen Maßnahmen. Die GOZ-Positionen 800 ff. betreffen verschiedene zahnärztliche Leistungen mit eigenständigem Gewicht.

222 GOZ – Onlay – Teilkrone – Definition

Im Unterschied zu Einlagefüllungen muss bei einer Teilkrone mindestens ein Höcker überkappt werden. Ein Onlay ist daher nach seiner Art eine Teilkrone, keine Einlagefüllung.

Verblendschalen/Veneers

Die Berechnung von Verblendschalen/Veneers erfolgt als Analogleistung gemäß § 6 Abs. 2 GOZ, da es sich um eine neu nach 1988 entwickelte Leistung handelt.

223/505 GOZ – Teilleistungen bei Kronen und Brückenversorgung im Zusammenhang mit Langzeitprovisorien

Die Berechnung von Teilleistungen bei Kronen- und Brückenversorgungen ist immer dann möglich, wenn es sich um eine selbständige Leistung im Sinne von § 4 Abs. 1 GOZ handelt. Dies ist z. B. der Fall, wenn aufgrund der medizinischen Umstände die endgültige Versorgung nicht in einem Zuge möglich ist, ein langer Zeitraum bis zur definitiven Überkronung verstreichen muss und Langzeitprovisorien eingesetzt werden. Die dann zunächst durchgeführte Präparation ist dem für die definitive Kroneneingliederung gleich. Es fehlen jedoch die Abformung für die endgültigen Kronen und deren Eingliederung. Die Teilleistung ist damit vollständig erbracht und der Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 223 GOZ bzw. 505 GOZ erfüllt. Gelegentlich stellt sich heraus, dass eine definitive Überkronung nach einer Beobachtungszeit nicht mehr indiziert erscheint, so dass präparierte Zähne entfernt werden müssen.

Das Honorar für die endgültigen Kronen richtet sich allein nach dem (späteren) Umfang und Aufwand zum Zeitpunkt des Beginns der definitiven Behandlung. Wenn z. B. keine neue Präparation erforderlich ist, kann die bereits durchgeführte und berechnete Teilleistung „Präparation“ bei der Berechnung der endgültigen Krone ganz oder teilweise angerechnet werden. Besteht jedoch zur Anfertigung der endgültigen Kronen die Notwendigkeit der Nachpräparation für die Aufnahme der endgültigen Krone, beispielsweise weil inzwischen der Zahnfleischrand weiter geschwunden ist oder die Okklusion verändert werden muss, wird das Honorar für die endgültigen Kronen durch die erste Präparation nicht beeinflusst. Die erneute Präparation ist in der Regel ähnlich aufwendig wie bei der Erneuerung von vorhandenen Kronen oder bei der Erstpräparation und löst deshalb eine erneute Berechnungsfähigkeit der entsprechenden Kronenpositionen aus.

227 – 228 GOZ – Berechnung an einem Zahn in getrennten Sitzungen

Die Berechnung der Geb.-Nrn. 227 („*Eingliederung einer provisorischen Krone*“) und 228 GOZ („*Eingliederung einer provisorischen Krone mit Stiftverankerung*“) ist bei einer Versorgung mit gegossenen Stiftaufbauten regelmäßig erforderlich.

Bei der Versorgung eines Zahnes mit einem Stiftaufbau im indirekten Verfahren muss zunächst der präparierte Pfeiler mit einem Provisorium mit Stiftverankerung gemäß Geb.-Nr. 228 GOZ versorgt werden. Der Stiftaufbau wird anhand eines Abdrucks hergestellt und in einer Folgesitzung einzementiert. Es folgt ein neuer Abdruck zur Herstellung der eigentlichen Krone. Bis zur Fertigstellung der endgültigen Krone muss nun der Zahn mit einer provisorischen Krone gemäß Geb.-Nr. 227 GOZ geschützt werden.

229 GOZ – Entfernung „fest“ zementierter Provisorien/Langzeitprovisorien

Prinzipiell kann die Geb.-Nr. 229 nicht für die Entfernung von Provisorien nach Nrn. 227/228, 512 und 708 angesetzt werden, da das Gebührenverzeichnis „*einschließlich Entfernung*“ bestimmt. Dies gilt jedoch nach Ansicht der BLZK nicht für das Entfernen eines provisorischen Schutzes, der wie eine definitive Versorgung fest einzementiert werden musste.

Dies ist bei den Provisorien nach den Geb.-Nrn. 227/228 und 512 GOZ seltener, bei der Geb.-Nr. 708 GOZ häufiger der Fall. Dazu müssen die Provisorien zur Entfernung meist wie definitive Kronen aufgeschlitzt und ggf. der Befestigungszement aufwendig von den präparierten Zähnen entfernt werden.

229 GOZ – Kronenentfernung und Trennen von Verblockungsstellen

Die Position 229 GOZ ist für das Entfernen von Kronen pro Krone und/oder das Trennen von Verblockungsstellen je Trennstelle berechenbar. In manchen Fällen sind auch mehr Trennstellen notwendig, als Kronen vorhanden sind, beispielsweise, wenn die Gefahr besteht, dass bei Divergenz der Pfeiler Kronenfrakturen bzw. -absprengungen resultieren können.

Muss eine Krone zum Entfernen in mehrere Einzelteile zerlegt werden, so ist die Position 229 GOZ jedoch nur einmal berechenbar. Der Mehraufwand kann durch einen erhöhten Steigerungsfaktor berücksichtigt werden.

232 – 511 GOZ – Brückenreparatur

Bei der Wiederherstellung einer Krone, eines Brückenankers, einer Verblendschale oder Verblendung an feststehendem Zahnersatz, der nicht mehr funktionstüchtig war, ist jeweils die Geb.-Nr. 232 GOZ berechenbar. Wird eine Brücke wiederhergestellt, fällt für die Wiedereingliederung nach Wiederherstellung zusätzlich einmal die Geb.-Nr. 511 GOZ an. Die zahntechnischen Leistungen kommen jeweils hinzu.

233 GOZ – Erhaltung der vitalen Pulpa bei Caries profunda

Der Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 233 GOZ lautet: „*Maßnahmen zur Erhaltung der vitalen Pulpa bei Caries profunda (Exkavieren, indirekte Überkappung, gegebenenfalls temporärer Verschluss)*“.

Eine Einschränkung der Abrechnungshäufigkeit besteht nicht. So kann unter Umständen an demselben Zahn auch in mehreren Sitzungen eine Caries-profunda-Behandlung notwendig sein und berechnet werden. Auch können an einem Zahn mehrere tiefe kariöse Defekte vorhanden sein, die nicht in direktem Zusammenhang stehen. Hier kann die Geb.-Nr. 233 GOZ ebenfalls mehrfach pro Zahn und Sitzung angesetzt werden.

239 GOZ – Wiederholte Berechnung der Trepanation

Die Trepanation eines Zahnes dient beim geschlossenen Zahn der Schaffung eines Zugangs zum Pulpenkavum. Die erneute Eröffnung eines bereits trepanierten und lediglich provisorisch verschlossenen Zahnes (z. B. mit Cavit) ist keine Trepanation im Sinne einer Zugangspräparation. Diese Leistung, die im Rahmen einer über mehrere Sitzungen verteilten Wurzelbehandlung mehrfach anfallen kann, ist daher nicht nach Geb.-Nr. 239 GOZ zu berechnen.

Wurde der Zahn jedoch durch definitiv verschlossen, ist die Wiedereröffnung nach 239 GOZ erneut berechenbar.

241 GOZ – Wiederholte Berechnung der Wurzelkanalaufbereitung

Die Leistung „*Aufbereiten eines Wurzelkanals*“ ist berechnungsfähig, wenn der Kanal aufbereitet wurde. In Ausnahmefällen kann eine erneute, weitergehende Aufbereitung erforderlich sein, z. B. wenn nach ursprünglich vollendeter Aufbereitung durch Verlust des bakteriendichten Verschlusses der Trepanationsöffnung eine bakterielle Re-Infektion des Wurzelkanals erfolgt ist, die eine erneute Bearbeitung der Kanalwände erforderlich macht.

Eine wiederholte Berechnung der Wurzelkanalaufbereitung ist jedoch nicht möglich, wenn die Aufbereitung willkürlich oder aus praxisorganisatorischen Zeitgründen auf mehrere Sitzungen verteilt wird.

241 – 244 GOZ – Retrograde Wurzelfüllung

Auch die „retrograde“ Wurzelfüllung wird nach der Position 244 GOZ berechnet. Zusätzlich wird – sofern der Leistungsinhalt erbracht ist – auch die vorher notwendige retrograde Wurzelkanalaufbereitung nach 241 GOZ berechnet. (Beide sind selbständige Leistungen und unabhängig von einer orthograden Wurzelbehandlung.) Berechenbar je Wurzelkanal. Zusätzlich werden die notwendigen Leistungen der Wurzelspitzenresektion (je Wurzelspitze) angesetzt.

Bei konfektionierten apikalen Stiftsystemen fallen darüber hinaus Materialkosten an.

D. Chirurgische Leistungen

307 GOZ – Exzision von Schleimhaut oder Granulationsgewebe – als selbständige Leistung

Der Zusatz „*als selbständige Leistung*“ schränkt die Berechnungsfähigkeit nur insofern ein, als die Exzision nicht Bestandteil einer anderen, gleichzeitig durchgeführten chirurgischen Maßnahme sein darf.

Wenn kein örtlicher, zeitlicher und technischer Zusammenhang mit einer anderen berechneten Leistung besteht, kann die Geb.-Nr. 307 GOZ auch in derselben Sitzung berechnet werden. Die Berechnung erfolgt nicht pro Zahn, sondern je Exzision, d. h. je entferntem Stück Schleimhaut oder Granulationsgewebe.

Vielfach ist die Geb.-Nr. 408 GOZ – „*Gingivektomie, Gingivoplastik, je Parodontium*“ – besser zutreffend als die Geb.-Nr. 307 GOZ, wenn beispielsweise eine Exzision am Gingivarand aus parodontaltherapeutischen Gründen erfolgt, etwa im Zusammenhang mit einer Überkronung. Die Geb.-Nr. 408 GOZ wird je Parodontium berechnet.

330 GOZ, 2006 GOÄ – 2007 GOÄ – Nebeneinanderberechnung

In der GOÄ stellt die Ziffer 2007 eine fest definierte Leistung dar. Auch dort gibt es für die Wundbehandlung eine eigene Ziffer, nämlich die 2006. Damit hat die GOÄ-Ziffer 2007 einen eigenen Stellenwert.

Die Ziffer 2007 ist allerdings nicht je entferntem Faden, sondern pro OP-Gebiet ansatzfähig. Ist das Gebiet sehr groß, so ist der Mehraufwand durch einen erhöhten Steigerungssatz zu berücksichtigen.

Der GOZ-Ausschuss der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) ist der Ansicht, dass die Positionen 330 GOZ und 2007 GOÄ nicht nebeneinander berechenbar seien, die GOÄ-Positionen 2006 und 2007 jedoch schon.

Auch die Nebeneinanderberechnung der Position 329 GOZ und GOÄ 2007 ist nach Ansicht der BLZK nicht zu beanstanden.

Laserbehandlung

Bei der Behandlung mit Dental-Lasern ist hinsichtlich der Berechnung zu beachten, ob hierbei eine neue Art der Therapie oder eine bereits bekannte Therapie mit neuen Mitteln durchgeführt wird.

Wenn es sich um eine neuartige Leistung handelt, die vor Einführung der GOZ 1988 nicht bekannt war, kann sie analog gemäß § 6 Abs. 2 GOZ berechnet werden. Handelt es sich jedoch um eine damals schon bekannte und beschriebene Leistung (z. B. Schleimhautexzision mit dem CO₂-Laser), kann ein Mehraufwand bei der Behandlung mit einem Lasergerät durch einen entsprechenden Steigerungssatz, gegebenenfalls eine Vereinbarung gemäß § 2 GOZ, berücksichtigt werden.

Die Anwendung von Lasern ist bei bestimmten Indikationen wissenschaftlich anerkannt. So wurde in die neue GOÄ vom 1. Januar 1996 ein Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei ambulanten Operationen aufgenommen. Die Position 441 GOÄ ist jedoch nur im Zusammenhang mit bestimmten GOÄ-Leistungen berechenbar.

E. Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums

405 GOZ – Entfernen harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren, je Zahn – Mehrfachberechnung
406 GOZ – Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge mit Nachreinigung einschließlich Polieren, je Zahn

Die Geb.Nr. 405 ist für denselben Zahn dann wieder berechenbar, wenn sie durchgeführt wird.

Erfolgt eine Kontrolle der Belagentfernung, ggf. mit einer Nachreinigung des Zahnes in einer darauffolgenden Sitzung, so ist die Gebührennummer 406 GOZ anzusetzen.

Die Geb.-Nr. 406 ist neben der Geb.-Nr. 405 in einer Sitzung für dieselben Zähne nicht berechenbar. Die sofortige Kontrolle nach der Entfernung von Belägen ist in der Leistung 405 enthalten. Werden die Leistungen nach den Geb.-Nrn. 405 und 406 jedoch an unterschiedlichen Zähnen durchgeführt, so ist gegen eine Nebeneinanderberechnung in derselben Sitzung nichts einzuwenden.

405 – 407 GOZ – Definition, Nebeneinanderberechnung

Hinsichtlich der Anwendung der Geb.-Nrn. 405 und 407 GOZ besteht die Notwendigkeit der Differenzierung. Die Entfernung oberhalb des Zahnfleischrandes gelegener harter und weicher Beläge wird nach Geb.-Nr. 405 GOZ berechnet.

Die Entfernung harter Beläge unterhalb des Zahnfleischrandes, ggf. einschließlich der Bearbeitung der Wurzeloberfläche und – soweit erforderlich – des Zahnfleisches selbst, wird nach der Geb.-Nr. 407 GOZ berechnet.

Im Rahmen der Parodontalbehandlung fallen regelmäßig beide Leistungen an. Sie können sowohl gemeinsam in einer Sitzung als auch in getrennten Sitzungen durchgeführt werden.

407 GOZ – Delegierbarkeit der Leistungserbringung

Der Gesetzgeber hat mit der Änderung des Zahnheilkundegesetzes der Tatsache Rechnung getragen, dass es unter fachlichen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht erforderlich ist, alle Leistungen an Patienten nur von approbierten Zahnärzten durchführen zu lassen.

Die Fortgebildete Zahnmedizinische Fachangestellte darf demnach gemäß Zahnheilkundegesetz und Ausbildungsverordnung klinisch erreichbare subgingivale Beläge und Konkremente entfernen. Unabdingbar ist hierbei, dass die Tätigkeit nicht approbierten Personals vom Zahnarzt angewiesen und kontrolliert wird und unter seiner Aufsicht und Verantwortung erbracht wird (sog. „*eigene Leistungen*“ gemäß § 4 Abs. 2 GOZ).

407 GOZ – Mehrmalige Berechnung innerhalb eines kurzen Zeitraumes

Die Geb.-Nr. 407 für denselben Zahn ist dann wieder berechenbar, wenn sich neue subgingivale Konkremente gebildet haben, die entfernt werden müssen. Dies kann u. U. – abhängig vom vorliegenden Einzelfall – auch innerhalb eines verhältnismäßig kurzen Zeitraumes eintreten.

Zahnstein – Konkremente

Im Rahmen der GOZ-Fibel wird GOZ-konform von Konkrementen gesprochen. Nach neuer Nomenklatur wird jedoch nicht mehr zwischen Zahnstein und Konkrementen, sondern zwischen supra- und subgingivalem Zahnstein unterschieden.

409/410 GOZ – Lappenoperation an einem Frontzahn/Seitenzahn

Der Leistungsinhalt lautet: *„Lappenoperation, offene Kürettage, einschließlich Osteoplastik an einem Frontzahn (bzw. Seitenzahn), je Parodontium“*.

Die Geb.-Nr. 409/410 sind mit einer Berechnungseinschränkung versehen: *„Neben den Leistungen nach den Nummern 409 und 410 sind Leistungen nach den Nummern 405 bis 408 in der gleichen Sitzung nicht berechnungsfähig.“*

Die Berechnungseinschränkung der Geb.-Nrn. 409/410 bezieht sich ausschließlich auf die Nummern 405 bis 408 GOZ, daraus folgt, dass andere ergänzende Leistungen in gleicher Sitzung berechenbar sind.

415 GOZ – Nachbehandlung nach parodontalchirurgischen Maßnahmen nach den Nummern 407 bis 414, je Zahn – neben 200 GOÄ – Verbandwechsel

Der Verbandwechsel – nach operativen Maßnahmen nach den Geb.-Nrn. 408 bis 414 GOZ – ist in getrennter Sitzung als selbständige Leistung nach der Geb.-Nr. 200 GOÄ zusätzlich neben der Geb.-Nr. 415 GOZ für die Nachbehandlung berechenbar.

Materialkosten für den Verband sind als Ersatz von Auslagen nach § 10 GOÄ berechenbar.

Analogberechnung neu entwickelter Parodontal-Verfahren

Mikrobiologische Testverfahren

Mikrobiologische Testverfahren, z. B. im Rahmen der Diagnostik von Parodontalerkrankungen oder des Kariesrisikos, sind folgendermaßen zu berechnen:

- **Auswertung im Fremdlabor**, z. B. DNA-Sondentest
Berechnung nach GOÄ 298 je Entnahmestelle; zusätzlich fallen Drittkosten (Laborkosten) an
- **Eigene Auswertung**, z. B. Speicheltest
Berechnung nach GOÄ 298 je Entnahmestelle und zusätzlich für die Auswertung Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 2 GOZ

GTR – Einbringen und Entfernung einer Membran

Das Einbringen einer GTR-Membran (Guided Tissue Regeneration, engl.: Gesteuerte Geweberegeneration) ist eine erst nach dem Inkrafttreten der GOZ neu entwickelte Leistung. Sie wird gemäß § 6 Abs. 2 GOZ analog berechnet.

Die Leistung wird nicht je Zahn, sondern je eingebrachter Membran berechnet. Auslagen, z. B. für die Membran, sind gemäß § 3 GOZ gesondert berechnungsfähig.

Das Heranziehen der Position 413 GOZ als Analogleistung wird dem Leistungsumfang der GTR allerdings bei weitem nicht gerecht. Der Zahnarzt ist gehalten, wie bei allen Analogleistungsberechnungen, die Bewertung gemäß § 6 Abs. 2 GOZ nach Art, Kosten und Zeitaufwand vorzunehmen.

Sollte eine Fixation der Membran durch Schrauben, Nägel oder Pins notwendig sein, ist diese zusätzlich berechenbar.

Konkludent ist auch die Membrantfernung eine neu entwickelte Leistung, die deshalb ebenfalls nach § 6 Abs. 2 GOZ analog berechnet wird.

Bindegewebstransplantat

Bei der Verpflanzung eines Bindegewebstransplantats z. B. aus dem palatinalen Bindegewebe zum Weichgewebsmanagement ist die Entnahme und das Einbringen des Bindegewebstransplantats je Transplantat analog gemäß § 6 Abs. 2 GOZ zu berechnen.

F. Prothetische Leistungen

501 – 221 GOZ – Berechnung bei implantatgetragenen Kronen

Implantatgetragene Kronen bzw. Brücken werden nur bei den Gebührenpositionen 220 GOZ bzw. 500 GOZ erwähnt. Das heißt nicht, dass andere Kronenformen, wie z. B. Teleskopkronen gemäß Nr. 504 auf Implantaten nicht möglich und berechenbar wären.

Wird zum Beispiel ein Implantatabutment für eine Krone bzw. für einen Brückenanker im Sinne einer Hohlkehl- bzw. Stufenpräparation präpariert, können die Geb.-Nrn. 221 GOZ bzw. 501 GOZ berechnet werden.

503 – 508 GOZ – Implantate mit Wurzelstiftkappen

Wurzelstiftkappen auf Implantaten können nach Geb.-Nr. 503 GOZ berechnet werden. Daneben sind die Geb.-Nrn. 500 und 501 GOZ nicht berechenbar.

Bei Wurzelkappen mit entsprechenden Verbindungselementen (z. B. Knopfanker) zum herausnehmbaren Zahnersatz fällt zusätzlich die Geb.-Nr. 508 GOZ an.

504 – 508 GOZ – Nebeneinanderberechnung

Für eine Teleskopkrone oder Konuskrone kann nach Ansicht der BLZK immer dann die Geb.-Nr. 508 GOZ zusätzlich zur Geb.-Nr. 504 GOZ berechnet werden, wenn sie ein Verbindungselement zwischen einem Pfeilerzahn und einer zusammengesetzten Prothese oder Brücke darstellt. Die Beihilfefähigkeit ist jedoch zur Zeit nicht gegeben.

Zusätzliche in eine Teleskopkrone eingebaute Friktionsstiftchen und dergleichen gelten nicht als eigenständige Verbindungselemente. Sie verbessern oder erzeugen die Haltefunktion des vorhandenen Verbindungselementes (das nach Position 508 GOZ zu berechnen ist).

507 – 521 GOZ – Nebeneinanderberechnung

Bei Anfertigung einer Modellgussprothese kann neben der Geb.-Nr. 521 GOZ je Spanne bzw. Freie die Geb.-Nr. 507 GOZ berechnet werden. Die Geb.-Nr. 521 GOZ beschreibt nur einen Teil der bei einer Modellgussprothese durchgeführten zahnärztlichen Leistung, nämlich die Anfertigung des Grundgerüsts. Nach dem in der amtlichen Begründung der Bundesregierung zur GOZ (Bundsrats-Drucksache Nr. 276/87) erklärten Willen des Verordnungsgebers, sind Prothesen nicht mehr nach der Zahl der zu ersetzenden Zähne zu berechnen, sondern nach der Zahl der zu überbrückenden Spannen. Für die Berechnung von „Spannen“, auch bei Prothesen, enthält das Gebührenverzeichnis die Position 507 GOZ.

507 – 520/521 GOZ – Nebeneinanderberechnung

Die Ausführungen des vorhergehenden Absatzes gelten entsprechend auch für die Nebeneinanderberechnung der Positionen 507 GOZ (Spanne) und 520 bzw. 521 GOZ (Teilprothese).

507 – 526 GOZ – Nebeneinanderberechnung

Die Geb.-Nr. 507 GOZ kann bei prothetischen Leistungen dann zusätzlich zur Geb.-Nr. 526 GOZ (Wiederherstellung Prothese) berechnet werden, wenn ein neuer Prothesensattel geplant und an die bestehende Prothese angefügt wurde.

Wird hingegen lediglich ein bestehender Sattel um weitere Zähne erweitert, kann hierfür die Geb.-Nr. 507 GOZ nicht zusätzlich berechnet werden.

509 GOZ – Wiederherstellung der Funktion eines Verbindungselements

Die Geb.-Nr. 509 GOZ bezieht sich beispielweise auf das Aktivieren eines Verbindungselements oder auf den Austausch eines Verschleißteils. Sie ist daher bei Geschieben, Riegeln, Doppelkronen und dergleichen zu berechnen, wenn die Funktion wiederhergestellt werden kann und eine Neuanfertigung nicht erforderlich ist. Wird z. B. „nur“ eine Klammer aktiviert, ist nur die GOZ Nr. 525 anzusetzen.

515 GOZ – Adhäsiv befestigte Vollkeramikbrücken

Adhäsiv befestigte Brücken (auch Marylandbrücken) sind je nach Präparationsart gemäß den Positionen 501 GOZ bzw. 502 GOZ für die Brückenanker und zusätzlich mittels Geb.-Nr. 515 GOZ für die erste Brückenspanne zu berechnen. Jede weitere Spanne wird zusätzlich nach 516 GOZ berechnet.

517 GOZ – Anatomische Kieferabformung mit individuellem Löffel

Der Passus „*ungünstige Zahnbogen- und Kieferform*“ bzw. „*und/oder tief ansetzende Bänder*“ im Leistungstext der Geb.-Nr. 517 GOZ bedeutet, dass die Kongruenz zwischen Standard-Abformlöffel und Kiefer für das vorgesehene Abformverfahren nicht ausreicht und daher eine individuelle Anpassung notwendig ist.

Diese kann entweder durch Anfertigung eines individuellen Löffels aus Kunststoff erfolgen oder durch Individualisieren eines Standardlöffels mit Kunststoff, thermoplastischen Massen o. Ä. bewerkstelligt werden. Die getrennte Berechnung einer Laborleistung ist nicht Voraussetzung für die Abrechnung der Geb.-Nr. 517 GOZ. Auch ein im obigen Sinne individualisierter Hydrokolloidlöffel rechtfertigt die Berechnung der Geb.-Nr. 517 GOZ (jedoch nicht die alleinige Abformmethode mittels Hydrokolloid). Der zahnärztliche Aufwand ist bei der Anfertigung eines individuellen Löffels und für die Individualisierung eines Löffels vergleichbar hoch. Das Gleiche gilt für die anatomische Abformung des Gegenkiefers mit individuellem oder individualisiertem Abdrucklöffel bei ungünstigen Zahnbogen und Kieferformen.

Gegebenenfalls zusätzlich berechenbar sind die notwendigen Material- und Laborkosten gemäß § 9 GOZ.

517 GOZ – Spezielle Abformung zur Remontage

Spezielle Abformungen zur Remontage sind je Kiefer nach der Geb.-Nr. 517 GOZ zu berechnen. Ein individueller Löffel ist dafür nicht zwingend.

525 – 526 GOZ – Wiederherstellungsmaßnahmen von Prothesen

Sind mehrere, in sich abgeschlossene Wiederherstellungen der Funktion einer Prothese notwendig, sind die Maßnahmen je Wiederherstellung nach den Geb.-Nrn. 525 GOZ bzw. 526 GOZ berechenbar.

Werden mit einem Vorgang mehrere Wiederherstellungen der Funktion einer Prothese durchgeführt, ist dafür die Geb.-Nr. 525 GOZ oder 526 GOZ nur einmal berechenbar.

Gleichzeitig durchgeführte Erweiterungen einer Prothese lösen erneut die Berechnung nach 525 GOZ bzw. 526 GOZ aus.

„Vergessene“ Leistung: Coverdenture (Deckprothese)

Die Deckprothese (Coverdenture) ist von keiner Leistungsbeschreibung im Gebührenverzeichnis erfasst. Der Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 520 GOZ wird nicht erfüllt, da es sich nicht um eine Teilprothese handelt und weder gebogene Halteelemente noch ein Einschleifen von Auflagen erfolgt. Auch der Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 521 GOZ wird nicht erfüllt, weil die Deckprothese nicht zwangsläufig eine Modellgussprothese mit gegossenen Halte- und Stützelementen darstellt und auch ein Einschleifen von Auflagen nicht erfolgt. Die Gebührenordnung sieht für die Coverdenture-Prothese keine Position vor. Die zum üblichen zahnärztlichen Behandlungsspektrum gehörende Coverdenture-Prothese ist eine notwendige Behandlungsform, so dass eine Berechnung als Verlangensleistung nach § 2.3 GOZ ausscheidet. Es kann deshalb zur Berechnung hilfsweise nur die am besten passende Leistungsbeschreibung herangezogen werden.

Adäquat wäre die Berechnung einer Coverdenture-Prothese nach der Geb.-Nr. 522 GOZ bzw. 523 GOZ und für die Doppelkronen die Berechnung nach der Geb.-Nr. 504 GOZ zusammen mit der Geb.-Nr. 508 GOZ.

„Vergessene“ Leistung: Neuanfertigung Primärteleskop

Auch die notwendige Neuanfertigung eines Primärteleskops oder einer Primärkonuskronen wurde in der GOZ 1988 schlichtweg vergessen.

Nachdem es sich um eine medizinisch notwendige Leistung handelt, ist nach Ansicht der Bayerischen Landeszahnärztekammer die Berechnung nach den Geb.-Nrn. 500 GOZ bzw. 501 GOZ, je nach Präparationsart, zuzüglich der Position 509 GOZ „*Wiederherstellung eines Verbindungselements*“, nachvollziehbar.

G. Kieferorthopädische Leistungen

203 GOZ im Zusammenhang mit kieferorthopädischen Leistungen

Für die Eingliederung eines Bandes (Geb.-Nr. 612 GOZ) ist im Regelfall eine Leistung, wie sie unter Geb.-Nr. 203 beschrieben ist, unverzichtbar. Diese Leistung muss regelmäßig vor Eingliederung eines Bandes als alleinige und eigenständige Leistung erbracht werden.

Hinweis

Trotz dieser fachlichen Erfordernisse und obwohl eine entsprechende Regelung in der vertragszahnärztlichen Versorgung besteht und auch in der BUGO-Z (der früheren privaten Gebührenordnung für Zahnärzte) bestand, wird aufgrund der hier unglücklich formulierten GOZ und der Beihilfevorschriften die Gewährung der entsprechenden Beihilfe durch manche Beihilfestellen teilweise verweigert. Von anderen Beihilfestellen wird sie erfreulicherweise wegen der medizinischen Notwendigkeit des entstandenen Aufwands akzeptiert und entsprechend erstattet, ebenso von den meisten privaten Krankenversicherungen.

603 – 608 GOZ – Fälligkeit von KFO-Gebühren, KFO-Abschlagszahlungen

Die Geb.-Nrn. 603 bis 608 GOZ umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren. Die volle Gebühr wird auch fällig, wenn die Behandlung weniger als vier Jahre dauert. Muss eine Behandlung über den Zeitraum von vier Jahren hinaus fortgesetzt werden, fällt die erneut anzusetzende Gebühr in vollem Umfang an, unabhängig von der weiteren Dauer.

Die Gebührenordnung für Zahnärzte enthält keine Vorschrift, wonach die Gesamtkosten der Behandlung in Abschlagszahlungen aufgeteilt werden müssen. Diese Berechnungsweise ist jedoch allgemein üblich.

619 GOZ – Belehrendes und beratendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen – bei nicht kieferorthopädischen Leistungen

Die Position 619 GOZ kann immer dann in Rechnung gestellt werden, wenn ein beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen stattgefunden hat. Je nach Problemstellung ist diese Leistung delegierbar bzw. teilweise delegierbar.

Eine Abrechnungseinschränkung auf rein kieferorthopädische Behandlungen ist weder der GOZ zu entnehmen, noch ist dies fachlich gerechtfertigt.

Gemäß Gebührentext ist neben der Leistung nach der Geb.-Nr. 619 eine Leistung nach der Geb.-Nr. 001 GOZ in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig. Beratungspositionen nach Ä 1 ff. GOÄ, die eine andere Thematik zum Inhalt haben, können jedoch ggf. neben der Geb.-Nr. 619 GOZ berechnet werden. Die Berechnungsbestimmungen der Geb.-Nr. 1 GOÄ sind zu beachten.

Invisalign

Invisalign ist ein Verfahren der kieferorthopädischen Behandlung, bei dem Zähne durch elastische Klarsicht-Schienen bewegt werden. Je nach Schweregrad der Zahnfehlstellung setzt der Behandler zwischen 12 und 60 dieser Schienen, sog. Aligner („Ausrichter“), ein, die jeweils für zwei Wochen getragen werden. Diese Aligner werden computerunterstützt anhand eines simulierten Therapieverlaufs durch den Hersteller Align Technology Inc. allesamt im Voraus hergestellt. Jeder Aligner bewegt die Zähne geringfügig in Richtung des angestrebten Behandlungsziels weiter.

Abschlagszahlungen

Der Zahnarzt tritt bereits bei Beginn der Behandlung in erhebliche, verauslagte Vorleistung für die Herstellungskosten aller im Voraus angefertigten Aligner. Diese Kosten können deshalb bereits mit der ersten Abschlagszahlung (oder mittels einer Anzahlung) eingefordert werden. Unabdingbar ist hier eine umfassende Kostenaufklärung und eine damit verbundene schriftliche Vereinbarung eines Zahlungsplans.

800 ff. GOZ – Funktionsanalytische Maßnahmen in der KFO

Funktionsanalytische Maßnahmen sind auch zur Planung und Behandlungsdurchführung verschiedener kieferorthopädischer Krankheitsbilder notwendig. Ebenso notwendig sind solche funktionsanalytischen Maßnahmen beispielsweise bei kieferchirurgisch/kieferorthopädischen Kombinationsbehandlungen.

Keramikbrackets

Keramikbrackets sind schwieriger und zeitaufwendiger einzugliedern (Primer, Silanisieren etc.) als Metallbrackets. Auch die Abnahme der Keramikbrackets ist schwieriger und zeitaufwendiger, insbesondere besteht die Gefahr, dass dabei die Brackets splintern und dann aufwendig in mehreren Teilen entfernt werden müssen. All dieser Mehraufwand ist durch einen höheren Steigerungssatz, ggf. § 2 Abs. 1 GOZ, abzugelten.

Lingualtechnik

Die Idee der Lingualtechnik entstand 1978. Es dauerte jedoch bis Anfang der 90er Jahre, bis spezielle Lingualbrackets konstruiert waren und das Verfahren soweit entwickelt war, dass es in Deutschland zur praxisreifen Anwendung kam. Diese neu nach 1988 entwickelte Leistung ist deshalb gemäß § 6 Abs. 2 GOZ analog zu berechnen. Ausführungen von Kostenerstattem, wonach die Anwendung spezieller Behandlungstechniken (z. B. Lingualtechnik, Invisalign etc.) zahnmedizinisch grundsätzlich nicht notwendig sei und deshalb generell einer Verlangensleistung des Patienten entspräche, entbehren jeder Grundlage. Die Nichtanerkennung entstehender Mehrkosten ist fachlich nicht gerechtfertigt.

Im privaten Behandlungsvertrag gelten die in der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Einschränkungen einer nur den Mindeststandard garantierenden „ausreichenden“ Behandlung nicht. Es bleibt dem Patienten in Absprache mit dem fachlich ermessenden Zahnarzt überlassen, für welche der möglichen therapeutischen Alternativen er sich entscheidet, um die notwendige Behandlung zu erhalten. *„Beurteilungs- und Entscheidungsspielraum sind auch von dem in der Bundesrepublik erreichten Versorgungstandard bestimmt“* (Meurer, Kommentar zur Gebührenordnung für Zahn-

ärzte, Anmerkung 5 zu § 1 GOZ). Die Bayerische Landeszahnärztekammer ist daher der Auffassung, dass auch neue Techniken wie z. B. die Lingualtechnik als notwendig im Sinne von § 1 Abs. 2 Satz 1 GOZ anzusehen sind.

Der Versorgungsstandard lässt es in manchen Fällen nicht zu, dass Patienten jahrelang mit sichtbaren, metallfarbenen Brackets versorgt sind. Hierbei handelt es sich jedoch nicht etwa um ästhetische Maßnahmen im Sinne einer reinen Schönheitsverbesserung, sondern um das Vermeiden von Maßnahmen, die seitens des Patienten, aber auch von seiner Umwelt als entstellend empfunden werden (wie z. B. metallfarbene Frontzähne). Dabei ist es unerheblich, dass die Multibandapparatur nur temporär – jedoch für mehrere Jahre – eingesetzt wird. Besonders für berufstätige Patienten bieten „unsichtbare“ KFO-Apparaturen oft den einzig akzeptablen Weg für eine kieferorthopädische Korrektur.

Für die Ausformung der Frontzahnsegmente bietet die Lingualtechnik auch einen mechanischen Vorteil. Durch das Kleben auf der palatinalen bzw. lingualen Seite der Zähne liegen die Brackets direkt über dem Widerstandszentrum der Zähne, was eine präzisere körperliche Zahnbewegung möglich macht. Die Lingualtechnik weist gegenüber der vestibulären Technik deutliche biomechanische Vorteile auf. Des Weiteren können beispielsweise apparaturbedingte Entkalkungsflecken auf der Labialseite der Zähne, auch bei unsicherer Mundhygiene, bei der Lingualtechnik sicher ausgeschlossen werden.

Neue Materialien und Verfahren

In bestimmten kieferorthopädischen Positionen der GOZ sind die Gebühren für Material- und Laborkosten bereits enthalten, unabhängig davon, in welcher Höhe diese tatsächlich anfallen. Daraus folgt, dass der Zahnarzt diese Kosten aus seinen Gebühren selbst zu tragen hat, ohne vom Patienten Ersatz verlangen zu können. Diese Regelung kann jedoch nur dann als sachgerecht angesehen werden, wenn bei den entsprechenden zahnärztlichen Leistungen überschaubare und im Wesentlichen gleichbleibende Kosten anfallen.

Problematisch wird es jedoch, sobald neue Materialien und daraus resultierende schwierigere Leistungsvarianten entwickelt werden, die erheblich höhere Kosten verursachen, diese Neuentwicklungen angezeigt sind und vom Patienten gewünscht werden. In diesem Fall kann es dem Zahnarzt nicht zugemutet werden, diesen Fortschritt „auf eigene Kosten“ zu ermöglichen, indem diese Mehrkosten als durch seine Gebühr abgegolten anzusehen wären.

Dem Zahnarzt verbleibt hier die Möglichkeit, den Steigerungssatz nach § 5 Abs. 2 GOZ entsprechend anzuheben, um den Mehraufwand, der bei der Ausführung der Leistung entsteht, auszugleichen. Als Umstände bei der Ausführung können nicht nur besondere Erschwernisse, die in der Person des Patienten („*patientenbezogene Besonderheiten*“) bzw. in seiner Erkrankung liegen, berücksichtigt werden, sondern auch „*verfahrensbezogene Besonderheiten*“ sowie auch besondere Wünsche oder besondere Umstände und Kosten bei der Leistungserbringung.

Letztlich sind aber verfahrensbedingte Besonderheiten in der Regel auch patienten- bzw. krankheitsbezogen. Es empfiehlt sich, in der Begründung konkret darauf hinzuweisen. Als Zahnarzt wendet man ein schwierigeres Verfahren nicht etwa an, um sich selbst die Behandlungsdurchführung zu erschweren, sondern um eine therapeutische Verbesserung zu erreichen.

Hierzu gehören beispielsweise:

- Superelastische Bögen (siehe dort)
 - Base Arch-Technik nach Burstone/Nanda
 - Apparatur nach Wilson
- u. v. a.

Superelastische Bögen

Sog. „Superelastische Bögen“ werden in der Kieferorthopädie – auch bei der konventionellen Multibandtechnik – immer häufiger verwendet, da die Behandlung dadurch schneller, gezielter, schmerzärmer und schonender durchgeführt werden kann. Es handelt sich um Nickel-Titan-Bögen der modernen Generation, die je nach Verwendungszweck geringe und genau kalkulierbare Kräfte und eine Transformations-Temperatur-Schwelle aufweisen (Übergang von Martensit in Austenit und umgekehrt), die im praktikablen Bereich (Mundtemperatur) liegt. Das extrem geringe Korrosionspotential und die damit verbundene Biokompatibilität reduzieren die Gefahr einer möglichen Allergisierung.

Verfahrenstechnische Besonderheiten sind letztlich immer auch patientenbezogen bedingt, wie z. B. bei Engstand, großen Niveauunterschieden oder Kippungen der Zähne. Sie ermöglichen da, aber auch in anderen Fällen, eine gleichmäßige Kräfteeinwirkung auf die zu bewegendenden Zähne, vermeiden sog. Spitzenkräfte und haben vorteilhafte Rückstellkräfte. Die Anwendung der Superelastischen Bögen ist schwieriger, zeitaufwendiger und deshalb mit einem erhöhten Steigerungsfaktor zu berücksichtigen.

Eine verfahrenstechnische Besonderheit (im Sinne einer schwierigeren, zeitaufwendigeren Behandlung) liegt dann vor, wenn sie im Vergleich mit konventionellen Verfahren (mit durchschnittlichem Zeitaufwand und durchschnittlicher Schwierigkeit) aufwendiger zu erbringen ist. Gemäß § 5 Abs. 2 GOZ sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen, d.h. die Bemessung der Gebühren nimmt der Zahnarzt vor, der dabei einen Ermessensspielraum hat. Der Zahnarzt hat dabei sich selbst und seine persönlichen Leistungserbringungen als Vergleichsmaßstab. Eine verfahrensbedingte Schwierigkeit verliert diese Eigenschaft nicht dadurch, dass sie häufig gemeistert wird.

H. Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen

708 – 709 GOZ – Langzeitprovisorien

Gemäß Berechnungseinschränkung der GOZ „*sind die Leistungen nach den Nummern 708 und 709 nicht in zeitlichem Zusammenhang mit der Herstellung von endgültigem Zahnersatz berechnungsfähig*“.

Dies bedeutet, dass im Umkehrschluss Langzeitprovisorien dann berechenbar sind, wenn der zeitliche Zusammenhang dadurch nicht gegeben ist, weil vor der endgültigen Anfertigung von Zahnersatz noch weitere Behandlungsmaßnahmen anfallen und/oder eine angemessene Zeit abgewartet werden muss, ob der endgültige Zahnersatz in geplanter Form angefertigt werden kann. Das Honorar ist für die Eingliederung des Langzeitprovisoriums fällig.

Vorausgehende Maßnahmen sind gesondert – auch in Form der Teilleistungsberechnung – berechnungsfähig. Darüber hinaus können anfallende Material- und Laborkosten berechnet werden.

J. Funktionsanalyse und -therapie

Mehrfachberechnung funktionsanalytischer Leistungen

Funktionsanalytische Leistungen müssen oftmals in einem Behandlungszusammenhang auch mehrfach erbracht werden, weil gleiche Leistungsinhalte mit unterschiedlicher Zielsetzung in einem kurzen Zeitraum erforderlich sind.

Ein typischer Ablauf ist beispielsweise die Aufeinanderfolge von vier, auf der Liquidation kaum zu unterscheidenden Arbeitsgängen:

- Diagnostik und Dokumentation zu Beginn der Behandlung,
- Vorbehandlung im Sinne einer funktionellen Therapie,
- Leistungen in Zusammenhang mit der Anfertigung von Zahnersatz, Einzelkronen, Inlays,
- Leistungen im Zusammenhang mit Remontagen.

800 ff. GOZ – Berechnung FAL/FTL ohne Funktionsstatus-Erhebung

Die Berechnung von Leistungen nach den Geb.-Nrn. 801 bis 810 erfordert nicht in jedem Fall die Erhebung eines ausführlichen Funktionsstatus. Insbesondere wenn es sich um funktionstherapeutische Maßnahmen im Zusammenhang mit der Anfertigung von Einlagefüllungen, Kronen und Zahnersatz handelt, ist häufig die Untersuchung und Dokumentation nach Formblatt überflüssig.

Im Rahmen der „eingehenden Untersuchung“ kann der erfahrene Zahnarzt in vielen Fällen schon feststellen, dass keine wesentlichen Funktionsstörungen vorliegen, die einer speziellen Therapie bedürfen. Trotzdem kann dann bei der Rekonstruktion der Kauflächen die Anwendung bestimmter Leistungen aus dem Abschnitt „*Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen*“ (FAL/FTL) zur Vermeidung von Funktionsstörungen sinnvoll und medizinisch notwendig sein. Wenn das Ausfüllen eines Befunderhebungsbogens nicht erforderlich ist, ist die Durchführung und Berechnung, nur um eine Kostenerstattung zu ermöglichen, abzulehnen, weil es sich dann um eine nicht notwendige, jedoch zusätzliche Kosten auslösende Leistung handelt.

In der vertragszahnärztlichen Versorgung werden Zahnersatz/Zahnkronen nur nach durchschnittlichen „mittelwertigen“ Kiefergelenksrelationen bissregistriert und nachfolgend in einen „Mittelwert-Artikulator“ einartikuliert, so dass sämtliche nachfolgende Leistungen nur diesen „mittleren Werten“ entsprechen können. Diese die gesamte vertragszahnärztliche Versorgung betreffende Einschränkung ist bei Leistungen in der Privaten Zahnheilkunde zum Glück nicht vorhanden; hier kann nach den individuellen anatomischen Verhältnissen des einzelnen Patienten unter Zuhilfenahme entsprechender Geräte behandelt werden. Unbeeinflusst davon bestimmen die Vollzugshinweise zu den Beihilfevorschriften, dass FAL/FTL-Maßnahmen generell nur bei Vorlage der Seite 3 des erhobenen Funktionsbefundes nach Geb.-Nr. 800 GOZ beihilfefähig sind. Zusätzlich muss mindestens eine von vier vorgegebenen Indikationen zutreffen.

801 GOZ – Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage

Eine Bissnahme im Sinne eines willkürlichen Zubeißens des Patienten in eine erhärtende Masse (Quetschbiss), um die Kieferrelation zu bestimmen, ist mit den Gebührenansätzen für Kronen und Prothesen abgegolten. Das davon völlig abweichende Vorgehen bei der Registrierung der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers hat wegen des anderen Charakters und des höheren Aufwandes in der Gebührenordnung eigens Eingang gefunden. Es ist fachlich angezeigt, dass dieses Verfahren nicht nur bei der Diagnostik, sondern auch bei der Therapie angewendet wird.

801 GOZ – Mehrfachberechnung

Das Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers nach der Geb.-Nr. 801 GOZ kann in einem Behandlungsverlauf aus verschiedenen Gründen und in kurzen zeitlichen Abständen mehrfach erforderlich sein (Diagnostik/Dokumentation, Vorbehandlung/Schientherapie u. Ä.).

Die Begrenzung auf eine höchstens zweimalige Berechnungsfähigkeit bezieht sich auf die einzelne Relationsfeststellung/Modellmontage, jedoch nicht auf die Gesamtbehandlung. Eine adäquate Behandlung wäre sonst nicht möglich.

802 – 804 GOZ – Doppelberechnung mit Laborkosten

Mit den Positionen 802/803 GOZ und 804 GOZ sind die Laborpositionen Modellmontage bzw. die Montage des Gegenkiefers abgegolten. Werden weitere Modelle montiert, sind für diese Montagen die entsprechenden Laborpositionen zu berechnen, soweit sie nicht ebenfalls nach den Nrn. 802 bis 804 berechnet werden.

805 GOZ – Stützstiftregistrat

Ein Stützstiftregistrat ist nach GOZ 805 zu berechnen.

805/806 GOZ – Mehrfachberechnung

Es gibt verschiedene Analysegänge, die jeweils für sich die GOZ-Nrn. 805/806 auslösen. Die GOZ-Nrn. 805/806 sind je registrierter Ebene oder je Analysengang berechnungsfähig. Daher ist gegebenenfalls ein drei- bis viermaliger Ansatz der GOZ 805/806 je Sitzung nicht zu beanstanden.

809 GOZ – Aufbau von Funktionsflächen

Die Position 809 GOZ („*diagnostischer Aufbau von Funktionsflächen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz*“) enthält keine Berechnungseinschränkung. Sie wird je Zahn in Rechnung gestellt. Der Begriff „Funktionsflächen“ bezieht sich auf die verschiedenen Flächen eines Zahnes (nicht etwa auf mehrere Zähne).

Laborkosten in Zusammenhang mit FAL/FTL

Die Berechnung von Laborkosten im Zusammenhang mit funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen (FAL/FTL) ist ausnahmslos möglich und notwendig. Die bei einigen 800er-Positionen vorgesehenen Ausschlüsse sind genau genommen keine, da hierdurch nur die Doppelberechnung verhindert wird.

Mit der Geb.-Nr. 802 GOZ bzw. 803 GOZ ist die Übertragung der OK-Position in einen Artikulator abgegolten. Die genannten Gebührennummern können also erst dann berechnet werden, wenn ein OK-Modell im Artikulator montiert ist.

Das gleiche gilt für die Anwendung der Geb.-Nr. 804 GOZ, die die anschließende Unterkiefermodell-Montage zum Inhalt hat. Auch hier muss sich das Modell im Artikulator befinden, wenn die Position berechnet wird. Die Geb.-Nr. 804 GOZ ist auch für weitere Montagen von OK- oder UK-Modellen anwendbar. Die gleichen Verrichtungen können daher nicht (nochmals) als zahntechnische Leistungen auf der Laborrechnung berechnet werden. Insoweit ist der Hinweis „*einschließlich Material- und Laborkosten*“ bei den Geb.-Nrn. 802, 803, 804 und 807 GOZ sinnvoll.

Darüber hinausgehende Laborkosten im Zusammenhang mit den angeführten FAL/FTL sind auf der Laborrechnung aufzuführen. So wird von manchen Erstattungsstellen unter Hinweis auf die expliziten Ausschlüsse behauptet, dass beispielsweise die Anfertigung von Registraträgerplatten und Aufwachstechnik nicht gesondert berechnet werden könne. Diese Aussage entbehrt jeglicher Grundlage und würde eine entsprechend qualifizierte Laborarbeit unmöglich machen.

Mandibular-Positionsanalyse nach 601 GOZ bei FAL

Da im Gebührenverzeichnis für eine spezielle funktionsanalytische Methode, die Mandibular-Positionsanalyse mittels Modellen, keine 800er-Positionen vorgesehen wurden, die Beschreibung der Geb.-Nr. 601 GOZ aber genau diese Leistung erfasst, ist diese Berechnungsposition hierfür angezeigt. Dabei ist es unerheblich, dass innerhalb der GOZ die Überschrift der 600er-Nummern „Kieferorthopädische Leistungen“ lautet.

619 GOZ – Belehrendes bzw. beratendes Gespräch auch bei FAL/FTL

Die Position 619 GOZ kann immer dann in Rechnung gestellt werden, wenn ein beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen stattgefunden hat, also auch im Rahmen der funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen. Diese Leistung ist auch (teil-)delegierbar. Eine Abrechnungsbeschränkung auf eine rein kieferorthopädische Versorgung ist der GOZ nicht zu entnehmen und auch fachlich nicht gerechtfertigt. Bei vielen anderen Gebührenpositionen finden ebenso Überschneidungen der verschiedenen Kapitel der Gebührenordnung statt. Gemäß Gebührentext ist neben der Leistung nach der Geb.-Nr. 619 eine Leistung nach der Geb.-Nr. 001 GOZ in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig.

K. Implantologische Leistungen

900 GOZ – Implantatanalyse – Mehrfachberechnung

Die Position 900 GOZ ist, unabhängig von der Anzahl der Implantatsysteme, je Kiefer nur einmal berechenbar. Sollte an mehreren Stellen im Kiefer implantiert werden, so kann auch dieser erhöhte Aufwand durch die Anhebung des Steigerungsfaktors berücksichtigt werden. Ergibt die implantatbezogene Analyse gemäß Geb.-Nr. 900 GOZ, dass die klinisch vorgesehenen Implantatpositionen mangels ausreichendem Knochenangebot nicht festgelegt werden können, und wird die klinische Situation daraufhin durch chirurgische Maßnahmen verändert, dann ist bei der Notwendigkeit einer weiteren implantatbezogenen Analyse die Geb.-Nr. 900 GOZ erneut berechenbar. Schablonen nach Geb.-Nr. 900 GOZ dienen zur metrischen Auswertung von Röntgenaufnahmen.

Bohrschablonen – Analogberechnung gemäß § 6 Abs. 2 GOZ

Wird eine Bohrhilfe zum positions- und/oder winkelgerechten Einbringen von Implantaten eingesetzt, so ist diese analog zu berechnen. Häufig wird hierfür die Position GOZ 700 oder GOÄ 2700 verwendet. Material- und Laborkosten sind zusätzlich in Rechnung zu stellen. Solche Bohrschablonen sind (z. B. bei verschiedenen Implantatsystemen) auch mehrfach berechenbar.

902 GOZ – Implantatschablone – Mehrfachberechnung

Die Position 902 GOZ für das Einsetzen einer Implantatschablone (Messlehre zur Prüfung der Knochenkavität, zur Tiefenmessung bzw. Schablone für die Parallelbestimmung) enthält keinerlei Einschränkung zur Berechenbarkeit. Diese Position ist je nach Notwendigkeit, ggf. auch mehrfach je Implantat berechenbar.

904 GOZ – Freilegen eines Implantats

Die Berechenbarkeit der Geb.-Nr. 904 GOZ setzt ein Freilegen eines Implantats nach einer gedeckten Einheilung eines zweiphasigen Implantatsystems voraus und ist pro Implantat einmal berechnungsfähig. Bei begründeter medizinischer Indikation kann in Ausnahmefällen die Geb.-Nr. 904 GOZ erneut berechnet werden. Spezielle weichgewebschirurgische Leistungen sind ggf. zusätzlich berechnungsfähig.

905 GOZ – Auswechseln von Implantatteilen

Bei zusammengesetzten Implantaten müssen bereits bei der Herstellung der prothetischen Suprakonstruktion phasenweise permanent liegende Implantatteile systembedingt z.T. mehrfach ausgewechselt werden. Dieses Austauschen von mit dem Implantat verschraubten Teilen ist daher während der restaurativen Phase genauso berechnungsfähig, wie bei einem späteren Auswechseln nach längerer Tragedauer.

Die Leistungsbeschreibung der Geb.-Nr. 905 GOZ enthält auch dazu keine einschränkenden Hinweise. Es ist angemessen, diese Leistungen einmal pro Implantat und Sitzung zu berechnen.

Bone Spreading

Unter Bone Spreading und Bone Splitting sind Maßnahmen zur Kieferkammverbreiterung zu verstehen. Diese sind neue, nach 1988 entwickelte, wissenschaftlich anerkannte Leistungen. Sie sind analog gemäß § 6 Abs. 2 GOZ zu berechnen. Häufig werden hierfür die Positionen 2730 GOÄ: „Operative Maßnahmen zur Lagerbildung beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, berechenbar je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich“, die 2256 GOÄ: „Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie bei kleinen Knochen“, die je Operationsgebiet berechenbar ist, oder die 2267 GOÄ, die je Implantat anzusetzen ist, verwendet.

Zusätzlich erforderliche laterale oder interimplantäre Augmentationsmaßnahmen (ggf. GOÄ 2442, 2254, 2255) sowie weichteilchirurgische Maßnahmen (GOÄ 2675 bzw. 2677) sind je nach erbrachter Leistung gesondert berechnungsfähig.

GBR – Einbringen und Entfernung einer Membran

Das Einbringen einer GBR-Membran (Guided Bone Regeneration) ist eine erst nach dem Inkrafttreten der GOZ neu entwickelte Leistung. Sie wird gem. § 6 Abs. 2 GOZ analog berechnet. Die Leistung wird je eingebrachter Membran berechnet. Auslagen, z. B. für die Membran etc., sind gesondert berechnungsfähig. Sollte eine Fixation der Membran durch Schrauben, Nägel oder Pins notwendig sein, ist diese zusätzlich berechenbar.

Schlüssigerweise ist auch die Membranentfernung eine neu entwickelte Leistung, die ebenso analog nach § 6 Abs. 2 GOZ analog berechnet wird.

Der Zahnarzt ist gehalten, wie bei allen Analogleistungsberechnungen, die Bewertung gemäß § 6 Abs. 2 GOZ nach billigem Ermessen vorzunehmen. Häufig wird hierfür die Position GOÄ 2442 verwendet.

Implantatbohrer – Einmalinstrument

Einmalinstrumente im Rahmen der Implantation sowie der rekonstruktiven Phase sind gemäß § 3 GOZ als Auslagen berechenbar.

Aus Gründen der Qualitätssicherung werden immer häufiger Einmal-Implantatbohrer angeboten und als solche verwendet. Diese sind selbstverständlich berechenbar.

Knochendistraktionsverfahren – Distraktionsosteogenese

Kallusdistraktion ist ein in der allgemeinen Knochenchirurgie gebräuchliches Verfahren zur Verlängerung des Knochens (Distraktionsosteotomie). Durch kontinuierliches Auseinanderziehen von zwei Knochenbruchstücken wird der sich im Bruchspalt bildende neue Knochen, Kallus, zu einer Verlängerung des Knochens insgesamt benutzt.

Seit Anfang der 90er Jahre wird dieses Prinzip in der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie verwendet. Es dient zur Vergrößerung des Knochenangebots bei der Distraktionsimplantation, und zwar in den Fällen, in denen primär zu wenig Knochen substanz für die stabile Befestigung eines Implantats vorhanden ist. Es ist ein neues, nach 1988 entwickeltes, augmentatives Verfahren in der Implantologie. Die Berechnung erfolgt analog nach § 6 Abs. 2 GOZ.

Externer Sinuslift

Der externe Sinuslift (Knochenaufbau in der Kieferhöhle zur Vergrößerung des Knochenangebots) ist als neu entwickelte Leistung gemäß § 6 Abs. 2 GOZ analog je Kieferhöhle zu berechnen.

Die Analogleistung(en) ist (sind) für folgende Verrichtungen zu bestimmen:

- Präparation des Knochendeckels der fazialen Kieferhöhlenwand, einschließlich Eröffnung,
- Präparation der Schneider'schen Membran und
- Verschluss des Knochendeckels.

Weitere Leistungen, wie das

- Auffüllen mit alloplastischem Material sind nach 2442 GOÄ,
- mit Knochen von der Knochenbank nach 2254 GOÄ oder
- mit autologem Knochen nach 2255 GOÄ

zu berechnen.

Weitere Weichgewebsmaßnahmen sowie zusätzliche augmentative Maßnahmen in einer weiteren Ebene sind zusätzlich berechenbar.

Interner Sinuslift

Beim internen Sinuslift wird über die Alveole oder Implantatbohrung der Knochen, ggf. mit eigenem oder autologem Knochen, nach cranial augmentiert und „verdichtet“ (sog. „Knochenverdichtungsmaßnahmen“), woraus eine Volumenzunahme/Höhenzunahme des ortständigen Knochens resultiert.

Der interne Sinuslift ist als neu entwickelte Leistung gemäß § 6 Abs. 2 GOZ analog je Maßnahme gegebenenfalls mehrfach je Kieferhöhle berechenbar.

Anhang

Auslegungskompetenz für die GOZ – Stellungnahme der BLZK (GOZ-Ausschuss)

Für die Berechnung der Honorare für zahnärztliche Leistungen sind für den Zahnarzt allein die Bestimmungen der GOZ maßgebend. Die Frage, ob auch ein Ersteller daran gebunden ist oder einfach eigene Interpretationen zur Grundlage seiner Erstattung machen darf, ist für den öffentlichen Bereich (Beihilfe) höchstrichterlich und damit abschließend entschieden: Das Bundesverwaltungsgericht hat am 17. Februar 1994 in sieben Urteilen klargestellt, dass Rechtsunsicherheit nicht zu Lasten des Patienten gehen dürfe: *„Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen sind schon dann als angemessen (und damit im Rahmen der Beihilfe als erstattungspflichtig) anzusehen, wenn der vom Zahnarzt in Rechnung gestellte Betrag einer zumindest vertretbaren Auslegung der Gebührenordnung entspricht.“ (...)*

Das gilt unseres Erachtens für Begründungen ebenso wie für andere – von Erstellern abweichend gesehene – Interpretationen. Es gehört unter anderem zu den Aufgaben der Kammern, zu Fragen der GOZ Stellung zu nehmen.

Im Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17. Februar 1994 (Az. BVerwG 2 C 25.92) heißt es, dass *„Aufwendungen bereits dann als beihilfemäßig angemessen angesehen werden müssen, wenn die in der Liquidation zum Ausdruck kommende Auffassung des Behandlers nur eine der möglichen Auslegungen darstellt. Auslegungsdifferenzen zwischen Behandlern und Abrechnungsstellen dürfen danach nicht zu Lasten des Beihilfeberechtigten gehen, soweit der Dienstherr nicht ausdrücklich auf diesen Umstand hingewiesen und damit dem Beihilfeberechtigten die Möglichkeit eröffnet hat, sich hierauf vor Behandlungsbeginn einzustellen.“ (...)*

Entsprechend der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zum Beihilferecht erachtet das Oberlandesgericht Düsseldorf in seinem Urteil (Az. 4 U 43/95 vom 07.05.1996) auch einen privaten Versicherer als verpflichtet, dem Versicherten die von dem Zahnarzt berechneten Aufwendungen zu erstatten, die dieser in vertretbarer Auslegung der GOZ berechnet, es sei denn, der Versicherer hat durch rechtswirksame Mitteilung an den Versicherungsnehmer klar und verständlich zum Ausdruck gebracht, dass er eine bestimmte Auslegung der Gebührenordnung für nicht vertretbar halte, so dass sich der Versicherungsnehmer auf die fehlende Erstattungsbereitschaft einstellen konnte.

Das heißt, solange laut Versicherungsvertrag (oder Mitteilung) keine „Ausschlüsse“ oder Erstattungsbesonderheiten vereinbart sind, kann man davon ausgehen, dass Private Krankenversicherungen bzw. Beihilfestellen eine korrekte, nach GOZ erstellte Rechnung des Zahnarztes auch als Erstattungsgrundlage akzeptieren.

Geöffnete Abschnitte der GOÄ für Zahnärzte nach Auffassung des BMG

In einer Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit vom 7. Mai 1997 an zwei Ministerien heißt es: „Zu Ihrer Frage, wie die Vorschrift des § 6 Abs. 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) nach Änderung des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) durch die 4. Änderungsverordnung vom 18. 12. 1995 (BGBl. S. 1861) anzuwenden ist, teile ich Ihnen – vorbehaltlich der Entscheidung der Gerichte – folgendes mit: Die Vorschrift des § 6 Abs. 1 GOZ regelt zwei Tatbestände. Erstens begrenzt sie die Anwendung des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen durch Zahnärzte auf die Abschnitte B I und II, C, D, E V und VI, L, M unter den Nummern 4113 und 4700, N sowie O. Zweitens bestimmt die Vorschrift des § 6 Abs. 1 GOZ, dass in den Fällen, in denen Zahnärzte Leistungen aus diesen Abschnitten erbringen, die Vergütungen für diese Leistungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen sind. (...)

Durch die Vierte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte vom 18. 12. 1995 (...) wurden die in § 6 Abs. 1 erster Halbsatz GOZ aufgezählten Abschnitte in ihren Leistungsinhalten (Zusammensetzung der Leistungen) und der Gebührennummerierung teilweise geändert. Bis zu einer entsprechenden Anpassung der Gebührenordnung für Zahnärzte müssen daher die in § 6 Abs. 1 erster Halbsatz GOZ aufgezählten Abschnitte des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen in ihrer durch die 4. Änderungsverordnung der GOÄ geänderten Fassung so angewendet werden, dass sie dem unter 1. dargelegten Sinn und Zweck der Gebührenvorschrift des § 6 Abs. 1 GOZ entsprechen.

Dabei ist das entscheidende Kriterium, welche Leistungen (Leistungsinhalte) die nach § 6 Abs. 1 GOZ geöffneten Abschnitte des ärztlichen Gebührenverzeichnisses in der alten Fassung enthalten haben. Diese Leistungen (Leistungsinhalte) sind entsprechend auf die neuen Abschnitte zu übertragen, d. h. der Zahnarzt soll auch auf der Grundlage der neuen Fassung des ärztlichen Gebührenverzeichnisses auf die Leistungen zurückgreifen können, die er nach dem ärztlichen Gebührenverzeichnis in der alten Fassung erbringen und berechnen konnte. In der Tabelle sind die nach § 6 Abs. 1 GOZ geöffneten Abschnitte mit ihren Leistungsinhalten den Abschnitten des ärztlichen Gebührenverzeichnisses in der neuen Fassung gegenübergestellt. (Anm.: Ansicht des Ministeriums)

Daraus ergibt sich, dass folgende Abschnitte des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der GOÄ in der Fassung der 4. Änderungsverordnung für Zahnärzte geöffnet sind: B I, jedoch ohne die Untersuchungsleistungen (die dem Abschnitt B III a. F. zugeordnet waren), B II, IV, V und VI, C, D, E V und VI, J, L, aus M die Gebührenpositionen 3511, 4504, 4530, 4538 und 4715, N sowie O, jedoch ohne Magnetfeldresonanztomographie (die dem Abschnitt Q a. F. zugeordnet war). (...)

Abschnitt	Leistungsinhalt		Abschnitt	Leistungsinhalt
B I	Beratungen Visiten Besuche	<u>entspricht</u>	B I B II B IV	<u>ohne</u> Untersuchungen
B II	Verweilgebühr Konsilium Assistenz Bescheinigungen Befundberichte Gutachten Schreibgebühren	<u>entspricht</u>	B IV B V B VI	
C		<u>entspricht</u>	C	
D		<u>entspricht</u>	D	
E V E VI	Wärmebehandlung Elektrotherapie	<u>entspricht</u>	E V E VI	
J		<u>entspricht</u>	J	
L		<u>entspricht</u>	L	
M	Nummer 4113 Spirochätennachweis Nummer 4700 Orientierender Pilznachweis (z. B. Candida)	<u>entspricht</u>	M	Nummer 3511 Nummer 4504 Nummer 4530 Nummer 4538 Nummer 4715
N		<u>entspricht</u>	N	
O	ohne MRT (Abschnitt Q)	<u>entspricht</u>	O	<u>ohne</u> O III

Auszüge aus dem BGB

Allgemeine Geschäftsbedingungen

Die Bestimmungen des bis zum 31. Dezember 2001 geltenden AGB-Gesetzes (Allgemeine Geschäftsbedingungen), wurden zum 1. Januar 2002 in leicht abgeänderter Form in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) integriert.

Nachfolgend werden einige relevante Paragraphen zitiert.

§ 305 BGB Einbeziehung Allgemeiner Geschäftsbedingungen in den Vertrag

„(1) Allgemeine Geschäftsbedingungen sind alle für eine Vielzahl von Verträgen vorformulierten Vertragsbedingungen, die eine Vertragspartei (Verwender) der anderen Vertragspartei bei Abschluss eines Vertrags stellt. Gleichgültig ist, ob die Bestimmungen einen äußerlich gesonderten Bestandteil des Vertrags bilden oder in die Vertragsurkunde selbst aufgenommen werden, welchen Umfang sie haben, in welcher Schriftart sie verfasst sind und welche Form der Vertrag hat. Allgemeine Geschäftsbedingungen liegen nicht vor, soweit die Vertragsbedingungen zwischen den Vertragsparteien im einzelnen ausgehandelt sind.“

(2) Allgemeine Geschäftsbedingungen werden nur dann Bestandteil eines Vertrags, wenn der Verwender bei Vertragsschluss

1. die andere Vertragspartei ausdrücklich oder wenn ein ausdrücklicher Hinweis wegen der Art des Vertragsschlusses nur unter unverhältnismäßigen Schwierigkeiten möglich ist, durch deutlich sichtbaren Aushang am Ort des Vertragsschlusses auf sie hinweist und
2. der anderen Vertragspartei die Möglichkeit verschafft, in zumutbarer Weise, die auch eine für den Verwender erkennbare körperliche Behinderung der anderen Vertragspartei angemessen berücksichtigt, von ihrem Inhalt Kenntnis zu nehmen, und wenn die andere Vertragspartei mit ihrer Geltung einverstanden ist.

(3) Die Vertragsparteien können für eine bestimmte Art von Rechtsgeschäften die Geltung bestimmter Allgemeiner Geschäftsbedingungen unter Beachtung der in Absatz 2 bezeichneten Erfordernisse im Voraus vereinbaren.“

§ 305 b BGB Vorrang der Individualabrede

„Individuelle Vertragsabreden haben Vorrang vor Allgemeinen Geschäftsbedingungen“.

§ 305 c BGB Überraschende und mehrdeutige Klauseln

„(1) Bestimmungen in Allgemeinen Geschäftsbedingungen, die nach den Umständen, insbesondere nach dem äußeren Erscheinungsbild des Vertrags, so ungewöhnlich sind, dass der Vertragspartner des Verwenders mit ihnen nicht zu rechnen braucht, werden nicht Vertragsbestandteil.

(2) Zweifel bei der Auslegung Allgemeiner Geschäftsbedingungen gehen zu Lasten des Verwenders.“

§ 306 BGB Rechtsfolgen bei Nichteinbeziehung und Unwirksamkeit

„(1) Sind Allgemeine Geschäftsbedingungen ganz oder teilweise nicht Vertragsbestandteil geworden oder unwirksam, so bleibt der Vertrag im Übrigen wirksam.

(2) Soweit die Bestimmungen nicht Vertragsbestandteil geworden oder unwirksam sind, richtet sich der Inhalt des Vertrags nach den gesetzlichen Vorschriften.

(3) Der Vertrag ist unwirksam, wenn das Festhalten an ihm auch unter Berücksichtigung der nach Absatz 2 vorgesehenen Änderung eine unzumutbare Härte für eine Vertragspartei darstellen würde.“

§ 306 a BGB Umgehungsverbot

„Die Vorschriften dieses Abschnitts finden auch Anwendung, wenn sie durch anderweitige Gestaltungen umgangen werden.“

§ 307 BGB Inhaltskontrolle

„(1) Bestimmungen in Allgemeinen Geschäftsbedingungen sind unwirksam, wenn sie den Vertragspartner des Verwenders entgegen den Geboten von Treu und Glauben unangemessen benachteiligen. Eine unangemessene Benachteiligung kann sich auch daraus ergeben, dass die Bestimmung nicht klar und verständlich ist.

(2) Eine unangemessene Benachteiligung ist im Zweifel anzunehmen, wenn eine Bestimmung

1. mit wesentlichen Grundgedanken der gesetzlichen Regelung, von der abgewichen wird, nicht zu vereinbaren ist, oder
2. wesentliche Rechte oder Pflichten, die sich aus der Natur des Vertrags ergeben, so einschränkt, dass die Erreichung des Vertragszwecks gefährdet ist.“

§ 310 Abs. 3 BGB

„(3) Bei Verträgen zwischen einem Unternehmer und einem Verbraucher (Verbraucher-
verträge) finden die Vorschriften dieses Abschnitts mit folgenden Maßgaben Anwendung:

1. Allgemeine Geschäftsbedingungen gelten als vom Unternehmer gestellt, es sei denn, dass sie durch den Verbraucher in den Vertrag eingeführt wurden;
2. § 305c Abs. 2 und die §§ 306 und 307 bis 309 dieses Gesetzes sowie Artikel 29a des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch finden auf vorformulierte Vertragsbedingungen auch dann Anwendung, wenn diese nur zur einmaligen Verwendung bestimmt sind und soweit der Verbraucher aufgrund der Vorformulierung auf ihren Inhalt keinen Einfluss nehmen konnte;
3. bei der Beurteilung der unangemessenen Benachteiligung nach § 307 Abs. 1 und 2 sind auch die den Vertragsschluss begleitenden Umstände zu berücksichtigen.“

§ 612 Vergütung

„(1) Eine Vergütung gilt als stillschweigend vereinbart, wenn die Dienstleistung den Umständen nach nur gegen eine Vergütung zu erwarten ist.

(2) Ist die Höhe der Vergütung nicht bestimmt, so ist bei dem Bestehen einer Taxe die taxmäßige Vergütung, in Ermangelung einer Taxe die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen.“(...)

§ 670 Ersatz von Aufwendungen

„Macht der Beauftragte zum Zwecke der Ausführung des Auftrags Aufwendungen, die er den Umständen nach für erforderlich halten darf, so ist der Auftraggeber zum Ersatz verpflichtet.“

Musterbedingungen Krankheitskosten-/Krankenhaustagegeldversicherung

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

„(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall

- a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
- b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
- c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

(5) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden, ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. “

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

„(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Berechtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für ambulante Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- f) (entfallen)
- g) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifmäßig erstattet;
- h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Besteht auch der Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. “

Abkürzungsverzeichnis

AG	Amtsgericht
AGB	Allgemeine Geschäftsbedingungen
AGBG	Gesetz zur Regelung des Rechts der Allgemeinen Geschäftsbedingungen
AVB	Allgemeine Versicherungsbedingungen
Az.	Aktenzeichen
BayVGH	Bayerischer Verwaltungsgerichtshof
BEB	Bundeseinheitliche Benennungsliste für zahntechnische Leistungen
BEL	Bundeseinheitliches Verzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BhV	Beihilfavorschriften
BLZK	Bayerische Landeszahnärztekammer
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BSG/BsozG	Bundessozialgericht
BUGO-Z	Bundesgebührenordnung für Zahnärzte
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
DGI	Deutsche Gesellschaft für Implantologie
DGKFO	Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie
DGP	Deutsche Gesellschaft für Parodontologie
DGZ	Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung
DGZMK	Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
FAL/FTL	Funktionsanalytische/funktionstherapeutische Leistungen
GBR	Guided Bone Regeneration = gesteuerte Knochenregeneration
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
GTR	Guided Tissue Regeneration = gesteuerte Geweberegeneration
HKP	Heil- und Kostenplan
KK	Krankenkasse/n
LG	Landgericht
MB/KK	Musterbedingungen – Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
OLG	Oberlandesgericht
OVG	Oberverwaltungsgericht
PKV	Private Krankenversicherung
PZR	Professionelle Zahnreinigung
SGB V	Sozialgesetzbuch V
VG	Verwaltungsgericht
VGH	Verwaltungsgerichtshof
ZHG	Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde

Literaturverzeichnis

Bach/Moser, Private Krankenversicherung, MB/KK und MB/KT-Kommentar, Verlag C.H. Beck, 2. Auflage 1993

Brück, Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte, Deutscher Ärzteverlag, 3. Auflage 1996 – 2002

Bundeszahnärztekammer, Beschlusskatalog zur GOZ, Selbstverlag, Köln, 2000

Kastenbauer/Pillwein/Rat, Die richtige Honorarabrechnung des Zahnarztes, Spitta-Verlag, 1991 – 2002

Liebold/Raff/Wissing, Kommentar zur GOZ, Asgard-Verlag, 1990 – 2002

LZK Baden-Württemberg Praxishandbuch, Selbstverlag 2000

Marx/Wenglorz, Schuldrechtsreform 2002, Haufe Verlag 2001

Meurer, Gebührenordnung für Zahnärzte, Kommentar, Kohlhammer-Verlag, 2. Auflage 1991 (vergriffen)

Tiemann/Grosse, Kommentar zur Gebührenordnung für Zahnärzte, Quintessenz-Verlag, 2. Auflage 1990

Stichwortverzeichnis

A	
Abformmaterial	16
Abformung	
– Individueller Löffel	60
– Remontage	60
Abkürzungsverzeichnis	79
Abschlagszahlungen	62, 63
Abweichende Vereinbarung	9
Alloplastisches Material	16
Analogberechnung	21, 27, 29, 30, 39
– Bohrschablone	70
– Gleichwertigkeit	28
– GOÄ	27
– GOZ	27
– Parodontalverfahren	58
Anästhesie	
– Infiltrationsanästhesie	45
– Intraligamentär	46
– Leitungsanästhesie	45
– Mehrfachberechnung	46
– Oberflächenanästhesie	45
Anfragen	
– Kostenerstatter	42
– Patienten	42
Anwendungsbereich	7
Apparatur nach Wilson	65
Aufbauauffüllungen	50, 51
Aufwandsentschädigung	32
Auslegungskompetenz	73
Auswechseln von Implantatteilen	70
Auszüge aus dem BGB	75
B	
Base Arch-Technik nach	
Burstone/Nanda	65
Begründung	37
– Adhäsive Befestigungstechniken	21
– Digitales Röntgen	21
– Lasereinsatz	21
– Lupenbrille	21
– Mikrochirurgie	21
– OP-Mikroskop	21
– Vollkeramikversorgung	21
Beihilfe	
– Auffassung des BMG	74
Behrendes/beratendes Gespräch	62
Beratung	40
– GOÄ 1	40
– GOÄ 3	40, 41
– GOÄ 34	42
– GOÄ 4 (Unterweisung Bezugsperson)	41
Besondere Maßnahmen	
– KFO	62
– Mehrfachberechnung	48
Bindegewebstransplantat	58
Bisschablone	16
Blutgerinnungsmaterial	16
Bohrschablone	70
Bone Splitting	71
Bone Spreading	71
Brückenreparatur	53
C	
Caries profunda	54
Chirurgische Leistungen	55
Coverdenture	61
D	
Deckprothese	61
Delegierbarkeit	
– 407 GOZ	56
Dentinadhäsive Rekonstruktion	49
Dentinadhäsive Verankerung von	
Wurzelstiften	51
Distraktionsosteogenese	71
E	
Einlagefüllung	<i>Siehe Inlay</i>
Erfolg	35
Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums	56
Erstattung	13, 35
Erweiterte Fissurenversiegelung	48
Exzision	55
F	
Factoring	35
Fadenentfernung	55
FAL/FTL	67
– Beratendes/belehrendes Gespräch	69
– Einzelkronen	52
– Funktionsflächen	68
– Inlays	52
– KFO	63
– Laborkosten	68, 69
– Mandibular-Positionsanalyse	69
– Mehrfachberechnung	67, 68
– Ohne Funktionsstatus	67
– Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage	68
– Stützstiftregistrar	68
Fälligkeit	34, 35
Fräsen	16

Freilegen eines Implantats	70
Führung und Unterweisung von Bezugspersonen (GOÄ 4)	41
Füllungen	48

G

GBR	<i>Siehe Membran</i>
Gebühren	18, 20
Gebühren bei stationärer Behandlung .	31
Gebühren für andere Leistungen	27
Gebührenrahmen	20
Gebührensatz	21
GOÄ	40
GTR	<i>Siehe Membran</i>
Guided Bone Regeneration	<i>Siehe Membran</i>

H

Heil- und Kostenplan	
– 002 GOZ	44
– 003 GOZ	44
– auf Anforderung	44
– Prothetik/Zahnersatz	44
Hilfsmittel nach GOZ 616 und 617	16

I

Implantatanalyse	
– Mehrfachberechnung	70
Implantatbohrer	16, 71
Implantate	16
– Freilegen	70
– Wurzelstiftkappen	59
Implantatgetragene Kronen	51, 59
Implantatschablone	
– Mehrfachberechnung	70
Implantatteile	16
– Auswechseln	70
Implantologische Leistungen	70
Individueller Löffel	60
Inlay	
– Aufbaufüllung	50
– FAL/FTL	52
– Notdienst	50
– Provisorium	50
Invisalign	63

K

Keimtest	<i>Siehe Mikrobiologische Testverfahren</i>
--------------------	---

Kieferorthopädische Leistungen	62
– Abschlagszahlungen	62, 63
– Apparatur nach Wilson	65
– Base Arch-Technik	65
– Beratendes/belehrendes Gespräch .	62
– FAL/FTL	63
– Invisalign	63
– Keramikbrackets	63
– Lingualtechnik	63
– Neue Materialien	64
– Neue Verfahren	64
– Superelastische Bögen	65
Knochendistraktionsverfahren	71
Knochenkernbohrer	16
Konfektionierte apikale Stiftsysteme . .	16
Konfektionierte Hülse	16
Konfektionierte Kinderkrone	16
Konservierende Leistungen	48
Konsilium	42
Krankheitskosten-/Krankenhaus- tagegeldversicherung	
– Musterbedingungen	77
Kronen	
– Implantatgetragen	59
– FAL/FTL	52
– Entfernung	53

L

Lagerhaltungskosten	15
Langzeitprovisorien	66
– Entfernung	53
– Teilleistungen	52
Lappenoperation	57
Laserbehandlung	55
Leistungen auf Verlangen	13
Lingualtechnik	63
Literaturverzeichnis	80

M

Mandibular-Positionsanalyse	69
Marylandbrücken (GOZ 515)	60
Materialkosten	15, 16
– Abformmaterial	16
– Alloplastisches Material	16
– Bisschablone	16
– Blutgerinnungsmaterial	16
– Fräsen	16
– Gesondert berechnungsfähig	37
– Hilfsmittel nach GOZ 616 – 617	16
– Implantatbohrer	16, 71
– Implantate	16
– Implantatteile	16

– Knochenkernbohrer	16
– Konfektionierte apikale Stiftsysteme	16
– Konfektionierte Hülse	16
– Konfektionierte Kinderkrone	16
– Metallfolie	16
– Originalrechnungen	17
– Ossäre Aufbereitungsinstrumente	16
– Verankerungselemente	16
Medizinische Notwendigkeit	7
Membran	
– Einbringen	58
– Entfernen	58
– GBR	71
– GTR	58
Metallfolie	16
Mikrobiologische Testverfahren	58
Mundhygieneaufklärung	47
Musterbedingungen Krankheitskosten-/ Krankenhaustagegeldversicherung	77

N

Nachbehandlung	
– Chirurgisch	55
– Parodontalchirurgisch	57
Notwendigkeit	7
– Übermaßbehandlung	8

O

Offene Bereiche der GOÄ	27
Onlay	
– Definition	52
Ossäre Aufbereitungsinstrumente	16

P

Parodontal-Verfahren	58
Praxiskosten	15, 19
Prophylaktische Leistungen	47
Prothetische Leistungen	59
– Primärteleskop/Neuanfertigung	61
Prothetische Leistungen/ Prothesen	
– Coverdenture/Deckprothese	61
– Erweiterung	61
– Prothesenerweiterung/Spanne	60
– Protheseninstandsetzung/Spanne	60
– Spanne	59, 60
– Wiederherstellung	61
Provisorien	
– 227 und 228 GOZ	53
– Entfernung	53

Punktwert	21, 22
Punktzahl	20, 21

R

Rechnung	
– Fälligkeit	34, 35
– Inhalt	34, 36
Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage	
– Mehrfachberechnung	68
Registrieren von Unterkiefer- bewegungen	
– Mehrfachberechnung	68
Retrograde Wurzelfüllung	54
Rezementierung	
– Wurzelstift, Stiftaufbau	51
Röntgenleistungen	
– Digitales Röntgen	21, 43

S

Sinusbodenelevation	<i>Siehe Sinuslift</i>
Sinuslift	72
– Externer Sinuslift	72
– Interner Sinuslift	72
Situationsmodell	
– 005 GOZ	45
Standardtarif	25
– Chipkarte	25
– Gebührenvereinbarung	26
– Tarifbeschreibung	25
Steigerungssatz/-faktor	22
– Bemessungskriterien	22, 24
– Höhe	23
– Verfahrensbezogen	24
Stützstiftregistrat	68
Superelastische Bögen	65
Symptombezogene Untersuchung GOÄ 5	40, 41

T

Teilkrone	
– Definition	52
Teilleistungen	
– Langzeitprovisorien	52
Trennen von Verblockungsstellen	53
Trepanation	
– Mehrfachberechnung	54

Ü

Übermaßbehandlung	8
-----------------------------	---

U		W	
Untersuchung	40	Wegegeld	32
– 001 GOZ	41	Wurzelkanalaufbereitung	
– Organsystem (Ä 6)	41	– Mehrfachberechnung	54
– Symptombezogene (Ä 5)	40, 41		
V		Z	
Veneers	52	Zahlungsverzug	36
Verankerungselemente	16	Zahnstein – Konkremente	57
Verbandwechsel	57	– 405, 406, 407 GOZ	57
Verbindungselement	59	– Definition	56
– Wiederherstellung	60	– subgingivale Konkremente	56, 57
– Wurzelstiftkappen	59	– Wiederholte Berechnung	56
Verbindungselement neben		– Zahnbeläge	56
Teleskopkrone		Zahntechnische Leistungen	33, 36
– 508 und 504 GOZ	59	Zielleistung	18
Verblendschalen/Veneer	52		
Vergütungsvereinbarung	10, 12		
– Erstattung	13		
– Laufende Behandlung	12		
Versiegelung	48		
Verweilgebühr	42		
Vollkeramikbrücken	60		
– Adhäsiv befestigt (GOZ 515)	60		