KOMMENTIERUNG DER PKV ZUR GEBÜHRENORDNUNG FÜR ZAHNÄRZTE (GOZ)

Gebührenteil

vorgenommene Aktualisierungen (Ergänzungen in rot)

Stand: 29. Januar 2025

Alle Abschnitte (Stand 29.01.2025)

Aktualisierung der veralteten Links

Gebührenteil Abschnitt D (Stand 30. Oktober 2024)

In den Ausschlusskatalogen der GOZ-Nrn. 3010 und 3230 wird zur Klarstellung ergänzt:

GOÄ-Nrn. 2730, 2732

Gebührenteil Abschnitt K (Stand 11. September 2024)

Im Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 6000 wird zur Klarstellung gestrichen:

~~Fotos zu diagnostischen Zwecken im Sinne des Satz 2 des gemeinsamen Beschlusses können in seltenen Fällen z. B. zur Feststellung von Mundhöhlenkarzinomen oder Leukoplakien analog nach GOZ-Nr. 6000 berechnet werden (vgl. AWMF, Mundhöhlenkarzinom „Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms“, 11/2012, http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/007-100OLk_S3_Mundhöhlenkarzinom_112012-122015-abgelaufen.pdf). Die Leitlinie wird aktuell überarbeitet. Die DGZMK bietet darüber hinaus bei der Diagnostik der Mundschleimhauterkrankungen in problematischen Fällen internetbasierte Hilfe an. Hier können per E-Mail digitale intraorale Aufnahmen einer Konsultation zur Diagnostik zugesandt werden (https://www.dgzmk.de/en_US/mundschleimhaut-beratung).~~

Im Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 9010 wird zur Klarstellung ergänzt:

~~Gemäß dem aktuellen Praxisleitfaden 2021 sieht die Europäische Konsensuskonferenz Implantologie (EuCC) die wissenschaftliche Evidenz von solchen Implantaten jedoch nur bei einteiligen Systemen. Frühere Bedenken bezüglich Implantatfrakturen bei einteiligen Keramikimplantaten konnten durch vorliegende Studien ausgeräumt werden. Die Überlastungen in der frühen Einheilphase können dabei durch zahntechnische Lösungen (Schutzschiene, Verblockung oder eine dafür vorgesehene provisorische Versorgung) verhindert werden. Aufgrund verzeichneter Studienergebnisse ist die Verwendung von einteiligen Implantaten sehr gut belegt und etabliert. Die Evidenz bei zweiteiligen Implantatsystemen aus Keramik steht aktuell aufgrund der seltenen wissenschaftlichen Untersuchungen aus (vgl. Praxisleitfaden 2021, Update Keramik in der Implantologie, 16. Europäische Konsensuskonferenz (EuCC), 23. Februar 2021). Dies wird auch durch das Urteil des LG Berlin vom 06.06.2023 (Az.: 24 O 184/21) bestätigt.~~

Gemäß der aktuellen S3-Leitlinie „Keramikimplantate“ fehlt die wissenschaftliche Evidenz für zweiteilige Implantate, sie besteht zurzeit nur für einteilige Keramikimplantate: „Kommerziell erhältliche zweiteilige Keramikimplantate auf Zirkoniumdioxidbasis können wegen der unklaren Datenlage nur nach eingehender Aufklärung (Langzeitstabilität der prothetischen Ankopplung) des Patienten als alternative Therapieoption zum Ersatz fehlender Zähne empfohlen werden.“ (https://www.dgzmk.de/documents/10165/1373255/LL_083-039_S3_Keramikimplantate_lang_2022.pdf/9e64d296-ab0f-4ed0-b60e-831aeb597e43). Gemäß den Autoren sei eine abschließende Bewertung für den klinischen Langzeitnutzen im Vergleich zum Titanimplantat als Goldstandard nicht möglich. Im Unterschied zu den einteiligen Systemen sei die aktuelle Studienlage zu zweiteiligen Keramikimplantaten nicht ausreichend, um sie uneingeschränkt als gleichwertige Therapieoption zu Titanimplantaten empfehlen zu können (vgl. Die aktuelle Evidenz zum Implantaterfolg von Keramikimplantaten, zm Nr. 11, 01.06.2024, S. 48 ff.). Auch in der Fachveröffentlichung „German S3 guideline on the use of dental ceramic implants“ wurde die wissenschaftliche Evidenz der einteiligen Keramikimplantate bestätigt. Zweiteilige Keramikimplantatsysteme wurden dagegen entweder unter Studienbedingungen als experimentelle Methode oder unter Voraussetzung einer strengen Aufklärung über den

Mangel an klinischen Langzeitdaten empfohlen (vgl. German S3 guideline on the use of dental ceramic implants“ im International Journal of Implant Dentistry (Thiem et al., 2022)). Zum gleichen Ergebnis kommt auch die ITI Konferenz im aktuellen Consensus Report vom 2023 und stellt klar, dass die Evidenz nur für einteilige Keramikimplantate besteht. (vgl. Al Nawas et al., Group 3 ITI Consensus Report:Materials and antiresorptive drug-associated outcomes in implant dentistry, Clin Oral Impl Res. 2023;34(Suppl. 26):169–176. DOI:10.1111/clr.14135).

Im Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 9100 wird zur Klarstellung ergänzt:

~~Laut dem Konsensuspapier der 12. Europäischen Konsensuskonferenz (EuCC) des Bundesverbandes der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) vom 16. März 2017 besteht aktuell keine wissenschaftliche Evidenz für den Einsatz von allogenen Blocktransplantaten (vgl. Praxisleitfaden: Der digitale Workflow in der oralen Implantologie 12. Europäische Konsensuskonferenz (EuCC) im Februar 2017, Seite 4 f.). Bekannte Produkte sind beispielsweise Maxgraft Bonebuilder (Fa. Botiss) und Puros Allograft Spongiosa Block (Fa. Zimmer Dental/Zimmer Biomet).~~

Gemäß der S2k-Leitlinie „Implantologische Indikationen für die Anwendung von Knochenersatzmaterialien“ der DGI und DGZMK (Stand 2020) bildet die Augmentation großer Alveolarkammdefekte mit autologen Knochenblöcken hinsichtlich der Komplikations- und Regenerationsrate den Goldstandard ab. Der Knochenaufbau mit allogenen Knochenblöcken zeigt im direkten Vergleich eine Komplikationsrate von fast 80% gegenüber der Knochenaugmentation mit anderen Techniken (Sandwichosteotomie mit autologem Knochen oder KEM 30%, vgl. S. 32f. der Leitlinie). Im Vergleich dazu wird für autologe Blöcke eine deutlich niedrigere Komplikationsrate angegeben (>5%, vgl. Sakkas et al. 2017). Auch der Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI) hatte in seinem Praxisleitfaden von 2017 weitere klinische Studien in Aussicht gestellt, kommt jedoch in seinem aktuellen Leitfaden „Der digitale Workflow in der oralen Implantologie“, 19. Europäische Konsensuskonferenz BDIZ, BDIZ EDI konkret I 2024 weiterhin nicht zu einer befürwortenden Bewertung. Hier heißt es: „Berichte über entsprechende klinische Ergebnisse sind immer noch umstritten.“ Auch die aktuellen Studien zeigen die o.g. Komplikationen bei allogenen Knochenblöcken. Patientenindividuell nach CAD/CAM Daten gefräste allogene Blöcke wurden einer randomisiert kontrollierten Prüfung bei horizontalen Augmentationen im direkten Vergleich zu autologen Blöcken (retromolar) unterzogen. Dabei lag eine Wunddehiszenz für allogene Blöcke mit anschließendem Transplantatverlust (8 %) vor und keine Dehiszenz (0 %) bei autologen Blöcken (z.B. Wang M, Li Y, Su Z, Mo A. Clinical and radiographic outcomes of customized allogeneic bone block versus autogenous bone block for ridge augmentation: 6 Month results of a randomized controlled clinical trial. J Clin Periodontol 2023 Jan;50(1):22-35. doi: 10.1111/jcpe.13714).

Gebührenteil Abschnitt K (Stand 28. August 2024)

Korrektur im Ausschlusskatalog der GOZ-Nr. 9140:

GOZ-Nrn. 3050, 3230, ~~4110~~, 4138 (für die Versorgung der Entnahmestelle), 9090; GOÄ-Nrn. 2253, 2442, 2730, 2732 und die GOÄ-Nrn. 2386, 2583, 2584

Analogberechnungen für die Neurolyse

GOÄ-Nrn. 2697, 2700: analog für die Fixierung der Membran

GOZ-Nrn. 3050 analog, 4110 analog: für das Einbringen von Materialien zur Förderung der Blutgerinnung (siehe auch Erläuterungen zur 2. Allgemeinen Bestimmung)

GOZ-Nrn. 3070, 3100, 3240, 3250, 4080, 4120, 4130, 4133, 4080; GOÄ-Nrn. 2381, 2382, 2386, 2675, 2676, 2677: für Maßnahmen im Rahmen des Wundverschlusses

Gebührenteil Abschnitt E (Stand 10. April 2024)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 4110 wird zur Klarstellung ergänzt:

„In der regenerativen Parodontalchirurgie sollen entweder Membranen oder Schmelzmatrix-Proteine verwendet werden (vgl. S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ der DG Paro und der DGZMK, S. 87). Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial kann zusätzlich eingebracht werden.“

Gebührenteil Abschnitt A (Stand 01. März 2024)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 0065 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Im Gegensatz zu den zusätzlich berechnungsfähigen Abformmaterialien bei den konventionellen Abformungen fallen bei den opto-elektronischen Abformungen keine zusätzlich berechnungsfähigen Materialien an.“

Gebührenteil Abschnitt G (Stand 24. Januar 2024)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 6100 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Diese Sichtweise ist höchstrichterlich durch das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) bestätigt worden. Das Urteil beruht auf der Anwendung und Auslegung der GOZ und nicht auf beihilferechtlichen Besonderheiten, sodass es inhaltlich auch auf gebührenrechtliche Fälle ohne Beihilfebezug übertragbar ist (s. Stellungnahme der PKV zur Berechnungsfähigkeit kieferorthopädischer Leistungen). Weitere – diese Sichtweise bestätigende – Urteile sind beim AG Burgdorf (Urteil vom 6. Februar 2014, Az.: 13 C 338/13) und AG Nürnberg (Urteil vom 21. April 2015 Az.: 12 C 7440/14) ergangen. Auch die BZÄK hat auf das Urteil des BVerwG reagiert und hat mit ihrer Stellungnahme klargestellt, dass der Mehraufwand, der sich bei der Klebung des Brackets ergeben kann, durch § 5 oder durch eine Vereinbarung nach § 2 GOZ dargestellt werden kann, in ihrer Kommentierung hat sie die zusätzliche Berechnungsmöglichkeit der GOZ-Nr. 2197 im Zusammenhang mit der GOZ-Nr. 6100 zurückgenommen (s.o.).“

Gebührenteil Abschnitt C (Stand 18. Oktober 2023)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 2410 wird zur Klarstellung ergänzt:

~~Zum Leistungsinhalt der Wurzelkanalaufbereitung gehört auch die Entfernung von zuvor eingebrachtem definitivem Wurzelfüllmaterial. Die Maßnahme ist gemäß § 4 Abs. 2 GOZ mit der GOZ-Nr. 2410 abgegolten. Sofern sich die Aufbereitung aufwendiger gestalten sollte, z. B. bedingt durch die Entfernung adhäsiv befestigten Wurzelfüllmaterials, kann der Steigerungsfaktor erhöht werden. Auch in diesen Fällen stellt die Entfernung definitiven Wurzelfüllmaterials keine selbstständige Leistung im Sinne des § 6 Abs. 1 GOZ dar und kann somit nicht analog zusätzlich berechnet werden. Diese Auffassung wird auch durch die 1. Abrechnungsbestimmung nach der GOZ-Nr. 2410 gestützt. Eine zweite originäre Berechnung dieser Leistung ist vorgesehen, wenn der Wurzelkanal nach der ersten Aufbereitung definitiv gefüllt wurde. Insofern hat der Verordnungsgeber diesen Fall nicht etwa vergessen ins Gebührenverzeichnis aufzunehmen, sondern die Entfernung von definitivem Wurzelfüllmaterial als Leistungsbestandteil der Aufbereitung nach der GOZ-Nr. 2410 angesehen.~~

„62. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

„Die Entfernung vorhandenen definitiven Wurzelkanalfüllmaterials im Rahmen der Revision einer Wurzelkanalbehandlung stellt eine selbstständige zahnärztliche Leistung dar, die in der GOZ nicht beschrieben und daher gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnen ist. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die Geb.-Nr. 2300a GOZ für angemessen. Die Leistung ist im Revisionsfall einmal je Kanal berechnungsfähig.““

Gebührenteil Abschnitt E (Stand 18. Oktober 2023)

Im Ausschlusskatalog der GOZ-Nr. 4025 wird zur Klarstellung ergänzt:

GOZ-Nr. 4025: nicht neben GOZ-Nr. 4070 (für die Therapie am Implantat) und 3010a (60. Beschluss des Beratungsforums)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 4025 wird zur Klarstellung ergänzt:

~~45. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):~~
~~„Eine subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation im Rahmen einer Periimplantitisbehandlung an einem Implantat stellt eine selbstständige Leistung dar, die nicht in der GOZ beschrieben ist. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nr. 4025 für angemessen.“~~

„In der S3-Leitlinie „Die Behandlung periimplantärer Infektionen an Zahnimplantaten“ der DGI und DGZMK wird die adjuvante lokale antiseptische/antibiotische Therapie zu einem mechanischen Debridement im Rahmen der nichtchirurgischen Therapie einer Periimplantitis ausdrücklich nicht empfohlen, sodass die GOZ-Nr. 4025 nicht neben der GOZ-Nr. 4070 (für die Therapie am Implantat) oder 3010a (60. Beschluss des Beratungsforums) berechnet werden kann.“

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 4070 wird zur Klarstellung ergänzt:

„46. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

~~"Die Durchführung der adjuvanten aPDT (antimikrobielle Photodynamische Therapie) zusätzlich zum manuellen Debridement im Rahmen einer nichtchirugischen Behandlung der Periimplantitis im Einklang mit der S3-Leitlinie „Die Behandlung periimplantärer Infektionen an Zahnimplantaten“ stellt eine selbstständige Leistung dar, die nicht in der GOZ beschrieben ist. Die Berechnung der analogen GOZ-Leistung ist neben der Leistung für die parodontalchirurgische Therapie am Implantat (GOZ-Nr. 4070) zulässig. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nr. 4110 für angemessen."~~

„Die Durchführung der adjuvanten aPDT (antimikrobielle Photodynamische Therapie) im Rahmen einer nichtchirugischen Behandlung der Periimplantitis im Einklang mit der S3-Leitlinie „Die Behandlung periimplantärer Infektionen an Zahnimplantaten“ stellt eine selbstständige Leistung dar, die nicht in der GOZ beschrieben ist. Die Berechnung der analogen GOZ-Leistung ist neben der nichtchirurgischen Therapie am Implantat zulässig. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nr. 4110 für angemessen.“

Von der Durchführung einer aPDT zur Therapie einer Mukositis wird in der S3-Leitlinie „Die Behandlung periimplantärer Infektionen an Zahnimplantaten“ der DGI und DGZMK abgeraten, sodass die GOZ-Nr. 4110 analog für die adjuvante aPDT im Zusammenhang mit der GOZ-Nr. 1040 (PZR am

Implantat) und 4050 (Entfernung harter und weicher Beläge am Implantat) nicht berechnungsfähig ist.

60. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

„Die nichtchirurgische subgingivale Belagsentfernung an einem Implantat zur Therapie einer Periimplantitis ist in der GOZ nicht beschrieben und daher gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnen. Die Geb.-Nr. 4070 GOZ ist daneben nicht berechnungsfähig. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die Geb.-Nr. 3010a GOZ für angemessen. Um Erstattungsschwierigkeiten vorzubeugen ist verpflichtend auf der Rechnung anzugeben: „Nichtchirurgische Therapie einer Periimplantitis.““

Im Ausschlusskatalog der GOZ-Nr. 4080 wird zur Klarstellung ergänzt:

GOZ-Nrn. 2030, 3010a (Nichtchirurgische Therapie einer Periimplantitis), 3050, 3070, 3080, 4070, 4075, 4120, 4130, 4133

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 4080 wird zur Klarstellung ergänzt:

„61. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

Die regelhafte Durchführung einer Gingivektomie oder Gingivoplastik neben einer analog berechneten subgingivalen Instrumentierung ist ohne medizinische Indikation nicht statthaft. Auf Grund medizinischer Notwendigkeit und eigenständiger Indikation kann es jedoch erforderlich sein, neben der subgingivalen Instrumentierung eine mit der Geb.-Nr. 4080 GOZ zu berechnende Gingivektomie oder Gingivoplastik zu erbringen.

In der 2. Therapiestufe der leitliniengerechten Parodontitistherapie sind chirurgische Maßnahmen nicht indiziert und vorgesehen. Die Notwendigkeit einzelner chirurgischer Gingivamaßnahmen sind nur im Ausnahmefall vorstellbar. Hauptindikationen für die Gingivektomie/Gingivoplastik sind medikamentös bedingte Gingivahyperplasien und -hypertrophien und die idiopathische gingivale Fibrose. Die Durchführung einer ausgedehnten Gingivektomie bzw. Gingivoplastik ist neben der subgingivalen Instrumentierung nicht nachvollziehbar, da das gleichzeitige Vorliegen einer plaqueassoziierten Parodontitis (≥4mm Sondierungstiefen) und eine der o.g. Erkrankungen sehr selten vorkommen dürfte. Darüber hinaus wird die geforderte Sondierungstiefe von ≥4mm bei den o.g. Erkrankungen i.d.R. nicht erreicht, weil Pseudotaschen (und keine echten parodontalen Taschen) vorliegen.“

Gebührenteil Abschnitt H (Stand 20. September 2023)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 7010 wird zur Klarstellung ergänzt:

20. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

„Die Eingliederung einer Protrusionsschiene, z. B. zur Behandlung einer Schlafapnoe, stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nr. 7010 (Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche) für angemessen; für bimaxillär verankerte Konstruktionen kann die Geb.-Nr. 7010 zweimal berechnet werden.

Gebührenteil Abschnitt E (Stand 14. Juni 2023)

Im Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 4080 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Die Gingivektomie (Entfernung des Zahnnfleisches) dient der Entfernung von pathologisch verändertem Zahnfleisch mit dem Ziel, Taschen zu eliminieren und dabei den natürlichen Verlauf der Gingiva (Zahnfleisch) zu erhalten. Dieses Verfahren ist indiziert bei über 4 mm tiefen supraalveolären Pseudotaschen bei gleichzeitig fibrotisch verdickter Gingiva ~~(z. B. hereditäre Gingivafibromatose und medikamentöse Gingivaveränderung)~~. Diese Symptome treten beispielsweise bei genetisch bedingten Veränderungen der Gingiva (hereditäre Gingivafibromatose) oder als Nebenwirkungen bestimmter Medikamente (z.B. Immunsuppresiva) auf. Dabei handelt es sich um Zahnfleischtaschen, die sich durch eine Zahnfleischverdickung (Gingivahyperplasie) herausbilden und nicht durch Tiefenwachstum des Epithelansatzes wie bei einer Parodontitis. Das Zahnfleisch ist in der Regel bindegewebig verdickt und bildet Schmutznischen.“

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 4080 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Die GOZ-Nr. 4080 ist zahnmedizinisch-fachlich zu unterscheiden von der Weichgewebskürettage im Rahmen einer parodontalchirurgischen Maßnahme (z. B. Lappenoperation, Rezessionstherapie). Die Weichgewebskürettage ist mit der umfassenderen Zielleistung abgegolten und darf nicht zusätzlich mit dieser Gebührennummer berechnet werden. Mögliche Indikationen für die Gingivektomie/Gingivoplastik sind im Leistungsinhalt zur GOZ-Nr. 4080 hinterlegt.“

Gebührenteil Abschnitte A und G (Stand 18. Dezember 2022)

„In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 0065 und 6010 wird zur Klarstellung ergänzt:

53. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

„Die kieferorthopädische Analyse eines digitalen Situationsmodellpaares (dreidimensionale, graphische oder metrische Analysen, Diagramme), das nach optisch-elektronischer Abformung einschließlich einfacher Bissregistrierung zur Diagnose oder Planung vorliegt, stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nr. 6010 für angemessen.““

Gebührenteil Abschnitt A (Stand 18. Dezember 2022)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 0090 und 0100 wird zur Klarstellung ergänzt:

„52. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

Die Infiltrationsanästhesie nach der GOZ-Nr. 0090 ist bei Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit zahn-/regionsgleich neben der Leitungsanästhesie nach der GOZ-Nr. 0100 berechnungsfähig.“

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 0110 wird zur Klarstellung ergänzt:

„50. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

„Die operationsmikroskopische Untersuchung zur Feststellung intrakoronaler oder intrakanalärer pathologischer Veränderungen eines Zahnes ist nur berechnungsfähig als alleinige endodontologische Leistung oder neben der Trepanation nach GOZ-Nr. 2390. Weitere endodontologische Leistungen sind sitzungsgleich nicht berechnungsfähig. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. Da eine analoge Berechnung von Zuschlägen nicht in Betracht kommt, halten der PKV-Verband und die Beihilfeträger unter Berücksichtigung der Bewertung der einschlägigen Zuschlagsposition nach der GOZNr.
0110 die analoge Berechnung der GOZ-Nr. 2290 (höchstens zum 2,3fachen Faktor) für angemessen. In den Fällen, in denen trotz der o. g. Veränderungen des Wurzelkanalsystems in gleicher Sitzung eine Wurzelkanalbehandlung durchgeführt wird, ist die Anwendung des OP-Mikroskops in dieser Sitzung mit der Berechnung der GOZ-Nr. 0110 (als Zuschlagsleistung zu den GOZ-Nrn. 2360, 2410 und 2440) abgegolten und darf nicht zusätzlich analog berechnet werden.
Protokollnotiz 18.11.2022: Beschluss Nr. 50 hebt Beschluss Nr. 1 für den in Beschluss Nr. 50 genannten Anwendungsfall auf.““

Gebührenteil Abschnitt C (Stand 18. Dezember 2022)

„In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 2270 wird zur Klarstellung ergänzt:

51. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

„Die Wiederherstellung der Funktion eines direkten Provisoriums mit Abformung ist in der GOZ nicht beschrieben und ist daher gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnen. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2270 für angemessen. Die Abformung ist mit der Analoggebühr abgegolten. Das Abformmaterial ist zusätzlich berechnungsfähig. Die Abrechnungsbestimmungen nach GOZ-Nr. 2270 sind anzuwenden.““

Gebührenteil Abschnitt E (Stand 18. Dezember 2022)

Im Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 4000 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Seit 2017 gibt es eine neue Klassifikation parodontaler und periimplantärer Erkrankungen und Zustände, die im Rahmen der Konsensuskonferenz „World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions“, organisiert von der American Academy of Periodontology (AAP) und der European Federation of Periodontology (EFP) vom 9. bis 11. November festgelegt wurde. Die diagnostischen Maßnahmen zur Erstellung eines Parodontalstatus basieren auf dieser Klassifizierung.

Nach dem derzeitigen Stand der Pathophysiologie können drei Formen der Parodontitis identifiziert werden: nekrotisierende Parodontitis, Parodontitis als Manifestation systemischer Erkrankungen und diejenigen früher als „chronisch“ oder „aggressiv“ bekannten Formen der Krankheit, die jetzt in einer einzigen Kategorie „Parodontitis“ zusammengefasst werden. Zur Diagnosestellung einer Parodontitis müssen das Stadium der Erkrankung, also der Schweregrad („Staging“), und der Grad der Erkrankung, also das Ausmaß sowie die Progression der Erkrankung („Grading“), ermittelt werden (vgl. Berglundh T, Armitage G, et al. Periimplant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Clin Periodontol. 2018;45(Suppl 20):S286–S291. https://doi.org/10.1111/jcpe.12957).

Der Parodontalstatus umfasst unter anderem:

- Messung der Taschentiefen und Blutung der Zahnfleischtaschen auf Sondieren
- parodontale Rezessionen
- Furkationsbefall~~:~~
~~- Grad 1 = bis 3 mm in horizontaler Richtung~~
~~- Grad 2 = mehr als 3 mm in horizontaler Richtung~~
~~- Grad 3 = durchgängig~~

- Zahnlockerung (Lockerungsgrad)~~:~~
~~- Grad I = gering horizontal (0,2 mm – 1 mm)~~
~~- Grad II = moderat horizontal (mehr als 1 mm)~~
~~- Grad III = ausgeprägt horizontal (mehr als 2 mm) und in vertikaler Richtung~~

- Erfassung von Kippungen und Wanderungen.

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 4000 wird zur Klarstellung ergänzt:

„57. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

„Die parodontale Diagnostik einschließlich Staging und Grading gemäß der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ der DG Paro und der DGZMK ist analog berechnungsfähig. Die Ergebnisse sind auf einem wissenschaftlich anerkannten Formblatt (z.B. von ParoStatus®) vollständig zu dokumentieren. Dieses Formblatt ist dem Zahlungspflichtigen auf dessen Verlangen zu überreichen. Die BZÄK, der PKV-Verband und die Beihilfeträger empfehlen für die parodontale Diagnostik einschließlich Staging und Grading und Dokumentation als Analoggebühr die GOZ-Nr. 8000. Die Leistung ist einmal je Parodontitis-Behandlungsstrecke berechnungsfähig. Um Erstattungsschwierigkeiten vorzubeugen ist verpflichtend auf der Rechnung anzugeben: GOZ-Nr. „8000a“ mit der Beschreibung „PAR-Diagnostik, Staging/Grading, Dokumentation“. Die GOZ-Nr. 4000 ist daneben nicht berechnungsfähig. Die Ausfertigung des Formblattes für den Zahlungspflichtigen kann nach Auffassung der BZÄK, des PKV-Verbandes und der Beihilfeträger mit der GOZ-Nr. 4030 analog berechnet werden. Um Erstattungsschwierigkeiten vorzubeugen ist verpflichtend auf der Rechnung anzugeben: GOZ-Nr. „4030a“ mit der Beschreibung „Ausfertigung PAR-Formblatt“.““

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 4005 wird zur Klarstellung ergänzt:

„54. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

„Die Erhebung mindestens eines Gingivalindex und/oder eines Parodontalindex (z.B. des Parodontalen Screening-Index PSI) im Rahmen einer Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) – im Einklang mit der Empfehlung aus der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ zur Häufigkeit der Durchführung der UPT – mehr als zweimal im Jahr ist in der GOZ nicht beschrieben. Die BZÄK, der PKV-Verband und die Beihilfeträger sehen die GOZ-Nr. 4005 zusätzlich zur originären Leistung bis zu i.d.R. zweimal analog innerhalb eines Jahres als berechnungsfähig an.““

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 4130, 4133 und 4138 wird zur Klarstellung ergänzt:

~~„Es kommt vor, dass mit den GOZ-Nrn. 4130, 4133 oder 4138 originär oder analog die Anwendung einer 3D-Kollagenmatrix (Mucograft®, Mucoderm®) als Alternative zu einem autologen Weichgewebstransplantat (BGT, FST) berechnet wird. Es existieren keine ausreichenden Langzeitstudien, die die Wirksamkeit und Gleichwertigkeit zu der fest etablierten körpereigenen Weichgewebstransplantation belegen (vgl. Greven, Autologe Weichgewebstranplantate. Der freie Zahnarzt. Ausgabe 9/2016). Die Maßnahme muss daher als medizinisch nicht notwendig im Sinne des § 1 Abs. 2 GOZ bewertet werden und kann allenfalls als Verlangensleistung berechnet werden.~~

Die Anwendung einer Kollagenmatrix zur Weichteilaugmentation (Weichteilverdickung) im Zusammenhang mit Implantaten ist in der GOZ nicht beschrieben. Die Leistung ist analog zu berechnen. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 4138 je Implantat für angemessen. Die Materialkosten für die Kollagenmatrix sind zusätzlich berechnungsfähig. Die Berechnung der GOZ-Nrn. 4130 bzw. 4133 originär oder analog für diese Leistung ist nicht sachgerecht, da körperfremdes Material verwendet wird und wesentliche Leistungsbestandteile wie die Gewinnung des Transplantates und die Versorgung der Entnahmestelle entfallen. Somit stellen diese oder andere analoge Leistungen keine nach Art, Zeit- und Kostenaufwand vergleichbare Leistungen dar (§ 6 Abs. 1 GOZ).“

Gebührenteil Abschnitt G (Stand 30. November 2022)

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Für die Entfernung eines festsitzenden Retainers außerhalb des Vierjahreszeitraumes empfiehlt der PKV-Verband die GOZ-Nr. 6110 analog.“

Gebührenteil Abschnitt K (Stand 19. Oktober 2022)

Im Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 9010 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Als Material für Zahnimplantate hat sich wegen seiner hohen mechanischen Festigkeit, seiner Korrosionsbeständigkeit und seiner Biokompatibilität Titan zum Standard entwickelt. Jedoch haben mittlerweile auch Implantate aus Zirkonoxidkeramik eine weite Verbreitung gefunden. ~~Einteilige Systeme mit modernen Oberflächen erreichen gute Osseointegrationsraten. Für die Verwendung der zweiteiligen Keramikimplantate liegt gemäß Empfehlungen der 6. ITI- Konsensuskonferenz (International Team for Implantology) keine Evidenz vor. Die Ergebnisse der 6. ITI- Konsensuskonferenz wurden im April 2018 von Fachexperten aus der ganzen Welt auf Grundlage der neuesten Literaturergebnisse in Form eines Leitfadens für den implantologischen Praktiker für die kommenden fünf Jahre festgelegt (abrufbar unter https://www.quintessenz-news.de/leitfaden-fuer-den-implantologischen-praktiker/). Die ITI Konsensuskonferenz 2018 konnte aufgrund unzureichender Daten zu zweiteiligen Keramikimplantaten keine Empfehlung aussprechen. Diese Implantate sollen daher nach Expertenmeinung mit Vorsicht verwendet werden (Morton D, Gallucci G, Lin WS, Pjetursson B, Polido W, Roehling S, et al. Group 2 ITI Consensus Report: Prosthodontics and implant dentistry. Clin Oral Implants Res. 2018;29 Suppl 16:215-23.).~~

~~„Einteilige Keramikimplantate mit modernen Oberflächen sind als einsatzreif zu bezeichnen. Zweiteilige Keramikimplantate sollten, mangels Dokumentation der Langzeitstabilität der Implantat-Abutmentverbindung in der Praxis, wenn überhaupt, nur unter strengster Aufklärung eingesetzt werden.“ (Al-Nawas. B. Impl. I: Systeme und Konzepte, MKG Update 2019 – Handbuch MKG 2019, S. 9).~~ Gemäß dem aktuellen Praxisleitfaden 2021 sieht die EuCC die wissenschaftliche Evidenz von solchen Implantaten jedoch nur bei einteiligen Systemen. Frühere Bedenken bezüglich Implantatfrakturen bei einteiligen Keramikimplantaten konnten durch vorliegende Studien ausgeräumt werden. Die Überlastungen in der frühen Einheilphase können dabei durch zahntechnische Lösungen (Schutzschiene, Verblockung oder eine dafür vorgesehene provisorische Versorgung) verhindert werden. Aufgrund verzeichneter Studienergebnisse ist die Verwendung von einteiligen Implantaten sehr gut belegt und etabliert. Die Evidenz bei

zweiteiligen Implantatsystemen aus Keramik steht aktuell aufgrund der seltenen wissenschaftlichen Untersuchungen aus (vgl. Praxisleitfaden 2021, Update Keramik in der Implantologie, 16. Europäische Konsensuskonferenz (EuCC), 23. Februar 2021.)“

Gebührenteil Abschnitt E (Stand 10. August 2022)

Im Ausschlusskatalog der GOZ-Nr. 4025 wird zur Klarstellung ergänzt:

GOZ-Nr. 4025: im Zusammenhang mit entzündungsfreiem Parodont z.B. im Rahmen einer PZR oder Zahnsteinentfernung

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 4025 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Gemäß der aktuell gültigen S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ (Stand Dez. 2020) der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DG PARO) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) ist die subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation ausschließlich in der 2. Therapiestufe der Parodontitisbehandlung empfohlen. Die Durchführung dieser Maßnahme ohne eine in diesem Zusammenhang erfolgte subgingivale Instrumentierung der pathologischen Tasche, z.B. im Rahmen der PZR oder Zahnsteinentfernung, ist somit nicht medizinisch indiziert.“

Gebührenteil Abschnitt G (Stand 10. August 2022)

In den Erläuterungen der Allgemeinen Bestimmung zu Abschnitt G wird zur Klarstellung ergänzt:

„Die Maßnahmen im Sinne der GOZ-Nr. 6090 umfassen alle Leistungen zur Einstellung der Okklusion durch alveolären Ausgleich nach abgeschlossenem Kiefer- und Schädelwachstum unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden oder den verwendeten Therapiegeräten (Schienen, Positioner u. a.) einschließlich der Retention ~~(GOZ, Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes-) Zahnärztekammern, Stand Januar 2021, https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf, zu GOZ-Nr. 6090, S. 215)~~. Ziel der Maßnahmen ist die Einstellung der Okklusion. Solange diese nicht erreicht ist, ist der Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 6090 nicht erbracht. GOZ-Nr. 6090 kann also ~~bis zur Erreichung dieses Ziels~~ nur einmal je Kiefer und nicht etwa je Sitzung oder quartalsweise ~~(so aber der Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes-) Zahnärztekammern, Stand Januar 2021, https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf, zu GOZ-Nr. 6090, S. 215) oder in kürzeren oder längeren Abständen~~ berechnet werden (vgl. GOZ, Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes-) Zahnärztekammern, Stand Januar 2021, https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf, zu GOZ-Nr. 6090, S. 215).

Gebührenteil Abschnitt D (Stand 20. Juli 2022)

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 3000, 3010, 3020, 3030 wird zur Klarstellung ergänzt:

„In der Abrechnungspraxis wird häufig für das Auffüllen der Alveole mit Knochenersatzmaterial nach Entfernung eines Zahnes (sog. Socket Preservation) die GOÄ-Nr. 2442 berechnet. Gelegentlich werden auch die GOÄ-Nrn. 2730 und 2732 berechnet. Leistungsinhalt dieser Gebührennummern sind Lagerbildungsmaßnahmen. Darunter versteht man die Vorbereitung der Einpflanzungsstelle für Knochen oder Knochenteile z. B. durch Anfrischen des Knochens. Bei einem extrahierten Zahn fällt diese Leistung nicht an, selbst wenn im Anschluss Eigenknochen oder Knochenersatzmate-

rial in die Alveole eingebracht wird. ~~Laut amtlicher Begründung zu GOZ-Nr. 9100 sind operative Maßnahmen zum Erhalt der Alveole („Socket-Preservation“) der Leistung nach der GOZ-Nr. 4110 zuzuordnen. Die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme in Verbindung mit komplikationslosen Extraktionen ist in der Regel nicht gegeben.~~ Sofern gebührenrechtlich argumentiert wird, dass die Socket Preservation in der GOZ nicht beschrieben und demnach gemäß § 6 Abs. 1 GOZ als Analoggebühr zu berechnen sei, ist festzustellen, dass die Socket Preservation zwar im eigentlichen Leistungstext nicht beschrieben ist, jedoch gemäß amtlicher Begründung nach der GOZ-Nr. 9100 ausdrücklich mit der GOZ-Nr. 4110 berechnet wird. Das fachliche Argument, dass die Erwähnung des Parodontiums im Leistungstext der GOZ-Nr. 4110 das Vorhandensein eines Zahnes oder wenigstens einer Zahnwurzel voraussetze und somit keine originäre Berechnung möglich sei, ist hinfällig. Der Leistungstext bezieht auch ausdrücklich das Implantat mit ein, bei dem – wie bei der Extraktionsalveole – auch kein Parodontium vorliegt. Die nachgelagerte Abrechnungsbestimmung bestimmt, dass die GOZ-Nr. 4110 auch im Rahmen einer chirurgischen Maßnahme berechnet werden kann (vgl. ZÄK Nordrhein, Rheinisches Zahnärzteblatt, 2013, Heft 12, Position 4110 GOZ vs. Position 2442 GOÄ).“

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 3045, 3130, 3270 wird zur Klarstellung ergänzt:

„In der Abrechnungspraxis wird häufig für das Auffüllen der Alveole mit Knochenersatzmaterial nach Entfernung eines Zahnes die GOÄ-Nr. 2442 berechnet. Laut amtlicher Begründung zu GOZ-Nr. 9100 sind operative Maßnahmen zum Erhalt der Alveole („Socket-Preservation“) der Leistung nach der GOZ-Nr. 4110 zuzuordnen (vgl. ZÄK Nordrhein, Rheinisches Zahnärzteblatt, 2013, Heft 12, Position 4110 GOZ vs. Position 2442 GOÄ). Die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme in Verbindung mit komplikationslosen Extraktionen ist in der Regel nicht gegeben.“

Gebührenteil Abschnitt E (Stand 20. Juli 2022)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 4110 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Auch wenn im Leistungstext von „parodontalen Knochendefekten“ die Rede ist, ist die Leistung auch für Implantate anwendbar. Beim Parodont handelt es sich um den Zahnhalteapparat, der aus Zahnfleisch, dem Alveolarknochen, der Wurzelhaut (Desmodont) und dem Wurzelzement des Zahnes besteht. Das Implantat ist durch Osseointegration im Kieferknochen verankert. Die o. g. Strukturen existieren nicht mehr. Die Bezugnahme im Leistungstext auf das „Implantat“ belegt jedoch zweifelsfrei, dass die GOZ-Nr. 4110 für isolierte Knochenaufbaumaßnahmen mit Eigenknochen oder Knochenersatzmaterial auch bei Implantaten trotz fehlenden Parodonts anwendbar ist. Auch für die sog. Socket Preservation ist laut der amtlichen Begründung nach der GOZ-Nr. 9100 nur die GOZ-Nr. 4110 berechnungsfähig – trotz fehlenden Parodonts. ~~Ablehnende Kommentare (z. B. GOZ, Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes-) Zahnärztekammern, Stand Januar 2021, https://www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf, zu GOZ-Nr. 4110, S. 150) zielen offensichtlich darauf ab, die Leistung ggf. analog oder mit einer höheren Bewertung berechnungsfähig zu machen.~~ Nicht berechnungsfähig ist dagegen die GOÄ-Nr. 2442 – auch nicht im Rahmen einer Weichteilunterfütterung – denn der Ansatz einer Gebührenposition aus der GOÄ setzt gemäß § 6 Abs. 2 GOZ voraus, dass die GOZ für die erbrachte Leistung keine Gebührenposition beinhaltet. Die Weichteilunterfütterung mit Knochenersatzmaterial ist ein Leistungsbestandteil der GOZ-Nr. 4110 (vgl. ZÄK Nordrhein, Rheinisches Zahnärzteblatt, 2013, Heft 12, Position 4110 GOZ vs. Position 2442 GOÄ). [...].“

Gebührenteil Abschnitt C (Stand 8. Juli 2022)

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 2060, 2080, 2100, 2120 und 2197 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Diese Sichtweise wird von den Gerichten LG Düsseldorf (Urteil vom 25.11.2021, Az.: 3 S 2/21), AG Ravensburg (Urteil vom 28. Februar 2019, Az.: 5 C 60/19), AG Köln (Urteil vom 26.11.2018, Az.: 142 C 328/15), AG Stuttgart (Urteil vom 28. Juni 2016, Az.: 9 C 1059/16), AG Hamburg-Altona

(Urteil vom 2. Mai 2016, Az.: 318c C 226/15), VG Stuttgart (Urteil vom 18. November 2014, Az.: 13 K 757/13), AG Celle (Urteil vom 11. November 2014, Az.: 13 C 1449/13) bestätigt. ~~Mit den Argumenten aus einer Vielzahl der gerichtlichen Urteile hat sich der PKV-Verband in einer ausführlichen Stellungnahme detailliert auseinandergesetzt.~~

Der PKV-Verband hat das jüngst zu diesem Thema ergangene Urteil des LG Düsseldorf vom 25.11.2021 kommentiert („GOZ-Nr. 2197 nicht neben Adhäsivfüllungsleistungen“).

Diese Auseinandersetzung um die vermeintlich unklare Auslegung dieser Streitfrage kann nicht nur wegen der Entscheidung des LG Düsseldorf als wahrscheinlich erledigt angesehen werden. Das Urteil hat auch Wirkung auf die – auch in den eigenen Kreisen – umstrittene Berechnungsempfehlung der Zahnärztekammer Nordrhein gezeigt. In ihrer Kammerzeitschrift „Rheinisches Zahnärzteblatt“ erklärt die Kammer explizit, dass sie „aufgrund der Vielzahl der mittlerweile zu der Thematik ergangenen, leider auch negativen Urteile, die ausdrückliche Empfehlung zur Berechnung der GOZ-Ziffer 2197 neben den GOZ-Ziffern 2060 ff nicht weiter aufrecht halten [wird]“ (Rheinisches Zahnärzteblatt, Ausgabe 2 v. 02.02.2022, S. 17, abrufbar unter https://www.zahnaerztekammernordrhein.de/fileadmin//user_upload/Downloads/RZB_Archiv/RZB_02_2022_online.pdf, Abruf am 16.02.2022). Die Kammer macht auf die Gefahr aufmerksam, dass die Abrechnung nicht erstattet oder bereits erstattete Forderungen zurückgefordert werden könnten.

Gebührenteil Abschnitt F (Stand 10. März 2022)

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 5000 bis 5040 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Die GOZ-Nr. 5030 ist für die implantatgetragene Versorgung eines Kiefers mit einer Prothese je Implantat als Brücken- oder Prothesenanker berechnungsfähig, wenn das Implantat mit einem wurzelkappenartigen Aufbau, implantatgetragenen Locatoren oder individuellen Kappen versorgt wurde. Das alleinige Einbringen eines individuellen Implantatabutments im Rahmen dieser Versorgung ist mit der GOZ-Nr. 9050 abgegolten und berechtigt nicht zur Berechnung der GOZ-Nr. 5030.“

Gebührenteil Abschnitt C (Stand 08. Dezember 2021)

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 2150 bis 2170 und 2190 wird zur Klarstellung ergänzt:

„41. Beschluss des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

„Teilleistungen bei der Anfertigung von Stiftaufbauten oder Einlagefüllungen (Kapitel C.) sind gemäß den Leistungsinhalten und den Abrechnungsbestimmungen der GOZ-Nrn. 2230 oder 2240 analog berechnungsfähig. Die angefallenen Material- und Laborkosten sind ebenfalls berechnungsfähig. Voraussetzung für die Anwendung dieses Beschlusses ist, dass es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen oder eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.““

Gebührenteil Abschnitt F (Stand 08. Dezember 2021)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 5040 wird zur Klarstellung ergänzt:

„44. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

„Die Erneuerung eines Primärteleskops im Rahmen der Reparatur einer teleskopverankerten Versorgung stellt eine selbstständige Leistung dar, die nicht in der GOZ beschrieben ist. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nr. 5000 und ggf. zusätzlich die GOZ-Nr. 5090 für angemessen. Mit der Berechnung sind auch folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantates, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Krone, Nachkontrolle und Korrekturen.““

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 5210, 5220, 5240 wird zur Klarstellung ergänzt:

„48. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

„Die Erneuerung eines Primärteleskops im Rahmen der Reparatur einer teleskopverankerten Versorgung stellt eine selbstständige Leistung dar, die nicht in der GOZ beschrieben ist. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nr. 5000 und ggf. zusätzlich die GOZ-Nr. 5090 für angemessen. Mit der Berechnung sind auch folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantates, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Krone, Nachkontrolle und Korrekturen.““

Gebührenteil Abschnitt E (Stand 08. Dezember 2021)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 4025 wird zur Klarstellung ergänzt:

„45. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

„Eine subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation im Rahmen einer Periimplantitisbehandlung an einem Implantat stellt eine selbstständige Leistung dar, die nicht in der GOZ beschrieben ist. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nr. 4025 für angemessen.““

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 4070 wird zur Klarstellung ergänzt:

„46. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

„Die Durchführung der adjuvanten aPDT (antimikrobielle Photodynamische Therapie) zusätzlich zum manuellen Debridement im Rahmen einer nichtchirugischen Behandlung der Periimplantitis im Einklang mit der S3-Leitlinie „Die Behandlung periimplantärer Infektionen an Zahnimplantaten“ stellt eine selbstständige Leistung dar, die nicht in der GOZ beschrieben ist. Die Berechnung der analogen GOZ-Leistung ist neben der Leistung für die parodontalchirurgische Therapie am Implantat (GOZ-Nr. 4070) zulässig. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nr. 4110 für angemessen.““

Gebührenteil Abschnitt H (Stand 08. Dezember 2021)

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 7000 und 7010 wird zur Klarstellung ergänzt:

„42. Beschluss des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

„Teilleistungen bei der Anfertigung von Schienen (Kapitel H.) sind gemäß dem Leistungsinhalt und der Abrechnungsbestimmung der GOZ-Nr. 5240 analog berechnungsfähig. Die angefallenen Material- und Laborkosten sind ebenfalls berechnungsfähig. Voraussetzung für die Anwendung dieses Beschlusses ist, dass es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen oder eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.““

Gebührenteil Abschnitt D (Stand 08. September 2021)

Im Ausschlusskatalog der GOZ-Nrn. 3030 bis 3045 wird zur Klarstellung ergänzt:

GOÄ-Nrn. 2583, 2584, Analogberechnungen für die Neurolyse

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 2197 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Ist es notwendig, bei der Weisheitszahnentfernung eine Neurolyse nach GOÄ-Nr. 2583 bzw. 2584 durchzuführen, ist diese Leistung von der Zielleistung umfasst und nicht gesondert berechnungsfähig. Der alleinige Schutz eines Nervs im Rahmen eines operativen Eingriffes, wie z. B. bei der Entfernung eines extrem verlagerten Zahnes nach der GOZ-Nr. 3045 oder eines Implantates mittels Osteotomie (GOZ-Nr. 3030), stellt keine selbstständige Leistung dar (vgl. BGH vom 05.06.2008, Az.: III ZR 239/07). Darüber hinaus sind die originären GOÄ-Nrn. 2583 und 2584 für den Zahnarzt aufgrund der Bestimmungen nach § 6 Abs. 2 GOZ versperrt. Dies kann auch nicht dadurch umgangen werden, indem die Maßnahme analog oder mit einer anderen Gebührennummer berechnet wird.“

Gebührenteil Abschnitt K (Stand 08. September 2021)

Im Ausschlusskatalog der GOZ-Nrn. 9010, 9090, 9100, 9130, 9140 wird zur Klarstellung ergänzt:

Analogberechnungen für die Neurolyse

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 9010, 9090, 9100, 9130 wird zur Klarstellung ergänzt:

Ist es notwendig, bei der Implantatinsertion / bzw. bei der Knochengewinnung bzw. Einbringung / bzw. beim Aufbau des Alveolarfortsatzes / bzw. bei der Knochenentnahme eine Neurolyse nach GOÄ-Nr. 2583 bzw. 2584 durchzuführen, ist diese Leistung von der Zielleistung nach GOZ-Nr. 9090 umfasst und weder originär noch analog oder mit einer anderen Gebührennummer ~~nicht~~ gesondert berechnungsfähig. „Es stellt keine für eine selbständige Abrechenbarkeit hinreichende eigenständige Indikation dar, wenn der betreffende Nerv im Zuge der Erbringung der (anderen) Zielleistung geschont und seine Verletzung verhindert werden soll.“ (vgl. BGH vom 05.06.2008, Az.: III ZR 239/07). Darüber hinaus sind die GOÄ-Nrn. 2583 und 2584 für den Zahnarzt aufgrund der Bestimmungen nach § 6 Abs. 2 GOZ ohnehin versperrt.

Gebührenteil Abschnitt C (Stand 28. Juli 2021)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 2197 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Dass die GOZ-Nr. 2197 nicht neben der GOZ-Nr. 6100 berechnet werden darf, ist nunmehr auch höchstrichterlich vom Bundesverwaltungsgericht

(BVerwG) bestätigt worden. Das Urteil beruht auf der Anwendung und Auslegung der GOZ und nicht auf beihilferechtliche Besonderheiten, sodass es inhaltlich auch auf gebührenrechtliche Fälle ohne Beihilfebezug übertragbar ist. ~~Die Gerichte~~ Weitere – diese Sichtweise bestätigende – Urteile sind beim AG Burgdorf (Urteil vom 6. Februar 2014, Az.: 13 C 338/13) und AG Nürnberg (Urteil vom 21. April 2015, Az.: 12 C 7440/14) ergangen ~~bestätigen diese Sichtweise~~.

~~Aktuell liegen überwiegend bestätigende Urteile zugunsten der Nebeneinanderberechnungsfähigkeit der GOZ-Nrn. 6100 und 2197 vor.~~"

Gebührenteil Abschnitt G (Stand 28. Juli 2021)

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 6100 wird zur Klarstellung ergänzt:

Diese Sichtweise ist höchstrichterlich durch das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) bestätigt worden. Das Urteil beruht auf der Anwendung und Auslegung der GOZ und nicht auf beihilferechtlichen Besonderheiten, sodass es inhaltlich auch auf gebührenrechtliche Fälle ohne Beihilfebezug übertragbar ist. ~~Die Gerichte~~ Weitere – diese Sichtweise bestätigende – Urteile sind beim AG Riedlingen (Urteil vom 25. April 2017, Az.: 1 C 209/15), AG Nürnberg (Urteil vom 21. April 2015 Az.: 12 C 7440/14) und AG Burgdorf (Urteil vom 6. Februar 2014, Az.: 13 C 338/13) ergangen ~~bestätigen diese Sichtweise~~. ~~Aktuell liegen überwiegend bestätigende Urteile zugunsten der Nebeneinanderberechnungsfähigkeit der GOZ-Nrn. 6100 und 2197 vor.~~

Gebührenteil Abschnitt G (Stand 28. Juli 2021)

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Werden also beispielsweise Loops, Bögen, Attachments bei Alignern, festsitzende Retainer (auch digital hergestellte, z. B. Memotain) oder Kunststoffschienen verwendet, ist es nicht zulässig, dafür zusätzliche Gebührenpositionen in Rechnung zu stellen (in der Abrechnungspraxis werden unzulässigerweise häufig die GOZ-Nrn. 6100, 7070 oder GOÄ-Nrn. 2697, 2698 originär oder analog angesetzt). Diese Sichtweise ist nunmehr höchstrichterlich in zwei Urteilen durch das Bundesverwaltungsgericht (BverwG) bestätigt worden (Urteil vom 26. Februar 2021, Az. 5 C 7.19, Urteil vom 5. März 2021, Az.: 5 C 8.19). Die Urteile beruhen auf der Anwendung und Auslegung der GOZ und nicht auf beihilferechtlichen Besonderheiten, sodass sie inhaltlich auch auf gebührenrechtliche Fälle ohne Beihilfebezug übertragbar sind."

Gebührenteil Abschnitt G (Stand 19. Mai 2021)

In den Erläuterungen der Allgemeinen Bestimmung zu Abschnitt G wird zur Klarstellung ergänzt:

„Mit dem Ausdruck „unprogrammierte Attachments" in der Allgemeinen Bestimmung zu Abschnitt G bezeichnet man die aufgeschweißten Befestigungselemente (z.B. Tubes) auf kieferorthopädischen Bändern. Sie fallen wie auch die „Edelstahlbänder" ausschließlich im Zusammenhang mit der GOZ-Nr. 6120 an. Oft werden sie fehlinterpretiert als Attachments im Rahmen einer Aligner-Behandlung, um deren zusätzliche Berechnung mit der GOZ-Nr. 6100 zu rechtfertigen. Dabei handelt es sich um kleine Blöcke aus Kunststoff, die auf die Zähne geklebt werden und als Verankerungselement für die Schiene individuelle Zahnbewegungen ermöglichen. Ihre Eingliederung ist abgegolten mit den mit den Kernpositionen nach den GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 und können weder originär noch analog mit der GOZ-Nr. 6100 berechnet werden."

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 6100 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Oft wird der Ausdruck „unprogrammierte Attachments“ in der Allgemeinen Bestimmung zu Abschnitt G fehlinterpretiert als Attachments im Rahmen einer Aligner-Behandlung, um deren zusätzliche Berechnung mit der GOZ-Nr. 6100 zu rechtfertigen. Mit „unprogrammierten Attachments“ bezeichnet man die aufgeschweißten Befestigungselemente (z.B. Tubes) auf kieferorthopädischen Bändern. Sie fallen wie die ebenfalls in derselben Allgemeinen Bestimmung erwähnten „Edelstahlbänder“ ausschließlich im Zusammenhang mit der GOZ-Nr. 6120 an. Bei den Aligner-Attachments handelt es sich hingegen um kleine Blöcke aus Kunststoff, die auf die Zähne geklebt werden und als Verankerungselement für die Schiene individuelle Zahnbewegungen ermöglichen. Ihre Eingliederung ist abgegolten mit den mit den Kernpositionen nach den GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 und können weder originär noch analog mit der GOZ-Nr. 6100 berechnet werden.“

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 6120 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Um die orthodontischen Hilfsmittel aufnehmen zu können, sind an den Bändern Befestigungselemente wie z. B. Röhrchen, Häkchen o. Ä. angebracht. In der Allgemeinen Bestimmung zu Abschnitt G sind diese Elemente unter dem Begriff „unprogrammierte Attachments“ subsumiert. Sie fallen wie auch die dort aufgezählten „Edelstahlbänder“ ausschließlich im Zusammenhang mit der GOZ-Nr. 6120 an. Das Anbringen des Bandes mit den Befestigungselementen ist ein einheitlicher Vorgang, so dass für die zusammen mit dem Band erfolgende Eingliederung beispielsweise eines Häkchens GOZ-Nr. 6120 nicht nochmals berechnet werden kann. Oft werden die unprogrammierten Attachments fehlinterpretiert als Attachments im Rahmen einer Aligner-Behandlung, um deren zusätzliche Berechnung mit der GOZ-Nr. 6100 zu rechtfertigen. Dabei handelt es sich um kleine Blöcke aus Kunststoff, die auf die Zähne geklebt werden und als Verankerungselement für die Schiene individuelle Zahnbewegungen ermöglichen. Ihre Eingliederung ist abgegolten mit den mit den Kernpositionen nach den GOZ-Nrn. 6030 bis 6080.“

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 6160 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Die Gebührennummer beschreibt die Eingliederung einer intraoral/extraoral verankerten Apparatur (z.B. Headgear, Transpalatinalbogen, Nance etc.). Die Leistung kann nur einmal je Apparatur berechnet werden, auch wenn diese an mehreren Stellen befestigt wird. [...]

~~Die Leistung ist je Verankerung einmal abrechenbar.~~

Gebührenteil Abschnitt K (Stand 27. Januar 2021)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 9050 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Mit der Neufassung der Leistung nach der GOZ-Nr. 9050 wird eine bisher gebührenrechtlich strittige Frage geklärt, nämlich, ob die GOZ-Nr. 905 alt auch während der rekonstruktiven Phase anzusetzen ist, oder nur im Reparaturfall. Die Leistung nach GOZ-Nr. 9050 honoriert das Entfernen und Wiedereinsetzen eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem während der rekonstruktiven Phase. Unter der rekonstruktiven Phase versteht man alle Maßnahmen im Rahmen einer Implantatbehandlung bis zum Befestigen der Suprakonstruktion. Diese Definition gilt auch für die Neuanfertigung der Suprakonstruktion auf bereits vorhandenen Implantaten. Die Annahme, dass es sich lediglich um den Zeitraum der Zahnersatzherstellung handelt, geht fehl, da die Rekonstruktion eines Zahnes auch die Rekonstruktion seiner Wurzel (also die Implantation) beinhaltet. Für das Auswechseln eines Sekundärteils im Reparaturfall, also nach Abschluss der prothetischen Arbeit, wurde eine neue Gebühr – die GOZ-Nr. 9060 – geschaffen.

„[...] Die GOZ-Nr. 9050 ist auch anzuwenden beim Entfernen/Wiedereinsetzen/Auswechseln von Aufbauelementen im Rahmen einer Neuanfertigung

der Suprakonstruktion auf bereits vorhandenen Implantaten, da diese Maßnahmen innerhalb der rekonstruktiven Phase anfallen. [...].“

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 9060 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Im Rahmen einer Neuanfertigung der Suprakonstruktion auf bereits vorhandenen Implantaten ist die Entfernung und das Wiedereinsetzen/Auswechseln von Aufbauelementen Bestandteil der rekonstruktiven Phase. Daher ist für diese Maßnahmen nicht die GOZ-Nr. 9060 zu berechnen, sondern die GOZ-Nr. 9050.“

Gebührenteil Abschnitt C (Stand 17. Dezember 2020)

Im Ausschlusskatalog der GOZ-Nrn. 2050 bis 2120, 2150 bis 2170, 2200 bis 2220, 2250, 2310 und 2320 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Gebühren für die Zahnfarbenbestimmung (mit der prothetischen Leistung abgegolten)“

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 2050 bis 2120, 2150 bis 2170, 2200 bis 2220, 2250, 2310 und 2320 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Bei der Zahnfarbenbestimmung handelt es sich um eine delegierbare zahnärztliche Teilleistung zur Anfertigung der Restauration (z.B. Präparieren, Relationsbestimmung, Abformung etc.), die mit den auf die Restauration entfallenden Gebühren abgegolten ist. Unabhängig davon, wer die Zahnfarbenbestimmung vornimmt, ist hierfür weder eine gesonderte Gebühr noch der Ansatz einer Laborposition zulässig.“

Gebührenteil Abschnitt F (Stand 17. Dezember 2020)

Im Ausschlusskatalog der GOZ-Nrn. 5000 bis 5040, 5070, 5100, 5110, 5150, 5160, 5200, 5250 und 5260 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Gebühren für die Zahnfarbenbestimmung (mit der prothetischen Leistung abgegolten)“

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 5000 bis 5040, 5070, 5100, 5110, 5150, 5160, 5200, 5250 und 5260 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Bei der Zahnfarbenbestimmung handelt es sich um eine delegierbare zahnärztliche Teilleistung zur Anfertigung der Restauration (z.B. Präparieren, Relationsbestimmung, Abformung etc.), die mit den auf die Restauration entfallenden Gebühren abgegolten ist. Unabhängig davon, wer die Zahnfarbenbestimmung vornimmt, ist hierfür weder eine gesonderte Gebühr noch der Ansatz einer Laborposition zulässig.“

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 5070 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Die GOZ-Nr. 5070 ist für Prothesenspannen neben den GOZ-Nrn. 5220 und 5230 für die Cover-Denture-Prothese nicht berechnungsfähig, weil diese Prothesen keine Prothesensättel, sondern eine ununterbrochene Prothesenbasis haben (vgl. ZÄK Berlin – GOZ-Referat, Cover-Denture-Prothese und Prothesenspannen, Stand 31.07.2017).“

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 5220 und 5230 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Die GOZ-Nr. 5070 ist für Prothesenspannen neben den GOZ-Nrn. 5220 und 5230 für die Cover-Denture-Prothese nicht berechnungsfähig, weil

diese Prothesen keine Prothesensättel, sondern eine ununterbrochene Prothesenbasis haben (vgl. ZÄK Berlin – GOZ-Referat, Cover-Denture-Prothese und Prothesenspannen, Stand 31.07.2017).“

Gebührenteil Abschnitt J (Stand 17. Dezember 2020)

Im Ausschlusskatalog der GOZ-Nrn. 7080 bis 7100 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Gebühren für die Zahnfarbenbestimmung (mit der prothetischen Leistung abgegolten)“

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 7080 bis 7100 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Bei der Zahnfarbenbestimmung handelt es sich um eine delegierbare zahnärztliche Teilleistung zur Anfertigung der Restauration (z.B. Präparieren, Relationsbestimmung, Abformung etc.), die mit den auf die Restauration entfallenden Gebühren abgegolten ist. Unabhängig davon, wer die Zahnfarbenbestimmung vornimmt, ist hierfür weder eine gesonderte Gebühr noch der Ansatz einer Laborposition zulässig.“

Gebührenteil Abschnitt G (Stand 28. Oktober 2020)

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Werden also beispielsweise Loops, Bögen, Attachments bei Alignern, festsitzende Retainer (auch digital hergestellte, z. B. Memotain) oder Kunststoffschienen verwendet, ist es nicht zulässig, dafür zusätzliche Gebührenpositionen in Rechnung zu stellen (in der Abrechnungspraxis werden unzulässigerweise häufig die GOZ-Nrn. 6100, 7070 oder GOÄ-Nrn. 2697, 2698 originär oder analog angesetzt). [...] Der Leistungstext lässt offen, ob es sich um ein festsitzendes oder herausnehmbares Behandlungsmittel handelt, sodass beide Arten von Retainern mit dieser Gebühr abgegolten sind. Das gilt auch für digital hergestellte Retainer (z. B. Memotain).“

Gebührenteil Abschnitt C (Stand 01. Juli 2020)

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 2330 und 2340 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Die GOZ-Nrn. 2330 und 2340 sind Teilleistungen, um die Zielleistung Krone, Füllung etc. zu realisieren. Eine besondere Art der Ausführung der Überkappung (z. B. mit lichthärtendem Material) rechtfertigt nicht die zusätzliche Berechnung der GOZ-Nr. 2197 neben diesen Gebühren. In der Wissenschaftlichen Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Endodontologie und Traumatologie wird von der Verwendung lichthärtender Liner und Zemente mit Kalziumhydroxid, bzw. MTA-Zusatz, aufgrund der nachgewiesenen Zytotoxizität abgeraten (Dammaschke, T. et. al. Aktuelle Empfehlungen zur Vitalerhaltung der Pulpa. Wissenschaftliche Mitteilung. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift; 74 (1) 2019). Insofern ist aus zahnmedizinisch-fachlicher Sicht die Verwendung von lichthärtenden Überkappungsmaterialien kontraindiziert. Im Kommentar der BZÄK zur GOZ-Nr. 2330 wird auf die Vitalerhaltung der Pulpa und die Abdeckung der Dentinwunde abgestellt. Die Berechnung der GOZ-Nr. 2197 wird dort nur im Zusammenhang mit der Aufbaufüllung nach GOZ-Nr. 2180 empfohlen (vgl. GOZ, Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes-) Zahnärztekammern, Stand Oktober 2018, www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf, zu GOZ-Nr. 2330, S. 92).“

Gebührenteil Abschnitt E (Stand 23. April 2020)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 4110 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Laut der amtlichen Begründung ist die Anwendung von Schmelzmatrix-Proteinen mit der GOZ-Nr. 4110 abgegolten. Bisher ist nur die Wirkung und Anwendung von Emdogain im offenen Verfahren (mit Lappenbildung) ausreichend dokumentiert und durch Studien belegt. Da die Wirksamkeit und der Nutzen einer nichtchirurgischen, minimalinvasiven Behandlung im geschlossenen Verfahren mit Schmelzmatrixproteinen – wie es bei der Anwendung von Emdogain FL vorgesehen ist – noch nicht wissenschaftlich belegt ist, muss sie zurzeit als experimentell bezeichnet werden. Die Maßnahme wird daher als medizinisch nicht notwendig im Sinne des § 1 Abs. 2 GOZ bewertet und kann allenfalls als Verlangensleistung berechnet werden."

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 2050 bis 2120 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Aufgrund der EU-Quecksilberverordnung (2017/852) darf Dentalamalgam seit dem 1. Juli 2018 für zahnärztliche Behandlungen von Milchzähnen, von Kindern unter 15 Jahren und von schwangeren oder stillenden Patientinnen nicht mehr verwendet werden. Für Kompositfüllungen im Seitenzahnbereich, die in Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik erbracht werden, stehen für diesen Personenkreis im Bema-Z die Nummern 13 e bis h zur Verfügung. In der Abrechnungspraxis wird seitdem beobachtet, dass private Zuzahlungen im Zusammenhang mit diesen Bema-Gebühren verlangt werden. Dies ist nur zulässig, wenn der Patient besondere Ausführungen im Sinne einer ästhetischen Optimierung wünscht (z.B. Mehrfarbentechnik). Für die Anwendung der Mehrschichttechnik, die den zahnmedizinischen Standard bei einer Adhäsiv-Füllung mit Komposit im Seitenzahnbereich zur Vermeidung von unerwünschten Randspalten darstellt, ist eine Mehrkostenvereinbarung nicht zulässig. Im Falle einer Mehrkostenvereinbarung sind die Gebühren für Füllungen in Abzug zu bringen, die im Rahmen einer zuzahlungsfreien Behandlung angefallen wären, in diesem Falle die Bema-Nrn. 13e bis h."

Gebührenteil Abschnitt B, C, E (Stand 13. November 2019)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 1040 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Die Oberflächenpolitur ist gemäß der 1. Abrechnungsbestimmung nach der GOZ-Nr. 1040 mit der Gebühr abgegolten. Es ist daher nicht zulässig, für die alleinige Kontrolle und/oder Politur von vorhandenen Füllungen im Rahmen einer PZR die GOZ-Nr. 2130 zu berechnen. Auch die Zahnärztekammer Berlin ist der Ansicht, dass die GOZ-Nr. 2130 nicht neben Gebühren berechnungsfähig ist, die die Politur als Leistungsbestandteil enthalten (vgl. Stellungnahme der ZÄK Berlin „Zur Berechenbarkeit der Geb.-Nr. 2130 GOZ", abrufbar unter https://www.zaek-berlin.de/dateien/Content/Dokumente/Zahn%C3%A4rzte/GOZ/GOZ_2012_Stellungnahmen/R/2130.pdf)."

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 2060, 2080, 2100, 2120 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Laut Leistungstext kann die GOZ-Nr. 2130 nur in „separater Sitzung" berechnet werden, also nicht in derselben Sitzung wie die Füllungslegung. Das Polieren von Kompositfüllungen in Adhäsivtechnik ist Bestandteil der Leistungen nach den GOZ-Nrn. 2060, 2080, 2100 und 2120 und ist ohnehin nicht – weder sitzungsgleich noch in folgender Sitzung – gesondert (mit der GOZ-Nr. 2130) berechnungsfähig. Kunststofffüllungen nach den GOZ-Nrn. 2050, 2070, 2090, 2120 können im Allgemeinen im unmittelbaren Anschluss an die Füllungsleistung in derselben Sitzung poliert werden, so dass insgesamt weniger Aufwand entsteht als bei Amalgamfüllungen, die stets nur in einer folgenden Sitzung poliert werden können. Auch die Zahnärztekammer Berlin ist der Ansicht, dass die GOZ-Nr. 2130 nicht neben Gebühren berechnungsfähig ist, die die Politur als Leistungsbestandteil enthalten (vgl. Stellungnahme der ZÄK Berlin „Zur Berechenbarkeit der Geb.-Nr. 2130 GOZ", abrufbar unter https://www.zaek-berlin.de/dateien/Content/Dokumente/Zahn%C3%A4rzte/GOZ/GOZ_2012_Stellungnahmen/R/2130.pdf)."

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 2130 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Es ist nicht zulässig, für die alleinige Kontrolle und/oder Politur von vorhandenen Füllungen im Rahmen einer PZR (GOZ-Nr. 1040) oder Zahnsteinentfernung (GOZ-Nrn. 4050/4055) die GOZ-Nr. 2130 zu berechnen. Auch die Zahnärztekammer Berlin ist der Ansicht, dass die GOZ-Nr. 2130 nicht neben Gebühren berechnungsfähig ist, die die Politur als Leistungsbestandteil enthalten (vgl. Stellungnahme der ZÄK Berlin „Zur Berechenbarkeit der Geb.-Nr. 2130 GOZ“, abrufbar unter https://www.zaek-berlin.de/dateien/Content/Dokumente/Zahn%C3%A4rzte/GOZ/GOZ_2012_Stellungnahmen/R/2130.pdf).“

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 4050/4055 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Die Politur – auch von vorhandenen Restaurationen – ist Bestandteil der Leistung ~~und darf nicht gesondert berechnet werden (z. B. mit GOZ-Nrn. 2130, 4030)~~. Es ist daher nicht zulässig, für die alleinige Kontrolle und/oder Politur von vorhandenen Füllungen im Rahmen einer Zahnsteinentfernung die GOZ-Nrn. 2130 oder 4030 zu berechnen. Auch die Zahnärztekammer Berlin ist der Ansicht, dass die GOZ-Nr. 2130 nicht neben Gebühren berechnungsfähig ist, die die Politur als Leistungsbestandteil enthalten (vgl. Stellungnahme der ZÄK Berlin „Zur Berechenbarkeit der Geb.-Nr. 2130 GOZ“, abrufbar unter https://www.zaek-berlin.de/dateien/Content/Dokumente/Zahn%C3%A4rzte/GOZ/GOZ_2012_Stellungnahmen/R/2130.pdf).“

Gebührenteil Abschnitt E (Stand 13. November 2019)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 401 wird zur Klarstellung ergänzt:

~~„Der Periotest oder auch Zahnbeweglichkeitsanalyse ist ein Verfahren, bei dem die Beweglichkeit von Zähnen oder Implantaten im Kieferknochen gemessen wird. Da das Verfahren immer noch häufig Anwendung findet, ist eine analoge Berechnung nach § 6 Abs. 1 GOZ gerechtfertigt. Als Analogziffer kommt hierfür die GOZ-Nr. 0070 in Betracht, da sowohl die Art der Anwendung als auch der Aufwand beider Gebührennummern vergleichbar sind.~~ Im Zusammenhang mit Implantaten ist mithilfe des Periotests eine Beurteilung der Osseointegration möglich. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 0070 für angemessen. Anders als bei Implantaten kann bei natürlichen Zähnen mit elektronischen Messgeräten nur die Dämpfungsfähigkeit des Parodonts beurteilt werden. Hierdurch ist jedoch keine eindeutige Aussage in Bezug auf die Funktionsfähigkeit oder deren Veränderungen durch die Therapie möglich (vgl. Bernimoulin et al. (1997), Parodontologie, Praxis der Zahnheilkunde 4, 3. Auflage, S. 105). Daher hat das Periotestverfahren heute in der Parodontologie keine Bedeutung mehr und wurde in der GOZ 2012 nicht mehr berücksichtigt.“

Gebührenteil Abschnitt G (Stand 13. November 2019)

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Retentionsmaßnahmen innerhalb des Vierjahreszeitraumes sind mit den Kernpositionen (GOZ-Nrn. 6030 bis 6080) abgegolten. Sollten Retentionsmaßnahmen außerhalb dieses Zeitraumes durchgeführt werden, steht die GOZ-Nr. 6230 originär zur Verfügung. Der Leistungstext lässt offen, ob es sich um ein festsitzendes oder herausnehmbares Behandlungsmittel handelt, sodass beide Arten von Retainern mit dieser Gebühr abgegolten sind. ~~Retentionsmaßnahmen, die außerhalb des Vierjahreszeitraumes indiziert sind, sind analog nach der GOZ-Nr. 6140 und GOZ-Nr. 2197 zu berechnen.~~ Retentionsmaßnahmen, die außerhalb des Vierjahreszeitraumes indiziert sind, sind originär nach der GOZ-Nr. 6230 zu berechnen. Der Leis-

tungstext lässt offen, ob es sich um ein festsitzendes oder herausnehmbares Behandlungsmittel handelt, sodass beide Arten von Retainern mit dieser Gebühr abgegolten sind. Nicht in Frage kommen die GOÄ-Leistungen (z. B. GOZ-Nrn. 2697, 2698, 2699, 2700, 2701 analog oder originär), da die GOZ bei Durchführung zahnärztlicher Maßnahmen Vorrang hat (§ 6 Absatz 1 GOÄ).“

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 6230 wird zur Klarstellung ergänzt:

~~„Mit dieser Gebühr wird auch ein herausnehmbarer Retainer berechnet, der außerhalb des Vierjahreszeitraumes (GOZ-Nrn. 6030 bis 6080) indiziert ist.~~ Mit dieser Gebühr wird auch ein Retainer (festsitzend oder herausnehmbar) berechnet, der außerhalb des Vierjahreszeitraumes indiziert ist. Der Leistungstext lässt offen, ob es sich um ein festsitzendes oder herausnehmbares Behandlungsmittel handelt, sodass beide Arten von Retainern mit dieser Gebühr abgegolten sind. Nicht in Frage kommen die GOÄ-Leistungen (z. B. GOZ-Nrn. 2697, 2698, 2699, 2700, 2701 analog oder originär), da die GOZ bei Durchführung zahnärztlicher Maßnahmen Vorrang hat (§ 6 Absatz 1 GOÄ). Retentionsmaßnahmen innerhalb des Vierjahreszeitraumes sind mit der Berechnung der Kernpositionen (GOZ-Nrn. 6030 bis 6080) abgegolten.“

Gebührenteil Abschnitt K (Stand 12. September 2019)

Im Ausschlusskatalog der GOZ-Nr. 9000 wird zur Klarstellung die GOZ-Nr. 9020 (bei orthodontischen Implantaten) ergänzt.

Im Ausschlusskatalog der GOZ-Nr. 9020 wird zur Klarstellung die GOZ-Nr. 9000 (bei orthodontischen Implantaten) ergänzt:

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 9000 und 9020 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Bei der Berechnung der GOZ-Nr. 9000 handelt es sich um eine komplexe Leistung, die insbesondere der Diagnostik des Kieferknochens und knöchernen Strukturen sowie der Feststellung der Implantatposition im Knochen dient. Die medizinische Notwendigkeit für die Durchführung dieser Leistung im Rahmen der Einbringung von orthodontischen Implantaten zum temporären Verbleib ist nicht nachvollziehbar. I. d. R. sind diese Implantate geringer dimensioniert als Implantate zur definitiven Versorgung. Sie werden regelmäßig durch die Schleimhaut (transgingival) gesetzt. Durch ihre Oberflächentextur sind sie wieder entfernbar. Da diese Implantate der kieferorthopädischen Verankerung dienen, ist die Diagnostik und Planung Bestandteil der kieferorthopädischen Planung. Somit ist weder die medizinische Notwendigkeit für die Durchführung einer komplexen implantologischen Diagnostik noch die Berechnung der GOZ-Nr. 9000 im Zusammenhang mit GOZ-Nr. 9020 aus gebührenrechtlicher Sicht nachvollziehbar.“

Beschlüsse des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen (Stand 02. Juli 2019)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 5040 wird ergänzt:

„Im Zusammenhang mit Teleskopbrücken – im Gegensatz zu Teleskopprothesen – kann die GOZ-Nr. 5210 nicht berechnet werden, da bei dieser Versorgung keine Modellgussprothese hergestellt wird. Der PKV-Verband, die BZÄK und die Beihilfeträger haben sich mit dem 30. Beschluss des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zu dem Thema positioniert:

Im Falle einer sattelfreien, rein parodontal abgestützten teleskopierenden Brücke – im Gegensatz zu einer Teleskopprothese – ist die GOZ-Nr. 5210 GOZ nicht zusätzlich zu den GOZ-Nrn. 5040 und 5070 berechnungsfähig.“

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 8035 und 8065 wird ergänzt:

„Es kommt vor, dass zahntechnische Labore elektronische Verfahren der instrumentellen Funktionsanalyse anbieten, z.B. Freecorder BlueFox. Der PKV-Verband, die BZÄK und die Beihilfeträger haben sich mit dem 33. Beschluss des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zu dem Thema Elektronische Funktionsdiagnostik durch Zahntechniklabore positioniert:

„Nach § 1 Zahnheilkundegesetz (ZHG) ist die Ausübung der Zahnheilkunde approbierten Zahnärzten vorbehalten. Nach § 1 Abs. 3 ZHG ist Ausübung der Zahnheilkunde die „berufsmäßige, auf zahnärztlichwissenschaftliche Erkenntnisse gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Als Krankheit ist jede von der Norm abweichende Erscheinung im Bereich der Zähne, des Mundes und der Kiefer anzusehen, einschließlich der Anomalien der Zahnstellung und des Fehlens von Zähnen.“ Die „Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“ (§ 1 Abs. 3 ZHG), also Diagnose und Therapie einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sind dem Zahnarzt übertragen und diesem vorbehalten. Eine Übertragung zahnärztlicher Leistungen, d.h. insbesondere intraorales Scannen, das Eingliedern von Zahnersatz oder intraorale manipulative Tätigkeiten am Patienten oder Zahntechnik und Ähnliches an Zahntechniker ist ein Verstoß gegen die Bestimmungen des Zahnheilkundegesetzes und nicht zulässig.““

Gebührenteil Abschnitt K (Stand 22. Mai 2019)

Im Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 9010 wird zur Klarstellung ergänzt:

~~„Für alle enossalen Implantatarten (Zylinder-, Schraubenimplantat usw.) für die Implantateinbringung selbst und die hierzu direkt lokal notwendigen Arbeitsschritte/Begleitmaßnahmen berechnungsfähig.~~ Als Material für Zahnimplantate hat sich wegen seiner hohen mechanischen Festigkeit, seiner Korrosionsbeständigkeit und seiner Biokompatibilität Titan zum Standard entwickelt. Jedoch haben mittlerweile auch Implantate aus Zirkonoxidkeramik eine weite Verbreitung gefunden. Einteilige Systeme mit modernen Oberflächen erreichen gute Osseointegrationsraten. Für die Verwendung der zweiteiligen Keramikimplantate liegt gemäß Empfehlungen der 6. ITI- Konsensuskonferenz (International Team for Implantology) keine Evidenz vor. Die Ergebnisse der 6. ITI- Konsensuskonferenz wurden im April 2018 von Fachexperten aus der ganzen Welt auf Grundlage der neuesten Literaturergebnisse in Form eines Leitfadens für den implantologischen Praktiker für die kommenden fünf Jahre festgelegt (abrufbar unter https://www.quintessenz-news.de/leitfaden-fuer-den-implantologischen-praktiker/). Die ITI Konsensuskonferenz 2018 konnte aufgrund unzureichender Daten zu zweiteiligen Keramikimplantaten keine Empfehlung aussprechen. Diese Implantate sollen daher nach Expertenmeinung mit Vorsicht verwendet werden (Morton D, Gallucci G, Lin WS, Pjetursson B, Polido W, Roehling S, et al. Group 2 ITI

Consensus Report: Prosthodontics and implant dentistry. Clin Oral Implants Res. 2018;29 Suppl 16:215-23.).

Dies wird auch in der aktuellen Literatur bestätigt: „Einteilige Keramikimplantate mit modernen Oberflächen sind als einsatzreif zu bezeichnen. Zweiteilige Keramikimplantate sollten, mangels Dokumentation der Langzeitstabilität der Implantat-Abutmentverbindung in der Praxis, wenn überhaupt, nur unter strengster Aufklärung eingesetzt werden.“ (Al-Nawas. B. Impl. I: Systeme und Konzepte, MKG Update 2019 – Handbuch MKG 2019, S. 9).“

Gebührenteil Abschnitt K und H (Stand 23. Januar 2019)

Im Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 9010 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Als Material für Zahnimplantate hat sich wegen seiner hohen mechanischen Festigkeit, seiner Korrosionsbeständigkeit und seiner Biokompatibilität Titan zum Standard entwickelt. Jedoch haben mittlerweile auch Implantate aus Zirkonoxidkeramik eine weite Verbreitung gefunden. Einteilige Systeme mit modernen Oberflächen erreichen gute Osseointegrationsraten. Auch wenn Langzeitdaten zu diesen Systemen fehlen, ergeben sich zurzeit keine Hinweise für klinische Probleme. Anders stellt sich die Situation bei zweiteiligen Systemen dar, für die zurzeit noch keine allgemein akzeptierte Lösung der Ankopplung zum Abutment gefunden wurde. Eine klinische Anwendung zweiteiliger Systeme ist, im Gegensatz zu den einteiligen, derzeit in der Praxis eher kritisch zu sehen (vgl. Al-Nawas, B., Impl. I: Systeme und Konzepte, MKG Update 2018 – Handbuch MKG 2018, S. 8).“

Gebührenteil Abschnitt F und H (Stand 23. Januar 2019)

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 5150, 5160 und 7080, 7090 wird zur Klarstellung ergänzt:

„In einigen Fällen kann es notwendig sein, dass die Adhäsivbrücke als Langzeitprovisorium mit einer Tragedauer von über drei Monaten eingesetzt wird, z. B. im Rahmen einer Implantatversorgung. In diesen Fällen ist die Berechnung der GOZ-Nrn. 7080 und 7090 nicht sachgerecht. Für die Eingliederung einer Adhäsivbrücke sieht die GOZ die GOZ-Nrn. 5150 und 5160 vor, die diese Leistung inhaltlich genau abbilden.“

Gebührenteil Abschnitt B und E (Stand 12. Dezember 2018)

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 1040, 4050 und 4070 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Die analoge Anwendung der GOZ-Nrn. 9050 und 9060 für Reinigungsmaßnahmen am Implantat ist nicht möglich, da die GOZ-Nrn. 1040, 4050 und 4070 ausdrücklich die Reinigung des Implantates beinhalten. Ein ggf. erhöhter Aufwand (z. B. durch das Abnehmen des Abutments) kann über den Steigerungsfaktor abgebildet werden (so auch das IWW-Institut: https://www.iww.de/ppz/abrechnung/abrechnungsprobleme-loesen-ist-das-abnehmen-der-suprakonstruktion-im-rahmen-einer-pzr-analog-berechnungsfaehig-n86771).“

Gebührenteil Abschnitt F (Stand 10. Oktober 2018)

Im Ausschlusskatalog der GOZ-Nr. 5040 wird zur Klarstellung die GOZ-Nr. 5210 (bei Teleskopbrücken) ergänzt.

Im Ausschlusskatalog der GOZ-Nr. 5070 wird zur Klarstellung die GOZ-Nr. 5210 (bei Teleskopbrücken) ergänzt.

Im Ausschlusskatalog der GOZ-Nr. 5210 wird zur Klarstellung die GOZ-Nr. 5040 (bei Teleskopbrücken) ergänzt.

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 5040, 5070 und 5210 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Im Zusammenhang mit Teleskopbrücken – im Gegensatz zu Teleskopprothesen – kann die GOZ-Nr. 5210 nicht berechnet werden, da bei dieser Versorgung keine Modellgussprothese hergestellt wird."

Gebührenteil Abschnitt C (Stand 13. September 2018)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 2180 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Dabei kommen nicht nur Zemente zum Einsatz, sondern auch kunststoffmodifizierter GIZ, Kompomere und Komposite (vgl. DGZMK, Wissenschaftliche Stellungnahme: Aufbaufüllungen für einen vitalen Zahn, 7/2004, http://www.dgzmk.de/uploads/tx_szdgzmkdocuments/Aufbaufuellungen_fuer_einen_vitalen_Zahn.pdf). Dieser Sachverhalt wird auch in der Entscheidung des AG Neukölln (Urteil vom 29. August 2011, Az.: 7 C 106/11) deutlich. Hier heißt es: „Die Dentin-Adhäsiv-Technik fällt unter den Begriff des plastischen Aufbaumaterials gemäß der GOZ-Nr. 218. Der Tatbestand der Ziffer lässt von der Formulierung her alles offen, nämlich sowohl Art und Güte des Materials, als auch die Anzahl der Arbeitsschritte oder der erreichten Stabilität. Bestätigt wird diese Sichtweise durch das VG Augsburg (Urteil vom 8. Februar 2018, Az.: Au 2 K 17.1291).

Dem Urteil des LG Stuttgart (Urteil vom 2. März 2018, Az.: 22 O 171/16) ist nicht zu folgen. In der Urteilsbegründung heißt es, dass das Mehrschichtverfahren im Sinne der GOZ-Nrn. 2060, 2080, 2100 und 2120 deutlich weniger invasiv sei als die herkömmlichen Methoden, da hierdurch beispielsweise das „Abtöten von Zähnen" (Vitalitätsverlust) vermieden werden könnte. Diese Sichtweise ist aus mehreren Gründen nicht nachvollziehbar. Zum einen kann ein Vitalitätsverlust z. B. durch die Anwendung der Dentin-Adhäsiv-Technik und der damit verbundenen schonenderen Präparation vermieden werden und nicht durch die Anwendung der Mehrschichttechnik. Zum anderen ist die Leistungsbeschreibung der GOZ-Nr. 2180 sehr allgemein gefasst. Insofern ist die Anwendung einer bestimmten Füllungstechnik (z. B. Mehrschichttechnik) oder eines bestimmten Füllungsmaterials (z. B. Komposit) von der Leistungsbeschreibung der GOZ-Nr. 2180 umfasst. Sofern die Kavitätenversorgung mit Aufbaumaterial unter Berücksichtigung der Kauflächenmorphologie und/oder Approximalkontakten tatsächlich aufwendiger gestaltet werden soll, ist der höhere Aufwand allenfalls entsprechend § 5 Abs. 2 GOZ zu bemessen."

Gebührenteil Abschnitt K (Stand 14. Juni 2018)

Im Ausschlusskatalog der GOZ-Nrn. 9010, 9090, 9100, 9130 und 9140 wird zur Klarstellung die GOÄ-Nr. 2584 ergänzt.

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 9010, 9090, 9100, 9130 und 9140 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Ist es notwendig, bei der Implantatinsertion eine Neurolyse nach GOÄ-Nr. 2583 bzw. 2584 durchzuführen, […]"

und

Darüber hinaus ~~ist~~ sind die GOÄ-Nrn. 2583 und 2584 für den Zahnarzt aufgrund der Bestimmungen nach § 6 Abs. 2 GOZ ohnehin versperrt.

Gebührenteil Abschnitt C (Stand 17. Mai 2018)

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 2200 bis 2220 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Sogenannte 360°-Veneers erfordern einen vollständigen zirkulären Substanzabtrag und sind somit ausschließlich mit der GOZ-Nr. 2210 zu berechnen. Im Gegensatz dazu entspricht die Präparation für ein Veneer im Sinne der GOZ-Nr. 2220 einer vestibulären Teilkrone, bei der die Zahnsubstanz teilweise bestehen bleibt (vgl. LG Stuttgart, Urteil vom 23.03.2018, Az.: 4 S 200/17).“

Gebührenteil Abschnitt G (Stand 17. Mai 2018)

In der Leistungsbeschreibung der GOZ-Nr. 6000 wird geändert:

„~~Die Fotodokumentation beinhaltet u. a. eine~~ Die kieferorthopädische Auswertung erfolgt mithilfe von extraoralen Profil- und Enface-Aufnahmen des Gesichts. Je nach Behandlungsverlauf werden diese Standardaufnahmen auch während der Behandlung angefertigt.“

Im Ausschlusskatalog der GOZ-Nr. 6000 wird zur Klarstellung ergänzt:

GOZ-Nr. 6000 (originär oder analog) und BEB 0706 für die zahnärztliche Dokumentation mittels intraoraler Fotografien

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 6000 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Leistungsbestandteil sind extraorale Fotografien des Kopfes in der Frontal- oder Seitenansicht. Die Leistung ist je Projektion berechnungsfähig, die kieferorthopädische Auswertung ist bereits enthalten und nicht gesondert berechnungsfähig. ~~Für intraorale Aufnahmen besteht keine medizinische Notwendigkeit, da sie im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung, bei der es um die Korrektur von Zahnfehlstellungen geht, keinen diagnostischen Mehrwert darstellen. Die intraoralen Aufnahmen können nur nach § 2 Abs. 3 GOZ als Verlangensleistung berechnet werden.~~ Intraorale Aufnahmen zur Dokumentation des Behandlungszustands, -verlaufs und -fortschrittes stellen zahnärztliche Aufzeichnungen dar, die der Zahnarzt aufgrund seiner Berufspflichten gemäß § 630f BGB vornehmen muss. Aufzeichnungen in diesem Sinne sind z. B. Anfangs-, Zwischen-, Abschluss-, Retentions- und Langzeitbefund in der KFO, ähnliche Verpflichtungen bestehen auch in der allgemeinen Zahnheilkunde. Diese reinen Dokumentationen sind folglich weder originär noch analog nach der GOZ-Nr. 6000 berechnungsfähig.

~~Die Profil- und Enfacefotografie ist nur als diagnostische Maßnahme berechnungsfähig, nicht als Unterlage zur Dokumentation (Beschluss des Beratungsforums, s. u.). Sie wird nur vergütet, wenn sie für die Durchführung der kieferorthopädischen Therapie ausgewertet wird, z. B. zeichnerisch.~~ Die Profil- und Enfacefotografie stellt keine Dokumentation dar, sondern dient der Diagnostik und beinhaltet vor allem auch die kieferorthopädische Auswertung. Fotografien dürfen nur in der für die Auswertung notwendigen Anzahl in Rechnung gestellt werden. In der Regel fallen für eine Langzeittherapie vier Fotografien an. Eine mehr als viermalige Abrechnung der GOZ-Nr. 6000 im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung ist in der Rechnung zu begründen. Die zur Herstellung der Fotos aufgewendeten Kosten sind Praxiskosten nach § 4 Abs. 3 GOZ und nicht gesondert berechnungsfähig (vgl. Meurer, Kommentierung des zahnärztlichen Gebührenrechts für die Privatliquidation, 2. Aufl., 1991, GOZ-Nr. 600 GOZalt, S. 196), auch nicht – wie aber in der Praxis häufig anzutreffen – als zahntechnische Leistung, z. B. gemäß BEB-Nr. 0706.

Die Unterscheidung zwischen reiner, nicht berechnungsfähiger Dokumentation einerseits sowie diagnostischen und therapeutischen Fotos einschließlich deren Auswertung andererseits war der Grund für den

15. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

„Im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung sind Fotos, die ausschließlich zu dokumentarischen Zwecken angefertigt worden sind, mit den Gebührennummern abgegolten und dürfen nicht gesondert berechnet werden. Fotos, die therapeutischen oder diagnostischen Zwecken, nicht jedoch einer kieferorthopädischen Auswertung dienen, sind analog berechnungsfähig. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 6000 für angemessen.
Protokollnotiz 6.11.2015:
Die Träger der Beihilfe schließen sich den Empfehlungen des PKV-Verbandes zu den Beschlüssen 6, 7, 8, 9 und 15 an.“

In diesem Sinne entspricht Satz 1 der Dokumentation von z. B. Anfangs-, Zwischen-, Abschluss-, Retentions- und Langzeitbefund in der KFO. Fotos zu diagnostischen Zwecken im Sinne des Satz 2 des gemeinsamen Beschlusses können in seltenen Fällen z. B. zur Feststellung von Mundhöhlenkarzinomen oder Leukoplakien analog nach GOZ-Nr. 6000 berechnet werden (vgl. AWMF, Mundhöhlenkarzinom „Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms“, 11/2012, http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/007-100OLk_S3_Mundhöhlenkarzinom_112012-122015-abgelaufen.pdf).“

Gebührenteil Abschnitt C (Stand 13. März 2018)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 2290 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Im Leistungstext werden ausdrücklich nur extraoral angefertigte definitive Restaurationen genannt. Unter „Ähnliches“ können also auch nur solche Restaurationen verstanden werden. In der amtlichen Begründung heißt es, dass die Entfernung von Teilkronen und Veneers zur Klarstellung in die Leistungsbeschreibung aufgenommen sei. Dies ist aber offensichtlich nicht der Fall. Insoweit handelt es sich um Beispiele für Restaurationen, die unter den Begriff „Ähnliches“ fallen; ein weiteres Beispiel sind Wurzelkappen, denn auch bei diesen ist der Aufwand vergleichbar. Das Entfernen von Füllungen – unabhängig von der Art der Befestigung – ist dagegen wie bisher nicht mit GOZ-Nr. 2290 gesondert berechnungsfähig, sondern mit der Gebühr für die Neuversorgung (z. B. das Legen einer neuen Füllung) abgegolten, da es sich nicht um extraoral gefertigte Restaurationen handelt.

Gemäß der amtlichen Begründung kann die Entfernung anderer Teile auch nach der GOZ-Nr. 2290 berechnet werden, wenn dies einen vergleich-

baren Aufwand auslöst. Das Ausligieren von (Teil-)Bögen ist jedoch nicht vergleichbar, da es sich hier um eine delegierbare und vom Aufwand wesentlich abweichende Maßnahme handelt (siehe auch Erläuterungen zu GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 und 6140/6150).“

Gebührenteil Abschnitt D (Stand 13. März 2018)

Im Ausschlusskatalog der GOZ-Nr. 3100 wird ergänzt: „GOZ-Nrn. 4090 und 4100: für dasselbe Gebiet“

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 3100 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Die Exzision von Schleimhaut und Granulationsgewebe, die ortsgleich mit in der GOZ aufgeführten schleimhautchirurgischen Leistungen erfolgt, ist Bestandteil der jeweiligen Hauptleistung und darf nicht nach GOZ-Nr. 3070 gesondert berechnet werden.

Im Zusammenhang mit einer Lappenoperation nach den GOZ-Nrn. 4090 und 4100 ist die Lappenbildung Leistungsbestandteil, sodass für diese Maßnahme nicht die GOZ-Nr. 3100 berechnet werden kann (Zielleistungsprinzip § 4 Abs. 2 GOZ).“

Gebührenteil Abschnitt E (Stand 13. März 2018)

Im Ausschlusskatalog der GOZ-Nr. 4120 wird ergänzt: „GOZ-Nrn. 4090 und 4100: für dasselbe Gebiet“

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 4120 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Die Vorbereitung (z. B. Mobilisation, Umschneidung und Modellation) des Lappens ist Leistungsbestandteil der Gebührenposition und darf nicht zusätzlich mit den GOZ-Nrn. 3070 oder 4080 berechnet werden.

Im Zusammenhang mit einer Lappenoperation nach den GOZ-Nrn. 4090 und 4100 ist die Lappenbildung Leistungsbestandteil, sodass für diese Maßnahme nicht die GOZ-Nr. 3100 berechnet werden kann (Zielleistungsprinzip § 4 Abs. 2 GOZ).“

Gebührenteil Abschnitt E (Stand 13. März 2018)

Im Ausschlusskatalog der GOZ-Nrn. 4090 und 4100 werden die GOZ-Nrn. 3100 und 4120 ergänzt.

Gebührenteil Abschnitt F (Stand 13. März 2018)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 5070 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Die GOZ-Nr. 5070 ist berechnungsfähig für die Versorgung eines Lückengebisses mit einer Brücke, einer (Teil-)Prothese oder einer Stegverbindung. Wird eine Lücke oder Freiendsituation z. B. sowohl mit einem Steg, als auch mit einem steggetragenen Brückenglied bzw. Prothesensattel

versorgt, kommt die GOZ-Nr. 5070 nur einfach zum Ansatz, da sich die Leistungsbeschreibung auf die je zu überbrückende Spanne oder Freiendsattel bezieht.“

Gebührenteil Abschnitt D, E und K (Stand 13. März 2018)

In den Erläuterungen zur 1. Allgemeinen Bestimmung wird zur Klarstellung ergänzt:

„Spaltlappen, lateraler Verschiebelappen, Schwenklappen, Rotationslappen, Semilunarlappen, V-Y- und Z-Plastik, Rückverlagerungsplastik usw. beschreiben jeweils gestielte Schleimhautlappen. Diese Plastiken sind in der GOZ 2012 unter den GOZ-Nrn. 3100, 4120, 4130, 4133 beschrieben. Somit dürfen diese Arten der Schleimhautplastiken weder originär noch analog nach den GOÄ-Nrn. 2381 – einfache Hautlappenplastik – und 2382 – schwierige Hautlappenplastik – berechnet werden. Die GOÄ unterscheidet zwischen Haut und Schleimhaut (vgl. ZÄK Nordrhein, Rheinisches Zahnärzteblatt, 2015, Heft 7-8, S. 423 f.). Da die Schleimhautplastiken in der GOZ beschrieben sind, entfällt grundsätzlich die Zugriffsmöglichkeit auf die GOÄ.“

Gebührenteil Abschnitt G (Stand 13. März 2018)

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 6030 bis 6080, 6140 und 6150 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Die häufig genutzten (Analog-)Berechnungen für die Bogenentfernung wie die GOZ-Nr. 2290 sind nicht anwendbar (siehe auch Erläuterungen zu GOZ-Nr. 2290). Laut § 6 Abs. 2 GOZ können zwar selbstständige Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art-, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der GOZ berechnet werden. Diese Voraussetzung ist aber nicht gegeben, weil die Entfernung von Bögen bereits Bestandteil der GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 ist (s. o.). Auch Gebührennummern aus der GOÄ (z. B. GOÄ-Nr. 2702) können nicht als Analogberechnung genutzt werden, da der Zahnarzt bzw. zahnärztlich tätige MKG-Chirurg angehalten ist, vorrangig Leistungen aus der GOZ zu berechnen. So sah es auch das LG Offenburg in seinem Urteil vom 09.10.2001 (Az.: 1 S 48/00). Gemäß diesem Urteil sind die GOÄ-Nrn. 2697, 2698 und 2702 im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung nicht abrechenbar (GOZ-Urteile, Zahnärztekammer - 7. Auflage - Version 2005). Erst wenn die Leistung nicht als selbstständige Leistung oder Teil einer anderen Leistung in der GOZ enthalten ist, kann sie nach den Vorschriften der GOÄ berechnet werden. Darüber hinaus werden bei einer Analogberechnung auch die Rahmenbedingungen der zur Analogie herangezogenen Gebührenposition vererbt (Bundesärztekammer, Dtsch Arztbl 2007, 104(10):A 680), somit können GOÄ-Nr. 2702 und die GOZ-Nr. 2290 als nicht delegierbare Leistungen auch nicht für eine delegierbare Leistung – also die Bogenentfernung – herangezogen werden.“

Gebührenteil Abschnitt K (Stand 19. Dezember 2017)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 9050 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Unter der rekonstruktiven Phase versteht man alle Maßnahmen im Rahmen einer Implantatbehandlung bis zum Befestigen der Suprakonstruktion. Die Annahme, dass es sich lediglich um den Zeitraum der Zahnersatzherstellung handelt, geht fehl, da die Rekonstruktion eines Zahnes auch die Rekonstruktion seiner Wurzel (also die Implantation) beinhaltet.“

Gebührenteil Abschnitt D und K (Stand 14. September 2017)

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 4110, 9090, 9100, 9120, 9130, 9140 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Die Berechnung der GOÄ-Nr. 2442 im Zusammenhang mit zahnärztlich-chirurgischen und/oder implantologischen Leistungen ist im Hinblick auf die Rekonstruktion von Knochendefekten und/oder Weichgeweben (z. B. Weichteilunterfütterung) nicht möglich, weil es sich nicht um eine selbstständige Leistung handelt (vgl. ZÄK Nordrhein, Rheinisches Zahnärzteblatt 12/2013, S. 648). Insofern ist der Empfehlung der Bundeszahnärztekammer, die für die Weichteilunterfütterung mit einem Collagen Patch die Berechnung der GOÄ-Nr. 2442 vorschlägt, nicht zu folgen (vgl. GOZ, Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes-) Zahnärztekammern, Stand März 2017, www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf, S. 150, 154, 268, 269).“

Gebührenteil Abschnitt G (Stand 14. September 2017)

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Laut der Stellungnahme der DGKFO vom April 2010 sind kieferorthopädische Therapiemaßnahmen im Milchgebiss selten erforderlich (z. B. bei bei ausgeprägten skelettalen Dysgnathien, die zur Progredienz neigen), da ausgeprägte Zahnfehlstellungen und Gebissanomalien in dieser frühen Phase der Gebissentwicklung nicht so häufig vorkommen wie im Wechselgebiss bzw. im permanenten Gebiss (vgl. B. Kahl-Nieke, Optimaler Zeitpunkt für die Durchführung kieferorthopädischer Maßnahmen (unter besonderer Berücksichtigung der kieferorthopädischen Frühbehandlung) aktualisierte Stellungnahme der DGKFO, April 2010).“

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 6140 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Der Teilbogen ist Bestandteil eines festsitzenden Retainers, der i. d. R. an den Lingualflächen der unteren Frontzähne mit Hilfe von Komposit adhäsiv befestigt wird. Retentionsmaßnahmen innerhalb des Vierjahreszeitraumes sind mit den Komplexleistungen (GOZ-Nrn. 6030 bis 6080) abgegolten. Retentionsmaßnahmen, die außerhalb des Vierjahreszeitraumes indiziert sind, sind originär nach der GOZ-Nr. 6140 und 2197 (Teilbogen+Adhäsive Befestigung) zu berechnen. Nicht in Frage kommen die GOÄ-Leistungen (z. B. GOZ-Nrn. 2697, 2698, 2699, 2700, 2701 analog oder originär), da die GOZ bei Durchführung zahnärztlicher Maßnahmen Vorrang hat (§ 6 Absatz 1 GOÄ).

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 6140 und 6150 wird zur Kenntnisnahme ergänzt:

„[…] Diese Sichtweise wird durch die Gerichte AG Riedlingen (Urteil vom 15.04.2017, Az.: 1 C 209/15), AG Lörrach (Urteil vom 29.03.2017, Az.: 4 C 1166/16), AG Wendel (Urteil vom 21.03.2017, Az.: 13 C 661/16 (05), AG Potsdam (Urteil vom 02.03.2017, Az.: 33 C 53/15), AG Ravensburg (Urteil vom 19.01.2017, Az.: 5 C 887/16), LG Hildesheim (Urteil vom 11.11.2016, Az.: 7 S 124/16), LG München I (Urteil vom 03.05.2016, Az.: 23 S 20117/15), VG Saarland (Urteil vom 05.04.2016, Az.: 6 K 2038/13), LG Bayreuth (Urteil vom 28.01.2015, Az.: 13 S 113/14), AG Bayreuth (Urteil

vom 27.02.2014, Az.: 107 C 1090/13), AG Saarbrücken (Urteil vom 15.07.2014, Az.: 5 C 85/14) und VG Stuttgart (Urteil vom 02.09.2013, Az.: 3K 1809/13) bestätigt.“

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 6230 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Mit dieser Gebühr wird auch ein herausnehmbarer Retainer berechnet, der außerhalb des Vierjahreszeitraumes (GOZ-Nrn. 6030 bis 6080) indiziert ist.“

Gebührenteil Abschnitt K (Stand 02. August 2017)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 9100 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Laut dem Konsensuspapier der 12. Europäischen Konsensuskonferenz (EuCC) des BDIZ EDI vom 16. März 2017 besteht aktuell keine wissenschaftliche Evidenz für den Einsatz von allogenen Blocktransplantaten (BDIZ EDI konkret/ 02.2017 S. 16 f.).“

Beschlüsse des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen (Stand 22. Mai 2017)

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 0090 und 0100 wird ergänzt:

„22. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

„Die computergesteuerte Anästhesie (z. B. WAND/STA) erfüllt trotz modifizierter Handhabung die Leistungsinhalte der GOZ-Nrn. 0090 oder 0100 und ist je nach Lokalisation und Indikation originär nach den GOZ-Nrn. 0090 für die Infiltrationsanästhesie (dazu zählen auch die intraligamentäre, intrakanaläre, intrapulpäre und intraossäre Anästhesie) oder 0100 für die Leitungsanästhesie zu berechnen.““

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 0065, 0090, 2030, 2040, 3220, 3240, 3290, 3300, 3310, 4030, 4120, 9100, 9130, 9140, 9150, 9160, 9170 wird ergänzt:

„23. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

„Im Falle der Berechnungsweise „je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich“ einer Gebühr ist zu berücksichtigen, dass der Frontzahnbereich nur Anwendung findet, wenn die Leistung im Bereich von Eckzahn bis Eckzahn durchgeführt wird. Geht der Bereich über den Eckzahn hinaus, so wird nach Kieferhälften (Quadranten) berechnet. Eine Berechnungsweise je Frontzahnbereich und je Kieferhälfte ist nicht zulässig.““

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 2030 wird ergänzt:

„24. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

„Für die GOZ-Nr. 2030 gilt: Wird in allen vier Kieferhälften präpariert und gefüllt und sind daneben jeweils besondere Maßnahmen erforderlich, kann die GOZ-Nr. 2030 in einer Sitzung maximal achtmal berechnet werden (viermal im Oberkiefer, viermal im Unterkiefer).““

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 0090, 0100, 3045, 3190, 3200, 6030 bis 6080, 6140, 6150, 9090, 9100, 9110, 9120, 9130, 9140, 9150, 9160, 0500, 0510, 0520, 0530, 0530 wird ergänzt:

„25. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

„Erbringen Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach der jeweils geltenden Fassung der GOZ zu berechnen. Ein Wahlrecht zwischen GOÄ und GOZ besteht insoweit nicht.““

Gebührenteil Abschnitt C (Stand 07. März 2017)

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 2050 bis 2130 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Analog zu der 1. Abrechnungsbestimmung nach der GOZ-Nr. 2220 sind auch im Zusammenhang mit den Ankerkronen nach den GOZ-Nrn. 5000 bis 5040 die Füllungsleistungen einschließlich der Politurleistung nach den GOZ-Nrn. 2050 bis 2130 nicht berechnungsfähig, da es sich um die gleiche Versorgungsform – nämlich Kronen – handelt.“

Gebührenteil Abschnitt F (Stand 07. März 2017)

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 5000 bis 5040 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Analog zu der 1. Abrechnungsbestimmung nach der GOZ-Nr. 2220 sind auch im Zusammenhang mit den Ankerkronen nach den GOZ-Nrn. 5000 bis 5040 die Füllungsleistungen einschließlich der Politurleistung nach den GOZ-Nrn. 2050 bis 2130 nicht berechnungsfähig, da es sich um die gleiche Versorgungsform – nämlich Kronen – handelt.“

Gebührenteil Abschnitt E (Stand 07. März 2017)

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 4130, 4133, 4138 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Es kommt vor, dass mit den GOZ-Nrn. 4130, 4133 oder 4138 originär oder analog die Anwendung einer 3D-Kollagenmatrix (Mucograft®, Mucoderm®) als Alternative zu einem autologen Weichgewebstransplantat (BGT, FST) berechnet wird. Es existieren keine ausreichenden Langzeitstudien, die die Wirksamkeit und Gleichwertigkeit zu der fest etablierten körpereigenen Weichgewebstransplantation belegen (vgl. Greven, Autologe Weichgewebstranplantate. Der freie Zahnarzt. Ausgabe 9/2016) Die Maßnahme muss daher als medizinisch nicht notwendig im Sinne des § 1 Absatz 2 GOZ bewertet werden und kann allenfalls als Verlangensleistung berechnet werden.“

Gebührenteil Abschnitt C (Stand 27. Oktober 2016)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 2410 wird zur Klarstellung ergänzt:

„[…] Die Leistung ist auch im Rahmen einer Wurzelkanalrevision oder einer Wurzelspitzenresektion (retrograde Aufbereitung) ansatzfähig.

Zum Leistungsinhalt der Wurzelkanalaufbereitung gehört auch die Entfernung von zuvor eingebrachtem definitivem Wurzelfüllmaterial. Die Maßnahme ist gemäß § 4 Absatz 2 GOZ mit der GOZ-Nr. 2410 abgegolten. Sofern sich die Aufbereitung aufwendiger gestalten sollte, z. B. bedingt durch die Entfernung adhäsiv befestigten Wurzelfüllmaterials, kann der Steigerungsfaktor erhöht werden. Auch in diesen Fällen stellt die Entfernung definitiven Wurzelfüllmaterials keine selbstständige Leistung im Sinne des § 6 Abs. 1 dar und kann somit nicht analog zusätzlich berechnet werden. Diese Auffassung wird auch durch die 1. Abrechnungsbestimmung nach der GOZ-Nr. 2410 gestützt. Eine zweite originäre Berechnung dieser Leistung ist vorgesehen, wenn der Wurzelkanal nach der ersten Aufbereitung definitiv gefüllt wurde. Insofern hat der Verordnungsgeber diesen Fall nicht etwa vergessen ins Gebührenverzeichnis aufzunehmen, sondern die Entfernung von definitivem Wurzelfüllmaterial als Leistungsbestandteil der Aufbereitung nach der GOZ-Nr. 2410 angesehen.“

Laut der Begründung des BMG zu § 6 ist für das Aufbereiten eines Wurzelkanals nicht möglich, die in der GOÄ enthaltenen Leistungen nach den Nummern 321, 370 oder 5260 zu berechnen, da der Gebührentatbestand durch die GOZ-Nr. 2410 als speziellere Regelung wiedergegeben wird […].

Gebührenteil Abschnitt E (Stand 27. Oktober 2016)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 4110 wird zur Klarstellung ergänzt:

„[…] Einschlägig ist die GOZ-Nr. 4110 für die regenerative Behandlung parodontaler Defekte. Nach der 1. Abrechnungsbestimmung nach GOZ-Nr. 4110 ist die Leistung auch im Rahmen einer chirurgischen Behandlung berechnungsfähig. Ist zeitgleich mit der Einbringung eines Implantats (GOZ-Nr. 9010) ein kleinerer Knochendefekt mit Aufbaumaterial aufzufüllen, ist die GOZ-Nr. 4110 ebenfalls berechnungsfähig.

Auch wenn im Leistungstext von „parodontalen Knochendefekten“ die Rede ist, ist die Leistung auch für Implantate anwendbar. Beim Parodont handelt es sich um den Zahnhalteapparat, der aus Zahnfleisch, dem Alveolarknochen, der Wurzelhaut (Desmodont) und dem Wurzelzement des Zahnes besteht. Das Implantat ist durch Osseointegration im Kieferknochen verankert. Die o.g. Strukturen existieren nicht mehr. Die Bezugnahme im Leistungstext auf das „Implantat“ belegt jedoch zweifelsfrei, dass die GOZ-Nr. 4110 für isolierte Knochenaufbaumaßnahmen mit Eigenknochen oder Knochenersatzmaterial auch bei Implantaten trotz fehlendem Parodont anwendbar ist. Auch für die Socket-preservation ist laut der Amtlichen Begründung nach der GOZ-Nr. 9100 nur die GOZ-Nr. 4110 berechnungsfähig – trotz fehlendem Parodont. Ablehnende Kommentare (z.B. GOZ, Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes-) Zahnärztekammern, Stand Juni 2016, www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/nov/goz-kommentar-bzaek.pdf, zu GOZ-Nr. 4110, S. 150) zielen offensichtlich darauf ab, die Leistung ggf. analog oder mit einer höheren Bewertung berechnungsfähig zu machen.

Nicht berechnungsfähig ist die GOÄ-Nr. 2442 – auch nicht im Rahmen einer Weichteilunterfütterung – denn der Ansatz einer Gebührenposition aus der GOÄ setzt gemäß § 6 Abs. 2 GOZ voraus, dass die GOZ für die erbrachte Leistung keine Gebührenposition beinhaltet. Die Weichteilunterfütterung mit Knochenersatzmaterial ist ein Leistungsbestandteil der GOZ-Nr. 4110. Das Einbringen von körpereigenem oder – fremdem Material stützt auch immer Weichteile, wo eine knöcherne Unterlage fehlt. Außerdem erlaubt die 1. Abrechnungsbestimmung nach GOZ- Nr. 4110 auch ausdrücklich die Anwendbarkeit der Leistung im Rahmen einer chirurgischen Behandlung, zudem ist die der GOÄ-Nr. 2442 zugeordnete Punktzahl im Vergleich zur GOZ-Nr. 9090, deren Leistungsinhalt u. a. die aufwendigere Weichteilunterfütterung mit Eigenknochen beinhaltet, unverhältnismäßig hoch bewertet. Die Verwendung von Kollagenmaterialien, die primär einer Wundversorgung und Blutungsstillung dienen, ist nicht gesondert mit GOZ-Nr. 4110 berechnungsfähig. Auch vor diesem Hintergrund kann für die Weichteilunterfütterung mit Knochenersatzmaterial nur die GOZ-Nr. 4110 berechnet werden. Auch wenn unabhängig von einer Implantation der Aufbau eines Knochendefekts (z.B. nach Zystektomie) angezeigt ist, kann nur die GOZ-Nr. 4110 berechnet werden. Auch der Knochenaufbau zum Erhalt der Alveole nach Extraktion (Socket-preservation) wird mit der GOZ-Nr. 4110 berechnet (s. Amtliche Begründung zu GOZ-Nr. 9100). […]“

Gebührenteil Abschnitte C und F (Stand 23. Juli 2016)

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 2230, 2240, 5050, 5060 wird zur Klarstellung ergänzt:

„In Ausnahmefällen kann die Zahnsanierung aus unvorhersehbaren Gründen nicht beendet werden. Laut der Abrechnungsbestimmung nach GOZ-Nr. 2240 [bzw. 5560] sind die Leistungen nur berechnungsfähig, wenn es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen (z.B. Tod des Zahnarztes oder Patienten, Zahnarztwechsel) oder eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war. Die Abrechnungsbestimmung ist neu, der Verordnungsgeber hat damit bewusst eine Klarstellung gegenüber der umstrittenen Rechtslage unter Geltung der alten GOZ vorgenommen.

Die Teilleistungen können nur berechnet werden, wenn die Behandlung aus unvorhergesehenen Gründen nicht beendet werden kann. Wenn vor Beginn der Behandlung absehbar ist, dass sie sich über einen längeren Zeitpunkt erstreckt, darf nicht etwa vor einer längeren Behandlungspause – beispielsweise um die Heilung einer Wunde abzuwarten – eine Teilleistung berechnet werden.

Wenn eine Teilleistung berechnet wird, darf die originäre bzw. die vollständige Leistung nachträglich nicht berechnet werden, also entweder die Teilleistung oder die endgültige Leistung, andernfalls würde es sich um eine unzulässige Doppelberechnung handeln […].“

Gebührenteil Abschnitt D (Stand 23. Juni 2016)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 4110 wird zur Klarstellung ergänzt:

„[…] Nicht berechnungsfähig ist dagegen die GOÄ-Nr. 2442 – auch nicht im Rahmen einer Weichteilunterfütterung – denn der Ansatz einer Gebührenposition aus der GOÄ setzt gemäß § 6 Abs. 2 voraus, dass die GOZ für die erbrachte Leistung keine Gebührenposition beinhaltet. Die Weichteilunterfütterung mit Knochenersatzmaterial ist ein Leistungsbestandteil der GOZ-Nr. 4110. Das Einbringen von körpereigenem oder – fremdem Material stützt auch immer Weichteile, wo eine knöcherne Unterlage fehlt. Außerdem erlaubt die 1. Abrechnungsbestimmung nach GOZ- Nr. 4110 auch ausdrücklich die Anwendbarkeit der Leistung im Rahmen einer chirurgischen Behandlung, zudem ist die der GOÄ-Nr. 2442 zugeordnete Punktzahl im Vergleich zur GOZ-Nr. 9090, deren Leistungsinhalt u. a. die aufwendigere Weichteilunterfütterung mit Eigenknochen beinhaltet, unverhältnismäßig hoch bewertet. Die Verwendung von Kollagenmaterialien, die primär einer Wundversorgung und Blutungsstillung dienen, ist nicht gesondert mit GOZ-Nr. 4110 berechnungsfähig. Auch vor diesem Hintergrund kann für die Weichteilunterfütterung mit Knochenersatzmaterial nur die GOZ-Nr. 4110 berechnet werden. Auch wenn unabhängig von einer Implantation der Aufbau eines Knochendefekts (z.B. nach Zystektomie) angezeigt ist, kann nur die GOZ-Nr. 4110 berechnet werden. Auch der Knochenaufbau zum Erhalt der Alveole nach Extraktion (Socket-preservation) wird mit der GOZ-Nr. 4110 berechnet (s. Amtliche Begründung zu GOZ-Nr. 9100) […] .“

Gebührenteil Abschnitt J (Stand 23. Juni 2016)

Im Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 8000 wird zur Klarstellung der Absatz:

„[…] Bei der manuellen Strukturanalyse handelt es sich um ein weiterführendes Untersuchungsverfahren, das die klinische Funktionsanalyse gezielt ergänzt: Das Verfahren basiert auf Untersuchungstechniken aus der manuellen Medizin und zielt darauf, den Funktionszustand der Kaumuskeln und der Kiefergelenke unter Belastung zu prüfen – im Gegensatz zur klinischen Funktionsanalyse“ (siehe DGFDT Untersuchungsbögen zur manuellen Strukturanalyse www.dgfdt.de/zahnaerzte-mitglieder/untersuchungsboegen/).“

gegen folgenden Absatz ausgetauscht:

„[…] Die Indikation für eine ergänzende instrumentelle Funktionsanalyse, auch im Rahmen einer kieferorthopädischen Diagnostik, ergibt sich aus den Ergebnissen der klinischen Funktionsanalyse. Erst wenn sich im Rahmen der klinischen Funktionsanalyse und ggf. der manuellen Strukturanalyse der Verdacht auf das Vorliegen einer craniomandibulären Dysfunktion (CMD) bestätigt, sind zusätzliche Untersuchungen mit technischen Instrumenten indiziert."

Gebührenteil Abschnitt J (Stand 23. Juni 2016)

Im Leistungsinhalt der GOZ-Nr. 8010 wird zur Klarstellung die Passage:

„Instrumentelle Funktionsanalyse

Bestätigt sich im Rahmen der klinischen Funktionsanalyse und ggf. der manuellen Strukturanalyse der Verdacht auf das Vorliegen einer craniomandibulären Dysfunktion (CMD), helfen zusätzliche Untersuchungen mit technischen Instrumenten die Art der Beteiligung der Kieferposition und der Zahnstellung zu ermitteln […]."

gegen folgende Passage ausgetauscht:

„Instrumentelle Funktionsanalyse

Die Indikation für eine ergänzende instrumentelle Funktionsanalyse, auch im Rahmen einer kieferorthopädischen Diagnostik, ergibt sich aus den Ergebnissen der klinischen Funktionsanalyse. Erst wenn sich im Rahmen der klinischen Funktionsanalyse und ggf. der manuellen Strukturanalyse der Verdacht auf das Vorliegen einer craniomandibulären Dysfunktion (CMD) bestätigt, sind zusätzliche Untersuchungen mit technischen Instrumenten indiziert […]."

Gebührenteil Abschnitt C (Stand 07. April 2016)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 2197 wird zur Klarstellung ergänzt:

„[…] Die GOZ-Nr. 2197 ist in Bezug auf Befestigungsmaßnahmen zu sehen, die nicht nur durch Kleben, sondern auch auf andere Art und Weise, z.B. durch Zementieren durchgeführt werden können. Es soll damit dem mit dieser Methode verbundenen Mehraufwand Rechnung getragen werden. Bei GOZ-Nr. 6100 gibt es aber keine verschiedenen Befestigungsalternativen, sondern nur das Kleben. In der Praxis wird häufig dagegen eingewandt, dass auch ein Veneer (GOZ-Nr. 2220) nur adhäsiv befestigt werden kann, trotzdem kann für die adhäsive Befestigung GOZ-Nr. 2197 berechnet werden kann, da das Veneer im Leistungstext ausdrücklich als ein Anwendungsbeispiel genannt ist. Im Unterschied zu den Klebebrackets, die eine eigenständige Versorgungsform darstellen, handelt es sich bei einer Veneerversorgung um eine von mehreren Varianten

der Versorgung mit einer Teilkrone. Teilkronen können – als Metallkronen – konventionell befestigt werden und – als Keramikkronen – auch adhäsiv. Der Aufwand des Zahnarztes ist bei den adhäsiv befestigten Teilkronen höher, so dass der zusätzliche Ansatz der GOZ-Nr. 2197 gerechtfertigt erscheint. Die Urteile des AG Burgdorf (13 C 338/13) vom 6.2.2014 und des AG Nürnberg (12 C 7440/14) vom 21.4.2015 bestätigen diese Sichtweise.

Aktuell liegen überwiegend bestätigende Urteile zugunsten der Nebeneinanderberechnungsfähigkeit der GOZ-Nrn. 6100 und 2197 vor."

Gebührenteil Abschnitt G (Stand 07. April 2016)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 6100 wird zur Klarstellung ergänzt:

„[…] Die GOZ-Nr. 2197 ist in Bezug auf Befestigungsmaßnahmen zu sehen, die nicht nur durch Kleben, sondern auch auf andere Art und Weise, z.B. durch Zementieren durchgeführt werden können. Es soll damit dem mit dieser Methode verbundenen Mehraufwand Rechnung getragen werden. Bei GOZ-Nr. 6100 gibt es aber keine verschiedenen Befestigungsalternativen, sondern nur das Kleben. In der Praxis wird häufig dagegen eingewandt, dass auch ein Veneer (GOZ-Nr. 2220) nur adhäsiv befestigt werden kann, trotzdem kann für die adhäsive Befestigung GOZ-Nr. 2197 berechnet werden kann, da das Veneer im Leistungstext ausdrücklich als ein Anwendungsbeispiel genannt ist. Im Unterschied zu den Klebebrackets, die eine eigenständige Versorgungsform darstellen, handelt es sich bei einer Veneerversorgung um eine von mehreren Varianten der Versorgung mit einer Teilkrone. Teilkronen können – als Metallkronen – konventionell befestigt werden und – als Keramikkronen – auch adhäsiv. Der Aufwand des Zahnarztes ist bei den adhäsiv befestigten Teilkronen höher, so dass der zusätzliche Ansatz der GOZ-Nr. 2197 gerechtfertigt erscheint. Die Urteile des AG Burgdorf (13 C 338/13) vom 6.2.2014 und des AG Nürnberg (12 C 7440/14) vom 21.4.2015 bestätigen diese Sichtweise.

Aktuell liegen überwiegend bestätigende Urteile zugunsten der Nebeneinanderberechnungsfähigkeit der GOZ-Nrn. 6100 und 2197 vor."

Beschlüsse des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen (Stand 21. Januar 2016)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 2300 wird ergänzt:

„8. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

„Die Entfernung frakturierter Wurzelkanalinstrumente aus dem Wurzelkanalsystem stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2300 (Entfernung eines Wurzelstiftes) für angemessen.
Protokollnotiz 6.11.2015:
Die Träger der Beihilfe schließen sich den Empfehlungen des PKV-Verbandes zu den Beschlüssen 6, 7, 8, 9 und 15 an.""

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 2360 wird ergänzt:

„9. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

Die Entfernung nekrotischen Pulpagewebes vor der Aufbereitung des Wurzelkanals stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2360 (Vitalexstirpation) für angemessen.
Protokollnotiz 6.11.2015:
Die Träger der Beihilfe schließen sich den Empfehlungen des PKV-Verbandes zu den Beschlüssen 6, 7, 8, 9 und 15 an.““

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 2270 wird ergänzt:

„16. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

„Die Wiedereingliederung (inklusive Säuberung, ggf. Wiederanpassung) andernorts angefertigter direkter oder laborgefertigter Provisorien ist analog zu berechnen. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die GOZ-Nr. 2260 für angemessen.““

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 3000 bis 3045 und 3230 wird ergänzt:

„17. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

„Neben Extraktionen ist die GOZ-Nr. 3230 dann gesondert berechnungsfähig, wenn die Resektion aufgrund eigenständiger Indikation (nicht zur oder durch die Zahnentfernung notwendig) mit einem separaten auf der Rechnung dokumentierten Operationszugang erbracht wird und es sich insofern um eine selbstständige Leistung handelt. Die eigenständige Indikation ist auf der Rechnung zu erläutern.““

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 4090 und 4100 wird ergänzt:

„19. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

„Eine Periimplantitis-Behandlung im offenen Verfahren stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr je nach Lokalisation die GOZ-Nr. 4090 bzw. 4100 als Analoggebühr für angemessen.““

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 6000 wird ergänzt:

„15. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

Im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung sind Fotos, die ausschließlich zu dokumentarischen Zwecken angefertigt worden sind, mit den Gebührennummern abgegolten und dürfen nicht gesondert berechnet werden. Fotos, die therapeutischen oder diagnostischen Zwecken, nicht jedoch einer kieferorthopädischen Auswertung dienen, sind analog berechnungsfähig. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband als Analoggebühr die GOZ-Nr. 6000 für angemessen.
Protokollnotiz 6.11.2015:
Die Träger der Beihilfe schließen sich den Empfehlungen des PKV-Verbandes zu den Beschlüssen 6, 7, 8, 9 und 15 an.““

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 7010 wird ergänzt:

„20. Beschluss des Gemeinsamen Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen zur GOZ (PKV, Beihilfe und BZÄK):

Die Eingliederung einer Protrusionsschiene, z.B. zur Behandlung einer Schlafapnoe, stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die BZÄK keine konkrete Analoggebühr. Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die GOZ-Nr. 7010 (Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche) für angemessen.““

Gebührenteil Abschnitt A (Stand 21. Januar 2016)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 0010 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Bestandteil der eingehenden Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund und Kiefererkrankungen ist auch die Feststellung einer Craniomandibulären Dysfunktion (CMD). Dies erfolgt und wird dokumentiert nach wissenschaftlicher Empfehlung mit dem CMD-Screening (vgl. Ahlers, Jakstat, Klinische Funktionsanalyse, 4. Auflage, S. 134, 417, 452). Ein dadurch möglicher Mehraufwand kann mit dem Steigerungsfaktor abgegolten werden.“

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 0060 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Zu reinen Dokumentationszwecken ist die Gebührennummer nicht berechnungsfähig. Die Dokumentation ist Teil der zahnärztlichen Sorgfaltspflicht (§ 630 f BGB).“

Gebührenteil Abschnitt E (Stand 21. Januar 2016)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 4000 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Die Übertragung von zuvor erhobenen Befunden (z.B. CMD-Screening) in den Parodontalstatus löst keine weitere originäre oder analoge Berechnung aus.“

Gebührenteil Abschnitt F (Stand 21. Januar 2016)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 5110 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Auch die Wiedereingliederung einer verschraubten Brücke nach Auswechseln einer defekten Schraube ist mit dieser Gebühr abgegolten. Für das Auswechseln der Schraube kann nicht die GOZ-Nr. 9060 berechnet werden.“

Gebührenteil Abschnitt G (Stand 21. Januar 2016)

Im Ausschlusskatalog der GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 und 6090 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Gesonderte Berechnung von Retentionsmaßnahmen (z.B. GOZ-Nrn. 6100, 7070, GOÄ-Nrn. 2697, 2698 originär oder analog)“

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Seit Einführung der neuen GOZ werden in der Praxis vermehrt die Entfernung von Bögen bzw. Teilbögen zusätzlich analog berechnet. Diese Berechnung verbietet sich aufgrund der neuen dritten Abrechnungsbestimmung nach GOZ-Nr. 6080. Danach sind alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention innerhalb eines Zeitraumes von vier Jahren unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden oder verwendeten Therapiegeräten mit den Kernpositionen 6030 bis 6080 GOZ abgegolten. Die Entfernung von Bögen ist eine in der Regel an das qualifizierte Fachpersonal delegierte Maßnahme, die es schon lange vor der Novellierung der GOZ gab. Während das Einligieren von Bögen nur im ausgeformten Zahnbogen – also im Rahmen der Retention und nicht während der Umformung/Einstellung der Kiefer – gemäß Zahnheilkundegesetz (ZHG § 1 Abs. 6) delegierbar ist, ist das Ausligieren in jedem Fall delegierbar. Da der Verordnungsgeber daher bewusst keine eigene Gebührenposition für diese Maßnahme, sondern vielmehr eine neue Abrechnungsbestimmung (s. o.) geschaffen hat, die die Berechnung ausdrücklich ausschließt, ist die analoge Berechnung der Entfernung von Bögen/Teilbögen nicht zulässig. Diese Sichtweise wird durch das Landgericht Bayreuth (Az.: 13 S 113/14, Urteil vom 28.1.2015), die Amtsgerichte Bayreuth (Az.: 107 C 1090/13, Urteil vom 27.2.2014) und Saarbrücken (Az.: 5 C 85/14, Urteil vom 15.7.2014) und dem Verwaltungsgericht Stuttgart (3K 1809/13, Urteil vom 2.9.2013) bestätigt.

Die häufig genutzten (Analog-)Berechnungen für die Bogenentfernung wie die GOZ-Nr. 2290 sind nicht anwendbar. Laut § 6 Absatz 2 GOZ können zwar selbstständige Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art-, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der GOZ berechnet werden. Diese Voraussetzung ist aber nicht gegeben, weil die Entfernung von Bögen

bereits Bestandteil der GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 ist (s.o.). Auch Gebührennummern aus der GOÄ (z.B. GOÄ-Nr. 2702) können nicht als Analogberechnung genutzt werden, da der Zahnarzt bzw. zahnärztlich tätige MKG-Chirurg angehalten ist, vorrangig Leistungen aus der GOZ zu berechnen. So sah es auch das Landesgericht Offenburg in seinem Urteil vom 09.10.2001 (Az.: 1 S 48/00). Gemäß diesem Urteil sind die Gebührennummern 2697, 2698 und 2702 der Gebührenordnung für Ärzte im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung nicht abrechenbar (GOZ-Urteile, Zahnärztekammer - 7. Auflage - Version 2005). Erst wenn die Leistung nicht als selbstständige Leistung oder Teil einer anderen Leistung in der GOZ enthalten ist, kann sie nach den Vorschriften der GOÄ berechnet werden. Darüber hinaus werden bei einer Analogberechnung auch die Rahmenbedingungen der zur Analogie herangezogenen Gebührenposition vererbt (Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt, Heft 10 vom 9. März 2007, Seite A-680), somit können GOÄ-Nr. 2702 und die GOZ-Nr. 2290 als nicht delegierbare Leistungen auch nicht für eine delegierbare Leistung – also die Bogenentfernung – herangezogen werden.

[…] Unter Geltung der alten GOZ war in der Praxis umstritten, ob Retentionsmaßnahmen (festsitzende oder herausnehmbare Retentionsgeräte) zusätzlich zu den Kernpositionen berechnet werden durften. Diese Streitfrage hat der Verordnungsgeber mit dem dritten Absatz der Abrechnungsbestimmung nach GOZ-Nr. 6080 eindeutig geklärt (so die Amtliche Begründung zu den Leistungen nach den GOZ-Nrn. 6030 bis 6080). Danach umfassen die Maßnahmen im Sinne der Nummern 6030 bis 6080 alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren, unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden oder den verwendeten Therapiegeräten. Werden also beispielsweise Loops, Bögen, Attachments bei Alignern, festsitzende Retainer oder Kunststoffschienen verwendet, ist es nicht zulässig, dafür zusätzliche Gebührenpositionen in Rechnung zu stellen (in der Abrechnungspraxis werden unzulässigerweise häufig die GOZ-Nrn. 6100, 7070 oder GOÄ-Nrn. 2697, 2698 originär oder analog angesetzt). In verschiedenen Kommentaren zur GOZ wird Bezug auf das Urteil des AG Hamburg-Barmbeck / Az. 815 C 200/06 genommen (z.B. die Bundeszahnärztekammer in ihrer Stellungnahme zur „Eingliederung eines festsitzenden Retainers“ vom Oktober 2013). Das Urteil ist zur alten GOZ ergangen und eine untergerichtliche Entscheidung, die nur zwischen den beteiligten Parteien gilt und keine Allgemeingültigkeit hat. Aufgrund der neu hinzu gekommenen Abrechnungsbestimmung zu den GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 ist es ohnehin nicht auf die neue GOZ anwendbar.“

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 6090 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Retentionsmaßnahmen sind laut Leistungstext mit der Gebühr abgegolten und dürfen nicht gesondert berechnet werden (z.B. mit GOZ-Nrn. 6100, 7070 oder GOÄ-Nrn. 2697, 2698 originär oder analog).“

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 6140 und 6150 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Seit Einführung der neuen GOZ werden in der Praxis vermehrt die Entfernung von Bögen bzw. Teilbögen zusätzlich analog berechnet. Diese Berechnung verbietet sich aufgrund der neuen dritten Abrechnungsbestimmung nach GOZ-Nr. 6080. Danach sind alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention innerhalb eines Zeitraumes von vier Jahren unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden oder verwendeten Therapiegeräten mit den Kernpositionen 6030 bis 6080 GOZ abgegolten. Die Entfernung von Bögen ist eine in der Regel an das qualifizierte Fachpersonal delegierte Maßnahme, die es schon lange vor der Novellierung der GOZ gab. Während das Einligieren von Bögen nur

im ausgeformten Zahnbogen – also im Rahmen der Retention und nicht während der Umformung/Einstellung der Kiefer – gemäß Zahnheilkundegesetz (ZHG § 1 Abs. 6) delegierbar ist, ist das Ausligieren in jedem Fall delegierbar. Da der Verordnungsgeber daher bewusst keine eigene Gebührenposition für diese Maßnahme, sondern vielmehr eine neue Abrechnungsbestimmung (s. o.) geschaffen hat, die die Berechnung ausdrücklich ausschließt, ist die analoge Berechnung der Entfernung von Bögen/Teilbögen nicht zulässig. Diese Sichtweise wird durch das Landgericht Bayreuth (Az.: 13 S 113/14, Urteil vom 28.1.2015), die Amtsgerichte Bayreuth (Az.: 107 C 1090/13, Urteil vom 27.2.2014) und Saarbrücken (Az.: 5 C 85/14, Urteil vom 15.7.2014) und dem Verwaltungsgericht Stuttgart (3K 1809/13, Urteil vom 2.9.2013) bestätigt.

Die häufig genutzten (Analog-)Berechnungen für die Bogenentfernung wie die GOZ-Nr. 2290 sind nicht anwendbar. Laut § 6 Absatz 2 GOZ können zwar selbstständige Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art-, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der GOZ berechnet werden. Diese Voraussetzung ist aber nicht gegeben, weil die Entfernung von Bögen bereits Bestandteil der GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 ist (s.o.). Auch Gebührennummern aus der GOÄ (z.B. GOÄ-Nr. 2702) können nicht als Analogberechnung genutzt werden, da der Zahnarzt bzw. zahnärztlich tätige MKG-Chirurg angehalten ist, vorrangig Leistungen aus der GOZ zu berechnen. So sah es auch das Landesgericht Offenburg in seinem Urteil vom 09.10.2001 (Az.: 1 S 48/00). Gemäß diesem Urteil sind die Gebührennummern 2697, 2698 und 2702 der Gebührenordnung für Ärzte im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung nicht abrechenbar (GOZ-Urteile, Zahnärztekammer - 7. Auflage - Version 2005). Erst wenn die Leistung nicht als selbstständige Leistung oder Teil einer anderen Leistung in der GOZ enthalten ist, kann sie nach den Vorschriften der GOÄ berechnet werden. Darüber hinaus werden bei einer Analogberechnung auch die Rahmenbedingungen der zur Analogie herangezogenen Gebührenposition vererbt (Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt, Heft 10 vom 9. März 2007, Seite A-680), somit können GOÄ-Nr. 2702 und die GOZ-Nr. 2290 als nicht delegierbare Leistungen auch nicht für eine delegierbare Leistung – also die Bogenentfernung – herangezogen werden.“

Gebührenteil Abschnitt K (Stand 21. Januar 2016)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 9060 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Das Auswechseln einer Koronalschraube im Rahmen einer Wiederbefestigung einer verschraubten Suprakonstruktion ist integraler Bestandteil der GOZ-Nr. 5110 und kann weder originär noch analog mit der GOZ-Nr. 9060 berechnet werden.

Die Koronalschraube und die Abutmentschraube sind keine Aufbauelemente im Sinne der GOZ-Nr. 9060, daher ist das Auswechseln einer Schraube nicht mit dieser Gebührennummer berechnungsfähig.“

Gebührenteil Abschnitt J (Stand 21. Januar 2016)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 8000 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Das vorgelagerte CMD-Screening als Indikation für eine weiterführende Funktionsdiagnostik nach dieser Gebührennummer ist Bestandteil der GOZ-Nr. 0010.“

Gebührenteil Abschnitt C (Stand 1. Oktober 2015)

In den Erläuterungen der GOZ-Nr. 2197 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Implantatkronen werden i.d.R. entweder verschraubt oder zementiert (vgl. DGZMK, Wissenschaftliche Stellungnahme: Implantatprothetische Konzepte zur Ergänzung der verkürzten Zahnreihe, 01/2008 http://www.dgzmk.de/uploads/tx_szdgzmkdocuments/Implantatprothetische_Konzepte_zur_Ergaenzung_der_verkuerzten_Zahnreihe_.pdf). Eine adhäsive Befestigung ist nicht beschrieben und birgt sogar in Abhängigkeit vom Material des Aufbaus zusätzliche Risiken, ist jedoch nicht medizinisch notwendig.“

und

„Gerichtliche gegenteilige Einzelfallentscheidungen in diesem Zusammenhang haben für Verunsicherungen beim Patienten geführt. Aus diesem Anlass gehen wir auf die wichtigsten Argumente ein:

- **Die Eingliederung eines Klebebrackets sei sowohl durch die adhäsive Befestigung als auch durch ein Verkleben mittels Glasionomerzement möglich.**

  PKV: Die adhäsive Befestigung eines Klebebrackets stellt die Standardmethode zur Befestigung eines Klebebrackets dar. Die Eingliederung eines Klebebrackets mittels klassischem Glasioniomerzement ist unüblich und aufgrund der geringeren Haftkraft keine Standardmethode in der Kieferorthopädie. Die adhäsive Befestigung mittels Komposit ist integraler Bestandteil der Eingliederung eines Brackets und keine „besondere Ausführung“ der Bracketeingliederung. In der Fachliteratur heißt es dazu:

- Festsitzende Apparaturen: Die Bestandteile der Apparatur sind Band, Bracket (Klammer und Greifer) und Bogen. Das Bracket wird mithilfe der Säure-Ätz-Technik und einem Komposit direkt auf dem Zahn befestigt oder zunächst auf einen Ring (Band) geschweißt, der dann auf die Krone aufgesetzt wird.“ (Dr. W. Harzer, Kieferorthopädie, Thieme Verlag, 2011, Seite 211)
- „Zur Befestigung von Brackets werden eine Vielzahl von Komposit-Klebern eingesetzt, die nach Anätzen des Schmelzes die Verbindung zwischen der Bracketbasis und dem Zahn übernehmen.“ (Prof. Dr. Schopf, Curriculum Kieferorthopädie Band II, Quintessenz Verlags- GmbH, 4 Auflage 2008, Seite 473)
- Die konventionelle Adhäsivtechnik gilt heute als Standardverfahren bei der Bracketbefestigung. Basierend auf dem 1955 von Buonocore beschriebenen Verfahren führte Newman 1965 die Adhäsivtechnik erstmalig in die Kieferorthopädie ein“ (J Orofac Orthop 2008 No. 2 © Urban & Vogel). Hier wird auch deutlich, dass die adhäsive Befestigung von Brackets zum Zeitpunkt der GOZ 1988 schon längst

Praxisreife erlangt hat, als solche bereits in der Bewertung der GOZ-Nr. 610 zum Zeitpunkt der GOZ 1988 Berücksichtigung fand und sich heute unverändert in der GOZ 2012 als GOZ-Nr. 6100 wiederfindet.

- **Nach Abzug der in GOZ-Nr. 2197 genannten Punktzahl von 130 von der in GOZ-Nr. 6100 genannten Punktzahl von 165 verbleiben lediglich 35 Punkte für die sonstigen Leistungen.**

PKV: Der Aufwand der adhäsiven Befestigung ist in ihrer unterschiedlichen Anwendung nicht in allen Fällen vergleichbar, d.h. das Befestigen eines Klebebrackets ist weit weniger aufwendig als beispielsweise die adhäsive Befestigung einer keramischen Teilkrone. Die Bewertung der adhäsiven Befestigung/des Klebens des Brackets ist als einzige logische Konsequenz niedriger als die Bewertung der GOZ-Nr. 2197. Konkret bedeutet das, dass von den 165 Bewertungspunkten viel weniger als 130 von der adhäsiven Befestigung aufgezehrt werden, alles andere wäre fachlich nicht nachvollziehbar. Somit werden die übrigen Leistungen Positionierung, Überschussentfernung und Materialkosten angemessen honoriert.

Die GOZ-Nr. 2197 ist in Bezug auf Befestigungsmaßnahmen zu sehen, die nicht nur durch Kleben, sondern auch auf andere Art und Weise, z.B. durch Zementieren durchgeführt werden können. Es soll damit dem mit dieser Methode verbundenen Mehraufwand Rechnung getragen werden. Bei GOZ-Nr. 6100 gibt es aber keine verschiedenen Befestigungsalternativen, sondern nur das Kleben. In der Praxis wird häufig dagegen eingewandt, dass auch ein Veneer (GOZ-Nr. 2220) nur adhäsiv befestigt werden kann, trotzdem kann für die adhäsive Befestigung GOZ-Nr. 2197 berechnet werden kann, da das Veneer im Leistungstext ausdrücklich als ein Anwendungsbeispiel genannt ist. Im Unterschied zu den Klebebrackets, die eine eigenständige Versorgungsform darstellen, handelt es sich bei einer Veneerversorgung um eine von mehreren Varianten der Versorgung mit einer Teilkrone. Teilkronen können – als Metallkronen – konventionell befestigt werden und – als Keramikkronen – auch adhäsiv. Der Aufwand des Zahnarztes ist bei den adhäsiv befestigten Teilkronen höher, so dass der zusätzliche Ansatz der GOZ-Nr. 2197 gerechtfertigt erscheint.“

Gebührenteil Abschnitt G (Stand 1. Oktober 2015)

In den Erläuterungen zur GOZ-Nr. 6150 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Seit Einführung der neuen GOZ werden in der Praxis vermehrt die Entfernung von Bögen bzw. Teilbögen zusätzlich analog berechnet. Diese Berechnung verbietet sich aufgrund der neuen dritten Abrechnungsbestimmung nach GOZ-Nr. 6080. Danach sind alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention innerhalb eines Zeitraumes von vier Jahren unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden oder verwendeten Therapiegeräten mit den Kernpositionen 6030 bis 6080 GOZ abgegolten. Die Entfernung von Bögen ist eine in der Regel an das qualifizierte Fachpersonal delegierte Maßnahme, die es schon lange vor der Novellierung der GOZ gab. Da der Verordnungsgeber bewusst keine eigene Gebührenposition für diese Maßnahme, sondern vielmehr eine neue Abrechnungsbestimmung (s. o.) geschaffen hat, die die Berechnung ausdrücklich ausschließt, ist der analoge Ansatz nicht zulässig. Diese Sichtweise wird durch das Landgericht Bayreuth (Az.: 13 S 113/14, Urteil

vom 28.1.2015) und die Amtsgerichte Bayreuth (Az.: 107 C 1090/13, Urteil vom 27.2.2014) und Saarbrücken (Az.: 5 C 85/14, Urteil vom 15.7.2014) bestätigt.“

GOZ-Nr. 2197 (Stand 11. Dezember 2014)

Untergerichtliche Entscheidungen im Zusammenhang mit der GOZ-Nr. 2197 haben die Unklarheiten bei der Auslegung der GOZ noch verstärkt und ziehen in der Folge viele Einsprüche und aufwendige Schriftwechsel nach sich. Aus diesem Anlass hat der PKV-Verband die Erläuterungen zu der GOZ-Nr. 2197 und den GOZ-Nrn. 2060, 2080, 2100, 2120 und 6100 ergänzt bzw. modifiziert.

Gebührenteil Abschnitte B, G (Stand 11. Dezember 2014)

In den Erläuterungen zur GOZ-Nr. 1040 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Die Entfernung unterhalb des Zahnfleisches liegender Konkremente (klinisch nicht sichtbar und nicht erreichbar), die nur vom Zahnarzt durchgeführt und nicht auf eine qualifizierte Fachangestellte delegiert werden kann, sind grundsätzlich nach GOZ-Nrn. 4070 beziehungsweise 4075 abzurechnen, allerdings nicht in derselben Sitzung mit der PZR. Auch wenn die PZR aufwendiger gewesen ist (z. B. die nicht-chirurgische Entfernung subgingivaler Beläge), rechtfertigt dies nicht die zusätzliche Berechnung der GOZ-Nrn. 1040, 4070 und 4075 analog. In der Abrechnungspraxis der Zahnärzte wird allerdings häufig so verfahren. Die Unzulässigkeit dieses Vorgehens ergibt sich daraus, dass Voraussetzung für eine Analogberechnung eine ausfüllungsbedürftige Lücke im Regelwerk, also in der GOZ ist. Hieran fehlt es aber, weil originäre Leistungspositionen zur Verfügung stehen. Es handelt sich bei der anzutreffenden Abrechnungspraxis offensichtlich um den Versuch, die Abrechnungsbestimmung nach GOZ-Nr. 1040 ins Leere laufen zu lassen. Entsprechende Abrechnungen sind eindeutig gebührenrechtswidrig.
Auch das Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen bestätigt in seinem Urteil vom 21. Februar 2014 (1 A 477/13), dass die “nicht-chirurgische Entfernung subgingivaler Beläge“ von der GOZ-Nr. 1040 erfasst ist und daher nicht daneben analog berechnet werden kann.“

In den Erläuterungen zu den GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 wird zur Klarstellung ergänzt:

„Unter Geltung der alten GOZ war in der Praxis umstritten, ob Retentionsmaßnahmen (festsitzende oder herausnehmbare Retentionsgeräte) zusätzlich zu den Kernpositionen berechnet werden durften. Diese Streitfrage hat der Verordnungsgeber mit dem dritten Absatz der Abrechnungsbestimmung nach GOZ-Nr. 6080 eindeutig geklärt (so die Amtliche Begründung zu den Leistungen nach den GOZ-Nrn. 6030 bis 6080). Danach umfassen die Maßnahmen im Sinne der Nummern 6030 bis 6080 alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren, unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden oder den verwendeten Therapiegeräten. Werden also beispielsweise Loops, Bögen, Attachments bei Alignern, festsitzende Retainer oder Kunststoffschienen verwendet, ist es nicht zulässig, dafür zusätzliche Gebührenpositionen in Rechnung zu stellen (in der Abrechnungspraxis werden unzulässigerweise häufig die GOZ-Nrn. 6100, 7070 oder GOÄ-Nr. 2697 originär oder analog angesetzt). In verschiedenen Kommentaren zur GOZ wird Bezug auf das Urteil des AG Hamburg-Barmbeck / Az. 815 C 200/06 genommen (z. B. die

Bundeszahnärztekammer in ihrer Stellungnahme zur „Eingliederung eines festsitzenden Retainers“ vom Oktober 2013). Das Urteil ist zur alten GOZ ergangen und eine untergerichtliche Entscheidung, die nur zwischen den beteiligten Parteien gilt und keine Allgemeingültigkeit hat. Aufgrund der neu hinzu gekommenen Abrechnungsbestimmung zu den GOZ-Nrn. 6030 bis 6080 ist es ohnehin nicht auf die neue GOZ anwendbar.“

Beschlüsse des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen (Stand 3. Juni 2014)

Die Erläuterungen der GOZ-Nrn. 0080, 0090, 0100, 0110, 2000, 2440, 2300, 2360, 2410, 3050, 3070, 3080, 3090, 3100, 3110, 3120, 3130, 3140, 3160, 3190, 3200, 3210, 3230, 3240, 3250, 3260, 3270, 3280, 3290, 3310, 4070, 4075, 4080, 4090, 4100, 4120, 4130, 4133, 4136, 6000, 9010, 9040, 9090, 9100, 9110, 9120, 9130, 9140, 9150, 9160, 9170 sowie zur ersten Allgemeinen Bestimmung zu Abschnitt C, zu den 2. Allgemeinen Bestimmungen zu den Abschnitten E und K und zur 3. Allgemeinen Bestimmung zu Abschnitt D werden um die Beschlüsse des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen ergänzt.

Die Bundeszahnärztekammer, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Beihilfestellen von Bund und Ländern haben im Jahr 2013 die Einrichtung eines Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen vereinbart, um im partnerschaftlichen Miteinander daran zu arbeiten, die Rechtsunsicherheit nach der Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu beseitigen. Das neue Gremium hat die Aufgabe übernommen, grundsätzliche Auslegungsfragen der GOZ, Fragen der privatzahnärztlichen Qualitätssicherung sowie Fragen des Inhalts und der Abgrenzung privatzahnärztlicher Leistungen zu diskutieren und möglichst einvernehmlich zu beantworten. Ein wichtiges Ziel ist dabei die Verbesserung der Beziehung zwischen Patient, Zahnarzt und Versicherungsmitarbeiter in der täglichen Praxis.

Das Ergebnis dieser Zusammenarbeit wird in Form von konsentierten Beschlüssen seitens des PKV-Verbandes in der PKV publik (als Beileger) und seitens der Bundeszahnärztekammer in der zm veröffentlicht. Die Beschlüsse wurden – sofern sie einen inhaltlichen Bezug zu der Kommentierung haben – in die Erläuterungen eingefügt. Gelingt es, zu weiteren Streitpunkten Konsens zu erzielen, werden diese Beschlüsse bei inhaltlichem Bezug zeitnah in die Kommentierung integriert.

Benutzerhinweise (Stand 29. Januar 2014)

Unter der Überschrift „Ausschlusskatalog“ wird zur Klarstellung ergänzt:

„Von besonderer Bedeutung bei der Anwendung des Gebührenrechts ist die Frage der Nebeneinanderberechnungsfähigkeit verschiedener Gebührenpositionen. Es erfolgt eine Auflistung der nicht neben der gerade kommentierten Gebührenposition berechnungsfähigen Gebührenpositionen. Ausführlich werden diese Ausschlüsse unter der Rubrik „Erläuterungen“ beschrieben. Wenn der Ausschluss nicht näher konkretisiert wird, dann bezieht er sich auf dieselbe Sitzung.“

Um die gezielte Suche nach einer Gebührennummer zu erleichtern, ist ein Navigationsfenster erstellt worden. Die Anwendung wird in den Benutzerhinweisen unter der Überschrift „Inhaltsverzeichnis und Navigationsleiste“ erklärt.

Gebührenteil Abschnitt A (Stand 29. Januar 2014)

Im Ausschlusskatalog und den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 0030 und 0040 werden zur Klarstellung ergänzt:

Ausschlusskatalog:
„GOZ-Nrn. 0030 und 0040: schließen sich im selben Behandlungsfall gegenseitig aus (Abrechnungsbestimmung nach GOZ-Nr. 0040).“

Erläuterungen:
„Die GOZ-Nr. 0030 und GOZ-Nr. 0040 schließen sich im selben Behandlungsfall gegenseitig aus.“

Gebührenteil Abschnitte A, C (Stand 29. Januar 2014)

In den Erläuterungen der GOZ-Nrn. 0010, 2050 bis 2120, 2150 bis 2170, 2180, 2330 und 2340, 2350, 2360 werden zur Klarstellung ergänzt:

„Häufig trifft man in der Abrechnungspraxis auf die Analogberechnung nach § 6 Absatz 1 (z. B. GOZ-Nr. 2030) für die Verwendung eines Kariesdetektors oder für andere Methoden zur Erkennung von Karies (z. B. Laserfluoreszenz). Der Kariesdetektor ist eine Flüssigkeit, mit der man nach Exkavation kariöse Stellen im Zahn farblich sichtbar machen kann. Die Feststellung, ob ein Zahn kariös ist oder nicht, gehört je nach Methode zum Leistungsinhalt der Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- Kiefererkrankungen (GOZ-Nr. 0010) oder der Füllungspositionen. Ob vor oder nach Exkavation oder auf welche Art diese Feststellung erfolgt, spielt dabei keine Rolle. Ein eventueller Mehraufwand kann sich in einem erhöhten Steigerungsfaktor der Zielleistung widerspiegeln.“

Gebührenteil Abschnitt G (Stand 29. Januar 2014)

Wegen kontroverser Sichtweisen zur Befestigung eines Klebebrackets wird in den Erläuterungen zur GOZ-Nr. 6100 der Vorgang des Klebens im Zusammenhang mit Brackets mit Verweis auf die Fachliteratur detaillierter beschrieben:

„In der zahnärztlichen Literatur wird die Befestigung des Brackets mit der Adhäsivtechnik beschrieben. In dem Buch „Kieferorthopädie II“ von Peter Diedrich aus dem Verlag Urban & Fischer (4. Auflage) ist der „Bracket-Adhäsivtechnik“ ein eigenes Kapitel gewidmet, das ausnahmslos die Anwendung der Adhäsivtechnik erläutert (169 ff.). Als Grundprinzipien der „Klebetechnik“ (direkte oder indirekte Methode) bezeichnet der fachliche Experte u.a. die Säureätzung des Zahnes und das Kleben des Brackets mittels eines Adhäsivs (S. 192 f.). Dies verdeutlicht, dass die Vorbereitung der zu beklebenden Zahnflächen (Säureätzung, Konditionieren) ebenso wie die adhäsive Befestigung des Brackets methodisch notwendige

Bestandteile des „Klebens“ sind. Nach dem Zielleistungsprinzip (§ 4 Absatz 2 der GOZ) ist eine Leistung methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der anderen Leistung (Zielleistung) umfasst und auch in deren Bewertung berücksichtigt worden ist.

In der zahnärztlichen Abrechnungspraxis wird versucht, die zusätzliche Berechnung der GOZ-Nr. 2197 neben der GOZ-Nr. 6100 damit zu rechtfertigen, dass die adhäsive Befestigung von Brackets zum Zeitpunkt der GOZ 1988 noch keine Praxisreife erlangt hat. Die kieferorthopädische Fachliteratur stellt auch hier klar, dass die adhäsive Befestigung der Brackets schon lange vor Einführung der GOZ 1988 und der GOZ 2012 bekannt gewesen ist (vgl. Diedrich, 4. Auflage 2000, Kieferorthopädie II, S. 170). Als solche fand sie bereits in der Bewertung der GOZ-Nr. 610 zum Zeitpunkt der GOZ 1988 Berücksichtigung, welche sich heute unverändert in der GOZ 2012 als GOZ-Nr. 6100 wiederfindet.“