

KOMMENTIERUNG DER PKV ZUR GEBÜHRENORDNUNG FÜR ZAHNÄRZTE (GOZ)

Paragrafenteil

Stand: 20. Dezember 2016

Vorwort

Zum 1. Januar 2012 ist die neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Kraft getreten. Mit der GOZ-Novelle werden zwar einige Auslegungsprobleme, die sich zur alten GOZ ergeben haben, gelöst. Zugleich werden aber unzählige neue Auslegungsfragen erzeugt, die hauptsächlich auf den Wegfall der sog. Stichtagsregelung nach § 6 Abs. 2 GOZ zurückzuführen sind. Bisher hatte der Verordnungsgeber mit einer Neufassung des Gebührenverzeichnisses das gesamte Spektrum der wissenschaftlich allgemein anerkannten zahnärztlichen Leistungen zum Zeitpunkt der Novellierung abbilden wollen. Die GOZ 2012 konnte diesem Anspruch nicht gerecht werden, da das Gebührenverzeichnis nur punktuell hinsichtlich der drängendsten Fragen nachgebessert wurde, lag es für den Verordnungsgeber vermeintlich nahe, die Möglichkeit der Analogabrechnung gleichsam unbeschränkt zu eröffnen. Das hat zu einer erheblichen Zunahme von Analogabrechnungen geführt. Davon zeugt nicht zuletzt der inzwischen zehnteilige „Katalog selbstständiger zahnärztlicher gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnender Leistungen“ der Bundeszahnärztekammer (Stand Juni 2016). Bei näherer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass viele Analogberechnungen mangels Regelungslücken unzulässig sind.

Um gebührenrechtliche Fragestellungen dieser Art aufzeigen und bewerten zu können, hat sich der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. das Ziel gesetzt, das gesamte Gebührenverzeichnis der GOZ einschließlich des Paragrafenteils umfangreich zu kommentieren. Die bereits vorliegende Kommentierung des Gebührenverzeichnisses wird nunmehr um diese Kommentierung des Allgemeinen Teils der Gebührenordnung (Paragrafenteil) ergänzt. Beide Online-Kommentierungen werden fortlaufend aktualisiert.

Wir hoffen, dass die Kommentierung in der Anwendungspraxis der GOZ hilfreich sein wird. Als online verfügbare Informationsquelle kann der PKV-Kommentar nicht nur den beihilfeberechtigten und privat versicherten, sondern auch den gesetzlich versicherten Patienten bei der Rechnungsprüfung eine wertvolle Hilfe sein. Wir sind für Anregungen, Verbesserungs-, Korrektur- und Ergänzungsvorschläge stets dankbar.

Köln, im Dezember 2016



Dr. Volker Leienbach

Abkürzungsverzeichnis	5
Literaturverzeichnis	7
§ 1 Anwendungsbereich.....	8
1 Erläuterungen zu § 1 Abs. 1	8
1.1 Vorbemerkungen	8
1.2 Vergütungen	8
1.3 Zahnärzte	9
1.4 Berufliche Leistungen	9
1.5 Vorbehalt anderer bundesgesetzlicher Regelung.....	10
2 Erläuterungen zu § 1 Abs. 2.....	10
2.1 Vorbemerkungen	10
2.2 Regeln der zahnärztlichen Kunst	10
2.3 Zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung.....	10
2.4 Verlangensleistung	13
§ 2 Abweichende Vereinbarung.....	15
1 Erläuterungen zu § 2 Abs. 1	15
1.1 Vorbemerkungen	15
1.2 Gegenstand der Vereinbarung.....	16
1.3 Ausschluss einer abweichenden Vereinbarung.....	16
2 Erläuterungen zu § 2 Abs. 2.....	18
2.1 Vorbemerkungen	18
2.2 Persönliche Absprache im Einzelfall	18
2.3 Formvorschrift.....	19
2.4 Zeitpunkt des Abschlusses	20
2.5 Inhalt der Vereinbarung	20
2.6 Begründung	21
2.7 Ausschluss weiterer Erklärungen.....	21
2.8 Aushändigung eines Abdruckes.....	22
2.9 Unwirksamkeit	22
2.10 Leistungen nach der GOÄ	23
3 Erläuterungen zu § 2 Abs. 3	23
4 Erläuterungen zu § 2 Abs. 4	24
§ 3 Vergütungen.....	25
1 Vorbemerkungen	25
2 Gebühren.....	25
3 Entschädigungen.....	25
4 Ersatz von Auslagen.....	25
§ 4 Gebühren.....	26
1 Erläuterungen zu § 4 Abs. 1	26
2 Erläuterungen zu § 4 Abs. 2.....	26
2.1 Vorbemerkungen	26
2.2 Eigene Leistungen	27

2.3	Selbstständige Leistung (Zielleistungsprinzip)	27
2.3.1	Abgrenzung Ziel- und Teilleistung	28
2.3.2	Definition des Zielleistungsprinzips.....	31
3	Erläuterungen zu § 4 Abs. 3	31
3.1	Praxiskosten	31
3.2	Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter	33
4	Erläuterungen zu § 4 Abs. 4	33
4.1	Ausschluss der gesonderten Berechnung.....	33
4.2	Abtretungsverbot	33
5	Erläuterungen zu § 4 Abs. 5	33
§ 5	Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses	35
1	Erläuterungen zu § 5 Abs. 1	35
1.1	Vorbemerkungen	35
1.2	Gebührenrahmen.....	35
1.3	Gebührensatz	35
1.4	Punktwert/Punktzahl	35
1.5	„Kaufmännisches Runden“	36
2	Erläuterungen zu § 5 Abs. 2	36
2.1	Vorbemerkungen	36
2.2	Schwierigkeit der einzelnen Leistung	36
2.3	Zeitaufwand der einzelnen Leistung.....	38
2.4	Umstände bei der Ausführung	39
2.5	Gebührenbestimmung nach billigem Ermessen.....	39
2.6	Bereits berücksichtigte Bemessungskriterien.....	39
2.7	2,3facher Gebührensatz	40
2.8	Leistungen nach der GOÄ	40
2.9	Basistarif.....	40
2.10	Standardtarif	41
§ 6	Gebühren für andere Leistungen.....	42
1	Erläuterungen zu § 6 Abs. 1	42
1.1	Vorbemerkungen	42
1.2	Keine Aufnahme in das Gebührenverzeichnis	43
1.3	Selbstständige zahnärztliche Leistung	44
1.4	Gleichwertigkeit der Leistung	44
1.5	Subsidiäre Berechnung nach der GOÄ	45
1.6	Darstellung in der Rechnung.....	45
1.7	Keine abweichende Vereinbarung statt Analogberechnung	46
2	Erläuterungen zu § 6 Abs. 2	46
2.1	Vorbemerkungen	46
2.2	Umfang der Öffnung	46
2.3	Subsidiarität.....	47
2.4	„Vererben der Rahmenbedingungen“.....	47
3	Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgen.....	48

§ 7	Gebühren bei stationärer Behandlung	49
1	Erläuterungen zu § 7 Abs. 1	49
1.1	Vorbemerkungen	49
1.2	Stationäre Leistung	49
1.3	Umfang der Minderung	50
1.4	Abweichende Vereinbarung	51
1.5	Keine Minderung	51
1.6	Leistungen nach der GOÄ	51
2	Erläuterungen zu § 7 Abs. 2	51
§ 8	Entschädigungen	52
1	Erläuterungen zu § 8 Abs. 1	52
1.1	Vorbemerkungen	52
1.2	Besuch	53
2	Erläuterungen zu § 8 Abs. 2	53
2.1	Wegegeld	53
2.2	Berechnung	53
2.3	Mehrere Patienten	54
3	Erläuterungen zu § 8 Abs. 3	54
3.1	Reiseentschädigung	54
3.2	Eigenes Kraftfahrzeug	55
3.3	Anderes Verkehrsmittel	55
3.4	Abwesenheitsentschädigung	55
3.5	Übernachungskosten	55
3.6	Verweis auf § 8 Abs. 2	55
3.7	Leistungen nach der GOÄ	55
§ 9	Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen	56
1	Erläuterungen zu § 9 Abs. 1	56
1.1	Vorbemerkungen	56
1.2	Zahntechnische Leistungen	57
1.3	Tatsächlich entstandene Kosten	57
1.4	Angemessenheit	57
1.5	Abgeltung nach dem Gebührenverzeichnis	58
1.6	Rechnung	59
1.7	Leistung nach der GOÄ	59
2	Erläuterungen zu § 9 Abs. 2	59
2.1	Kostenvoranschlag	59
2.2	Heil- und Kostenplan	60
2.3	Überschreitung um mehr als 15 Prozent	60
2.4	Vergütung des Kostenvoranschlages	61
§ 10	Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung, Rechnung	62
1	Erläuterungen zu § 10 Abs. 1	63
1.1	Vorbemerkungen	63
1.2	Fälligkeit der Vergütung	63

1.3	Rechnungsformular	64
2	Erläuterungen zu § 10 Abs. 2	65
2.1	Vorbemerkungen	65
2.2	Rechnungsinhalt	66
3	Erläuterungen zu § 10 Abs. 3	68
3.1	Begründung bei Überschreitung des 2,3fachen Gebührensatzes	68
3.2	Begründungserläuterung auf Verlangen	70
3.3	Begründung bei abweichender Vereinbarung	70
3.4	Verlangensleistung	70
4	Erläuterungen zu § 10 Abs. 4	71
5	Erläuterungen zu § 10 Abs. 5	71
6	Erläuterungen zu § 10 Abs. 6	71
§ 11	Übergangsvorschrift	73
1	Vorbemerkungen	73
2	Leistungserbringung vor dem 1. Januar 2012 (Nr. 1)	73
3	Komplexleistungen (Nr. 2)	73
4	Kieferorthopädische Behandlungen (Nr. 3)	74
§ 12	Überprüfung	75
1	Vorbemerkungen	75
2	Prüfung	75

Abkürzungsverzeichnis

a. A.	andere Ansicht
a.a.O.	am angegebenen Ort
Abs.	Absatz
Aufl.	Auflage
Art.	Artikel
Az.	Aktenzeichen
BÄK	Bundesärztekammer
Bd.	Band
BEB	Bundeseinheitliche Benennungsliste für zahntechnische Leistungen
BEL	Bundeseinheitliches Leistungsverzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BGHZ	Entscheidungssammlung des Bundesgerichtshofes in Zivilsachen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
DGZMK	Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
e.V.	eingetragener Verein
f. (ff.)	folgende
gem.	gemäß
GG	Grundgesetz
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte "Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) geändert worden ist"
GOZ 1988	Gebührenordnung für Zahnärzte in der Fassung vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316),

i.S.d.	im Sinne des/der
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
Km	Kilometer
Lfg.	Lieferung
LG	Landgericht
MBO-Ä	(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
MBO-Z	Musterberufsordnung der Bundeszahnärztekammer
MB/KK	Musterbedingungen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
Nr.	Nummer
OLG	Oberlandesgericht
OVG	Oberverwaltungsgericht
PKV	Private Krankenversicherung
PKV-Verband	Verband der Privaten Krankenversicherung e. V.
Rn.	Randnummer
S.	Seite
SGV V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
s. o.	siehe oben
s. u.	siehe unten
u.a.	unter anderem
VG	Verwaltungsgericht
vgl.	vergleiche
v. H.	von Hundert
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
z. B.	zum Beispiel
ZHG	Zahnheilkundegesetz
ZSEG	Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen

Literaturverzeichnis

Brück, Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), 3. Aufl., Stand 1. Oktober 2015

Hoffmann/Kleinken, Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), 3. Aufl., Stand Juni 2016

Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes-) Zahnärztekammern, Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), Stand Juni 2016

Lang, Schäfer, Stiel, Vogt, Der GOÄ-Kommentar, 2. Aufl., 2002

Liebold/Raff/Wissing, Der Kommentar GOZ, 112. Lfg., Stand Juli 2016

Meurer, Gebührenordnung für Zahnärzte-GOZ, 2. Aufl., 1991

Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 75. Aufl., 2016

Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt und Krankenhausleistungen, 3. Aufl., 2006

§ 1 Anwendungsbereich

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

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

1 Erläuterungen zu § 1 Abs. 1

1.1 Vorbemerkungen

§ 1 Abs. 1 regelt den **Anwendungsbereich** der GOZ¹. Dieser Vorschrift ist der Grundsatz zu entnehmen, dass zahnärztliche Leistungen in Deutschland mit der GOZ zu vergüten sind, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist. Insbesondere bestimmt das SGB V, dass zahnärztliche Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung auf der Basis des BEMA zu vergüten sind. In erster Linie dient die GOZ als **Abrechnungsgrundlage für Zahnarztrechnungen**, die ein privat Versicherter, ein gesetzlich Versicherter mit privater Zusatzversicherung oder ein Beihilfeberechtigter von seinem Zahnarzt² erhält. Wenn die GOZ vom „Zahlungspflichtigen“ spricht, meint sie daher in der Regel diese Rechnungsadressaten.

Die GOZ stellt einen **Auffangtatbestand** dar, der unabdingbar anzuwenden ist, sofern der Gesetzgeber keine andere Regelung getroffen hat. Ist die GOZ anwendbar, darf von dieser darüber hinaus nur abgewichen werden, wenn die GOZ dies ausdrücklich vorsieht, z. B. im Rahmen einer abweichenden Vereinbarung nach § 2.

1.2 Vergütungen

Der Regelungsinhalt der GOZ beschränkt sich auf Vergütungen. Sofern ein wirksamer Behandlungsvertrag (§ 630a BGB) zwischen dem Zahlungspflichtigen und seinem Zahnarzt zustande gekommen ist, regelt die GOZ, wie die zahnärztlichen Leistungen zu vergüten sind. Vergütungen sind in § 3 definiert, als Gebühren, Entschädigungen und Ersatz von Auslagen (siehe auch Anmerkungen zu § 3). Insoweit stellt die GOZ eine **abschließende Regelung** dar, sodass darüber hinaus keine weiteren Vergütungen außerhalb der GOZ vereinbart werden können.

¹ Alle nachfolgenden Paragraphen ohne Gesetzesangabe entstammen der GOZ.

² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beide Geschlechter.

1.3 Zahnärzte

Die GOZ findet auf ambulant erbrachte Leistungen von niedergelassenen Zahnärzten, ermächtigten Wahlzahnärzten (im Krankenhaus tätige Zahnärzte) und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen Anwendung.

Zahnarzt im Sinne der GOZ ist jeder, der nach dem ZHG berechtigt ist, **Zahnheilkunde auszuüben**. Neben einer Approbation berechtigt eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung der Zahnheilkunde (§ 1 Abs. 1 Satz 2 ZHG), diese zu praktizieren. Darüber hinaus sind insbesondere auch Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Union an die GOZ gebunden, sofern sie den zahnärztlichen Beruf im Geltungsbereich ausüben (vgl. § 1 Abs. 2 ZHG). Auf anderweitige Berufsgruppen, wie Zahntechniker oder Heilpraktiker, findet die GOZ keine Anwendung.

Der Behandlungsvertrag muss mit einem niedergelassenen oder liquidationsberechtigten Zahnarzt im Krankenhaus zustande gekommen sein. Die GOZ gilt nicht, wenn der Behandlungsvertrag mit einer **juristischen Person**, z. B. einem Krankenhausträger, geschlossen wurde. Ein angestellter oder beamteter Zahnarzt ist liquidationsberechtigt, wenn ihm ein Recht zur gesonderten Berechnung von seinem Arbeitgeber bzw. Dienstherrn eingeräumt wurde. Dies ist insbesondere bei Wahlzahnärzten der Fall (vgl. § 17 Abs. 3 KHEntgG).

1.4 Berufliche Leistungen

Eine berufliche Leistung eines Zahnarztes ist bei der Ausübung der Zahnheilkunde gegeben. Dies ist nach § 1 Abs. 3 ZHG „die berufsmäßige auf zahnärztlich wissenschaftliche Erkenntnisse gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“. Das bedeutet, von der GOZ werden **alle Tätigkeiten** erfasst, die der Zahnarzt im Rahmen seiner Berufsausübung typischerweise erbringt, wie diagnostische, therapeutische und auch administrative Leistungen ebenso die Erstellung von Gutachten. Nach der GOZ können keine Leistungen berechnet werden, die in vergleichbarer Weise auch von einer anderen Berufsgruppe erbracht werden könnten, beispielsweise Forschung und Lehre. Mangels Behandlungsbezug zu Mund, Zahn bzw. Kiefer ist ein Zahnarzt auch nicht zu einer Faltenunterspritzung im Gesichts- und Halsbereich berechtigt (vgl. BVerwG, Urteil vom 17. Januar 2014, Az.: 3 B 48.13).

Fordert eine private Krankenversicherung im Rahmen der Leistungsprüfung **Stellungnahmen** an, sind diese über die GOZ bzw. GOÄ abzurechnen. Die Zahnärzteschaft lehnt dies zwar überwiegend mit der Begründung ab, die Stellungnahmen würden keinen Bezug zu der medizinischen Behandlung aufweisen (vgl. BZÄK, Ausschuss Gebührenrecht der Bundeszahnärztekammer, Die Honorierung der Auskunftserteilung an private Krankenversicherungsunternehmen, Stand Februar 2014). Diese Ansicht ist jedoch abzulehnen. Bei der Auskunftserteilung handelt es sich um berufliche Leistungen der Zahnärzte, die gem. § 1 Abs. 1 mit der GOZ zu berechnen sind. Gegenstand der Stellungnahmen sind vorhandene Befunde über Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (vgl. § 1 Abs. 3 ZHG). Die Honorierung muss daher auf der Grundlage der GOZ bzw. der nach § 6 Abs. 2 heranzuziehenden GOÄ erfolgen (insbesondere GOÄ-Nrn. 70 ff.). Der jeweilige Aufwand kann im Rahmen der Höhe der Ver-

gütung berücksichtigt werden, beispielsweise ob es sich lediglich um eine Dokumentation vorhandener Befunde oder um eine darüber hinausgehende Abwägung verschiedener Behandlungsmethoden handelt.

1.5 Vorbehalt anderer bundesgesetzlicher Regelung

Eine andere Regelung in diesem Sinne besteht insbesondere für gesetzlich versicherte Patienten. In diesem Fall regeln die §§ 85, 87 SGB V, dass die Vergütungen unter Zugrundelegung des **BEMA** abzurechnen sind. Weitere vorrangige Regelungen sind u. a. § 75 Abs. 3 SGB V für Soldaten der Bundeswehr oder das ZSEG für Leistungen, die Zahnärzte, etwa als Sachverständige, vor Gericht erbringen.

2 Erläuterungen zu § 1 Abs. 2

2.1 Vorbemerkungen

§ 1 Abs. 2 legt fest, welche Voraussetzungen eine zahnärztliche Leistung erfüllen muss, damit sie von einem Zahnarzt nach der GOZ berechnet werden darf. Danach muss die Leistung nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst erbracht werden und für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich sein.

2.2 Regeln der zahnärztlichen Kunst

Die Behandlung muss die Regeln der zahnärztlichen Kunst erfüllen. Das bedeutet, dass die Leistung **objektiven und nachprüfbaren Regeln** der Zahnheilkunde entsprechen muss. Abzustellen ist auf allgemein anerkannte Grundsätze der **zahnmedizinischen Wissenschaft** (vgl. § 1 Abs. 3 ZHG). Zur Beachtung der „Regeln der zahnmedizinischen Wissenschaft“ sind Zahnärzte auch nach der zahnärztlichen Musterberufsordnung verpflichtet (vgl. § 2 Abs. 2 b) MBO-Z). Für die Bestimmung der Regeln der zahnmedizinischen Wissenschaft sind auch wissenschaftliche Stellungnahmen, Leitlinien sowie Literaturhinweise führender Fachgesellschaften (z. B. DGZMK, Konsensuskonferenz Implantologie) heranzuziehen. Zudem muss es sich um ein vom Berufsrecht erlaubtes Tätigkeitsfeld handeln, **fachfremde Leistungen** sind nicht berechnungsfähig (vgl. Kommentierung des zahnärztlichen Gebührenrechts für die Privatliquidation, Meurer, 2. Aufl., 1991, § 1, S. 86).

2.3 Zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung

Nach der Gebührenordnung sind nur Leistungen berechnungsfähig, die für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich sind. Die GOZ verlangt „Notwendigkeit“ und „Erforderlichkeit“. Das bedeutet, dass Leistungen, die über das erforderliche Maß hinausgehen, sowie Leistungen, die zur Erreichung des Behandlungsziels nicht geeignet sind, keinen Vergütungsanspruch begründen.

Eine „medizinisch notwendige Heilbehandlung“ ist auch Voraussetzung, damit ein privat Versicherter Ersatz der Aufwendungen von der Beihilfe bzw. seiner privaten Krankenversicherung (§ 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK 2009) verlangen kann. Häufig herrscht bei Zahnärzten die

Meinung vor, dass der behandelnde Zahnarzt zu entscheiden habe, ob die Behandlung zahnmedizinisch notwendig ist. Diese Auffassung ist nicht richtig. Bei der **Beurteilung der zahnmedizinischen Notwendigkeit** ist vielmehr ein objektiver Maßstab anzulegen. Diese objektive Anknüpfung bedeutet zugleich, dass es für die Beurteilung der zahnmedizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht auf die Auffassung des Versicherten und auch nicht allein auf die subjektive Einschätzung des behandelnden (Zahn-)Arztes ankommt. Allerdings räumt die höchstrichterliche Rechtsprechung dem Zahnarzt bei der Bestimmung seines zahnmedizinischen Vorgehens – in objektiven Grenzen – einen Ermessens- und Entscheidungsspielraum ein. Nach dem Grundsatzurteil des BGH vom 29. November 1978 (Az.: IV ZR 175/77) beurteilt sich die medizinische Notwendigkeit im Sinne von § 1 Abs. 2 Satz 1 MB/KK 2009 nach „**objektiven und anerkannten ärztlichen Erkenntnissen**“. Maßgeblicher Zeitpunkt für das Vorliegen dieser Erkenntnisse ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung, also die Planung und Durchführung. Zu diesem muss es nach den tatsächlichen und wissenschaftlichen Befunden und Erkenntnissen **vertretbar gewesen sein**, die Leistung als medizinisch notwendige Versorgung anzusehen (BGH, Urteil vom 10. Juli 1996, Az.: IV ZR 133/95). Eine diagnostische Maßnahme ist nur vertretbar, wenn diese geeignet ist, die Ursachen der Krankheit festzustellen. Bei therapeutischen Maßnahmen kommt es darauf an, dass diese mit Wahrscheinlichkeit Heilung, Besserung oder Linderung herbeiführen oder die Verschlimmerung verhindern kann. Es muss ein kausaler Zusammenhang zwischen zahnärztlicher Leistung und Behandlungserfolg anhand der Kriterien der **evidenzbasierten Medizin** zu belegen sein. Je höher die Evidenz einer Behandlung ist, desto wahrscheinlicher ist auch der Eintritt des Behandlungserfolges und desto höher ist folglich auch die Behandlungsqualität.

Private Krankenversicherungen sind für **neue Behandlungsmethoden** grundsätzlich nur dann zur Erstattung verpflichtet, wenn deren patientenrelevanter Nutzen durch angemessene **(Langzeit-)Studien** nachgewiesen worden ist. Im Bereich der Implantation und Prothetik wird von Seiten des Patienten erwartet, dass eine Haltbarkeit und Verweildauer von vielen Jahren erreicht wird. Daher müssen sich die Studien in diesem Bereich auch auf Langzeitbeobachtungen stützen. Erst wenn diese Erfolg gezeigt haben, kann eine neue Methode mit der dann nachgewiesenen Evidenz in den gewöhnlichen Praxisbetrieb überführt werden. Ausnahmsweise kann der Grad zu fordernder Evidenz auch geringer sein. Doch selbst dann ist nach der Rechtsprechung des BGH zu fordern, dass die Methoden „medizinisch begründbar Aussicht auf Heilung oder Linderung versprechen“ und „auf einem nach medizinischen Erkenntnissen nachvollziehbaren Ansatz beruhen“ (BGH, Urteil vom 10. Juli 1996, Az.: IV ZR 133/95). Dieses herabgesenkte Maß an Evidenz gilt allerdings primär für die Behandlung lebensbedrohlicher oder unheilbarer Krankheiten, von denen die zahnärztliche Behandlung regelmäßig nicht betroffen ist.

Der BGH hat im Jahr 1993 entschieden, dass die in § 5 Abs. 1 f) MB/KK 76 geregelte **Wissenschaftsklausel**, wonach für private Krankenversicherungen keine Leistungspflicht für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden besteht, den Patienten unangemessen benachteiligt und deshalb unwirksam ist (BGH, Urteil vom 23. Juni 1993, Az.: IV ZR 135/92). Als Reaktion auf dieses Urteil hat der PKV-Verband den § 4 Abs. 6 MB/KK eingeführt. Maßgebliches Kriterium für die Erstattung der Kosten einer

Behandlung ist danach die überwiegende Anerkennung in der Schulmedizin. Maßnahmen der alternativen Medizin kommen nur in Betracht, sofern diese sich in der Praxis als ebenso erfolgsversprechend bewährt haben wie die Methoden der Schulmedizin. Bei inkurablen, also unheilbaren Erkrankungen kann ausnahmsweise ein Anspruch auf Erstattung der Kosten bestehen, wenn keinerlei erfolgsversprechende Maßnahmen der Schulmedizin zur Verfügung stehen.

Von Seiten der Zahnärzte wird in diesem Zusammenhang häufiger postuliert, dass ein **Sachbearbeiter einer privaten Krankenversicherung** nicht berechtigt sei, die zahnmedizinische Notwendigkeit einer Behandlung, also das Vorliegen eines Versicherungsfalles, zu bewerten. Feststellungen zur zahnmedizinischen Notwendigkeit oder Indikationsstellungen seien ausschließlich Approbierten vorbehalten. Diese Auffassung ist nicht zutreffend. § 14 Abs. 1 VVG ermächtigt den Versicherer, notwendige Prüfungen zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistungspflicht vorzunehmen. Dieser Regelung ist darüber hinaus nicht zu entnehmen, dass hierfür Ärzte oder Zahnärzte hinzugezogen werden müssen – wenngleich es der üblichen Praxis der privaten Krankenversicherungen entspricht, sich in Fragen der (zahn)medizinischen Notwendigkeit von ihren Gesellschaftsärzten beraten zu lassen. Auch das OLG Oldenburg hat in seiner Entscheidung vom 28. April 2014 (Az.: 5 U 2/14) bestätigt, dass es Sache einer privaten Krankenversicherung sei, auf welche Art und Weise sowie unter Hinzuziehung welcher Personen bzw. Berufsgruppen Feststellungen zur medizinischen Notwendigkeit getroffen würden. Es kommt nicht auf die subjektive Sicht des Zahnarztes oder die Wünsche des Patienten an, vielmehr ist ein objektiver Maßstab anzulegen (vgl. PKV Publik 03/2013 und 07/2014).

Nach Treu und Glauben (§ 242 BGB) schuldet der Zahnarzt seinem Patienten im Rahmen des Behandlungsvertrages, **Rücksicht auf seine finanziellen Möglichkeiten** zu nehmen. Sofern mehrere gleichwertige Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen, deren Kosten erheblich differieren, muss der Zahnarzt den Zahlungspflichtigen zuvor informieren, wenn die teurere Behandlung durchgeführt wird.

Zu beachten ist auch die mit dem Patientenrechtegesetz kodifizierte **wirtschaftliche Aufklärungspflicht** des Zahnarztes gemäß § 630c Abs. 3 BGB, welche neben die medizinischen Aufklärungspflichten tritt. Diese dient dem Schutz des Patienten vor finanziellen – insbesondere versicherungsrechtlichen – Überraschungen. Weiß der Zahnarzt oder hat er zumindest hinreichende Anhaltspunkte – vor allem durch den Patienten oder frühere Schriftwechsel –, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten (z. B. privaten Krankenversicherungen oder Beihilfestelle) nicht gesichert ist, hat er den Patienten auf das Kostenrisiko hinzuweisen (vgl. BGH, Urteil vom 1. Februar 1983, Az.: VI ZR 104/81). Dies kann insbesondere bei Zweifeln an der medizinischen Notwendigkeit, bei vom Zahnarzt vor Behandlungsbeginn avisierten Überschreitung des Regelhöchstsatzes (vgl. OLG Köln, Urteil vom 1. Juli 1996, Az.: 5 U 196/95) oder bei der Wahl einer besonders aufwendigen Versorgung angenommen werden. Eine kostenintensive Zahnbehandlung muss seitens der privaten Krankenversicherungen nicht bezahlt werden, wenn sich der Patient im Falle seiner ordnungsgemäßen Aufklärung über andere Behandlungsmöglichkeiten gegen die kostenin-

tensive Behandlung ausgesprochen hätte (vgl. OLG Hamm, Urteil vom 15. Juni 1994, Az.: 3 U 31/94; OLG Hamm, Urteil vom 12. August 2014, Az.: I-26 U 35/13, 26 U 35/13).

Die Aufklärung hat nach dem eindeutigen Wortlaut des § 630c Abs. 3 Satz 1 BGB in **Textform** zu erfolgen. Das bedeutet, dass die Aufklärung dauerhaft „lesbar“ sein muss, beispielsweise in Papierform, einer E-Mail oder einem Telefax (vgl. § 126b BGB). Maßgeblich für den **Zeitpunkt der Aufklärung** ist, dass diese so rechtzeitig vor der Maßnahme erfolgt, sodass der Patient ausreichend Zeit hat, seine privaten Krankenversicherung hinsichtlich der Kostenübernahme zu befragen bzw. seine Entscheidung, ob er die Maßnahme in Anspruch nimmt und die Kosten selbst trägt, zu treffen. Verletzt der Zahnarzt diese wirtschaftliche Aufklärungspflicht, macht er sich **schadensersatzpflichtig**. Für die Praxis bedeutet dies, dass der Patient die Rechnung – in dieser Höhe – nicht begleichen muss. Rechtlich erfolgt dies im Wege einer Leistungsverweigerung bzw. einer Aufrechnung (vgl. *Weidenkaff*, in: Palandt, 75. Aufl., 2016, § 630c Rn. 12).

Neben der wirtschaftlichen Aufklärung muss der Zahnarzt nach § 630d Abs. 1 und Abs. 2 BGB vor Durchführung einer zahnmedizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, eine **Einwilligung des Patienten** einholen. Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass der Patient vor der Einwilligung nach Maßgabe von § 630e Abs. 1 bis 4 BGB aufgeklärt worden ist (sog. Risikoaufklärung). Ohne Aufklärung ist die Einwilligung unwirksam.

Kommt es zu einem **Rechtsstreit**, ist im Zweifelsfall eine Überprüfung nach objektiven und anerkannten medizinischen Erkenntnissen durch einen neutralen zahnmedizinischen Sachverständigen erforderlich (vgl. BGH, Urteil vom 29. November 1978, Az.: IV ZR 175/77). Die **Beweislast** bezüglich der zahnmedizinischen Notwendigkeit obliegt dem Zahnarzt. Dies entspricht den allgemeinen Regelungen zur Darlegungs- und Beweislast. Danach hat jede Partei in einem Rechtsstreit die für sie günstigen Tatsachen – hier also die medizinische Notwendigkeit – zu behaupten und zu beweisen (vgl. OLG Nürnberg, Urteil vom 21. Dezember 2007, Az.: 5 U 2308/05). Das bedeutet, dem Zahnarzt steht kein Vergütungsanspruch zu, wenn nicht feststeht, ob eine Leistung für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung medizinisch erforderlich war (vgl. OLG Köln, Urteil vom 15. September 2014, Az.: I-5 U 67/14, 5 U 67/14).

Sofern eine berufliche Leistung eines Zahnarztes vorliegt, ist dieser **zwingend** an die GOZ gebunden. Das gilt unabhängig davon, ob es sich um die Berechnung einer medizinisch notwendigen Leistung oder eine medizinisch nicht notwendige Verlangensleistung nach § 1 Abs. 2 handelt (vgl. BGH, Urteil vom 23. März 2006, Az.: III 223/05 – zur gleichlautenden Regelung in § 1 GOÄ).

2.4 Verlangensleistung

Als Ausfluss der allgemeinen Vertragsfreiheit regelt § 1 Abs. 2 Satz 2, dass auch Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, berechnungsfähig sein können. Voraussetzung für eine solche auch als „Übermaßbehandlung“ bezeichnete Leistung ist ein **Verlangen des Zahlungspflichtigen**. Dies ist eine

auf Erbringung der gewünschten Leistungen gerichtete Willenserklärung, deren Wirksamkeit sich nach den allgemeinen bürgerlich-rechtlichen Vorschriften bestimmt.

Eine Verlangensleistung ist eine Behandlung, für die **keine medizinische Indikation** besteht, zum Beispiel eine ausschließlich aus ästhetischen Gründen vorgenommene kosmetische Leistung. Hierzu zählen beispielsweise Bleaching oder Veneers. Ebenso erfasst sind deutlich kostenintensivere, aber gleichwertige Therapien ohne nachvollziehbare Begründung bzw. aufwendige Mehrleistungen ohne Funktionsverbesserung, wie etwa die Verwendung von Keramikbrackets bei einer kieferorthopädischen Therapie (vgl. Kommentierung des zahnärztlichen Gebührenrechts für die Privatliquidation, Meurer, 2. Aufl., 1991, § 1, S. 88). Auch wissenschaftlich umstrittene Behandlungsmethoden – sog. Außenseitermethoden – können eine Verlangensleistung darstellen, da eine Leistung nach Satz 1 nach Erkenntnissen der zahnmedizinischen Wissenschaft anerkannt sein muss (vgl. Brück, Kommentar zur GOÄ, 3. Aufl., Stand 1. Oktober 2008, § 1 Rn. 8 – zur gleichlautenden Regelung in § 1 Abs. 2 GOÄ; siehe auch Anmerkungen zu § 2 Abs. 3).

§ 2 Abweichende Vereinbarung

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

(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes schriftlich zu treffen. Dieses muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem vereinbarten Steigerungssatz und dem sich daraus ergebenden Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.

(3) Leistungen nach § 1 Absatz 2 Satz 2 und ihre Vergütung müssen in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden. Der Heil- und Kostenplan muss vor Erbringung der Leistung erstellt werden; er muss die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Feststellung enthalten, dass es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist. § 6 Absatz 1 bleibt unberührt.

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

1 Erläuterungen zu § 2 Abs. 1

1.1 Vorbemerkungen

Der mit der GOZ 2012 novellierte § 2 Abs. 1 entspricht weitestgehend § 2 Abs. 1 GOÄ. Dieser regelt, dass lediglich die **Höhe der Vergütung** abweichend von der Verordnung geregelt werden kann. Das bedeutet, dass über alle übrigen Bestimmungen nicht zum Nachteil der Patienten abgewichen werden darf. Eine völlig von der GOZ losgelöste Liquidation ist somit ausgeschlossen.

Diese Einschränkung der Vertragsfreiheit durch die Bindung an die Abrechnungstatbestände der GOZ stellt einen Eingriff in die Berufsfreiheit des Zahnarztes aus Art. 12 GG dar. Ohne diese Regelung könnten Zahnarzt und Zahlungspflichtiger aufgrund der dem Behandlungsvertrag zugrundeliegenden Vertragsfreiheit die Art, den Inhalt, den Umfang und somit auch das Leistungsentgelt der zahnärztlichen Behandlung frei vereinbaren. Dieser Eingriff in die Berufsfreiheit ist jedoch nach der Rechtsprechung des BVerfG zur vergleichbaren Regelung in der GOÄ verfassungsgemäß (BVerfG, Urteil vom 19. April 1991, Az.: 1 BvR 1301/89).

1.2 Gegenstand der Vereinbarung

Im Rahmen einer Vereinbarung darf nur eine abweichende **Gebührenhöhe** bestimmt werden. Ein abweichender Punktwert (§ 5 Abs. 1 Satz 3) oder eine abweichende Punktzahl (§ 5 Abs. 1 Satz 2) können nach Satz 2 nicht Gegenstand einer abweichenden Vereinbarung sein. Der Verordnungsgeber bezweckt damit, dem Patienten vor Erbringung der Leistungen zu verdeutlichen, welche Kosten auf ihn zukommen.

Eine abweichende Vereinbarung kann sowohl unterhalb, innerhalb oder oberhalb des Gebührenrahmens des § 5 Abs. 1 getroffen werden. Es muss klar erkennbar sein, auf welche Leistung der jeweilige Steigerungsfaktor anzuwenden ist.

Im Übrigen muss die Vereinbarung **allgemeinen zivilrechtlichen Grundsätzen** entsprechen und nach der im jeweiligen Kammerbezirk geltenden Fassung des § 15 Abs. 1 MBO-Z **angemessen** sein. Ist eine Vereinbarung nicht angemessen, kann dies einen Verstoß gegen das Berufsrecht begründen. Maßgeblich sind die besonderen Umstände des jeweiligen Behandlungsfalles. Wird ein Verstoß berufsrechtlich geahndet, hat dies nur einen unmittelbaren Einfluss auf die Wirksamkeit der abweichenden Vereinbarung, wenn zugleich ein Verstoß gegen ein Verbotsgesetz nach § 134 BGB festgestellt werden kann. Eine Verletzung des Berufsrechts kann jedoch einen bedeutsamen Anhaltspunkt für einen Verstoß gegen das BGB darstellen. Insbesondere kann eine unangemessene Gebührenhöhe gegen AGB-Recht (§§ 305 ff. BGB) oder die guten Sitten (§ 138 BGB) verstoßen. Ein Verstoß gegen die guten Sitten hat zur Folge, dass die abweichende Vereinbarung „**nichtig**“ ist, d. h. von Anfang an unwirksam. Dies ist insbesondere bei sog. „Wucher“ anzunehmen, welcher gegeben ist, wenn Leistung und Gegenleistung objektiv in einem auffälligen Missverhältnis stehen und der Zahnarzt die Zwangslage, die Unerfahrenheit, den Mangel an Urteilsvermögen oder die erhebliche Willensschwäche des Zahlungspflichtigen bewusst ausnutzt (§ 138 Abs. 2 BGB). Das bedeutet, dass sich das Honorar auch bei einer abweichenden Vereinbarung an Leistung und Gegenleistung orientieren muss. Eine willkürliche Gegenleistung wäre unwirksam. Lehnt eine private Krankenversicherung beispielsweise die Erstattung eines 8,0fachen Steigerungssatzes in einem Antwortschreiben an den Versicherten mit der Begründung ab, es handle sich um „Wucher“ muss der behandelnde Zahnarzt diese Aussage hinnehmen (vgl. OLG Düsseldorf, Urteil vom 28. Mai 2014, Az.: I-15 U 45/14).

1.3 Ausschluss einer abweichenden Vereinbarung

Nach Satz 2 ist es ausdrücklich ausgeschlossen, einen abweichenden **Punktwert** oder eine abweichende **Punktzahl** zu vereinbaren. Hierbei handelt es sich um unselbstständige, rechnerische Bestandteile der Gebühr. Würde man diesbezüglich eine Vereinbarung zulassen, wären die finanziellen Auswirkungen für den Zahlungspflichtigen im Zeitpunkt der Vereinbarung nicht hinreichend erkennbar.

Da sich die abweichende Vereinbarung nur auf die Gebührenhöhe beziehen darf, kann keine abweichende Vereinbarung hinsichtlich der übrigen Voraussetzungen der GOZ getroffen werden. Insbesondere kann die **Geltung der GOZ** nicht ausgeschlossen werden, auch der **Steigerungssatz** kann nicht abbedungen werden. Vielmehr muss dieser auch im Rahmen

einer abweichenden Vereinbarung nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 in der Rechnung angegeben werden. Daher scheidet ein Pauschalhonorar ohne Bezug zum Leistungsverzeichnis aus (vgl. BGH, Urteil vom 23. März 2006, Az.: III ZR 223/05). Die abweichende Vereinbarung wird somit faktisch auf die Festlegung eines bestimmten Steigerungssatzes beschränkt.

Eine abweichende Vereinbarung hinsichtlich der weiteren in § 3 vorgesehenen Vergütungsbestandteile – **Entschädigungen** oder **Ersatz von Auslagen** – kommt nicht in Betracht. Bei diesen handelt es sich zwar nach § 3 um „Vergütungen“. § 2 Abs. 1 ermöglicht jedoch nur eine Abweichung von der „Gebührenhöhe“ und nicht von der „Vergütungshöhe“. Hinsichtlich des Ersatzes von Auslagen kommt ohnehin keine abweichende Vereinbarung in Betracht, da mit diesem Ersatz die tatsächlich entstandenen Kosten ausgeglichen werden.

Über „**Zuschläge**“ kann keine abweichende Vereinbarung getroffen werden. Teilweise wird dies zwar bejaht (vgl. BZÄK, Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes-) Zahnärztekammern, GOZ, Stand Oktober 2015, GOZ-Nrn. 0110, 0120, 500, 510, 520, 530; Zahnärztekammer Niedersachsen, Die Vereinbarung einer abweichenden Gebührenhöhe bei Zuschlagsleistungen von GOZ und GOÄ, Stand November 2014).

Dagegen spricht jedoch, dass eine abweichende Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 Satz 1 nur über eine abweichende „Gebührenhöhe“ festgelegt werden kann. Bei Zuschlägen handelt es sich jedoch nicht um Gebühren im Sinne der GOZ. Hinsichtlich der Gebühren bei stationärer Behandlung regelt § 7 Abs. 1 Satz 1, dass die „[...] nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf anfallenden Zuschläge“ zu mindern sind. Auch § 7 Abs. 1 Satz 2 enthält die Formulierung „...und Zuschläge“. Diesen Vorschriften ist zu entnehmen, dass Zuschläge keine Gebühren darstellen. Einer ausdrücklichen Aufzählung der Zuschläge hätte es nicht bedurft, wenn „Gebühren“ ein Oberbegriff wäre, unter den sich Zuschläge subsumieren ließen. Dies wird durch die Auslegung der GOÄ bestätigt. Auch hier kann über Zuschläge keine abweichende Vereinbarung getroffen werden (vgl. *Miebach*, in: Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, 3. Aufl., 2006, § 2 Rn. 6; Brück, Kommentar zur GOÄ, 3. Aufl., Stand 1. Juni 2013, B II Rn. 2 – beide zur gleichlautenden Regelung in § 2 GOÄ).

Den Formulierungen der sechs in die GOZ aufgenommenen Zuschlagspositionen ist ebenfalls zu entnehmen, dass diese nicht Gegenstand einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 sein können. Bei den Zuschlägen nach Kapitel L für die GOZ-Nrn. 0500 bis 0530 und dem Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops nach GOZ-Nr. 0110 verwendet der Gesetzgeber ausdrücklich die Formulierung „nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig“. Dies verdeutlicht, dass es sich bei den Zuschlägen um Festpreise handelt, die nicht steigerungsfähig sind und daher auch nicht Gegenstand einer Honorarvereinbarung sein können.

Für die Anwendung eines Lasers bei bestimmten Leistungen nach GOZ-Nr. 0120 beträgt der Zuschlag „100 v. H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 68 Euro“. Den Zusatz „nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig“ enthält dieser Zuschlag nicht. Unabhängig davon, dass der in der Leistungslegende festgeschriebene Höchstbetrag von 68 Euro derzeit nicht erreicht wird, da keine der zuschlagsbe-

rechtigten Leistungen mit einem Einzelsatz bewertet ist, der 68 Euro überschreitet, kann auch diesbezüglich keine abweichende Vereinbarung getroffen werden. Dem Wortlaut ist zu entnehmen, dass die Höhe dieses Zuschlags dem einfachen Gebührensatz der Leistung entspricht. Es handelt sich also ebenfalls um einen Festpreis, der sich auf die jeweilige Leistung bezieht. Eine Steigerung ist wie bei den Zuschlägen nach Kapitel L und für die Anwendung eines Operationsmikroskops nach GOZ-Nr. 0110 ausgeschlossen.

Eine abweichende Vereinbarung hinsichtlich der in der GOZ geregelten Zuschläge scheidet somit aus. Darüber hinaus kommt auch eine abweichende Vereinbarung über einen Zuschlag nach der GOÄ über § 6 Abs. 2 nicht in Betracht, da die GOÄ Zuschläge ebenfalls nicht als Vergütungen anerkennt. Insbesondere ist dies dem Wortlaut des § 6a Abs. 1 Satz 1 und 2 GOÄ zu entnehmen, weil Zuschläge auch nach der GOÄ keine Gebühren sind (vgl. *Miebach, a.a.O.*).

Im Rahmen von **Notfall- und akuten Schmerzbehandlungen** ist eine abweichende Vereinbarung nach Satz 4 zwar möglich, jedoch darf eine Hilfeleistung in Situationen, in denen der Patient unter hoher psychischer Belastung steht, nicht vom Abschluss einer Gebührenvereinbarung abhängig gemacht werden. Lehnt ein Patient in einer solchen Situation den Abschluss einer Vereinbarung ab, darf der Zahnarzt die Behandlung aus diesem Grund nicht verweigern. Diese Vorschrift verankert den allgemeinen Rechtsgrundsatz zur unterlassenen Hilfeleistung (insbesondere § 323c StGB) sowie die berufsrechtliche Verpflichtung, eine Behandlung im Notfall nicht abzulehnen (vgl. § 2 Abs. 5 Satz 2 MBO-Z). Der Zahnarzt ist zwar generell nicht zu einer Behandlung verpflichtet, liegt aber ein Notfall vor, darf er eine Versorgung eines Patienten in der Regel nicht ablehnen, sodass eine abweichende Vereinbarung bei einer Notfall- oder akuten Schmerzbehandlung ausscheidet.

2 Erläuterungen zu § 2 Abs. 2

2.1 Vorbemerkungen

Auch § 2 Abs. 2 stellt eine Angleichung an § 2 Abs. 2 GOÄ dar. Die Vorschrift regelt ausdrücklich die von der Rechtsprechung aufbauend auf dem Beschluss des BVerfG (Beschluss vom 25. Oktober 2004, Az.: 1 BvR 1437/02) entwickelten Anforderungen an eine abweichende Vereinbarung. Diese Vorschriften über Form und Inhalt sind zwingend, Verstöße führen zur Unwirksamkeit der Vereinbarung.

2.2 Persönliche Absprache im Einzelfall

Eine abweichende Vereinbarung bedarf nach Satz 1 einer **persönlichen Absprache** im Einzelfall. Nach dem eindeutigen Wortlaut setzt dies zwingend ein persönliches Gespräch zwischen dem Zahnarzt und dem Zahlungspflichtigen voraus, sodass eine Stellvertretung durch einen Dritten nicht in Betracht kommt. Der Zahnarzt muss dem Zahlungspflichtigen persönlich erklären, aus welchen Gründen ihm eine Honorarvereinbarung mit den vorgeschlagenen Steigerungssätzen angesichts der Art und Schwierigkeit der Leistung angemessen erscheint.

Entgegen dem Wortlaut ergibt sich aus der Gesetzesbegründung, dass sich der Zahnarzt bei der Vereinbarung **vertreten lassen** könne. Die Gesetzesbegründung kann nur dahingehend ausgelegt werden, dass nicht die gesamte Verhandlung durch den Zahnarzt durchgeführt werden muss, sondern einzelne Bestandteile, beispielsweise die konkrete Ausformulierung der Vereinbarung, durch einen Dritten, etwa eine Assistentin oder eine Sprechstundenhilfe, erfolgen können. Das Gespräch, das dem Abschluss der Vereinbarung vorausgeht, kann dahingegen nicht in vollem Umfang auf das zahnärztliche Personal delegiert werden. Die bloße Vorlage einer Vereinbarung mit der Bitte um Unterschrift durch eine/einen Arzthelferin/Arzthelfer genügt nicht (vgl. Hoffmann/Kleinken, GOÄ, 3. Aufl., Stand September 2006, § 2 Rn. 11; Brück, Kommentar zur GOÄ, 3. Aufl., Stand 1. Dezember 2013, § 2 Rn. 3 – beide zur gleichlautenden Regelung in § 2 Abs. 2 GOÄ).

Erforderlich ist zudem, dass es sich um eine Regelung im **Einzelfall** handelt. Eine Vereinbarung in Form von allgemeinen Geschäftsbedingungen ist ausgeschlossen (BGH, Urteil vom 30. Oktober 1991, Az.: VIII ZR 51/91). Eine persönliche Absprache setzt im Gegensatz zu allgemeinen Geschäftsbedingungen ein sog. „Aushandeln“ zwischen den Parteien voraus. Dabei muss nicht jede einzelne Leistung ausgehandelt werden, der Zahnarzt muss jedoch bereit sein, ggf. auf den Abschluss der abweichenden Vereinbarung zu verzichten und nach der GOZ abzurechnen.

Nach allgemeinen Grundsätzen ist hinsichtlich dieser persönlichen Absprache der Zahnarzt **darlegungs- und beweispflichtig**. Dem Beschluss des BVerfG vom 25. Oktober 2004 (a. a. O.) ist jedoch zu entnehmen, dass im Rahmen einer Vereinbarung nach § 2 an diesen Beweis keine zu hohen Anforderungen zu stellen sind.

2.3 Formvorschrift

Eine abweichende Vereinbarung muss aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit **„schriftlich“** getroffen werden. „Schriftlich“ meint die Schriftform nach § 126 Abs. 1 BGB. Dies setzt voraus, dass die Vereinbarung von Zahnarzt und Zahlungspflichtigem eigenhändig auf derselben Urkunde unterschrieben wird (vgl. LG München I, Urteil vom 19. Dezember 1984, Az.: 31 S 7642/84; Brück, Kommentar zur GOÄ, 3. Aufl., Stand 1. Dezember 2013, § 2 Rn. 3.3 – zur gleichlautenden Regelung in § 2 Abs. 2 GOÄ). Ein Stempel oder Faksimile genügen nicht. Die Unterschriften müssen nicht zum gleichen Zeitpunkt erfolgen und können nach § 126 Abs. 1 BGB auch mittels notariell beglaubigten Handzeichens bzw. gem. § 126a BGB durch eine elektronische Form ersetzt werden. Letztere bedarf einer sog. „qualifizierten elektronischen Signatur“, die der Zahnarzt und der Zahlungspflichtige in der Regel nicht vorweisen können. Eine einfache E-Mail oder eine lediglich mündlich getroffene Vereinbarung sind unwirksam. Auch **mündliche Nebenabreden** sind nicht verbindlich und werden nicht Gegenstand der Vereinbarung.

Die **Unterschrift** muss zwingend durch den Zahnarzt erfolgen. Auch wenn dieser sich im Rahmen der „persönlichen Absprache“ teilweise vertreten lassen kann, ist bei der Unterzeichnung eine Stellvertretung, z. B. durch eine/einen Zahnarzthelferin/Zahnarzthelfer, nicht möglich (vgl. OLG Düsseldorf, Urteil vom 9. November 1995, Az.: 8 U 146/94 – zur gleichlautenden Regelung in § 2 Abs. 2 GOÄ).

Wird eine abweichende Vereinbarung nicht „schriftlich“ getroffen, ist diese **nichtig** und muss daher nicht beachtet werden (§ 125 BGB).

2.4 Zeitpunkt des Abschlusses

Eine abweichende Vereinbarung kann nach dem eindeutigen Wortlaut des Satz 1 nur **vor Erbringung** der jeweiligen Leistung abgeschlossen werden. Nach Behandlungsbeginn kann sie lediglich für künftige Leistungen, mit deren Erbringung der Zahnarzt noch nicht begonnen hat, erfolgen.

Der Abschluss einer abweichenden Vereinbarung kann auch für **zukünftige Leistungen** ausgeschlossen sein. Sinn und Zweck des Erfordernisses, die Vereinbarung vor Erbringung der Leistung zu treffen ist, dass der Patient die Möglichkeit haben soll, frei zu entscheiden, ob er eine Leistung zu dem vom Zahnarzt verlangten "Preis" in Anspruch nimmt. Insbesondere bei einer zusammenhängenden, sich aus einer Vielzahl von Einzelleistungen zusammensetzenden Behandlung, etwa einer zahnärztlich-prothetischen Versorgung, kann dies auch bei einer zukünftigen Leistung problematisch sein. Während einer laufenden Behandlung muss bedacht werden, dass der Zahlungspflichtige in Bezug auf die gesamte Behandlung in seiner Entscheidungsfreiheit beeinträchtigt sein kann, selbst wenn die konkrete Einzelleistung noch nicht vorgenommen wurde. Dies ist dann der Fall, wenn es dem Patienten nicht zugemutet werden kann, die Vereinbarung mit der Folge abzulehnen, sich einen anderen Zahnarzt suchen zu müssen (BGH, Urteil vom 19. Februar 1998, Az.: III ZR 106/97).

2.5 Inhalt der Vereinbarung

§ 2 Abs. 2 Satz 2 regelt die inhaltlichen Anforderungen an eine Vereinbarung. Diese sind auch in der zahnärztlichen Rechnung nach § 10 Abs. 2 anzugeben.

Neben der konkreten **Gebührennummer** und der **Bezeichnung der Leistung**, dem vereinbarten **Steigerungssatz** und dem sich daraus ergebenden **Betrag** muss die Vereinbarung die Feststellung enthalten, dass eine **Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen** möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Der Zahnarzt muss demnach vor der Leistungserbringung die Behandlung bis ins Detail festlegen, die einschlägigen Gebührenpositionen zuordnen und zum Gegenstand der Vereinbarung machen. Diese inhaltlichen Anforderungen dienen dem Schutz des Zahlungspflichtigen. Ist eine Leistung zu Beginn der Behandlung nicht bestimmbar, geht dies zu Lasten des Zahnarztes und kann daher nicht nach der abweichenden Vereinbarung vergütet werden. Nur wenn der Zahlungspflichtige weiß, um welche Leistungen es geht, vermag er abzuschätzen, welche finanziellen Belastungen er mit der Vereinbarung in Kauf nimmt (vgl. *Miebach*, in: Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, 3. Aufl., 2006, § 2 Rn. 32 – zur gleichlautenden Regelung in § 2 Abs. 2 GOÄ). Die abweichende Vereinbarung muss sich daher auch auf eine bestimmte – in der Regel besonders aufwendige – Leistung beziehen.

Dem Schutz des Zahlungspflichtigen vor Überraschungen dient auch der nach Satz 2 erforderliche Hinweis, dass eine **Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen** möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Die meisten Zahlungspflichtigen haben

Anspruch auf eine Kostenerstattung gegenüber einer privaten Krankenversicherung und/oder auf Beihilfe als Beamte oder Angestellte im öffentlichen Dienst. Der Zahlungspflichtige sollte sich vor Unterzeichnung einer Gebührenvereinbarung durch Rückfrage vergewissern können, ob und in welcher Höhe er mit einer Erstattung von Mehrkosten aus der Gebührenvereinbarung rechnen kann. Erstattungsansprüche sind nämlich in der Regel auf die nach der GOZ vorgesehene Vergütung begrenzt.

2.6 Begründung

Eine abweichende Vereinbarung muss grundsätzlich keine Begründung enthalten. Bei einer Steigerung auf Grundlage von § 5 – ohne, dass eine abweichende Vereinbarung getroffen wurde – besteht dahingegen eine Begründungspflicht (AG Düsseldorf, Urteil vom 25. Juni 2015, Az.: 27 C 9542/13).

Jedoch kann auch im Rahmen einer abweichenden Vereinbarung eine **spezielle Begründungspflicht** vorliegen. Nach § 10 Abs. 3 Satz 3 ist dies dann der Fall, soweit auch ohne die getroffene Vereinbarung ein Überschreiten der in Satz 1 genannten Steigerungssätze gerechtfertigt gewesen wäre. Das Überschreiten ist in diesem Fall auf Verlangen des Zahlungspflichtigen schriftlich zu begründen. Mit dieser Regelung soll es dem Zahlungspflichtigen ermöglicht werden, seinen Erstattungsanspruch in der Höhe gegenüber dem Kostenträger geltend zu machen, die auch ohne abweichende Vereinbarung nach § 5 Abs. 2 gerechtfertigt gewesen wäre. Die Berechtigung der Mehrkosten soll neben dem Zahlungspflichtigen <auch für private Krankenversicherungen überprüfbar sein. Wird beispielsweise eine abweichende Vereinbarung auf den 5fachen Gebührensatz getroffen und wäre der 3,5fache Gebührensatz auch ohne Honorarvereinbarung nach den Bemessungskriterien des § 5 Abs. 2 gerechtfertigt, hat der Zahlungspflichtige einen Anspruch darauf, dass der Zahnarzt den Ansatz des 3,5fachen Gebührensatzes begründet. Inhaltlich muss die Begründung Satz 1 und 2 entsprechen. Das bedeutet, dass insbesondere die Bemessungskriterien des § 5 Abs. 2 anzugeben sind.

Zu beachten ist in diesem Zusammenhang der **3. Beschluss des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen**:

„Eine Überschreitung des 3,5 Steigerungssatzes im Rahmen einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 GOZ erfordert dann eine Begründung auf Verlangen des Zahlungspflichtigen, wenn der Vereinbarung Kriterien gem. § 5 Absatz 2 GOZ zugrunde liegen. Die Wirksamkeit der Vereinbarung bleibt hiervon unberührt.“

Die Begründung muss nur auf **Verlangen des Zahlungspflichtigen** erfolgen. Hintergrund ist, dass nicht jeder Tarif in der PKV es verlangt, dass eine Schwellenwertüberschreitung auch bei einer abweichenden Vereinbarung begründet wird.

2.7 Ausschluss weiterer Erklärungen

Nach Satz 3 dürfen keine weiteren Erklärungen in das Schriftstück aufgenommen werden. Zweck dieser Regelung ist es, den Zahlungspflichtigen vor einer unüberlegten, leichtfertigen Verpflichtung zur Zahlung einer überhöhten Vergütung zu schützen. Diese wäre zu befürch-

ten, wenn sich die Vereinbarung in einem Schriftstück befindet, welches das Augenmerk auf andere Gegenstände lenkt oder die Gefahr begründet, dass es nicht mit der gebotenen Sorgfalt gelesen wird (vgl. BGH, Urteil vom 16. September 1971, Az.: VII ZR 312/69).

Die angestrebte Klarheit erfordert, dass in dem Schriftstück jedweder Inhalt unterbleibt, der von der Tragweite der Vereinbarung ablenkt. Zulässig sind **erläuternde Hinweise** zum vorgeschriebenen Inhalt der Vergütungsvereinbarung, mit denen dem Interesse an einer angemessenen Aufklärung über Inhalt und Folgen der Vereinbarung Rechnung getragen werden kann oder Hinweise, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Vereinbarung einer abweichenden Vergütungshöhe stehen. Weisen diese Hinweise jedoch **sachliche Mängel** auf, wie die Behauptung eines Zahnarztes, der Gebührenrahmen der GOZ entspreche aus sozialpolitischen Gründen weitgehend den Vergütungen der gesetzlichen Krankenkassen sowie der Sozialhilfeeinrichtungen, so ist die Vereinbarung aufgrund des Verstoßes gegen Satz 3 unwirksam (vgl. BGH, Urteil vom 19. Februar 1998, Az.: III ZR 106/97).

Ebenfalls für unwirksam erklärt hat der BGH eine Vereinbarung, die eingeleitet wurde mit der Formulierung: "Für die in Aussicht genommene privat Zahnärztliche Behandlung bei [...] werden gemäß der amtlichen Begründung der Bundesregierung zum Verordnungsentwurf (aus Bundesrats-Drucksache 276/87) mit Rücksicht auf die angestrebte weit überdurchschnittliche Qualität und Präzision der zahnärztlichen Leistung sowie auf den darauf abgestellten Zeit- und Praxisaufwand für die einzelnen Leistungen des Gebührenverzeichnisses folgende Multiplikatoren des Gebührensatzes berechnet" (vgl. BGH, Urteil vom 9. März 2000, Az.: III ZR 356/98).

Im Ergebnis hat Satz 3 zur Folge, dass die in Satz 2 vorgeschriebenen Mindestinhalte zugleich auch die zulässigen **Maximalinhalte** einer Gebührenvereinbarung darstellen.

2.8 Aushändigung eines Abdruckes

Aus Satz 4 ergibt sich, dass der Zahnarzt dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen hat. Anhand dieser Kopie kann der Zahlungspflichtige überprüfen, ob die nach Leistungserbringung erstellte Rechnung der Vereinbarung entspricht. Eine persönliche Übergabe durch den Zahnarzt ist nicht erforderlich, sodass eine Aushändigung durch einen Mitarbeiter genügt (vgl. Liebold/Raff/Wissing, GOZ-Kommentar, 99. Lfg., Stand Juni 2016, § 2 Rn. 12). Händigt der Zahnarzt dem Zahlungspflichtigen keinen Abdruck aus, führt dies zur Unwirksamkeit der Vereinbarung (vgl. Brück, Kommentar zur GOÄ, 3. Aufl., Stand 1. Dezember 2013, § 2 Rn. 3.7 – zur gleichlautenden Regelung in § 2 Abs. 2 GOÄ).

2.9 Unwirksamkeit

Erfüllt die abweichende Vereinbarung die dargelegten Anforderungen nicht, hat dies keine Auswirkungen auf den **Behandlungsvertrag** (§ 630a BGB). Der Zahnarzt hat auch weiterhin einen Vergütungsanspruch, jedoch auf Basis der GOZ und nicht in der nach § 2 vereinbarten Höhe. Da es an einer wirksamen Rechnung fehlt, muss der Zahnarzt eine Rechnung unter Berücksichtigung des § 5 erteilen (vgl. LG Hamburg, Urteil vom 25. Juni 1986, Az.: 17 S 361/85; Hoffmann/Kleinken, GOÄ, 3. Aufl., Stand September 2006, § 2 Rn. 13 – zur gleich-

lautenden Regelung in § 2 Abs. 2 GOÄ, a. A. LG Stuttgart, Urteil vom 12. Oktober 1984, Az.: 6 S 16/84 – zur gleichlautenden Regelung in § 2 GOÄ).

Wurde eine Vergütung bereits gezahlt, kann der Zahlungspflichtige diese unter Hinweis auf die Unwirksamkeit der Vereinbarung zurückfordern, soweit sie die nach § 5 zu berechnende Vergütung überschreitet.

2.10 Leistungen nach der GOÄ

Sofern der Zahnarzt gem. § 6 Abs. 2 Leistungen unter Zugrundelegung der GOÄ erbringt, muss er zudem **§ 2 GOÄ** beachten. Insbesondere darf nach § 2 Abs. 3 GOÄ keine abweichende Vereinbarung für Leistungen nach den Abschnitten A, E, M, O der GOÄ getroffen werden (siehe auch Anmerkungen zu § 6 Abs. 2).

3 Erläuterungen zu § 2 Abs. 3

Nach § 2 Abs. 3 Satz 1 müssen nunmehr sämtliche Verlangensleistungen einschließlich der Vergütung vor ihrer Erbringung in einem **Heil- und Kostenplan** schriftlich vereinbart werden (siehe auch Anmerkungen zu § 1 Abs. 2 Satz 2). Nach der bis zum 31. Januar 2011 geltenden Fassung konnten Verlangensleistungen, die weder im Gebührenverzeichnis (Anlage) noch im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte enthalten waren, in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden. Diese Privilegierung auf nicht in der GOZ abgebildete Verlangensleistungen ist ebenso entfallen wie die Formulierung, Verlangensleistungen können „abweichend von dieser Verordnung“ in einem Heil- und Kostenplan vereinbart werden. Die GOZ ist somit auch anzuwenden, wenn eine Verlangensleistung getroffen wurde. Leistungen und Vergütungen können daher nicht (mehr) unabhängig von der GOZ in einem Heil- und Kostenplan bestimmt werden. Vielmehr sind die allgemeinen Bestimmungen der GOZ zu beachten. Insbesondere muss eine Rechnung nach § 10 erstellt werden. Die über eine abweichende Vereinbarung hinausgehende Verpflichtung zu einem Heil- und Kostenplan dient dem Schutz der Entschließungsfreiheit des Zahlungspflichtigen. So soll dieser vor einer unüberlegten, leichtfertigen Verpflichtung zur Zahlung einer überhöhten Vergütung geschützt werden, da Verlangensleistungen häufig von den Kostenträgern nicht erstattet werden.

§ 2 Abs. 3 Satz 2 regelt die Anforderungen an einen solchen Heil- und Kostenplan. Dieser muss eine **Aufstellung sämtlicher Leistungen** unter Benennung der Position sowie der vereinbarten Vergütung enthalten. Vereinbart werden muss, dass die Leistung **auf Verlangen** des Patienten erfolgt und eine **Erstattung** durch den jeweiligen Kostenträger (PKV/Beihilfe) möglicherweise nicht im vollen Umfang gewährleistet ist.

Unterlässt ein behandelnder Zahnarzt die Aufklärung, so macht dieser sich ggf. sogar Schadensersatzpflichtig. Der Schaden umfasst dabei auch die Kosten dieser zahnmedizinisch nicht indizierten Behandlung. Dabei entsteht eine Aufklärungspflicht schon dann, wenn nicht gesichert ist, ob die private Krankenversicherung des Patienten für die Behandlungskosten aufkommen wird (vgl. OLG Köln, Urteil vom 18. September 2013, Az.: I-5 U 40/13, 5 U

40/13; OLG München, Beschluss vom 20. März 2012, Az.: 1 U 4547/11 – beide zur gleichlautenden Regelung in § 1 Abs. 2 GOÄ).

Der Heil- und Kostenplan muss **schriftlich** vereinbart werden. Eine mündliche oder nachträgliche Vereinbarung genügt nicht. Anders als § 2 Abs. 4 verweist § 2 Abs. 3 nicht auf eine Vereinbarung nach § 2 Abs. 1. Einer „**persönlichen Absprache**“ bedarf es im Rahmen eines Heil- und Kostenplanes daher nicht, sodass auch eine Stellvertretung zulässig ist.

Der Verweis des Satz 3 auf die Geltung von § 6 Abs. 1 ist nach der neuen GOZ überflüssig und hätte im Rahmen der Novellierung gestrichen werden können. Er stellt klar, dass nicht in die GOZ aufgenommene Leistungen nicht zwingend eine Verlangensleistung darstellen, sondern nach § 6 Abs. 1 analog zu berechnen sind. Hintergrund dieser Regelung ist, – wie bereits dargelegt – dass nach der GOZ 1988 Verlangensleistungen nur hinsichtlich nicht im Gebührenverzeichnis erfasster Leistungen getroffen werden konnten. Nach der GOZ 2012 liegt eine Verlangensleistung hingegen immer dann vor, wenn die Leistung nicht zahnmedizinisch notwendig ist – und zwar unabhängig davon, ob sie in der Gebührenordnung geregelt ist oder nicht.

4 Erläuterungen zu § 2 Abs. 4

Wie auch § 2 Abs. 4 GOÄ begrenzt der neue § 2 Abs. 4 eine Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 hinsichtlich stationär erbrachter Leistungen auf vom Wahlarzt **höchstpersönlich erbrachte Leistungen**. „Eine unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung“ gem. § 4 Abs. 2 Satz 1 2. Alt. erbrachte Leistung kann damit nicht Gegenstand einer abweichenden Vereinbarung sein. Im Übrigen sind die **inhaltlichen und formalen Anforderungen** des § 2 Abs. 1 und 2 einzuhalten, denn § 2 Abs. 4 stellt eine zusätzliche Beschränkung der Vertragsfreiheit dar.

§ 3 Vergütungen

Als Vergütungen stehen dem Zahnarzt Gebühren, Entschädigungen und Ersatz von Auslagen zu.

1 Vorbemerkungen

§ 3 enthält eine abschließende Aufzählung der einzelnen **Vergütungsarten** der GOZ. Berechnungsfähig sind Gebühren, Entschädigungen sowie der Ersatz von Auslagen. Darüber hinaus sind lediglich Aufwendungen für andere als zahnärztliche Leistungen nach § 670 BGB denkbar, z. B. Ersatz des vom Zahnarzt ausgelegten Betrages für den Transport eines Patienten.

2 Gebühren

Gebühren sind Vergütungen für die in **Anlage 1** genannten zahnärztlichen Leistungen. Nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommene Leistungen können nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 ebenfalls Gebühren auslösen (siehe auch Anmerkungen zu § 4 Abs. 1).

3 Entschädigungen

Nach § 8 stellen **Wegegeld** und **Reiseentschädigung** eine Entschädigung im Sinne der GOZ dar. Es handelt sich somit um Leistungen, die durch Besuche der Patienten anfallen (siehe auch Anmerkungen zu § 8).

4 Ersatz von Auslagen

Auslagen werden in der GOZ nicht näher definiert. § 9 regelt den „Ersatz von Auslagen für **zahntechnische Leistungen**“. Darüber hinaus sind Auslagen für **sonstige Aufwendungen** nach § 4 Abs. 3 nur als Bestandteil einer Entschädigung berechnungsfähig oder, wenn dies bei den jeweiligen Gebührennummern ausdrücklich geregelt ist (siehe auch Anmerkungen zu §§ 9, 4).

§ 4 Gebühren

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

(2) Der Zahnarzt kann Gebühren nur für selbstständige zahnärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Zahnarzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte. Eine Leistung ist methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der anderen Leistung (Zielleistung) umfasst und auch in deren Bewertung berücksichtigt worden ist.

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

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

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

1 Erläuterungen zu § 4 Abs. 1

§ 4 Abs. 1 definiert die in § 3 aufgezählte Vergütungsform „**Gebühren**“. Dies sind Vergütungen für diejenigen zahnärztlichen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis (Anlage 1) genannt sind. Das Gebührenverzeichnis ist als Anlage 1 zur GOZ wie auch Anlage 2 (Liquidationsvermerk) rechtlicher Bestandteil dieser Verordnung. Nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommene Leistungen, die nach § 6 Abs. 1 analog berechnet werden dürfen, sind ebenfalls mit Gebühren zu vergüten.

2 Erläuterungen zu § 4 Abs. 2

2.1 Vorbemerkungen

Aus § 4 Abs. 2 ergeben sich zwei tragende Grundsätze der GOZ. § 4 Abs. 2 Satz 1 ist der Grundsatz der **persönlichen Leistungserbringung** zu entnehmen, danach darf der Zahnarzt Gebühren nur für „eigene Leistungen“ berechnen. Das **Zielleistungsprinzip** wird in § 4

Abs. 2 Satz 2 zum Ausdruck gebracht, nach dem der Vergütungsanspruch eines Zahnarztes eine „selbstständige Leistung“ voraussetzt.

2.2 Eigene Leistungen

Satz 1 enthält die Legaldefinition einer „eigenen Leistung“. Dies sind Leistungen, die der Zahnarzt selbst erbringt oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht werden.

Leistungen können an angestellte Zahnärzte sowie unter bestimmten Voraussetzungen (s. u.) an nicht approbiertes Fachpersonal delegiert werden. **Angestellte Zahnärzte** sind nicht liquidationsberechtigte Zahnärzte, beispielsweise Assistenz Zahnärzte, die ohne eigene Abrechnungsberechtigung in der Praxis angestellt sind.

Nicht approbiertes zahnmedizinisches Fachpersonal, wie qualifiziertes Prophylaxepersonal mit abgeschlossener Ausbildung (u. a. zahnmedizinische Fachhelfer/innen, weitergebildete Zahnarthelfer/innen, Prophylaxehelfer/innen oder Dental-Hygieniker/innen), kann insbesondere Leistungen nach § 1 Abs. 5 und 6 ZHG durchführen. Dies sind Leistungen wie Herstellung von Röntgenaufnahmen, Füllungspolituren, Demonstrationen und praktische Übungen zur Mundhygiene, Einfärben der Zähne, Erstellen von Plaque-Indizes oder Versiegelungen von kariesfreien Fissuren (vgl. § 1 Abs. 5 ZHG). Darüber hinaus können in der Kieferorthopädie vor allem Tätigkeiten wie Ausligieren/Einligieren von Bögen oder Auswahl und Anprobe von Bändern an Patienten an zahnmedizinische Fachhelfer/innen, weitergebildete Zahnarthelfer/innen oder Dental-Hygieniker/innen übertragen werden (vgl. § 1 Abs. 6 ZHG).

Diese nicht abschließende Aufzählung im ZHG begründet keine Berechtigung zur selbstständigen Erbringung einer Leistung, vielmehr ist eine **Beauftragung im Einzelfall** durch den Zahnarzt erforderlich. Nach der amtlichen Begründung zur GOZ 1988, mit der diese Regelung eingeführt wurde, muss der Zahnarzt bei Mithilfe anderer Personen Aufsicht und Weisungen so ausüben, dass ein jederzeitiger Eingriff möglich ist. Eine bloße Auswahl der Hilfsperson genügt nicht, er muss seiner Verantwortung im Einzelfall tatsächlich und fachlich gerecht werden. Zwar kann nicht verlangt werden, dass der Zahnarzt jederzeit zum Eingreifen bereitsteht, er muss jedoch jederzeit erreichbar sein, um ggf. bei Komplikationen unverzüglich einwirken zu können (vgl. § 19 Abs. 3 MBO-Z).

2.3 Selbstständige Leistung (Zielleistungsprinzip)

Aus dem in § 4 Abs. 2 Sätze 2 bis 4 geregelten Zielleistungsprinzip ergibt sich, dass grundsätzlich nur Leistungen berechnungsfähig sind, die selbstständigen Charakter haben. Der Verordnungsgeber verfolgt damit das Ziel, **Doppel- oder Mehrfachberechnungen** aus sich überschneidenden Leistungsinhalten auszuschließen. Stellt sich eine Leistung als unselbstständige Teilleistung einer umfassenderen (Ziel-)Leistung dar, kann sie neben dieser nicht gesondert berechnet werden. Eine zentrale Rolle spielt der Begriff der „selbstständigen Leistung“ bei der Anwendung der §§ 4 und 6.

2.3.1 Abgrenzung Ziel- und Teilleistung

Grundlage für die Abgrenzung einer berechnungsfähigen Zielleistung und einer nicht berechnungsfähigen Teilleistung ist die **GOZ**. Diese enthält teilweise – mehr oder weniger konkrete – Vorgaben zur Abgrenzung. Soweit es an einer Bestimmung zur Nebeneinanderberechnungsfähigkeit von Gebührenpositionen fehlt, ist die Frage durch Subsumtion des medizinischen Sachverhaltes unter die Regelung des § 4 Abs. 2 Satz 2 zu beantworten. In diesem Paragraphen ist das Zielleistungsprinzip primär verankert. Danach liegt eine nicht berechnungsfähige Teilleistung vor, wenn die Leistung Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen bereits berechneten Leistung ist.

2.3.1.1 Abgrenzungsregelungen in der Gebührenordnung

Für die Abgrenzung von berechnungsfähiger Zielleistung und nicht berechnungsfähiger Teilleistung enthält die GOZ insbesondere folgende Vorgaben: Einige Leistungen in der GOZ enthalten den Zusatz, dass sie „**als selbstständige Leistung**“ berechnungsfähig sind (z. B. GOZ-Nr. 2390 Trepanation eines Zahnes, GOZ-Nr. 3070 Exzision von Schleimhaut oder Granulationsgewebe). Aus diesem Zusatz darf jedoch nicht der Umkehrschluss gezogen werden, alle Leistungen, die diesen Zusatz nicht enthalten, haben keinen selbstständigen Charakter. Würde man dies annehmen, wäre die Regelung in § 4 Abs. 2 Satz 2 überflüssig. Vielmehr ist der Zusatz unnötig, er könnte jeder Leistungslegende angefügt werden.

Auch nach der amtlichen Begründung zu GOZ-Nr. 3070 soll der Zusatz „als selbstständige Leistung“ das in der GOZ festgelegte Zielleistungsprinzip betonen. Wichtig ist aber auch, dass aus der Tatsache, dass nur wenige Leistungen in der GOZ mit einem entsprechenden Zusatz versehen sind, nicht der Schluss gezogen werden kann, dass nicht entsprechend gekennzeichnete Leistungen auch dann gesondert berechnet werden dürfen, wenn sie sich als unselbstständiger Bestandteil einer anderen Leistung darstellen. Die grundsätzlichen Regeln des Zielleistungsprinzips sind immer zu beachten.

Mit dem Zusatz „**einschließlich**“ z. B. bei der GOZ-Nr. 0050 (Abformung oder Teilabformung eines Kiefers für ein Situationsmodell einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung) oder der GOZ-Nr. 4050 (Entfernung harter und weicher Zahnbeläge, ggf. einschließlich Polieren an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, auch Brückenglied) schließt die GOZ dahingegen die Berechnungsfähigkeit einer Teilleistung explizit aus.

Auch in den „**Allgemeinen Bestimmungen**“ trifft der Ordnungsgeber teilweise Regelungen hinsichtlich der Nebeneinanderberechnungsfähigkeit. Beispielsweise sind die primäre Wundversorgung und die Schaffung des operativen Zugangs bei chirurgischen Leistungen nach Abschnitt D nicht gesondert berechnungsfähig.

Die den einzelnen Gebührenpositionen zugeordneten „Abrechnungsbestimmungen“ können ebenfalls Konkretisierungen des Zielleistungsprinzips beinhalten. Beispielsweise regelt die GOZ-Nr. 2195, dass bei der Vorbereitung eines zerstörten Zahnes die Verankerungselemente gesondert berechnungsfähig sind.

2.3.1.2 Rechtsprechung des BGH

Mit der Auslegung des Begriffes der selbstständigen Leistung hat sich auch der BGH mehrfach befasst. Er vertritt die Auffassung, dass die Selbstständigkeit einer ärztlichen Leistung danach zu beurteilen ist, ob für sie eine **eigenständige medizinische Indikation** besteht (Urteil vom 16. März 2006, Az.: III ZR 217/05; Urteil vom 5. Juni 2008, Az.: III ZR 239/07; Urteil vom 21. Januar 2010, Az.: III ZR 147/09). Seiner zur GOÄ ergangenen Entscheidung vom 5. Juni 2008 (Az.: III ZR 239/07) zufolge fehlt es beispielsweise an dieser hinreichend eigenständigen Indikation, wenn im Zusammenhang mit der Erbringung der Zielleistung (im konkreten Fall die GOÄ-Nrn. 2997 und 3013) Maßnahmen veranlasst werden, um umliegende Nerven oder anliegendes Gewebe zu schonen. Dies gilt auch für regelmäßig anfallende unselbstständige Begleitleistungen, die Bestandteil der Hauptleistung sind. Sie können nicht gesondert berechnet werden.

Prägnantes Beispiel ist die Blutstillung im Zusammenhang mit chirurgischen Leistungen. In der GOZ existiert zwar eine Gebühr für die Blutungsstillung (GOZ-Nr. 3050), ihr Leistungstext enthält indessen den Hinweis „als selbstständige Leistung“. Damit hebt der Verordnungsgeber nochmals hervor, dass es einer eigenständigen zahnmedizinischen Indikation für die Blutungsstillung bedarf. Eine Blutungsstillung infolge einer Weisheitszahn-OP ist eine typische unselbstständige Teilleistung, die bei Erbringung der chirurgischen Hauptleistung regelmäßig auftritt und mit dieser Leistung abgegolten ist. Anders verhält es sich aber, wenn der Patient beispielsweise eine Nachblutung von einer zuvor durchgeführten Extraktion erlitten hat. Kriterien für die Annahme einer selbstständigen Leistung, d. h. einer eigenständigen zahnmedizinischen Indikation im Zusammenhang mit der Blutstillung, können sein: nicht ortsgleich (z. B. Blutung an anderer Stelle) oder nicht zeitgleich (z. B. starke, das typische Maß übersteigende Nachblutung nach Versorgung der Extraktionswunde).

Zu beachten ist in diesem Zusammenhang der **3. Beschluss des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen**:

„Die GOZ 3050 ist im Rahmen der dentoalveolären Chirurgie ggf. als selbstständige Leistung zusätzlich berechenbar, wenn die Blutung das typische Maß bei dem Eingriff deutlich übersteigt und eine Unterbrechung der eigentlichen operativen Maßnahme erfordert. In allen anderen Fällen sind Blutstillungsmaßnahmen (auch größeren Umfangs), die ortsgleich mit chirurgischen Leistungen erfolgen, Bestandteil der jeweiligen Hauptleistung und dürfen nicht gesondert nach GOZ-Nr. 3050 berechnet werden. Dies gilt auch für die chirurgischen Leistungen aus der GOÄ, die für den Zahnarzt gemäß § 6 Abs. 2 GOZ geöffnet sind.“

Unabhängig von der ausdrücklichen Regelung in den jeweiligen Abrechnungshinweisen ist das Zielleistungsprinzip als allgemeiner gebührenrechtlicher Grundsatz generell zu beachten.

2.3.1.3 Bestandteil der Zielleistung

Soweit die Gebührenordnung keine konkrete Bestimmung zur Nebeneinanderberechnungsfähigkeit enthält, ist § 4 Abs. 2 Satz 2 maßgeblich. Im Sinne dieser Vorschrift ist eine Teilleis-

tung Bestandteil, wenn sie unter normalen Bedingungen entweder unumgänglich ist oder zweckmäßigerweise zu der anderen Leistung gehört. Erfasst sind insbesondere Vorbereitungs-, Hilfs- und Begleitleistungen (vgl. Kommentierung des zahnärztlichen Gebührenrechts für die Privatliquidation, Meurer, 2. Aufl., 1991, § 4, S. 104; Schäfer, in: Lang, Schäfer, Stiel, Vogt, Der GOÄ-Kommentar, 2. Aufl., 2002, § 4 Rn. 44 – zur gleichlautenden Regelung in § 4 Abs. 2a Satz 1 GOÄ).

2.3.1.4 Besondere Ausführungen einer anderen Leistung

Nach § 4 Abs. 2 Satz 2 ist eine Gebührenberechnung daneben ausgeschlossen, wenn es sich um eine besondere Ausführung handelt. Eine solche ist bei einer bloßen **Modifikation** oder **methodischen Variation** in der Erbringungsweise der Leistung gegeben. Der Begriff „besondere Ausführung“ ist nach der amtlichen Begründung zur GOZ 1988 weit zu verstehen. Sie umfasst auch Abweichungen, es sei denn, diese sind derart gravierend, dass eine neue Leistung angenommen werden muss (vgl. Liebold/Raff/Wissing, GOZ-Kommentar, 99. Lfg., Stand Februar 2012, § 4 Rn. 5; Hoffmann/Kleinken, GOÄ, 3. Aufl., Stand November 2010, § 4 Rn. 6.6 – zur gleichlautenden Regelung in § 4 Abs. 2 GOÄ).

2.3.1.5 Methodisch notwendige operative Einzelschritte

Wichtig im Zusammenhang mit der Feststellung einer „selbstständigen Leistung“ ist auch der mit der GOZ 2012 eingeführte Satz 3, welcher § 4 Abs. 2a Satz 2 GOÄ entspricht. Danach sind im Rahmen von operativen Leistungen methodisch notwendige operative Einzelschritte nicht gesondert berechnungsfähig. Nach der amtlichen Begründung soll diese Regelung die Anwendung des Ziel- und Komplexleistungsprinzips in der zahnärztlichen Gebührenabrechnung klarstellen und verdeutlichen. Insbesondere im operativen Bereich sei es besonders wichtig, Doppelvergütungen aufgrund der Vielzahl von operativen Gebührenpositionen und deren Kombinierbarkeit zu vermeiden.

Aufbauend auf der Rechtsprechung des BGH hat der Verordnungsgeber nunmehr in Satz 4 der zeitlich neueren GOZ eingefügt, wann ein „methodisch notwendiger Bestandteil“ vorliegt. Danach ist eine Leistung als methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung anzusehen, wenn sie inhaltlich von deren **Leistungsbeschreibung umfasst** und auch bei deren **Bewertung berücksichtigt** worden ist. In diesem Fall darf für die Leistung keine Gebühr berechnet werden. „Inhaltlich umfasst“ bedeutet nicht, dass die Einzelleistungen in dem Leistungstext der Zielleistung detailliert und abschließend aufgeführt sein müssen. Es kann nicht jeder einzelne Handgriff bzw. jeder einzelne Arbeitsschritt in einer Gebührennummer aufgezählt und ausformuliert werden. Das würde den Rahmen der GOZ sprengen. Vielmehr ist der Wortlaut des § 4 Abs. 2 so auszulegen, dass die mit der Zielleistung regelmäßig **erforderlichen und einhergehenden Arbeitsschritte** Bestandteile der zahnärztlichen Maßnahmen sind. Teilarbeitsschritte oder einzelne Etappenziele im Sinne der GOZ sind nicht als selbstständige Leistungen zu zählen. Beispielsweise sind „Desinfektion des Wurzelkanals“ oder „Entfernen einer alten Wurzelfüllung“ notwendige Bestandteile der Wurzelkanalaufbereitung; das „Legen einer Unterfüllung“ ist ein Teilarbeitsschritt der Füllungsleistung; das Sichtbarmachen der Karies („Kariesdetektor“) ist Bestandteil der Füllung bzw. der Eingehenden Untersuchung.

Leistungen, die in der GOZ beschrieben sind, jedoch dem Zahnarzt – als originäre Honorierung – nicht ausreichend genug bewertet erscheinen, rechtfertigen keine Analogberechnung. **Besonders aufwendig gestaltete Leistungen** können nach den Regeln der GOZ (§ 5 Abs. 2) über den Steigerungsfaktor reguliert werden (z. B. Aufbaufüllungen). Dies trifft auch auf in der GOZ beschriebene Leistungen zu, selbst wenn sie in ihrer Abrechnung beschränkt werden. Zum Beispiel ist die Berechnung von Teilleistungen in Form der GOZ-Nrn. 2200–2220, 5000–5040, 5200 und 5230 beschrieben und bewertet. Der Gesetzgeber hat die Berechnung der Teilleistungen auf Kronen und Prothesen beschränkt, weil er bei Inlays keine Regelungslücke sah. Daher sind „Teilleistungen für Inlays“ nicht analogiefähig. Gleiches betrifft auch die Anwendung eines Lasers (Zuschlag nach GOZ-Nr. 0120). Der Verordnungsgeber hat ganz bewusst die Gebührenpositionen in dem Leistungstext aufgeführt, neben denen er den Zuschlag als berechnungsfähig erachtet. Dass der Gesetzgeber nur bestimmte Leistungen als zuschlagsberechtigt ausweist, gibt dem Zahnarzt nicht das Recht, über die Analogabrechnung weitere Leistungen zuschlagsberechtigt zu machen.

Ist die Bewertung dieser Leistung im Verhältnis zu der anderen umfassenderen Leistung jedoch so hoch, dass für die anderen methodisch notwendigen Teilschritte nicht genügend Platz bleibt, kann sie offensichtlich nicht mit der Zielleistung abgegolten sein. Hier gilt es, genau zu prüfen, ob die Leistung evtl. mit einer weiteren anderen umfassenderen Leistung abgegolten ist oder ob sie gar als selbstständige Leistung neben den anderen (Ziel)Leistungen berechnet werden darf.

2.3.2 Definition des Zielleistungsprinzips

Aus den obigen Ausführungen ergibt sich zusammenfassend, dass nach der GOZ nur „selbstständige Leistungen“ berechnungsfähig sind, für die eine **eigene zahnmedizinische Indikation** besteht. Leistungen, die bloße Teilschritte auf dem Weg zur Erreichung eines in der GOZ beschriebenen Leistungsziels sind, sind demnach nicht berechnungsfähig. Ist eine Leistung ein Bestandteil, eine besondere Ausführungsform, eine methodische Variation in der Erbringungsweise der im Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistung, auch durch technische Weiterentwicklung, fehlt es an einer solchen Selbstständigkeit.

3 Erläuterungen zu § 4 Abs. 3

3.1 Praxiskosten

§ 4 Abs. 3 Satz 1 normiert den **Grundsatz der Kostenabgeltung**. Dieser regelt, dass die allgemeinen Praxiskosten in den Leistungen der GOZ bereits enthalten sind und nicht gesondert berechnet werden können. Sofern keine andere Bestimmung in der GOZ vorhanden ist, sind nach Satz 1 neben den **Praxiskosten** die Kosten für das **Füllungsmaterial**, für den **Sprechstundenbedarf** sowie für die Anwendung von **Instrumenten und Apparaten** abgegolten. Diese Regelung beruht auf der Annahme, dass bei den jeweiligen Leistungen neben dem Anteil für die Leistung des Zahnarztes Kosten verschiedener Art berücksichtigt wurden.

Welche Kosten dem Zahnarzt im Einzelfall entstanden sind, ist unbeachtlich. Daher sind sowohl eine bescheidene als auch eine aufwendige Praxisausstattung von den Gebühren er-

fasst. Deshalb darf die Praxisausstattung auch nicht als Bemessungskriterium im Rahmen des § 5 Abs. 2 berücksichtigt werden. Nicht Teil der Praxiskosten sind die in § 9 eigenständig geregelten Auslagen für zahntechnische Leistungen.

Eine Definition der **Praxiskosten** enthält die GOZ nicht, diese werden nur anhand von Beispielen näher konkretisiert. Erfasst sind insbesondere laufende Kosten, die im Betrieb der Praxis entstehen, etwa Kosten für die Praxisräume, Personalkosten, Versicherungskosten oder Portokosten.

Füllungsmaterial stellt insbesondere plastisches Material dar, das am Patienten verwendet wird, z. B. Amalgam oder Kunststoff. Nicht erfasst sind beispielsweise im Labor hergestellte Kunststoff-Inlays; diese können über § 9 als Auslagen berechnet werden.

Unter **Sprechstundenbedarf** sind alle Arten von Hilfsmitteln, Materialien, Medikamenten, Gegenstände oder Stoffe erfasst, die im allgemeinen Praxisbetrieb von Zahnärzten, Hilfspersonen oder sonst zum Praxisbetrieb anfallen, wie etwa Desinfektionsmittel, Mundschutz, Handschutz, Naht- und Verbandsmaterial (vgl. Kommentierung des zahnärztlichen Gebührenrechts für die Privatliquidation, Meurer, 2. Aufl., 1991, § 4, S. 107). Die Kosten für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten, wie etwa Spiegel oder Zangen, können weder für die Anschaffung noch für die Abnutzung berechnet werden.

Mit der GOZ 2012 wurde § 4 Abs. 3 hinsichtlich der Kosten für die „**Lagerhaltung**“ ergänzt. Dies beruht auf einem Urteil des BGH (Urteil vom 27. Mai 2004, Az.: III ZR 264/03), nach dem auch die Kosten für Lagerhaltung grundsätzlich als Praxiskosten mit den Gebühren abgegolten sind. Ein Zahnarzt kann daher nur dann Materialkosten gesondert berechnen, wenn sich die Abrechenbarkeit entweder direkt aus der GOZ bzw. der Anlage 1 ergibt, oder in den Fällen der Berechnung von GOÄ-Leistungen gemäß § 6 Abs. 2. Nach dem Urteil ist jedoch ausnahmsweise eine gesonderte Berechnung möglich, wenn die Kosten für einmal verwendungsfähige Materialien aufgrund ihrer Höhe den weit überwiegenden Teil der abrechenbaren Gebühren **aufzehren**. Entschieden hat der BGH dies für den Fall nur einmal verwendbarer Implantatbohrersätze, deren Kosten bei der Abrechnung des 2,3fachen Gebührensatzes zwischen 75 und 89 Prozent der abrechnungsfähigen Gebühren lagen. Eine solche Gebührengestaltung entferne sich nach Ansicht des BGH so weitgehend von einer sachgerechten Regelung, dass eine erweiternde Auslegung des Gebührentatbestandes zu erfolgen habe, wonach diese Kosten gesondert abgerechnet werden dürfen. Mit Ergänzung der Lagerhaltungskosten wird somit die geltende Rechtsprechung umgesetzt und klargestellt, dass auch die Kosten für Lagerhaltung grundsätzlich als Praxiskosten mit den Gebühren abgegolten sind.

Regelungen, wann diese Kosten **ausnahmsweise gesondert berechnungsfähig** sind, finden sich im Gebührenverzeichnis entweder in den allgemeinen Bestimmungen vor den Leistungsabschnitten (z. B.: Abschnitt A, Allgemeine zahnärztliche Leistungen – Abformungsmaterialien) oder in einer Abrechnungsbestimmung bei der jeweiligen Gebühr (z. B. GOZ-Nr. 1000 intraorale Leitungsanästhesie Anästhetika).

Bezüglich **Auslagen** und **Praxiskosten** kann nicht auf die GOÄ zurückgegriffen werden. Bei den Regelungen in §§ 4 und 9 handelt es sich um abschließende Regelungen (siehe auch Anmerkungen zu § 6 Abs. 2). Auch wenn GOÄ und GOZ weitgehend übereinstimmen, enthält die GOÄ keine vergleichbare Regelung hinsichtlich der Erstattung von Materialkosten. Nach § 10 GOÄ sind diese vielmehr gesondert berechnungsfähig. Würde man einen Rückgriff zulassen, wäre § 4 Abs. 3 praktisch wirkungslos (vgl. BGH, Urteil vom 27. Mai 2004, Az.: III ZR 264/03).

3.2 Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter

Nach Satz 2 sind neben den Praxiskosten auch Kosten, die dem Zahnarzt nicht selbst entstehen, sondern bei einem Dritten anfallen, mit den Gebühren **abgegolten**. Dies ist insbesondere bei einer ambulanten zahnärztlichen Behandlung im Krankenhaus der Fall, da hier die Kosten dem Krankenhaus und nicht dem Zahnarzt entstehen. Das Krankenhaus darf die Kosten dennoch nicht gegenüber dem Zahlungspflichtigen geltend machen, sondern nur gegenüber dem Zahnarzt.

4 Erläuterungen zu § 4 Abs. 4

4.1 Ausschluss der gesonderten Berechnung

In § 4 Abs. 4 Satz 1 wird ausdrücklich geregelt, dass mit den Gebühren abgegoltene Kosten nicht gesondert berechnet werden können. Bedurft hätte es dieser Klarstellung nicht, da sich dies bereits aus § 4 Abs. 3 ergibt.

4.2 Abtretungsverbot

Um eine Umgehung des in Satz 1 geregelten Grundsatzes zu verhindern, darf der Zahnarzt mit den Gebühren abgegoltene Kosten auch nicht gesondert abtreten. Diese wäre zwar grundsätzlich gegenüber dem abtretenden Zahnarzt wirksam, gegenüber dem Zahlungspflichtigen ist sie jedoch unwirksam. Das Abtretungsverbot bezieht sich ausdrücklich nur auf **Kosten nach Abs. 3**. Das bedeutet, dass der Zahnarzt seinen gesamten Vergütungsanspruch durchaus, z. B. an eine Verrechnungsstelle, abtreten kann. Eine Abtretung an eine Verrechnungsstelle ist jedoch nur wirksam, wenn der Zahlungspflichtige den Zahnarzt schriftlich von der **Schweigepflicht entbunden** hat. Hat er dies nicht, ist die Abtretung nach § 134 BGB i. V. m. § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB wegen Verletzung der (zahn-)ärztlichen Schweigepflicht nichtig (vgl. BGH, Urteil vom 10. Oktober 2013, Az.: III ZR 325/12).

5 Erläuterungen zu § 4 Abs. 5

§ 4 Abs. 5 begründet eine **Hinweispflicht** des Zahnarztes gegenüber dem Zahlungspflichtigen, sofern **Leistungen durch Dritte** erbracht werden, die einen eigenen Zahlungsanspruch gegenüber dem Zahlungspflichtigen hervorrufen. Erforderlich ist, dass ein **eigener Behandlungsvertrag** zwischen dem Dritten und dem Zahlungspflichtigen zustande kommt. Dies kann etwa der Fall sein, wenn der Zahnarzt den Zahlungspflichtigen an einen anderen

(Zahn-)Arzt zur Mitbehandlung verweist oder er eine Leistung durch einen Dritten, zum Beispiel einen Physiotherapeuten, verordnet.

Insbesondere bei **Laborleistungen** ist dies in der Regel hingegen nicht der Fall, da das zahntechnische Labor üblicherweise vom Zahnarzt beauftragt wird, sodass kein (Werk-)Vertrag zwischen dem Zahlungspflichtigen und dem Labor geschlossen wird. Die entstandenen Laborkosten sind nach § 9 Abs. 1 als Auslagen berechnungsfähig.

Dritte können nur Personen sein, die eine Leistung **selbst berechnen** können. Nicht erfasst sind daher zahnärztliches Hilfspersonal oder nicht liquidationsberechtigte Zahnärzte. Zweck dieser Vorschrift ist es, den Zahlungspflichtigen zu schützen, insbesondere, wenn dieser nicht unmittelbar mit dem Dritten in Kontakt tritt. Eine über den Hinweis auf eine mögliche Rechnungsstellung durch einen Dritten hinausgehende Hinweis- oder Beratungspflicht trifft den Zahnarzt jedoch nicht. Er muss beispielsweise nicht über die zu erwartende Höhe der Rechnung aufklären.

§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

(1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt 5,62421 Cent. Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden; die Rundung ist erst nach der Multiplikation mit dem Steigerungsfaktor nach Satz 1 vorzunehmen.

(2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. Der 2,3fache Gebührensatz bildet die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab; ein Überschreiten dieses Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen; Leistungen mit unterdurchschnittlichem Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand sind mit einem niedrigeren Gebührensatz zu berechnen.

1 Erläuterungen zu § 5 Abs. 1

1.1 Vorbemerkungen

Der im Rahmen der GOZ-Novellierung neugefasste § 5 Abs. 1 entspricht mit Ausnahme des Punktwertes § 5 Abs. 1 GOÄ.

1.2 Gebührenrahmen

Aus § 5 Abs. 1 Satz 1 folgt ein für Zahnärzte verbindlicher Gebührenrahmen zwischen dem **Einfachen und dem Dreieinhalbfachen** des Gebührensatzes. Eine Vergütung oberhalb des Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes kann nur im Rahmen einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 geregelt werden.

1.3 Gebührensatz

Ein Gebührensatz ist nach der Definition in Satz 2 der **Betrag**, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem in § 5 Abs. 1 Satz 3 festgelegten Punktwert multipliziert wird. Der Gebührensatz wird auch als „**Einfachsatz**“ bezeichnet. Dieser ist für einfache Leistungen kalkuliert, die einen geringeren Schwierigkeitsgrad sowie Zeitaufwand erfordern, etwa eine Extraktion eines lockeren Milchzahnes.

1.4 Punktwert/Punktzahl

Der **Punktwert** ist im allgemeinen Teil der Gebührenordnung (§ 5 Abs. 1 Satz 2) geregelt und beträgt, wie bereits in der GOZ 1988, 11 Deutsche Pfennige bzw. 5,62421 Cent. Im

Rahmen der Novellierung der GOZ wurde der Punktwert nicht erhöht. Eine Verfassungsbeschwerde gegen die Nichtanhebung des Punktwertes wurde vom BVerfG nicht zur Entscheidung angenommen (vgl. BVerfG, Beschluss vom 17. April 2013, Az.: 1 BvR 2401/12).

Jeder Leistungsposition ist eine **Punktzahl** ist zugeordnet. Sie ist neben der GOZ-Nr. und dem Leistungstext in Anlage 1 aufgezählt.

1.5 „Kaufmännisches Runden“

Durch die GOZ 2012 wurde die bislang geltende Abrundung in Satz 4 abgeschafft und entsprechend zu § 5 Abs. 1 Satz 4 GOÄ eine im Geschäftsverkehr allgemein übliche **kaufmännische Rundungsregelung** eingeführt. Nach der GOZ 1988 waren Bruchteile von Pfennigen auf volle Pfennige „abzurunden“; nunmehr sind Bruchteile ab 0,5 aufzurunden, kleinere Bruchteile sind abzurunden. Diese Rundung hat nach Bildung des jeweiligen Betrages durch Multiplikation der Punktzahl mit dem Punktwert sowie dem jeweiligen Steigerungsfaktor zu erfolgen.

2 Erläuterungen zu § 5 Abs. 2

2.1 Vorbemerkungen

§ 5 Abs. 2 enthält verbindliche Vorgaben für die **Anwendung des Gebührenrahmens**. Abschließend wird geregelt, welche Bemessungskriterien bei der Bestimmung einer Gebühr innerhalb des in § 5 Abs. 1 festgelegten Gebührenrahmens berücksichtigt werden können: Schwierigkeit und Zeitaufwand der einzelnen Leistung sowie Umstände bei der Ausführung.

Der Zusatz „der einzelnen Leistung“ stellt klar, dass die Bemessungskriterien **einzelfall- und leistungsbezogen** zu berücksichtigen sind. Daher darf die Schwierigkeit bezüglich einer einzelnen Leistung beispielweise nicht auf eine gesamte Honorarforderung standardisiert ausgedehnt werden. Mangels Leistungsbezogenheit rechtfertigen eine besondere Qualifikation des Zahnarztes (vgl. OVG NRW, Urteil vom 20. April 2016, Az.: 6t A 2817/13.T – zur gleichlautenden Regelung in § 5 Abs. 2 GOÄ) sowie eine besonders aufwendige Praxisausstattung keinen höheren Gebührensatz.

Die früher vorgesehenen Bemessungskriterien „örtliche Verhältnisse“ und „Vermögens- und Einkommensverhältnisse“ wurden inzwischen aus der GOZ gestrichen. Die Vergütung bemisst sich also unabhängig davon, wo sich die Praxis des Zahnarztes befindet. Da es nicht die Aufgabe des Zahnarztes ist, bei gleichen Leistungen einen sozialen Ausgleich vorzunehmen, sind die Vermögens- und Einkommensverhältnisse nicht mehr als Bemessungskriterium aufgezählt. Diesen kann lediglich im Rahmen einer abweichenden Vereinbarung Rechnung getragen werden.

2.2 Schwierigkeit der einzelnen Leistung

Die Schwierigkeit einer Leistung bestimmt sich nach fachlichen Gesichtspunkten und ist grundsätzlich bereits in die **Bewertung der einzelnen Leistungen** eingeflossen. Beispiels-

weise kann eine tiefe Zerstörung eines Zahns keine Steigerung begründen, da dies bereits in der Punktzahlbewertung der GOZ-Nr. 3012 berücksichtigt wurde.

Um eine Steigerung zu rechtfertigen, muss der tatsächliche Schwierigkeitsgrad der Leistungserbringung über denjenigen hinausgehen, der bereits der Leistungsbewertung zugrunde lag. Daher ist es unerheblich, ob die Leistung im Allgemeinen im Vergleich zu anderen Leistungen besonders schwierig ist. Auch durchschnittlich schwierigere und zeitaufwändigere Behandlungen sind nur bis zum Regelhöchstsatz berechnungsfähig (BGH, Urteil vom 8. November 2007, Az.: III ZR 54/07 zur Überschreitung des Steigerungssatzes in der GOÄ). Nur wenn die Leistung im individuellen Fall schwieriger ist als dies regelmäßig der Fall ist, kommt eine Liquidation oberhalb des Schwellenwertes in Betracht.

Die Feststellung von Besonderheiten, die das Überschreiten des Schwellenwertes rechtfertigen, ist gerichtlich voll nachprüfbar und muss gerade bei der Behandlung des **betreffenden Patienten** auftreten, abweichend von der großen Mehrzahl der Behandlungsfälle (vgl. BVerwG, Urteil vom 30. Mai 1996, Az.: 2 C 10.95; BVerwG, Urteil vom 17. Februar 1994, Az.: 2 C 10.92; OVG NRW, Beschluss vom 20. Oktober 2004, Az.: 6 A 215/02). Diese Voraussetzung ergibt sich bereits aus der Gegenüberstellung der „in der Regel“ einzuhaltenen Spanne zwischen dem einfachen Gebührensatz und dem Schwellenwert einerseits mit dem zulässigen Überschreiten dieses Schwellenwertes wegen Besonderheiten der Bemessungskriterien andererseits sowie dem Erfordernis einer schriftlichen Begründung hierfür (vgl. BVerwG, Urteil vom 17. Februar 1994, Az.: 2 C 10.92; VG Hannover, Urteil vom 10. Juni 2014, Az.: A 8167/13). Eine Liquidation oberhalb der Regelspanne innerhalb des Rahmens bis zum 3,5fachen Satz soll sich nach dem Willen des Verordnungsgebers auf Ausnahmefälle beschränken (vgl. BR-DS 276/87 S. 70; BVerwG, Urteil vom 17. Februar 1994, Az.: 2 C 10.92). Ein solcher Ausnahmefall liegt nur dann vor, wenn abweichend von der großen Mehrzahl der Fälle, „außergewöhnliche“ Besonderheiten gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten aufgetreten sind (vgl. BGH, Urteil vom 8. November 2007, Az.: III ZR 54/07; OVG NRW, Urteil vom 3. Dezember 1999, Az.: 12 A 2889/99). Die Annahme der "Besonderheit" muss stets an die plausible Einschätzung geknüpft sein, das Maß und das Gewicht der konkreten Anforderungen an die einzelne Leistung hebt sie von der großen Mehrzahl gleichartiger – unter derselben Gebührenposition erfasster – Leistungen ab (vgl. Haberstroh, VersR 2000, 538, 541).

Besondere Umstände, die eine Leistung infolge von Komplikationen besonders schwierig und/oder zeitaufwendig machen, können beispielsweise bei andauernden Kieferklemmen auftreten, wenn die Behandlung wegen stark eingeschränkter Mundöffnung erheblich erschwert wird oder bei fehlerhaften Vorbehandlungen, die zu schwer reparablen Schäden geführt haben.

Ebenso zu berücksichtigen sind die Schwierigkeit der Leistung mindernde Umstände.

Wie bei allen in § 5 Abs. 2 geregelten Bemessungskriterien muss die Schwierigkeit einzel-fallbezogen bestimmt werden, wobei ein **objektiver Maßstab** anzulegen ist. Subjektive Kriterien, wie eine Leistung durch einen Berufsanfänger, für den diese Leistung schwieriger ist als für einen routinierten Kollegen, rechtfertigen keine Steigerung. Würde man spezielle Kennt-

nisse und Fähigkeiten berücksichtigen, würde der zunehmende Erfahrungsgrad eines Zahnarztes den Schwierigkeitsgrad einer Leistung vermindern, sodass besonders qualifizierten Zahnärzten ein geringeres Honorar zu gewähren wäre als den weniger erfahrenen Zahnärzten (vgl. Hoffmann/Kleinken, GOÄ, 3. Aufl., Stand Oktober 2008, § 5 Rn. 10.1 – zur gleichlautenden Regelung in § 5 Abs. 2 GOÄ). Eine mangelhafte technische Ausstattung der Praxis führt ebenfalls nicht zur Schwierigkeit einer Leistung (vgl. VG Hannover, Urteil vom 10. Juni 2014, Az.: 13 A 8167/13).

Die in Satz 2 geregelte „**Schwierigkeit des Krankheitsfalles**“ stellt einen Unterfall der Schwierigkeit der einzelnen Leistung dar, sodass es der expliziten Aufzählung nicht zwingend bedurft hätte. Die „Schwierigkeit des Krankheitsfalles“ kann nicht mit der „Schwere der Erkrankung“ gleichgesetzt werden, denn die Schwierigkeit ist **nicht diagnosebezogen**. Es bedarf folglich keiner schweren Erkrankung, vielmehr müssen Besonderheiten bzw. der Verlauf der einzelnen Erkrankung die „Schwierigkeit“ begründen. Umstände, die nicht aus der die zahnärztliche Behandlung erforderlich machenden Erkrankung resultieren, wie besondere Schwierigkeiten bei einer Behandlung eines Behinderten, können im Einzelfall eine Schwierigkeit des Krankheitsfalles rechtfertigen. Dies ist jedoch nur der Fall, wenn sich diese Umstände unmittelbar auf die Leistung des Zahnarztes auswirken.

2.3 Zeitaufwand der einzelnen Leistung

Der Ordnungsgeber hat den üblichen Zeitaufwand bereits bei der Bemessung der Gebühr berücksichtigt. Gebührenerhöhend kann sich dieser nur auswirken, wenn der Zeitaufwand im Einzelfall über das in die **Leistungsbewertung einbezogene Maß hinausgeht**.

Der Zeitaufwand kann zur Begründung nicht angeführt werden, wenn in der entsprechenden Gebührenposition oder einer dieser zugeordneten Abrechnungsbestimmung bereits **Mindestzeiten** genannt sind, etwa bei den prophylaktischen Leistungen der GOZ-Nr. 1000 (25 Minuten) und der GOZ-Nr. 1100 (15 Minuten). Die vorgeschriebene Mindestdauer ist insoweit Voraussetzung für die Erfüllung des Leistungsinhaltes. Auch eine geringfügige Zeitüberschreitung stellt keinen besonderen Zeitaufwand dar. Erst bei einer **erheblichen Überschreitung der Mindestdauer** kann die Berücksichtigung eines besonderen Zeitaufwands in Betracht kommen.

Mangels allgemein anerkannter bzw. vorgegebener Zeitmesswerte können nur Erfahrungswerte zum Vergleich herangezogen werden. Der normale Zeitaufwand ist die Zeit, die ein **Zahnarzt mit ausreichender Erfahrung** für eine qualitätsgerechte Leistung in der Regel benötigt. Ein ungeübter Zahnarzt ist somit nicht berechtigt generell einen erhöhten Steigerungssatz anzuwenden, genauso wenig ist ein besonders geübter Zahnarzt verpflichtet durchgängig einen verringerten Gebührensatz zu berechnen (vgl. Kommentierung des zahnärztlichen Gebührenrechts für die Privatliquidation, Meurer, 2. Aufl., 1991, § 5, S. 113 f.). Regelmäßig besteht zwischen „Schwierigkeit“ und „Zeitaufwand“ eine Wechselwirkung, denn ein erhöhter Schwierigkeitsgrad führt häufig zu einem erhöhten Zeitaufwand. Es ist daher unzulässig, eine Zweifache Erhöhung des Einzelsatzes vorzunehmen, weil beide Kriterien erfüllt sind (vgl. *Miebach*, in: Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, 3. Auflage, 2006, § 5 Rn. 17 – zur gleichlautenden Regelung in § 5 Abs. 2 GOÄ).

2.4 Umstände bei der Ausführung

Eine Erhöhung des Gebührensatzes können auch die Umstände bei der Ausführung begründen. Dieses vom Verordnungsgeber geschaffene Kriterium stellt einen **Auffangtatbestand** für einen besonderen Aufwand dar, der nicht in der erhöhten Schwierigkeit bzw. dem Zeitaufwand fußt. Erfasst sind besondere, bei der Leistungserbringung im Einzelfall auftretende Umstände wie besondere Verständigungsprobleme oder Verhaltensstörungen. Abzustellen ist auf das Verhalten bei der konkreten Behandlung. Das bloße Vorliegen einer Behinderung, ohne Auswirkung auf die konkrete Leistungserbringung des Zahnarztes, rechtfertigt dieses Bemessungskriterium nicht. Ebenso wenig kann jede Notfallbehandlung erschwere Umstände darstellen, vor allem nicht im regulären Not-/Bereitschafts- und Nachtdienst (vgl. Kommentierung des zahnärztlichen Gebührenrechts für die Privatliquidation, Meurer, 2. Aufl., 1991, § 5, S. 114). Leistungen bei Nacht bzw. an Sonn- und Feiertagen begründen keine besonderen Umstände bei der Ausführung (vgl. Brück, Kommentar zur GOÄ, 3. Aufl., Stand 1. Oktober 2008, § 5 Rn. 8.1 – zur gleichlautenden Regelung in § 5 Abs. 2 GOÄ; a. A. Liebold/Raff/Wissing, GOZ-Kommentar, 99. Lfg., Stand Februar 2012, § 5 Rn. 18).

2.5 Gebührenbestimmung nach billigem Ermessen

Der Verordnungsgeber räumt dem Zahnarzt innerhalb des Gebührenrahmens einen gewissen **Spielraum** ein, indem er festlegt, dass dieser die Gebühr unter Berücksichtigung der genannten Kriterien „nach billigem Ermessen“ zu bestimmen hat. Hierbei handelt es sich um eine Sonderregelung zu § 315 BGB. Danach ist für den Fall, dass ein Vertragspartner in einem Vertragsverhältnis die Leistung einseitig bestimmen soll, im Zweifel anzunehmen, dass die Bestimmung „nach billigem Ermessen“ vorzunehmen ist. Dies bezweckt, dass der Zahnarzt die Vergütung nicht völlig willkürlich festsetzen kann, sondern die **Grundsätze der Billigkeit** zu beachten hat. Der Zahnarzt muss also eine angemessene Gebühr unter Berücksichtigung der Interessen beider Parteien und der in vergleichbaren Fällen üblichen Gebühren bestimmen. Welche Kriterien der Zahnarzt in seiner Ermessensprüfung berücksichtigen kann, ist in § 5 Abs. 2 abschließend geregelt.

Die Ermessensentscheidung des Zahnarztes ist **gerichtlich überprüfbar**, wobei insbesondere die bindenden Bemessungskriterien des Satz 1 ausschlaggebend sind (vgl. BVerwG, Urteil vom 17. Februar 1994, Az.: 2 C 10.92).

2.6 Bereits berücksichtigte Bemessungskriterien

Aus § 5 Abs. 2 Satz 3 folgt, dass Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, nicht nochmals für die Erläuterung einer Überschreitung des 2,3fachen Gebührensatzes herangezogen werden können. Dies betrifft Leistungen, bei denen unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden bereits dadurch Rechnung getragen wurde, dass verschiedene Gebührenpositionen nach dem Grad der Schwierigkeit der Leistungserbringung mit entsprechend abgestuften Punktwerten nacheinander aufgeführt werden (z. B.: GOZ-Nrn. 6030 ff.).

In der Regel kann auch der Zeitaufwand in diesen Fällen bei der Gebührenbemessung keine Berücksichtigung finden. Selbiges gilt für Leistungen, bei denen Mindestzeiten vorgeschrieben sind (z. B. Erstellung Mundhygienestatus nach GOZ-Nr. 1000 bzw. Mundhygienekontrolle nach GOZ-Nr. 1010). Der Zeitaufwand kann nur ausnahmsweise berücksichtigt werden, wenn dieser erheblich über die Mindestzeiten der GOZ-Nr. hinausgeht.

2.7 2,3facher Gebührensatz

Der neue Satz 4 Halbsatz 1 in § 5 Abs. 2 GOZ stellt eine Reaktion auf die Rechtsprechung (insbesondere des BGH, Urteil vom 8. November 2007, Az.: III ZR 54/07) zur Anwendung des Gebührenrahmens dar. Mit der Neufassung des Satz 4 legt der Verordnungsgeber fest, dass der 2,3fache Satz eine **nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung** abbildet. Damit wurde die zu der vergleichbaren Regelung in § 5 Abs. 2 GOÄ ergangene Rechtsprechung des BGH (a. a. O.) kodifiziert. Nach dieser stellt es eine „**nach vielen Jahren gängige Abrechnungspraxis**“ dar, dass Leistungen mit einem durchschnittlichen Schwierigkeitsgrad mit dem jeweiligen Regelhöchstsatz, dem 2,3fachen des Einzelsatzes, abgerechnet werden.

Dieser 2,3fache Gebührensatz kann überschritten werden, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen. Die Überschreitung ist nach § 10 Abs. 3 Satz 1 schriftlich in der Rechnung zu **begründen**.

Mit Satz 2 Halbsatz 2 wird in Anlehnung an das Urteil des BGH (a. a. O.) klargestellt, dass der 2,3fache Gebührensatz **nicht schematisch** berechnungsfähig ist. Ein unterdurchschnittlicher Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand begründet den 2,3fachen Gebührensatz nicht.

2.8 Leistungen nach der GOÄ

Soweit Leistungen nach der GOÄ gem. § 6 berechnet werden, ist ggf. der eingeschränkte Gebührenrahmen des § 5 Abs. 3 bis 5 GOÄ zugrunde zu legen (siehe auch Anmerkungen zu § 6 Abs. 2).

2.9 Basistarif

§ 75 Abs. 3a Satz 2 SGB V begrenzt das mögliche Honorar für Leistungen des Basistarifs nach der GOZ auf den **2,0fachen Gebührensatz**, für Leistungen nach der GOÄ auf den 1,8fachen Gebührensatz, weiter einschränkend für medizinisch-technische Leistungen (z. B. Röntgen) der GOÄ auf den 1,38fachen bzw. für Laborleistungen der GOÄ auf den 1,16fachen Gebührensatz. Jedoch haben die KBV, die Träger der Beihilfe und der PKV-Verband von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, eine **Vereinbarung nach § 75 Abs. 3b SGB V** zu schließen. Diese Vereinbarung bezieht sich ausschließlich auf die Gebührensätze für Leistungen des Basistarifs nach der GOÄ.

Nach dieser zum 1. April 2010 in Kraft getretenen Vereinbarung sind Laborleistungen auf den **0,9fachen** Gebührensatz (statt 1,16) und medizinisch-technische Leistungen der GOÄ auf den **1,0fachen** Gebührensatz (statt 1,38) beschränkt. Alle übrigen Leistungen der GOÄ sind mit dem **1,2fachen** Gebührensatz berechnungsfähig. Für Leistungen nach der GOZ

wurde **keine Regelung** getroffen, sodass für diese weiterhin der **2,0fache** Gebührensatz nach § 75 Abs. 3a Satz 2 SGB V anzuwenden ist.

Zu beachten ist, dass diese Höchstsätze auch zugrunde zu legen sind, wenn Zahnärzte nach Maßgabe des **§ 6 Abs. 1 partiell auf die GOÄ** zugreifen. Die vereinbarten Sätze sind an die Stelle der im Gesetz festgelegten Gebührenspanne getreten, sodass diese nicht mehr als Grundlage für die Rechnungsstellung bei der Behandlung von Basistarif-Versicherten herangezogen werden können. Für die Anwendung eines Gebührensatzes, der über den in der Vereinbarung nach § 75 Abs. 3b SGB V als Obergrenze festgelegten Steigerungsfaktoren liegt, fehlt es folglich an einer Rechtsgrundlage. Daneben wäre es auch nicht nachvollziehbar, dass ein Zahnarzt für dieselbe Leistung ein höheres Honorar erhält als ein Arzt.

2.10 Standardtarif

Mit der GOZ 2012 ist die bislang in § 5a enthaltene Regelung zur Bemessung der Gebühren bei Versicherten im Standardtarif entfallen. Diese besagte, dass Leistungen bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes berechnet werden können. Hintergrund ist die Einführung des § 75 Abs. 3a Satz 2 SGB V, der eine Berechnung für Leistungen nach der GOZ bis zum **2,0fachen** des Gebührensatzes ermöglicht. Im Übrigen sind Leistungen nach der GOÄ auf den 1,8fachen Steigerungssatz, medizinisch-technische Leistungen der GOÄ auf den 1,38fachen bzw. Laborleistungen der GOÄ auf den 1,16fachen Steigerungssatz begrenzt. Eine **Vereinbarung nach § 75 Abs. 3b SGB V** besteht für den Standardtarif nicht.

§ 6 Gebühren für andere Leistungen

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

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

1. B I, B II, B III unter den Nummern 30, 31 und 34, B IV bis B VI,
2. C I unter den Nummern 200, 204, 210 und 211, C II, C III bis C VII, C VIII nur soweit eine zugrunde liegende ambulante operative Leistung berechnet wird,
3. E V und E VI,
4. J,
5. L I, L II unter den Nummern 2072 bis 2074, L III, L V unter den Nummern 2253 bis 2256 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VI unter den Nummern 2321, 2355 und 2356 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VII, L IX,
6. M unter den Nummern 3511, 3712, 3714, 3715, 4504, 4530, 4538, 4605, 4606 und 4715,
7. N unter der Nummer 4852 sowie
8. O.

1 Erläuterungen zu § 6 Abs. 1

1.1 Vorbemerkungen

§ 6 Abs. 1 regelt die Voraussetzungen, unter denen eine nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommene selbstständige Leistung dennoch nach den Vorschriften der GOZ berechnet werden kann. Die Regelung entspricht § 6 Abs. 2 GOÄ und stellt durch die gegen den Widerstand der PKV vorgenommene Änderung des § 6 Abs. 2 GOZ alt (jetzt § 6 Abs. 1 GOZ neu) – den **Wegfall der Stichtagsregelung** – eine wesentliche Änderung in der GOZ 2012 dar. Konnte man früher nur diejenigen Leistungen analog berechnen, die erst nach Inkrafttre-

ten der GOZ aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt wurden, ist dies heute bei allen nicht in der GOZ bzw. GOÄ beschriebenen selbstständigen Leistungen möglich. Dies hat zu einer deutlichen Zunahme im Bereich der analogen Berechnung geführt. Daher haben mittlerweile viele zahnärztliche Interessenvertreter (z. B. Fachgesellschaften, Kammern und diverse Kommentatoren) ihre eigenen, meist umfangreichen **Listen mit analogfähigen Leistungen** veröffentlicht.

Rechtsrelevanz kommt diesen Listen nicht zu, vielmehr stellen sie sich als **reine Meinungsäußerungen** dar. Ein größeres Gewicht oder eine Deutungshoheit gegenüber Kommentierungen anderer Interessenvertretungen, z. B. der „Kommentierung praxisrelevanter Analognummern“ des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V., haben diese nicht. Die entscheidende Kompetenz, die GOZ rechtsverbindlich auszulegen, haben nur (Bundes-) Gerichte.

Um Rechtsunsicherheiten im partnerschaftlichen Miteinander nach der Novellierung der GOZ zu beseitigen, haben die BZÄK, der PKV-Verband und die Beihilfestellen von Bund und Ländern im Jahr 2013 die Einrichtung eines **Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen** vereinbart. Die von diesem Gremium konsentierten Beschlüsse über die analoge Berechnungsfähigkeit einer bestimmten Leistung haben zwar keine Rechtsverbindlichkeit, dennoch haben diese in der Praxis ein besonderes Gewicht und finden auch in gerichtlichen Verfahren Beachtung, da sie einen Konsens aller beteiligten (Gegen-)Parteien darstellen.

1.2 Keine Aufnahme in das Gebührenverzeichnis

Voraussetzung einer Analogberechnung ist, dass die Maßnahme weder in der zahnärztlichen noch in der ärztlichen Gebührenordnung geregelt ist. Leistungen, die eindeutig unter einer Gebührennummer beschrieben sind, scheiden deshalb aus.

Zu beachten ist, dass der Ordnungsgeber insbesondere Maßnahmen, die über das **zahnmedizinisch Notwendige** hinausgehen, bewusst nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen hat, denn der Zahnarzt darf nach § 1 Abs. 2 nur Gebühren für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch notwendige Versorgung erforderlich sind. Diese beabsichtigten Lücken dürfen nicht vom Zahnarzt ausgefüllt werden. Für Maßnahmen, die allein auf Wunsch des Patienten erbracht werden, sieht die GOZ vielmehr die Abrechnung als Verlangensleistung gemäß § 2 Abs. 3 vor.

Wissenschaftlich nicht anerkannte Leistungen können zwar grundsätzlich analog berechnet werden, bei diesen ist jedoch insbesondere die zahnmedizinische Notwendigkeit nach § 1 Abs. 2 zu beachten. Nur für tatsächlich medizinisch notwendige Maßnahmen darf der Arzt grundsätzlich eine Vergütung und der Versicherte Ersatz der Aufwendungen von seiner privaten Krankenversicherung verlangen. Auch nach dem VVG (vgl. § 192 Abs. 1 VVG) hat die Private Krankenversicherung nur für medizinisch notwendige Heilbehandlungen zu leisten. Nach der zu § 1 Abs. 2 MB/KK 2009 ergangenen Rechtsprechung des BGH beurteilt sich die medizinische Notwendigkeit nach „objektiven und anerkannten ärztlichen Erkenntnissen“. Maßgeblicher Zeitpunkt für das Vorliegen dieser Erkenntnisse ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung, also die Planung und Durchführung. Zu diesem muss es

nach den tatsächlichen und wissenschaftlichen Befunden und Erkenntnissen vertretbar gewesen sein, die Leistung als medizinisch notwendige Versorgung anzusehen (Urteile vom 29. November 1978, Az.: IV ZR 175/77 und 10. Juli 1996, Az.: IV ZR 133/95).

Häufig herrscht bei den Zahnärzten die Meinung vor, dass der behandelnde Zahnarzt zu entscheiden habe, ob die Behandlung zahnmedizinisch notwendig ist. Diese Auffassung ist nicht richtig. Mit dem Thema hat sich der BGH in mehreren Urteilen beschäftigt und in ständiger Rechtsprechung festgestellt, dass es nicht auf die subjektive Sicht des Zahnarztes ankomme. Vielmehr ist ein **objektiver Maßstab** anzulegen (vgl. BGH, Urteil vom 10. Juli 1996, Az.: IV ZR 133/95; BGH, Urteil vom 21. September 2005, Az.: IV ZR 113/04). Die Private Krankenversicherung muss nicht für experimentelle (und regelmäßig kostenintensive) Methoden aufkommen, wenn bewährte und nutzenbelegte Standardtherapien zur Verfügung stehen.

1.3 Selbstständige zahnärztliche Leistung

Sollte eine Leistung nicht in der GOZ zu finden sein, bedeutet das nicht zwangsläufig, dass die Leistung analog berechnet werden kann. Es muss vielmehr besonders sorgfältig geprüft werden, ob die Leistung nicht bereits einen **Teilschritt einer anderen Leistung** (Zielleistungsprinzip) oder eine **abweichende Modalität** bzw. **besondere Ausführung** darstellt. Eine Analogie gemäß § 6 Abs. 1 setzt nämlich voraus, dass es sich um eine selbstständige zahnärztliche Leistung handelt. Diese liegt nach § 4 Abs. 2 Satz 2 insbesondere dann nicht vor, wenn sie Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung ist (siehe auch Anmerkungen zu § 4 Abs. 3). Eine Analogberechnung für Leistungen, die sich lediglich durch einen besonderen Zeitaufwand, einen besonderen Schwierigkeitsgrad oder besondere Umstände bei der Leistungsausführung von den bestehenden GOZ-Leistungen unterscheiden, kommt nicht in Betracht. Diesen Umständen ist vielmehr durch entsprechende Anpassung des Steigerungsfaktors nach § 5 Abs. 2 Rechnung zu tragen.

Nicht zuletzt dürfen **komplizierte Formulierungen** der Analogleistungen nicht darüber hinwegtäuschen, dass es sich um eine ganz „banale“ und bekannte zahnärztliche Leistung handelt: Die „Entfernung aller Sharpey-Fasern und Ligaments bei einer Extraktion und anschließender Implantation“ ist eine gebräuchliche Analogberechnung, die auf Rechnungen zusätzlich zu den Extraktions- und Osteotomie-Leistungen zu finden ist. Jedoch handelt es sich bei den „Sharpey-Fasern und Ligaments“ um Bestandteile des Zahnhalteapparates, die bei der schrittweisen Luxation und Rotation im Rahmen einer vorschriftsmäßigen Extraktion (z. B. GOZ-Nr. 3000) zwangsläufig immer mit entfernt werden. Derartige semantische Verschleierungen verstoßen gegen den Grundsatz des § 10 Abs. 4. Solche Beschreibungen sind für den Zahlungspflichtigen alles andere als „verständlich“ im Sinne der gesetzlichen Regelung, sondern vielmehr irreführend.

1.4 Gleichwertigkeit der Leistung

Die tatsächlich erbrachte Leistung muss **entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung** berechnet werden, wobei alle drei Kriterien gegeben sein müssen. Diese Bindung an sachlich nachvollziehbare Kriterien erleichtert nicht zuletzt

die rechtliche Nachprüfung, der die Entscheidung des Arztes uneingeschränkt unterliegt. Nach dem eindeutigen Wortlaut ist auf die **Gleichwertigkeit** und nicht die Gleichartigkeit abzustellen.

Durch das Beurteilungskriterium der Gleichwertigkeit nach ihrer **Art** wird eine Vergleichbarkeit des Behandlungszieles oder des Behandlungsablaufes verlangt. Es können sowohl äußere als auch innere Leistungsmerkmale herangezogen werden. Als äußere Leistungsmerkmale kommen insbesondere vergleichbare Untersuchungsmaterialien oder Untersuchungstechniken in Betracht. Inneres Leistungsmerkmal kann der leistungsspezifische Schwierigkeitsgrad sein (vgl. *Schäfer*, in: Lang, Schäfer, Stiel, Vogt, Der GOÄ-Kommentar, 2. Aufl., 2002, § 6 Rn. 6 – zur gleichlautenden Regelung in § 6 Abs. 2 GOÄ).

Der **Kostenaufwand** betrifft die tatsächlich anfallenden Kosten der Leistungserbringung, wobei insbesondere die nach § 4 Abs. 3 mit den Gebühren abgegoltenen Kosten (Praxiskosten einschließlich Sprechstundenbedarf, Füllungsmaterial, Kosten für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten sowie Lagerhaltung) zu berücksichtigen sind. Auch die Erforderlichkeit des Einsatzes eines speziellen Instrumentariums kann Einfluss haben. Letztlich soll der **Zeitaufwand** für die in der GOZ nicht enthaltene Leistung vergleichbar mit dem für die analog herangezogene Leistung sein.

Oft werden diese Kriterien jedoch nicht eingehalten, vielmehr erfolgt eine willkürliche Auswahl der Analoggebühr. Besonders beliebt sind der Ansatz von hochbewerteten Komplexleistungen (z. B. GOZ-Nr. 9100) und Kernpositionen (GOZ-Nrn. 6030 bis 6080). Ein solcher Ansatz ist unter Berücksichtigung insbesondere der Kriterien der Art und des Zeitaufwandes in den meisten Fällen fehlerhaft und unangemessen.

1.5 Subsidiäre Berechnung nach der GOÄ

§ 6 Abs. 1 ist zu entnehmen, dass vorrangig eine gleichwertige Leistung aus der GOZ zur Analogberechnung heranzuziehen ist. Erst wenn eine den Kriterien des § 6 Abs. 1 entsprechende Leistung nicht in der GOZ zu finden ist, kann eine Leistung aus den gemäß § 6 Abs. 2 geöffneten Abschnitten der GOÄ in der jeweils geltenden Fassung analog berechnet werden.

1.6 Darstellung in der Rechnung

Wird eine Leistung analog berechnet ist die Vergütung nur fällig, wenn die Rechnung die Vorgaben des § 10 Abs. 1 i. V. m. § 10 Abs. 4 einhält. Nach § 10 Abs. 4 muss die Rechnung zusätzlich folgende vier Kriterien erfüllen: Die bewertete Leistung muss für den Zahlungspflichtigen **verständlich beschrieben** werden. Zudem muss sie in der Rechnung mit dem Hinweis „**entsprechend**“ gekennzeichnet werden. Schließlich müssen die **Nummer** und die **Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung** angegeben werden. Die Analogberechnung unterliegt somit bestimmten Formvorschriften, welche auch schon vor Einführung der GOZ 2012 zu beachten waren. Liegen Formfehler bei der Analogberechnung vor, ist die Rechnung **nicht fällig** (vgl. BVerwG, Urteil vom 20. März 2008, Az.: 2 C 19.06 – zur gleichlautenden Regelung in § 6 Abs. 2 GOÄ).

Darüber hinaus muss der angegebenen vierstelligen Gebührensnummer ein „a“ angehängt werden, um die Leistung als Analogposition kenntlich zu machen. Zwar ergibt sich diese Voraussetzung nicht aus § 10 Abs. 4, jedoch ist dies der **Anlage 2 zur GOZ** – dem „Liquidationsvordruck“ (oft auch als Rechnungsformular bezeichnet) – zu entnehmen. Dieses wurde am 2. Juli 2012 im Bundesanzeiger veröffentlicht und ist als Anlage 2 zur GOZ rechtlicher Bestandteil der Verordnung. Dem Liquidationsvordruck ist zu entnehmen, dass der gewählten Gebührennummer ein „a“ anzufügen ist, also GOZ-Nr. XXXXa. In der Praxis wird diese Vorschrift nicht immer beachtet, was zu einem erhöhten Bearbeitungsaufwand bei den kostenstättenden Stellen führt. Ein großes „A“ oder andere Kennzeichnungen bzw. das Weglassen führen zur Nichtlesbarkeit der Analogposition und erfordern aufwendige manuelle Nachbearbeitungen. Die Großschreibung ist daher zu vermeiden, ebenso wie eine andere Kennzeichnung. Der Buchstabe ersetzt aber keineswegs die Pflicht, im Leistungstext den Begriff „entsprechend“ aufzuführen (siehe auch Anmerkungen zu § 10 Abs. 4).

Es soll an dieser Stelle nochmals hervorgehoben werden, dass eine Rechnung, die diesen Kriterien, insbesondere dem Rechnungsformular, nicht genügt, nicht fällig wird; der Zahlungspflichtige kann somit nicht zur Zahlung des Honorars verpflichtet werden. Dies hat auch bereits das VG Köln (Urteil vom 3. November 2015, Az.: 7 K 3279/13) bestätigt und entschieden, dass § 10 Abs. 1 rechtmäßig ist, wonach die Fälligkeit der Vergütung von der Verwendung eines bestimmten Rechnungsformulars abhängig ist. Das Formular diene der Aufwandsminimierung und Beschleunigung im Erstattungsverfahren und somit sowohl den Interessen der Patienten als auch der Zahnärzte.

1.7 Keine abweichende Vereinbarung statt Analogberechnung

Für eine nicht im Gebührenverzeichnis enthaltene Leistung kann – ohne Anwendung des § 6 Abs. 1 – nicht einfach in einer abweichenden Vereinbarung eine bestimmte Vergütung vereinbart werden. Im Rahmen einer Vereinbarung kann nur eine abweichende Gebührenhöhe geregelt werden; ansonsten sind die Vorgaben des § 6 Abs. 1 zwingend und stehen nicht zur Disposition der Vertragsparteien. Sowohl im Gebührenverzeichnis enthaltene als auch nicht enthaltene Leistungen sind nach der GOZ abzurechnen.

2 Erläuterungen zu § 6 Abs. 2

2.1 Vorbemerkungen

§ 6 Abs. 2 ergänzt das Gebührenverzeichnis der GOZ durch [Leistungen, die der Zahnarzt nach der GOÄ erbringen darf](#).

2.2 Umfang der Öffnung

§ 6 Abs. 2 ist zu entnehmen, dass Zahnärzte lediglich Leistungen aus den genannten **Abschnitten, Unterabschnitten oder einzelne Gebührenpositionen** nach Vergütungsregelungen der GOÄ abrechnen dürfen. Die Aufzählung ist **abschließend**, ein Rückgriff auf nicht aufgezählte Leistungen ist dem Zahnarzt verwehrt (vgl. Kommentierung des zahnärztlichen Gebührenrechts für die Privatliquidation, Meurer, 2. Aufl., 1991, § 6, S. 119). Aus dem Ver-

weis auf vollständige Abschnitte der GOÄ folgt jedoch nicht, dass der Zahnarzt jede aufgeführte Leistung erbringen darf; vielmehr wurde diese Aufzählung aus Zweckmäßigkeitsgründen gewählt. § 6 Abs. 2 stellt keine Erweiterung der **berufsrechtlichen Kompetenzen** eines Zahnarztes dar, sodass die Erbringung der jeweiligen Leistung berufsrechtlich erlaubt sein muss. Es muss sich um die berufsmäßige auf zahnärztlich wissenschaftliche Erkenntnisse gegründete Feststellung und Behandlung von **Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten** nach § 1 Abs. 3 ZHK handeln. Nach der Gesetzesbegründung handelt es sich um eine „gleitende Verweisung“ auf die GOÄ, sodass die GOÄ in der jeweils geltenden Fassung Anwendung findet.

2.3 Subsidiarität

Voraussetzung für eine Berechnung nach der GOÄ ist darüber hinaus, dass die zu berechnende Leistung **nicht als selbstständige Leistung** oder als **Teil einer anderen Leistung** in der GOZ enthalten ist. Beispielsweise kann für das Aufbereiten eines Wurzelkanals nicht auf die GOÄ-Nrn. 321, 370, 5260 zurückgegriffen werden, da diese Leistung durch die spezielle GOZ-Nr. 2410 beschrieben wird.

2.4 „Vererben der Rahmenbedingungen“

Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 1 analog berechnet, gilt der **Gebührenrahmen nebst sämtlichen weiteren gebührenrechtlichen Vorgaben** für die zur analogen Berechnung herangezogene Gebührenposition auch für die tatsächlich erbrachte und analog berechnete Leistung (vgl. OLG Nürnberg, Urteil vom 18. April 2016, Az.: 11 O 7376/13 – zur gleichlautenden Regelung in § 6 Abs. 2 GOÄ; VG Ansbach, Urteil vom 26. Januar 2011, Az.: AN 15 K 08.02057; Bundesärztekammer, Deutsches Ärzteblatt 104, Heft 10 vom 9. März 2007, S. A-680; Hoffmann/Kleinken, GOÄ, 3. Aufl., Stand Juni 2016, § 6 Rn. 2.1 – zur gleichlautenden Regelung in § 6 Abs. 2 GOÄ; *Miebach*, in: Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, 3. Auflage, 2006, § 6 Rn. 12 – zur gleichlautenden Regelung in § 6 Abs. 2 GOÄ). Dies betrifft insbesondere die **Berechnungsweise** (z. B. „je Sitzung“), **Abrechnungsbestimmungen**, **Allgemeine Bestimmungen** und **Zuschlagsregelungen**. Wird beispielsweise eine Gebührenposition aus dem Abschnitt „M“ (Labor) der GOÄ herangezogen, muss auch der **reduzierte Gebührenrahmen** gelten. Würde man ein und derselben Leistung unterschiedliche allgemeine Regelungen zugrunde legen, würde dies zu einer Ungleichbehandlung zwischen Ärzten und Zahnärzten führen. Auch systematische Gründe sprechen für diese „Vererbung“, schließlich soll eine „nach Art gleichwertige“, also wesensverwandte Gebührenposition analog herangezogen werden. In Übrigen ist dies auch in praktischer Hinsicht unabkömmlich, da andernfalls die Rechnungsstellung bei Analogabgriffen willkürlich verlief.

Auswirkungen hat dies insbesondere in Hinblick auf den **höheren Punktwert** in der GOÄ – 5,82873 Cent (§ 5 Abs. 1 Satz 3 GOÄ) statt 5,62421 Cent (§ 5 Abs. 1 Satz 3 GOZ) –, abweichende Bestimmungen zum **Auslagenersatz** nach § 10 GOÄ sowie den in § 5 Abs. 2 GOÄ geregelten kleineren **Gebührenrahmen** für die Abschnitte A, E, M und O in der GOÄ.

3 Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgen

Ein Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie muss nach dem Berufsrecht sowohl ärztlich als auch zahnärztlich ausgebildet sein. Demnach kann er auf **alle Abschnitte** der GOÄ und der GOZ zugreifen, d. h. die Beschränkungen auf bestimmte Abschnitte der GOÄ, die der Zahnarzt zu beachten hat (§ 6 Abs. 2), gelten für ihn grundsätzlich nicht.

Erbringt der Facharzt jedoch Leistungen, die in der GOZ aufgeführt sind, hat er diese nach § 6 Abs. 1 GOÄ über die GOZ abzurechnen. Ist die durchgeführte Leistung sowohl in einer Gebührenposition der GOZ als auch in einer der GOÄ erfasst, hat er nicht etwa die Wahl zwischen den beiden Gebührenordnungen, sondern ist gemäß § 6 Abs. 1 GOÄ verpflichtet, nach der GOZ abzurechnen. Dabei kommt es nicht darauf an, ob er originär zahnärztliche Leistungen (z. B. Füllungen oder Wurzelkanalbehandlungen) erbringt oder aber kieferchirurgisch tätig wird. Sind die kieferchirurgischen Leistungen in der GOZ abgebildet, hat der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg für die Abrechnung die GOZ zugrunde zu legen. Selbstverständlich ist die GOÄ mit Ausnahme der in § 6 Abs. 2 aufgeführten geöffneten Abschnitte erst recht versperrt für solche Leistungserbringer, die nur zahnärztlich approbiert sind, selbst wenn sie überwiegend kiefer- oder oralchirurgisch tätig sind.

§ 7 Gebühren bei stationärer Behandlung

(1) Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privat Zahnärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen und Zuschläge nach Satz 1 von Beleg Zahnärzten oder niedergelassenen anderen Zahnärzten 15 vom Hundert. Ausgenommen von dieser Minderungspflicht ist der Zuschlag nach Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte.

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

1 Erläuterungen zu § 7 Abs. 1

1.1 Vorbemerkungen

§ 7 Abs. 1 regelt entsprechend § 6a Abs. 1 GOÄ eine **generelle Minderungspflicht** der Gebühren einschließlich der Zuschläge, soweit ein Zahnarzt vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen erbringt. Diese Aufzählung stationärer Behandlungen dient der Abgrenzung zu ambulanten Leistungen. Die Minderungspflicht des § 7 Abs. 1 bezieht sich nur auf **Gebühren und Zuschläge**. Entschädigungen oder der Ersatz von Auslagen sind nicht zu kürzen.

Abweichend zur GOZ 1988 wird hinsichtlich der Höhe zwischen Leistungen von einem angestellten bzw. beamteten Zahnarzt und Leistungen von einem Beleg Zahnarzt bzw. einem anderen niedergelassenen Zahnarzt unterschieden.

Durch diese Regelung soll eine finanzielle **Doppelbelastung** des Zahlungspflichtigen durch gleichzeitige Inanspruchnahme einer zahnärztlichen sowie stationären Behandlung vermieden werden, denn sowohl in den zahnärztlichen als auch in den stationären Vergütungen sind teilweise kalkulatorisch identische Kostenanteile enthalten. Eine vergleichbare Minderungspflicht besteht gem. §§ 22 BpflV, 17 ff. KHEntgG auch für Krankenhausträger.

1.2 Stationäre Leistung

Voraussetzung für eine Gebührenminderung ist, dass eine stationäre Leistung vorliegt. Bei einer ambulanten zahnärztlichen Leistung in einem Krankenhaus ist daher keine Kürzung vorzunehmen. Eine stationäre Leistung ist insbesondere bei der Behandlung eines **im Krankenhaus aufgenommenen Zahlungspflichtigen** durch einen Krankenhaus Zahnarzt gegeben. Eine stationäre Aufnahme des Zahlungspflichtigen ist jedoch nicht erforderlich, vielmehr kann nach der zu der vergleichbaren Regelung in § 6a Abs. 1 GOÄ ergangenen Rechtsprechung des BGH auch eine „**externe Leistungserbringung**“ eine Minderungspflicht begründen (vgl. BGH, Urteile vom 17. September 1998, Az.: III ZR 222/97 und 13. Juni 2002, Az.: III ZR 186/01). Diese Auslegung hat auch das BVerfG (Beschluss vom 19. März 2004, Az.: 1 BvR 1319/02) als **verfassungskonform** bestätigt: Der sachliche Grund für die Gebühren-

minderung liege in den rechtlichen Besonderheiten der stationären Behandlung von Wahlleistungspatienten.

Bei der Beurteilung einer **externen Leistung**, gemeint ist damit die Behandlung außerhalb des Krankenhauses, muss eine Gesamtbetrachtung der Behandlungssituation vorgenommen werden. Dabei muss insbesondere der Stellenwert der einzelnen Leistung für den Patienten berücksichtigt werden. Mangels Einwirkungsmöglichkeit spielt es für diesen keine Rolle, ob die erforderlichen Leistungen durch einen Zahnarzt des Krankenhauses oder einen Dritten erbracht werden. Bereits der Wortlaut der Überschrift „bei stationärer Behandlung“ sowie die Aufzählung der verschiedenen stationären Behandlungen in § 7 Abs. 1 verdeutlichen, dass externe Leistungen ebenfalls der Gebührenminderung unterliegen können (vgl. Liebold/Raff/Wissing, GOZ-Kommentar, 99. Lfg., Stand Februar 2012, § 7 Rn. 5).

Die Minderungspflicht umfasst alle zahnärztlichen Behandlungen im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung. Das bedeutet, dass die zahnärztliche Behandlung nicht den Grund für die stationäre Aufnahme darstellen muss. Die Gebührenminderung ist dementsprechend auch vorzunehmen, wenn sich der Zahlungspflichtige aus einem anderen Grund während der Behandlung im Krankenhaus befindet.

1.3 Umfang der Minderung

Die in § 7 Abs. 1 vorgeschriebene Minderung muss auf Grundlage der **Gesamthonorarsumme**, also inklusive der Zuschläge, berechnet werden, denn nach § 5 ergeben sich die Gebühren aus einer Multiplikation der jeweiligen Punktzahl mit dem Punktwert und dem Steigerungssatz.

Der Umfang der Minderung bestimmt sich nach der jeweiligen Stellung des behandelnden Zahnarztes. Bei ermächtigten **Wahlzahnärzten** (im Krankenhaus tätige Zahnärzte) erfolgt grundsätzlich eine pauschale Gebührenminderung um **25 vom Hundert**. Hintergrund dieser Regelung ist, dass diese auf die Ausstattung und das Personal des Krankenhauses zurückgreifen können und daher keine Praxiskosten tragen müssen. Da die Praxiskosten jedoch in die Berechnung der GOZ-Nrn. eingeflossen sind und als mit abgegolten gelten, ist eine Differenzierung zwischen niedergelassenen Zahnärzten und Krankenhauszahnärzten geboten. Ob bzw. bei wem tatsächlich Sach- und Personalkosten entstehen, ist aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit unerheblich. Eine Minderung hat daher auch zu erfolgen, wenn ein ermächtigter Wahlzahnarzt eigenes Personal, Geräte oder Materialien einsetzt.

Abweichend von der Minderungspflicht in Höhe von 25 vom Hundert wird bei **Belegzahnärzten** sowie **bei niedergelassenen anderen Zahnärzten** eine Minderung um **15 vom Hundert** vorgenommen, da diese eigenes Personal und eigene Geräte einsetzen. Hinsichtlich der Abgrenzung kann für einen Belegzahnarzt auf die Definition in § 18 KHEntgG bzw. § 23 BpflV zurückgegriffen werden. Ein **Belegzahnarzt** ist ein niedergelassener Zahnarzt, der Patienten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär behandelt, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Gekennzeichnet ist die Tätigkeit eines Belegzahnarztes insbesondere durch die

Belegung von Betten in einer Belegabteilung bzw. in einem Belegkrankenhaus. Aus der Formulierung „niedergelassenen anderen Zahnärzten“ folgt, dass ein Belegzahnarzt immer ein niedergelassener Zahnarzt sein muss, das heißt ein Zahnarzt, der seine Tätigkeit in einer selbstständigen ambulanten Praxis ausübt.

Ein „**niedergelassener anderer Zahnarzt**“ im Sinne von Satz 2 ist ein niedergelassener Zahnarzt, der keine für Belegärzte typische generelle Berechtigung zur Behandlung von Patienten im Krankenhaus hat, sondern im Einzelfall zur Behandlung von Krankenhauspatienten seitens des Krankenhauses oder der behandelnden Zahnärzte hinzugezogen wird.

1.4 Abweichende Vereinbarung

Soweit nach § 2 Abs. 1 ein abweichender Steigerungssatz vereinbart wird, ist die sich aus der Vereinbarung ergebende Vergütung nach § 7 Abs. 1 zu mindern. Ein Ausschluss der Minderung kann nicht Gegenstand einer abweichenden Vereinbarung (§ 2 Abs. 1) sein.

1.5 Keine Minderung

Eine Ausnahme von der Gebührenminderung besteht nach dem eindeutigen Wortlaut des § 7 Abs. 1 Satz 3 für Zuschläge „zur Visite bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Tag“ nach Buchstabe J in Abschnitt B V. Das bedeutet, dass bei **zahnärztlichen Visiten nach der GOÄ** keine Gebührenminderung vorzunehmen ist. Hintergrund ist, dass dieser Zuschlag für Visiten ausschließlich zur Abgeltung besonderer Kosten des Belegarztes dient.

1.6 Leistungen nach der GOÄ

Soweit stationäre Leistungen gem. § 6 Abs. 2 nach der GOÄ abgerechnet werden, ist die GOÄ, insbesondere § 6a GOÄ, maßgeblich (siehe auch Anmerkungen zu § 6 Abs. 2).

2 Erläuterungen zu § 7 Abs. 2

Entschädigungen (§ 8) und **Auslagen für zahntechnische Leistungen** (§ 9) sind nach § 7 Abs. 2 ohne Minderung zusätzlich berechnungsfähig. Im Übrigen darf die Gebührenminderung nicht anderweitig geltend gemacht werden. Der sich aus § 4 Abs. 3 ergebende **Grundsatz der Kostenabgeltung** mit den Gebühren (vgl. hierzu § 4 Abs. 3) ist somit auch bei der Gebührenminderung zu beachten.

§ 8 Entschädigungen

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

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

bis zu zwei Kilometern 4,30 Euro, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 8,60 Euro,

mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern 8,00 Euro, bei Nacht 12,30 Euro,

mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern 12,30 Euro, bei Nacht 18,40 Euro,

mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern 18,40 Euro, bei Nacht 30,70 Euro.

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

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

0,42 Euro für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,

bei Abwesenheit bis zu acht Stunden 56,00 Euro, bei Abwesenheit von mehr als acht Stunden 112,50 Euro je Tag,

Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.

Absatz 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

1 Erläuterungen zu § 8 Abs. 1

1.1 Vorbemerkungen

Die Neufassung des § 8 entspricht den §§ 7-9 GOÄ, wobei die Beträge entsprechend der Kostensteigerung seit 1996 (Inkrafttreten der letzten GOÄ-Novellierung) erhöht wurden. Nach der Gesetzesbegründung orientiert sich diese an den Angaben des Statistischen Bundesamtes zum Verbraucherpreisindex im Bereich Waren und Dienstleistungen für Privatfahrzeuge. Entschädigungen stellen eine Form der **Vergütung** nach § 3 dar, die sich je nach **Entfernung** zum Praxisstandort bzw. der Privatwohnung des Zahnarztes in Wegegeld und Reiseentschädigung untergliedern. Wegstrecken bis 25 km sind mit einem Wegegeld zu ent-

schädigen, bei einem Besuch über eine Entfernung von 25 km tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung. Mit den Entschädigungen erhält der Zahnarzt einen Ausgleich für die Kosten, die ihm durch den Besuch außerhalb seiner Praxisräume entstehen und nicht mit den Gebührensätzen abgegolten sind. Wie der Wortlaut des § 8 Abs. 1 Satz 1 ausdrücklich regelt, stellt die Entschädigung einen Ausgleich für den Zeitaufwand und die Mehrkosten dar, sodass diese nicht gesondert im Rahmen des § 5 Abs. 2 berücksichtigt werden können.

1.2 Besuch

Grundvoraussetzung für die Berechnung einer Entschädigung ist der Besuch eines Zahnarztes. Dies ist die Ausübung einer zahnärztlichen Tätigkeit an einem Ort, an dem der Zahnarzt seiner beruflichen Tätigkeit üblicherweise nicht nachgeht (vgl. Liebold/Raff/Wissing, GOZ-Kommentar, 99. Lfg., Stand Februar 2012, § 9 Rn. 5).

Eine Entschädigung kommt nicht in Betracht, wenn die Tätigkeit, etwa bei Belegzahnärzten, üblicherweise außerhalb der Praxis an dem jeweiligen Ort ausgeübt wird. Unerheblich ist darüber hinaus, ob die Behandlung im Krankenhaus innerhalb oder außerhalb der regelmäßigen Dienstzeit des Zahnarztes erfolgt.

Eine Entschädigung ist nur bei einem **Besuch des Zahnarztes** berechnungsfähig; ein Aufsuchen durch nichtärztliches Personal begründet, selbst bei fachlicher Notwendigkeit, keinen Entschädigungsanspruch (vgl. BZÄK, Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes-)Zahnärztekammern, GOZ, Stand Oktober 2015 GOZ, § 8 Rn. 1).

2 Erläuterungen zu § 8 Abs. 2

2.1 Wegegeld

Bei dem Wegegeld handelt es sich um eine **Vergütungspauschale**, die der Zahnarzt für jeden Patientenbesuch abrechnen kann. Mit ihr werden alle anfallenden Fahrtkosten abgegolten, unabhängig davon, ob er ein Verkehrsmittel benutzt, zu Fuß geht oder beispielsweise von den Angehörigen des Zahlungspflichtigen abgeholt wird. Im Unterschied zur Reiseentschädigung nach § 8 Abs. 3 spielen die tatsächlich entstandenen Kosten keine Rolle.

2.2 Berechnung

Entscheidend für die Berechnung des Wegegeldes nach § 8 Abs. 2 Satz 2 ist die **Entfernung zwischen der Besuchsstelle und der Praxisstelle**. Wie bei der Entfernungspauschale für Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte im Steuerrecht ist auf die **einfache Strecke** abzustellen. Die tatsächlich zurückgelegten Kilometer von Hin- und Rückweg sind unbeachtlich.

Die **Praxisstelle** ist das Gebäude, in dem der Zahnarzt seine Sprechstunden abhält. Sofern mehrere Praxisstellen bestehen, beispielsweise Zweigpraxen, ist auf die Praxis abzustellen, von der aus der Besuch angetreten wird. Die **Besuchsstelle** ist der Aufenthaltsort des Patienten, an dem sich dieser im Zeitpunkt des Besuches befindet. Ein Wegegeld scheidet aus,

wenn der Zahnarzt den Patienten in seine Praxisräumlichkeiten bestellt, selbst wenn dies nachts bzw. sonn-/feiertags erfolgt.

Unterschieden wird zwischen einem **Radius um die Praxisstelle** von bis zu 2, mehr als 2 bis zu 5, mehr als 5 bis zu 10 und mehr als 10 bis zu 25 km. Innerhalb dieser Stufen wird zwischen **Tag und Nacht** (zwischen 20 Uhr und 8 Uhr) differenziert.

Tritt der Zahnarzt den Besuch von seiner **Wohnung** aus an, ist diese der Ausgangspunkt für die Berechnung des Wegegeldes.

Nicht geregelt ist, wie die Entfernung zu berechnen ist, wenn ein Besuch **weder von der Praxis noch von der Wohnung** aus erfolgt, beispielsweise bei Kontaktierung per Handy. Würde man dem Zahnarzt ein Wahlrecht gewähren, ginge dies möglicherweise zu Lasten des Patienten. Vorzugswürdig erscheint es daher, eine Analogie zu § 8 Abs. 2 und 3 zu bilden und an die Stelle der Praxisstelle den tatsächlichen Aufenthaltsort des Zahnarztes treten zu lassen.

2.3 Mehrere Patienten

Besucht der Zahnarzt mehrere Patienten, die in derselben **häuslichen Gemeinschaft** oder in einem **Heim wohnen**, kann das Wegegeld insgesamt nur einmal berechnet werden. Es ist den Patienten **anteilig** in gleichen Teilen in Rechnung zu stellen. Nach dem eindeutigen Wortlaut sind auch gesetzlich Versicherte einbezogen, sodass diese Reduzierung unabhängig vom Versichertenstatus der besuchten Patienten zu erfolgen hat.

Voraussetzung ist, dass die Patienten einer häuslichen Gemeinschaft oder einem Heim angehören. Unter häuslicher Gemeinschaft sind Familiengemeinschaften, nichteheliche Lebensgemeinschaften oder Wohngemeinschaften zu verstehen. Erforderlich ist somit ein Zusammenleben in einem gemeinsamen Haushalt. Die Voraussetzung ist nicht erfüllt, wenn die Patienten lediglich in einem Mehrparteienhaus, aber in verschiedenen Wohnungen wohnen. Als Beispiel für ein Heim nennt die GOZ Alten- oder Pflegeheime.

3 Erläuterungen zu § 8 Abs. 3

3.1 Reiseentschädigung

Beträgt die Entfernung mehr als 25 km, tritt an die Stelle des Wegegeldes die Reiseentschädigung. Anders als beim Wegegeld ist bei dieser das **benutzte Verkehrsmittel** von Bedeutung. Sie gliedert sich in Kilometergeld bei Benutzung des eigenen PKW bzw. Aufwenderersatz bei Benutzung eines anderen Verkehrsmittels. Die Auswahl des Verkehrsmittels obliegt dem Zahnarzt. Im Rahmen der **Zumutbarkeit** darf er jedoch den Patienten durch die Wahl des Verkehrsmittels nicht unangemessen belasten. Daneben kommen ein Abwesenheitsgeld sowie Übernachtungskostenersatz in Betracht.

3.2 Eigenes Kraftfahrzeug

Ein Kilomergeld nach § 8 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 setzt die Benutzung eines eigenen Kraftfahrzeuges voraus, wobei nicht erforderlich ist, dass der Zahnarzt Halter oder Eigentümer ist. Es genügt, wenn ihm dieses zur eigenen Benutzung zur Verfügung steht. Pro vollen zurückgelegten Kilometer können **0,42 Euro** berechnet werden, wobei anders als bei der Bestimmung des Wegegeldes Hin- und Rückfahrt zu addieren sind.

3.3 Anderes Verkehrsmittel

Benutzt der Zahnarzt statt des eigenen Kraftfahrzeuges z. B. ein öffentliches Verkehrsmittel oder ein Taxi, hat er einen Anspruch auf die **tatsächlich entstandenen Kosten**.

3.4 Abwesenheitsentschädigung

Neben den Fahrtkosten kann der Zahnarzt bei einer Reiseentschädigung ein Abwesenheitsgeld geltend machen. Dieses bestimmt sich nach der **Dauer der Abwesenheit**, unabhängig davon, ob die Abwesenheit auf der Weg- oder Behandlungszeit beruht. Bei einer Abwesenheit bis zu acht Stunden können 56,00 Euro, über acht Stunden 112,50 Euro je Tag berechnet werden. Das heißt, bei einer mehrtätigen Abwesenheit kann die Pauschale für jeden Tag erneut angesetzt werden.

3.5 Übernachtungskosten

Zusätzlich können im Einzelfall tatsächlich entstandene Übernachtungskosten berechnet werden. Dabei ist nach **billigem Ermessen** unter Berücksichtigung der konkreten Umstände, insbesondere der Entfernung des Behandlungsortes und der Dauer der Behandlung, zu beurteilen, ob eine Übernachtung unbedingt notwendig ist. Bei der Auswahl des Hotels hat der Zahnarzt darüber hinaus den Grundsatz der **Zumutbarkeit** für den Patienten zu beachten, sodass ein Luxushotel in der Regel ausscheiden dürfte (vgl. *Schäfer*, in: Lang, Schäfer, Stiel, Vogt, Der GOÄ-Kommentar, 2. Aufl., 2002, § 9 Rn. 4; *Miebach*, in: Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, 3. Auflage, 2006, § 9 Rn. 6 – beide zur gleichlautenden Regelung in § 9 GOÄ).

3.6 Verweis auf § 8 Abs. 2

In § 8 Abs. 3 Satz 3 wird auf die Regelung hinsichtlich des Wegegeldes verwiesen. Wie bei der Berechnung des Wegegeldes wird statt der Praxisstelle die **Wohnung als Ausgangspunkt** genommen, sofern der Besuch von dieser begonnen wird. Ebenso wie das Wegegeld kann die Reiseentschädigung bei dem Besuch von mehreren Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim zudem nur einmal und anteilig berechnet werden.

3.7 Leistungen nach der GOÄ

Erbringt ein Zahnarzt Leistungen nach der GOÄ, ist die Entschädigung nach § 8 GOZ zu berechnen. Die geringer bewerteten §§ 7-9 GOÄ sind nicht einschlägig, da § 8 GOZ eine speziellere Regelung als § 6 Abs. 1 GOÄ darstellt.

§ 9 Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen

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

(2) Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen vor der Behandlung einen Kostenvoranschlag des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über die voraussichtlich entstehenden Kosten für zahntechnische Leistungen anzubieten und auf dessen Verlangen in Textform vorzulegen, sofern die Kosten insgesamt voraussichtlich einen Betrag von 1 000 Euro überschreiten. Für Behandlungen, die auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplans für einen Behandlungszeitraum von mehr als zwölf Monaten geplant werden, gilt Satz 1 nur, sofern voraussichtlich bereits innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten Kosten von mehr als 1 000 Euro entstehen. Der Kostenvoranschlag muss die voraussichtlichen Gesamtkosten für zahntechnische Leistungen und die dabei verwendeten Materialien angeben. Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen, Berechnungsgrundlage und Herstellungsort der zahntechnischen Leistungen sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern. Ist eine Überschreitung der im Kostenvoranschlag genannten Kosten um mehr als 15 vom Hundert zu erwarten, hat der Zahnarzt den Zahlungspflichtigen hierüber unverzüglich in Textform zu unterrichten.

1 Erläuterungen zu § 9 Abs. 1

1.1 Vorbemerkungen

§ 9 Abs. 1 regelt die gesonderte Berechnungsfähigkeit von zahntechnischen Leistungen, auch „**Laborkosten**“ genannt. Erfasst sind nur zahntechnische Leistungen und Materialien, die dazu dienen, das zahntechnische Werkstück herzustellen. Zahnärztliche Materialien werden nicht erfasst. Diese können als Auslagen nach § 3 neben den Gebühren berechnet werden, soweit die gesonderte Berechnung im Gebührenverzeichnis nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist.

Die zahntechnischen Leistungen beruhen entweder auf einem Werkvertrag zwischen dem Zahnarzt und einem **zahntechnischen Fremdlabor** (§ 631 BGB) oder werden im **Eigenlabor** erbracht. Die anfallenden Kosten stellen sog. Aufwendungen für den Zahnarzt dar, welche er für seinen Auftraggeber – den Zahlungspflichtigen – tätigt. In § 670 BGB ist der Grundsatz geregelt, dass diese Aufwendungen zu erstatten sind, sofern der Beauftragte – vorliegend der Zahnarzt – diese nach den Umständen für erforderlich halten durfte. § 9 stellt insoweit eine spezialgesetzliche Regelung zu § 670 BGB dar.

Für die Erstattung der Auslagen nach § 9 ist es unerheblich, durch wen die zahntechnischen Leistungen erbracht werden, also ob der Zahnarzt diese selbst erbringt oder er diese in einem Eigen- oder einem Fremdlabor in Auftrag gibt. Das bedeutet, dass die im Eigenlabor erfolgten Arbeiten ebenso als Auslagen behandelt werden wie diejenigen des Fremdlabors.

Da es sich um Kosten handelt, die aus Anlass einer zahnärztlichen Tätigkeit entstanden sind, können die Laborkosten nach § 9 praktisch nie alleine in Rechnung gestellt werden – zumal in der Regel der Zahnarzt als Auftraggeber auch Rechnungsempfänger ist. Seitens des Labors besteht kein Vertragsverhältnis zum Patienten. Demnach ist die Berechnung von „**isolierten Laborkosten**“ – nicht zuletzt aus Gründen der Transparenz – unzulässig. Für den Versicherten und auch die private Krankenversicherung muss der Bezug der Laborkosten zu der zugrundeliegenden zahnärztlichen Leistung immer erkennbar sein.

1.2 Zahntechnische Leistungen

Zahntechnische Leistungen sind handwerklich gefertigte Werkstücke einschließlich der dafür nötigen Teile und Legierungen, die zur Erbringung der Leistung notwendigen Arbeitsgänge sowie unumgängliche Nebenkosten des Zahntechnikers. Füllungsmaterial und in der Zahnarztpraxis konfektionierte Materialien sind dahingegen keine zahntechnischen Leistungen. Diese sind mit den Gebühren abgegolten, es sei denn, die GOZ bestimmt ausdrücklich etwas anderes (vgl. OVG NRW, Urteil vom 11. Juni 2003, Az.: 1 A 358/01; Kommentierung des zahnärztlichen Gebührenrechts für die Privatliquidation, Meurer, 2. Aufl., 1991, § 9, S. 128).

1.3 Tatsächlich entstandene Kosten

Berechnungsfähig sind nur tatsächlich entstandene Kosten, eine Pauschale kann nicht abgerechnet werden. Eine abweichende Vereinbarung oder eine Steigerung der Kosten sind ebenfalls nicht möglich. Durch Dritte eingeräumte **Rabatte** oder in anderer Form gewährte Preisnachlässe müssen an den Zahlungspflichtigen weitergegeben werden, da der Auslagensatz nicht der Gewinnerzielung des Zahnarztes dient. Anders ist dies, wenn kein zusätzlicher Gewinn entsteht, wie bei einem Bonus für die schnelle Begleichung einer Rechnung. Dies ist beispielsweise bei einem Skonto in Höhe von 3 Prozent anzunehmen, mit dem der durch die Vorfinanzierung erlittene Zinsverlust ausgeglichen werden soll (vgl. OLG Koblenz, Beschluss vom 23. September 2004, Az.: 10 U 90/04).

Erbringt der Zahnarzt selbst bzw. ein Angestellter die zahntechnischen Leistungen in einem Eigenlabor, kann nach der Gesetzesbegründung zur GOZ 1988 neben den reinen Laborkosten auch ein angemessener kalkulatorischer Gewinnanteil berücksichtigt werden.

1.4 Angemessenheit

Weitere Voraussetzung ist die Angemessenheit der Auslagen. Wann eine Auslage angemessen ist, regelt § 9 Abs. 1 nicht. Aufgrund des werkvertraglichen Charakters ist die Angemessenheit zahntechnischer Leistungen in Anlehnung an § 632 Abs. 2 BGB zu beurteilen (LG Stuttgart, Urteil vom 10. November 2009, Az.: 16 O 494/08): Bei Fehlen einer Vereinbarung ist auf die Taxe abzustellen. Existiert keine Taxe, ist die übliche Vergütung zu verlangen. Eine Taxe ist ein für eine bestimmte Leistung gesetzlich festgelegter Preis. Anders als für die gesetzliche Krankenversicherung besteht im Rahmen der Privatliquidation keine Taxe für zahntechnische Leistungen. Gemäß der amtlichen Begründung zur GOZ 1988 kann bei der Bestimmung der „Angemessenheit“ auf das für den Bereich der gesetzlichen Kranken-

versicherung zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) vereinbarte „Bundeseinheitliche Leistungsverzeichnis der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen“ (**BEL**) zurückgegriffen werden (vgl. Kommentierung des zahnärztlichen Gebührenrechts für die Privatliquidation, Meurer, 2. Aufl., 1991, § 9, S. 127). Das ist auch solange richtig und gerechtfertigt, als keine im Vergleich zu dem für gesetzliche Versicherte angefertigten Zahnersatz deutlich bessere Qualität der zahntechnischen Leistungen nachgewiesen wird. Es ist nicht einzusehen, warum für die gleiche Handwerksleistung ein höherer Preis gezahlt werden soll, nur, weil der Patient privat krankenversichert ist. Eine Unterscheidung nach Versichertenstatus ist bei rein technisch-handwerklichen Leistungen nicht statthaft. Angemessen und üblich sind die BEL-Preise, die zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Zahn Technikern ausgehandelt worden sind. Dies wird von Zahnärzten und Zahn Technikern bestritten. Auch die Rechtsprechung hat bisher keine Klärung dieser Frage herbeiführen können. Es gibt eine große Zahl von Urteilen, in denen zum Teil die Auffassung der Zahnärzte und zum Teil die Position der Kostenträger gestützt wird. Zahnärzte und Zahn Techniker gehen davon aus, dass das „BEL-Verzeichnis“ nur für gesetzlich versicherte Patienten einschlägig ist und bei privatversicherten Patienten deutlich höhere Preise in Rechnung gestellt werden können. Dagegen lässt sich einwenden, dass gemäß § 632 Abs. 2 BGB die üblichen Preise als vereinbart gelten, wenn vor Beginn der Behandlung nicht ausdrücklich eine Preisvereinbarung getroffen worden ist. Angesichts eines Anteils von gesetzlich versicherten Patienten an der Gesamtbevölkerung von ca. 90 Prozent können aber nur die „BEL-Preise“ als „üblich“ angesehen werden. Eine Unterscheidung nach dem Versicherungsstatus des Patienten ist § 632 Abs. 2 BGB nicht zu entnehmen.

Für **zahntechnische Privatleistungen** gilt die „Bundeseinheitliche Benennungsliste für zahntechnische Leistungen“ (**BEB**). Eine Taxe stellt diese nicht dar. Diese enthält selbst keine Preise, sondern stellt nur eine Kalkulationsgrundlage dar. Den genannten zahntechnischen Leistungen werden bestimmte Arbeitszeiten zugeordnet, die gemittelte Werte der anfallenden Arbeitszeiten darstellen (vgl. LG Mannheim, Urteil vom 7. Dezember 2007, Az.: 1 S 178/06).

Einige private Krankenversicherungen verfügen über sog. **Sachkostenlisten**. Sofern diese Vertragsbestandteile eines Versicherungsvertrags sind, erfolgt die Erstattung zwischen dem Versicherten und seiner privaten Krankenversicherung auf Basis dieser Sachkostenliste. Diese haben jedoch keine Auswirkungen auf das Vertragsverhältnis zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigen, denn es handelt sich um unterschiedliche vertragliche Beziehungen. Das bedeutet, dass es in diesen Fällen zu einem Selbstbehalt des Zahlungspflichtigen kommen kann.

1.5 Abgeltung nach dem Gebührenverzeichnis

Vom Labor berechnete Leistungen darf ein Zahnarzt nicht in jedem Fall an seinen Patienten weitergeben. Eine Auslage kann nicht berechnet werden, wenn diese bezüglich einzelner zahnärztlicher Leistungen bereits **im Gebührenverzeichnis als mit abgegolten bezeichnet** wird, beispielsweise die für die kieferorthopädische Multibandbehandlung erforderlichen

Hilfsmittel (vgl. Abschnitt G, Kieferorthopädische Leistungen, Allgemeine Bestimmungen, Nr. 1 für Leistungen nach den Nummern 6100, 6120, 6140 und 6150). Dieses Verbot gilt auch bei einer **Anfertigung in einem Fremdlabor**. Obwohl dem Zahnarzt die Kosten von dem Fremdlabor in Rechnung gestellt werden, muss er diese aus seinen Gebühren bezahlen (vgl. Kommentierung des zahnärztlichen Gebührenrechts für die Privatliquidation, Meurer, 2. Aufl., 1991, § 9, S. 127).

1.6 Rechnung

Voraussetzung für die Fälligkeit der Vergütung ist, dass die Auslagen in der Rechnung im Einzelnen aufgeführt und genau bezeichnet werden (vgl. § 10 Abs. 1 i. V. m. Abs. 2 Nr. 5). Die für jede Auslage maßgeblichen Beträge sind anzugeben, Belege bzw. sonstige Nachweise über die Auslagen sind der Rechnung nach § 10 Abs. 3 Sätze 4 und 5 beizufügen. Die Vorlage eines allgemeinen Preisauszuges aus einem Katalog oder eine Materialsammelrechnung an den behandelnden Zahnarzt genügt nicht, vielmehr müssen die aus der individuellen Behandlung des Patienten erwachsenden Kosten ersichtlich und nachvollziehbar sein (vgl. OLG Köln, Urteil vom 19. Januar 2000, Az.: 5 U 163/99).

1.7 Leistung nach der GOÄ

Werden Leistungen aus dem Gebührenverzeichnis der GOÄ berechnet, bestimmt § 10 GOÄ, für welche Auslagen im Zusammenhang mit diesen Leistungen Ersatz gefordert werden kann (siehe auch Anmerkungen zu § 6 Abs. 2).

2 Erläuterungen zu § 9 Abs. 2

2.1 Kostenvoranschlag

Der mit der GOZ 2012 neu eingefügte § 9 Abs. 2 verpflichtet den Zahnarzt, dem Zahlungspflichtigen vor der Behandlung einen Kostenvoranschlag über die voraussichtlichen Kosten anzubieten und auf Verlangen vorzulegen, sofern die Kosten für zahntechnische Leistungen voraussichtlich **1.000 Euro überschreiten**. Der Verordnungsgeber bezweckt mit dem Kostenvoranschlag, für den Zahlungspflichtigen Transparenz hinsichtlich der zahntechnischen Leistungen zu schaffen.

Der Zahnarzt muss einen Kostenvoranschlag zunächst nur mündlich anbieten und darlegen. Der Zahlungspflichtige kann jedoch eine **Vorlage in Textform** verlangen, insbesondere um diese bei seinem Kostenträger einzureichen. Die Textform setzt nach der Formvorschrift des § 126b BGB eine schriftliche Fixierung voraus, damit der Empfänger in der Lage ist, den Kostenvoranschlag zu speichern. Dies kann in Papierform erfolgen; eine elektronische Übermittlung, etwa per E-Mail, genügt jedoch auch. Anders als bei einer vorgeschriebenen Schriftform (§ 126 BGB) bedarf es keiner Unterschrift. Sofern der Zahlungspflichtige einen Kostenvoranschlag verlangt, darf erst nach der Erläuterung bzw. der schriftlichen Vorlage mit der Behandlung begonnen werden.

Erforderlich ist zudem der **Zugang** dieser Erklärung (vgl. § 130 Abs. 1 BGB). Eine Übermittlung per E-Mail kann daher nur erfolgen, wenn der Zahlungspflichtige dem Zahnarzt zu erkennen gegeben hat, dass er mit einer Übermittlung per E-Mail einverstanden ist. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn er diesen selbst per E-Mail kontaktiert hat.

Die Beschränkung auf eine Überschreitung von 1.000 Euro soll einen unverhältnismäßigen Aufwand bei kleineren Reparaturen vermeiden. Aus dem eindeutigen Wortlaut des § 9 Abs. 1 folgt nur eine Verpflichtung zum Angebot eines Kostenvoranschlages „vor der Behandlung“.

Neben den **voraussichtlichen Gesamtkosten** der zahntechnischen Leistungen müssen die **voraussichtlich verwendeten Materialien** im Kostenvoranschlag angegeben werden. Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen, Berechnungsgrundlage und Herstellungsort sind auf Verlangen näher zu erläutern, da dies im Rahmen der Erstattung gegenüber dem jeweiligen Kostenträger des Zahlungspflichtigen von Bedeutung sein kann. Eine Textform ist für die Erläuterung nicht vorgeschrieben, jedoch wünschenswert und insbesondere zur Beweissicherung angezeigt.

2.2 Heil- und Kostenplan

Sofern eine Behandlung auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplanes für einen Zeitraum von mehr als 12 Monaten geplant worden ist, ist ein Kostenvoranschlag nach § 9 Abs. 2 Satz 2 nur dann anzubieten, wenn innerhalb der ersten sechs Monate voraussichtlich Kosten für zahntechnische Leistungen von mehr als 1.000 Euro entstehen.

2.3 Überschreitung um mehr als 15 Prozent

Ein Kostenvoranschlag ist eine unverbindliche fachmännische Einschätzung der voraussichtlich anfallenden Kosten, die der Zahnarzt auf der Grundlage der ihm vor Beginn der Behandlung zur Verfügung stehenden Informationen vorgenommen hat. Da es sich nicht um einen Vertragsbestandteil, sondern lediglich um die **Geschäftsgrundlage** handelt (§ 313 BGB), kann grundsätzlich von einem Kostenvoranschlag abgewichen werden (vgl. *Sprau*, in: Palandt, 75. Aufl., 2016, § 650 Rn. 1).

Bei einer voraussichtlichen Abweichung um mehr als 15 Prozent ist eine unverzügliche Unterrichtung in Textform (§ 126b BGB) erforderlich. Diese kann beispielsweise per E-Mail, Fax oder Brief erfolgen, eine mündliche Unterrichtung genügt nicht.

Unverzüglichkeit ist in § 121 BGB definiert und verlangt ein Handeln „ohne schuldhaftes Zögern“. Abzustellen ist auf die subjektive Zumutbarkeit; es kommt auf die Kenntnisse und die persönliche Sichtweise des Zahnarztes an. Nicht erforderlich ist, dass die Handlung sofort vorgenommen wird, denn es besteht eine nach den Umständen des Einzelfalls angemessene Prüfungs- und Überlegungsfrist (BGH, Urteil vom 15. März 2005, Az.: VI ZB 74/04).

Bei einer derartigen Überschreitung steht dem Zahlungspflichtigen ein **Kündigungsrecht** nach § 650 Abs. 1 BGB zu. Bedacht werden muss, dass dem Zahnarzt in diesem Fall ebenfalls ein Ersatzanspruch aus § 645 Abs. 1 BGB zustehen kann. Dieser kann einen der geleis-

teten Arbeit entsprechenden Teil der Vergütung und Ersatz der in der Vergütung nicht inbegriffenen Auslagen verlangen.

2.4 Vergütung des Kostenvoranschlages

Ein Kostenvoranschlag ist in der Regel **nicht zu vergüten**. Zwar trifft § 9 diesbezüglich keine Regelung, nach der allgemeinen zivilrechtlichen Regelung für Kostenvoranschläge in § 632 Abs. 3 BGB sind Kostenvoranschläge im Zweifel jedoch nicht zu vergüten. Der Zahnarzt kann somit für die Erstellung keine Vergütung in Rechnung stellen.

§ 10 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung, Rechnung

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

(2) Die Rechnung muss insbesondere enthalten:

- 1. das Datum der Erbringung der Leistung,*
- 2. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer verständlichen Bezeichnung des behandelten Zahnes und einer in der Leistungsbeschreibung oder einer Abrechnungsbestimmung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,*
- 3. bei Gebühren für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privat-zahnärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 7,*
- 4. bei Entschädigungen nach § 8 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,*
- 5. bei Ersatz von Auslagen nach § 9 Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen und deren Preise sowie die direkt zurechenbaren Materialien und deren Preise, insbesondere Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis der verwendeten Legierungen,*
- 6. bei nach dem Gebührenverzeichnis gesondert berechnungsfähigen Kosten Art, Menge und Preis verwendeter Materialien; die Auslagen sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern.*

(3) Überschreitet die berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nummer 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. Soweit im Fall einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 auch ohne die getroffene Vereinbarung ein Überschreiten der in Satz 1 genannten Steigerungssätze gerechtfertigt gewesen wäre, ist das Überschreiten auf Verlangen des Zahlungspflichtigen schriftlich zu begründen; die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend. Die Bezeichnung der Leistung nach Absatz 2 Nr. 2 kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigelegt ist, der die Bezeichnung für die abgerechnete Leistungsnummer entnommen werden kann. Bei Auslagen nach Absatz 2 Nr. 5 ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen. Wurden zahntechnische Leistungen in Auftrag gegeben, ist eine den Erfordernissen des Absatzes 2 Nr. 5 entsprechende Rechnung des Dentallabors beizufügen; insoweit genügt es, in der Rechnung des Zahnarztes den Gesamtbetrag für diese Leistungen anzugeben. Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 Satz 2 und § 2 Abs. 3), sind als solche zu bezeichnen.

(4) Wird eine Leistung nach § 6 Absatz 1 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis "entspre-

chend" sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.

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

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

1 Erläuterungen zu § 10 Abs. 1

1.1 Vorbemerkungen

§ 10 Abs. 1 bestimmt, ab wann ein Zahnarzt eine Vergütung verlangen kann und der Zahlungspflichtige diese leisten muss. Dieser Zeitpunkt wird als sog. **Fälligkeit** bezeichnet (vgl. § 271 BGB). Die Fälligkeit tritt nach § 10 Abs. 1 Satz 1 ein, wenn der Zahnarzt dem Zahlungspflichtigen eine differenzierte und detaillierte Rechnung unter Verwendung des in Anlage 2 vorgegebenen **Rechnungsformulars** erstellt hat. Anders als nach der GOZ 1988 oder der GOÄ besteht nach der GOZ 2012 die Verpflichtung, die Rechnung nach einem amtlichen Muster zu erstellen. Nach der Gesetzesbegründung wird damit eine automatisierte formale Prüfung mit vertretbarem Aufwand und zu wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ermöglicht, ohne dass dadurch zusätzliche Belastungen für die Zahnärzte entstehen, denn das einheitliche Formular enthält weitestgehend seit jeher bekannte verbindliche Angaben.

1.2 Fälligkeit der Vergütung

§ 10 Abs. 1 Satz 1 knüpft die Fälligkeit der Vergütung an die **Einhaltung bestimmter Formvorschriften**. Die zahnärztliche Vergütung wird demnach erst fällig, wenn die Rechnung die formellen Voraussetzungen in § 10 Abs. 1 bis 4 erfüllt.

Wann eine Vergütung fällig ist, bestimmt sich grundsätzlich nach dem jeweiligen Vertragstyp. Bei dem zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigen geschlossenen Vertrag handelt es sich um einen „Behandlungsvertrag“, der in § 630a BGB geregelt ist. Auf diesen finden nach § 630b BGB die Vorschriften des Dienstvertrages Anwendung soweit nicht etwas anderes bestimmt ist (§§ 611 ff. BGB). Grundsätzlich ist die Vergütung bei Dienstleistungen gem. § 614 BGB nach der Leistung der Dienste zu entrichten. Für die GOZ würde dies bedeuten, dass die Vergütung nach Abschluss der Behandlung zu zahlen wäre. § 10 Abs. 1 Satz 1 stellt diesbezüglich eine vorrangige Spezialregelung dar, nach der nicht die Erbringung der Dienstleistung, sondern der **Zeitpunkt der Rechnungsstellung** entscheidend ist. Das bedeutet, dass der Zahnarzt seine Vergütung erst verlangen kann, wenn er dem Zahlungspflichtigen eine der GOZ entsprechende Rechnung erteilt hat.

Der Eintritt der Fälligkeit ist relevant für den durch eine Mahnung (§ 286 Abs. 1 BGB) oder den ohne Mahnung nach 30 Tagen eintretenden (§ 286 Abs. 3 BGB) **Schuldnerverzug**. So-

lange keine der GOZ entsprechende Rechnung erstellt wurde, kann Verzug auch nicht durch eine Mahnung eintreten. Dies hat zur Folge, dass der Zahlungspflichtige beispielsweise auch keine Zinsen für eine verspätete Zahlung zu leisten hat.

Bedeutung hat die Fälligkeit darüber hinaus für den Beginn der **Verjährung** (§§ 195, 196 BGB). Bei Vergütungsansprüchen nach der GOZ beträgt die Verjährungsfrist gem. § 195 BGB drei Jahre. Sie beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist (vgl. § 199 Abs. 1 BGB). Wie bereits erläutert, entsteht der Anspruch im Zeitpunkt der ordnungsgemäßen Rechnungsstellung. Leistungen, die nicht in Rechnung gestellt werden, können nicht verjähren. Der Zahnarzt kann die Verjährung seiner Ansprüche somit durch den Zeitpunkt der Rechnungsstellung beeinflussen. Eine verzögerte Rechnungsstellung kann sich jedoch auch **zulasten des Zahnarztes** auswirken, wenn durch den Zeitablauf bedingte Beweisschwierigkeiten auftreten. Diesbezüglich trägt der Zahnarzt die Beweislast.

Darüber hinaus kann ein zu langes Abwarten zur Folge haben, dass ein Anspruch „verwirkt“. Das bedeutet, dass der Zahnarzt den Anspruch nicht mehr geltend machen kann, obwohl er ggf. noch nicht verjährt ist. Bei der **Verwirkung** handelt es sich um ein allgemeines Rechtsinstitut, welches von der Rechtsprechung aus § 242 BGB (Treu und Glauben) entwickelt wurde. Danach liegt ein widersprüchliches Verhalten vor, wenn eine längere Zeit vergangen ist und sich der Zahlungspflichtige zudem darauf einstellen konnte, dass der Zahnarzt seinen Vergütungsanspruch nicht mehr geltend macht (vgl. BGH, Urteil vom 26. Mai 1992, Az.: VI ZR 230/91).

1.3 Rechnungsformular

Nach § 10 Abs. 1 Satz 1 muss der Zahnarzt das in Anlage 2 enthaltene Rechnungsformular verwenden. Diese Anlage kann durch das BMG geändert werden. Bereits vor Inkrafttreten hat das Ministerium ein neues Formular veröffentlicht, das seit 2. Juli 2012 verpflichtend von den Zahnärzten verwendet werden muss.

Durch die Anwendung des Rechnungsformulars wird in der Praxis die **Qualität der Datenauslese** in den Häusern der Privaten Krankenversicherung und der Beihilfe gesteigert. Aufwendige (manuelle) Nachkorrekturen können dadurch entfallen. Das führt dazu, dass Leistungsanträge schneller und unbürokratischer bearbeitet werden können. Zahnärzte und Zahlungspflichtige profitieren durch kürzere Bearbeitungswege und schnellere Entscheidungen.

Vor dem Hintergrund der sehr kurzfristigen Umsetzung haben die Private Krankenversicherung und die Beihilfe auf Bitten des BMG in den ersten Monaten der zahnärztlichen Softwareumstellung auch Rechnungen akzeptiert, die nicht der Anlage 2 der GOZ entsprechen. Dennoch ist es der Zahnärzteschaft nach über 4 Jahren „neuer GOZ“ offensichtlich nicht gelungen, die Vorschriften entsprechend umzusetzen.

Eine von Zahnarztfunktionären angestregte **Klage vor dem VG Köln** gegen das Rechnungsformular hatte keinen Erfolg. Das Gericht hat klargestellt, dass § 1 Abs. 1 rechtmäßig ist, wonach die Fälligkeit der Vergütung von der Verwendung eines bestimmten Rechnungsformulars abhängig ist. Weder liege ein unverhältnismäßiger Eingriff in die Berufsfreiheit des Zahnarztes vor noch werde durch das Rechnungsformular der durch § 15 Satz 3 ZHG ge-

steckte Rahmen verlassen. Vielmehr sei der Eingriff wegen der bezweckten Aufwandsminimierung und Beschleunigung im Erstattungsverfahren im Interesse sowohl der Patienten als auch der Zahnärzte gerechtfertigt (vgl. VG Köln, Urteil vom 3. November 2015, Az.: 7 K 3279/13).

Die Verwendung des Rechnungsformulars obliegt allein dem Zahnarzt. Auch wenn er eine **Abrechnungsgesellschaft** beauftragt, trägt er die Verantwortung, dass eine den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Rechnung erstellt wird. Nur wenn er seinen Vergütungsanspruch an die Abrechnungsgesellschaft abtritt, ist diese neue Forderungsinhaberin und für die ordnungsgemäße Rechnungsstellung verantwortlich.

Bleiben diese gesetzlich geregelten Formvorschriften unbeachtet, ist der Zahlungspflichtige nach geltendem Recht nicht verpflichtet, die Rechnung zu bezahlen. Eine fällige Rechnung ist Grundvoraussetzung für die Zahlung durch den Zahlungspflichtigen sowie eine tarifliche Kostenerstattung durch die Private Krankenversicherung und die Beihilfe (vgl. VG Köln, Urteil vom 3. November 2015, Az.: 7 K 3279/13). Dementsprechend ist die private Krankenversicherung auch gegenüber ihrem Versicherten nicht verpflichtet, den Rechnungsbetrag zu erstatten.

2 Erläuterungen zu § 10 Abs. 2

2.1 Vorbemerkungen

§ 10 Abs. 2 enthält die **formalen Mindestanforderungen**, welche eine zahnärztliche Rechnung nach der GOZ erfüllen muss. Diese entsprechen im Wesentlichen den Angaben, die eine ärztliche Rechnung nach § 12 Abs. 2 GOÄ enthalten muss; teilweise wurden diese aufgrund der Besonderheiten der zahnärztlichen Versorgung modifiziert. Darüber hinaus ergeben sich aus Abs. 3 und 4 bei Vorliegen der entsprechenden Anwendungsvoraussetzungen weitere zwingend zu beachtende Rechnungsvorgaben. Die Angaben sollen Nachvollziehbarkeit und Transparenz schaffen und damit eine Nachprüfung der Vergütungsforderung möglich machen. Dies gilt sowohl mit Blick auf den Zahlungspflichtigen als auch insbesondere auf die Beihilfestellen und die Private Krankenversicherung, da der Zahlungspflichtige eine Rechnungsprüfung in der Regel nicht selbst durchführen kann. Eine ordnungsgemäße Rechnungsstellung kann – auch im Interesse des Zahnarztes – wesentlich dazu beitragen, den durch Rückfragen und Beanstandungen entstehenden Kosten- und Zeitaufwand so gering wie möglich zu halten.

Dem Wortlaut „Die Rechnung muss **insbesondere** enthalten“ ist zu entnehmen, dass die Aufzählung der Anforderungen nicht abschließend ist. Das bedeutet, dass ein Zahnarzt darüber hinaus weitere Angaben in die Rechnung mit aufnehmen kann bzw. muss. Insbesondere kann die „**Diagnose**“ anzugeben sein. Zwar wurde nach der amtlichen Begründung zur GOZ 1988 darauf verzichtet, dies als Pflichtangabe einzuführen, weil sich die Diagnose bei der zahnmedizinischen Therapie in der Regel bereits aus der Leistungsbeschreibung ergebe. Zu Recht führt die amtliche Begründung jedoch aus, dass die Angabe auf Verlangen des Patienten erfolgen müsse, wenn dieser die Diagnose zur Erstattung seiner Aufwendungen

durch eine Erstattungsstelle benötige. Denn die Diagnose ist eine wesentliche Grundlage für die Prüfung der Rechnung und der Leistungspflicht der Kostenträger, vor allem dahingehend, ob eine medizinische Indikation vorliegt. Als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag kann der Zahnarzt deshalb im Einzelfall verpflichtet sein, eine Diagnose anzugeben (vgl. Kommentierung des zahnärztlichen Gebührenrechts für die Privatliquidation, Meurer, 2. Aufl., 1991, § 10, S. 132; *Miebach*, in: Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, 3. Auflage, 2006, § 12 Rn. 15 – zur gleichlautenden Regelung in § 12 Abs. 2 GOÄ).

2.2 Rechnungsinhalt

Folgende Angaben muss die Rechnung zwingend enthalten:

Nr. 1 das Datum Erbringung der Leistung

Das Datum der Leistungserbringung muss für jede zahnärztliche Leistung benannt werden. Bei Komplexleistungen genügt das Datum, an dem die wichtigsten Bestandteile der Leistung vorgenommen wurden und die Leistung im Wesentlichen als erbracht anzusehen ist.

Nr. 2 bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer verständlichen Bezeichnung des behandelten Zahnes und einer in der Leistungsbeschreibung oder einer Abrechnungsbestimmung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz

Aus den in Nr. 2 festgelegten Angaben ist zu entnehmen, welche Leistung erbracht wurde und wie diese im Einzelnen zu vergüten ist. In der Rechnung muss die GOZ-Nr. bzw. die GOÄ-Nr. angegeben werden.

Außerdem ist die in der GOZ bzw. GOÄ enthaltene Leistungsbeschreibung aufzunehmen. Diese kann abgekürzt werden, solange sie für den Patienten verständlich bleibt. Einer Bezeichnung der Leistung in der Rechnung bedarf es nicht, wenn der Rechnung eine gesonderte Zusammenstellung beigelegt wird, aus der sich die Bezeichnungen ergeben (vgl. § 10 Abs. 3 Satz 3). Sofern mehrere Rechnungen erstellt werden, muss diese Zusammenstellung jeder Rechnung beigelegt werden.

Der jeweils behandelte Zahn muss ebenfalls benannt und der Leistung zugeordnet werden. Die Benennung kann nach einem Zahnschema, insbesondere dem international verwendeten FDI-System, erfolgen. Dem Zahlungspflichtigen muss dieses ggf. erläutert werden. Der Angabe eines bestimmten Zahns bedarf es jedoch nicht, wenn die Leistung nicht an einem bestimmten Zahn vorgenommen bzw. auf einen bestimmten Zahn bezogen ist, sondern den Zustand des Kiefers oder der Mundhöhle im Allgemeinen betrifft. Dies ist beispielsweise bei der eingehenden Untersuchung nach der GOZ-Nr. 0010 der Fall (vgl. Kommentierung des zahnärztlichen Gebührenrechts für die Privatliquidation, Meurer, 2. Aufl., 1991, § 10, S. 134).

Sofern die GOZ für eine Leistung eine bestimmte Mindestdauer vorsieht, muss diese in der Rechnung angegeben werden. Für die Erstellung eines Mundhygienestatus nach der GOZ-Nr. 1000 muss daher beispielsweise eine Mindestzeitdauer von 25 Minuten vermerkt werden. Daneben verlangt Nr. 2, dass der Betrag angegeben wird. Dies ist nicht der im Gebührenverzeichnis hinter jeder Leistung angegebene „Einfachsatz“, sondern der sich unter Anwendung des Steigerungssatzes ergebende Rechnungsbetrag, also der mit dem jeweiligen Steigerungssatz multiplizierte Einfachsatz.

Nr.3 bei Gebühren für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 7

Wird eine zahnärztliche Leistung stationär erbracht, muss zusätzlich der sich aus § 7 Abs. 1 ergebende Minderungsbetrag angegeben werden.

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

Wird eine Entschädigung nach § 8 berechnet, muss aus der Rechnung ersichtlich sein, um welche Entschädigung es sich handelt: Wegegeld oder Reiseentschädigung. Darüber hinaus sind der Betrag sowie die Berechnung aufzunehmen.

Für ein Wegegeld sind beispielsweise bei einem Radius von 7 km zwischen Praxisstelle und Besuchsstelle folgende Angaben in der Rechnung zu machen: „Wegegeld, 7 km, 12,30 Euro“. Erfolgt der Besuch bei Nacht, also zwischen 20 Uhr und 8 Uhr, muss dies ebenfalls angegeben werden. Wird eine Reiseentschädigung berechnet, da die Entfernung der Praxisstelle zur Besuchsstelle z. B. 30 km beträgt, und dabei das eigene Kraftfahrzeug benutzt, lauten die erforderlichen Angaben: „Reiseentschädigung, 60 km á 0,42 Euro, 25,20 Euro“.

Ist die Entschädigung aufgrund des Besuches mehrerer Patienten einer häuslichen Gemeinschaft bzw. in einem Heim nur anteilig berechnungsfähig (vgl. § 8 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 Satz 3), ist dies ebenfalls in der Rechnung anzugeben.

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

Werden Auslagen für zahntechnische Leistungen nach § 9 geltend gemacht, müssen Art, Umfang und Ausführung in die Rechnung aufgenommen werden. Unter Art der Auslage sind insbesondere Angaben wie Verblendungskrone, Bisschablone oder Zahnprothese zu machen (vgl. Kommentierung des zahnärztlichen Gebührenrechts für die Privatliquidation, Meurer, 2. Aufl., 1991, § 10, S. 135). Der Umfang ist die konkrete Ausgestaltung, also etwa Totalprothese oder herausnehmbarer Ersatz. Im Rahmen der Ausführung sind Angaben zu den geplanten Materialien zu machen. Für jede Auslage muss ein Preis angegeben werden, ein Pauschalpreis kommt nicht in Betracht.

Ist einer Leistung ein Material direkt zurechenbar, muss dieses ebenfalls mit Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis angegeben werden. Das Gewicht umfasst das tatsächlich in dem fertigen Stück verbrauchte Gewicht, einschließlich der bei der Verarbeitung verloren gegangenen Materialien. Hinsichtlich des Tagespreises ist der Tag der Verarbeitung im Labor relevant, nicht der Einkaufs- oder Rechnungspreis. Ergeben sich zwischen Verarbeitung im Labor und der Inrechnungstellung Gewinne bzw. Verluste, trägt diese derjenige, der die Legierung beschafft hat (vgl. Liebold/Raff/Wissing, GOZ-Kommentar, 99. Lfg., Stand Februar 2012, § 10 Rn. 31).

Nach § 10 Abs. 3 Satz 5 muss ein Beleg oder Nachweis beigefügt werden. Wurde die Leistung in einem zahntechnischen Labor erbracht, bedarf es der Rechnung des Dental-labors. In seiner Rechnung muss der Zahnarzt nur den Gesamtbetrag der zahntechnischen Leistung ausweisen (§ 10 Abs. 3 Satz 6). Enthält die Rechnung des zahntechnischen Labors die nach Nr. 5 erforderlichen Angaben dagegen nicht, müssen diese zusätzlich vom Zahnarzt in seine Rechnung aufgenommen werden. Ggf. muss der Gesamtbetrag gekürzt werden, wenn bestimmte Leistungen nach dem Gebührenverzeichnis nicht gesondert berechnungsfähig sind. Bei einer Leistung im Eigenlabor muss eine Eigenrechnung oder eines sonstiger geeigneter Nachweis beigefügt werden.

Nr. 6 bei nach dem Gebührenverzeichnis gesondert berechnungsfähigen Kosten Art, Menge und Preis verwendeter Materialien; die Auslagen sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern

Ergibt sich die gesonderte Berechnung verwendeter Materialien nicht aus § 9, sondern aus dem Gebührenverzeichnis, wie etwa die Kosten für konfektionierte Kronen nach GOZ-Nr. 2250, sind Art, Menge und Preis der verwendeten Materialien anzugeben. Auf Wunsch sind dem Zahlungspflichtige diese Kosten näher zu erläutern. § 10 enthält keine Formvorschrift für die Erläuterung. Sie kann daher auch mündlich erfolgen. Die Vorlage von Belegen kann der Patient – anders als noch in der GOZ 1988 – nicht verlangen. Diese Neuregelung stellt allerdings keine praktikable Lösung und für die Kostenerstattungsstellen einen Rückschritt hinsichtlich der Rechnungsprüfung dar. Nicht in Rechnung gestellt werden dürfen Materialien, die nicht brauchbar waren, denn aus dem Behandlungsvertrag schuldet der Zahnarzt eine brauchbare Leistung (vgl. Kommentierung des zahnärztlichen Gebührenrechts für die Privatliquidation, Meurer, 2. Aufl., 1991, § 10, S. 136).

3 Erläuterungen zu § 10 Abs. 3

3.1 Begründung bei Überschreitung des 2,3fachen Gebührensatzes

Wird der Schwellenwert in Höhe des 2,3fachen Gebührensatzes überschritten, muss der Zahnarzt diese Überschreitung nach § 10 Abs. 3 Satz 1 schriftlich begründen. Die Begründung muss anhand der **Bemessungskriterien** des § 5 Abs. 2 erfolgen: Schwierigkeit und Zeitaufwand der einzelnen Leistung sowie Umstände bei der Ausführung. Dabei genügt die bloße Nennung dieser Bemessungskriterien nicht (OVG NRW, Urteil vom 20. April 2016, Az.: 6t A 2817/13.T – zur gleichlautenden Regelung in § 12 Abs. 2 Nr. 2 GOÄ). Vielmehr muss im

Einzelfall begründet werden, welche Besonderheiten zu der berechneten Gebühr geführt haben. Das kann bei dem Kriterium des Zeitaufwandes z. B. die genaue Angabe der Zeit sein oder beim Kriterium der Schwierigkeit der Leistung die besondere Art der eingetretenen Komplikation.

Bei der erforderlichen Begründung im Einzelfall muss es sich um eine personen- bzw. patientenbezogene Begründung handeln, d. h. dass die Besonderheiten, die eine Überschreitung des 2,3fachen Gebührensatzes rechtfertigen würden, gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten und nicht bei der Mehrzahl der Behandlungsfälle aufgetreten sein müssen.

Nach dem Wortlaut muss die Begründung für den Zahlungspflichtigen „**verständlich und nachvollziehbar**“ sein. Eine Überfrachtung mit medizinischen Fachausdrücken, die nicht allgemein bekannt sind, erfüllt diese Voraussetzung regelmäßig nicht. Eine stichwortartige Begründung ist in der Regel ausreichend, sofern die Verständlichkeit gewahrt bleibt. In jedem Fall muss diese in Worte gefasst sein und darf nicht lediglich Kürzel enthalten (vgl. OVG Niedersachsen, Beschluss vom 12. August 2009, Az.: 5 LA 368/08; OVG NRW, Beschluss vom 20. Oktober 2004, Az.: 6 A 215/02).

Die Begründung muss in der Regel hinsichtlich **jeder einzelnen Leistung** erfolgen, da die Bemessungskriterien regelmäßig nicht auf alle Gebührenpositionen zutreffen. Aus der Rechnung muss eindeutig erkennbar sein, auf welche Leistung sich das jeweilige Bemessungskriterium bezieht. Dabei genügt es beispielsweise nicht, eine Fülle von Umständen aufzulisten, die vom theoretischen Ansatz her im Allgemeinen einen höheren Gebührensatz rechtfertigen könnten und die möglicherweise die Behandlung des jeweils betroffenen Patienten in ihrer Gesamtheit charakterisieren (vgl. OLG Köln, Beschluss vom 13. März 2015, Az.: 5 U 110/14). Zu beachten ist auch, dass bereits in der Leistung enthaltene Bemessungskriterien nicht erneut gebührenerhöhend herangezogen werden dürfen (vgl. § 5 Abs. 2 Satz 3) und somit auch nicht zur Begründung angeführt werden können.

Neben der Begründung der Überschreitung des Regelhöchstsatzes in der Rechnung muss der Zahnarzt auch seiner wirtschaftlichen Aufklärungspflicht nachkommen, d. h. dass Gebühren mit einem Steigerungssatz über dem Regelhöchstsatz (also dem 2,3fachen Gebührensatz) nur dann in Ansatz gebracht werden dürfen, wenn der Patient vor der Behandlung darauf hingewiesen wurde (so das OLG Köln in seinem Urteil vom 1. Juli 1996, Az.: 5 U 196/95).

Lediglich in Fällen, in denen die Erschwernis, die die Erhöhung des Steigerungsfaktors rechtfertigt, nicht vorhersehbar war, ist eine Ausnahme von diesem Grundsatz gerechtfertigt. Der Patient rechnet damit, dass die Liquidation üblicherweise im Rahmen der Regelspanne erfolgt. Er hat grundsätzlich das Recht zu wissen, welche Kosten ihm entstehen, da nicht selten – auch bei Absicherung des Krankheitsrisikos durch eine private Krankenversicherung – ein nicht unerheblicher Teil der Behandlungskosten vom Patienten/Versicherten selbst zu tragen ist. Der Patient darf nicht erst nach Abschluss der Behandlung mit besonders hohen, über dem Regelhöchstsatz liegenden Gebühren überrascht werden, sondern muss vorher über die Absichten des Zahnarztes informiert werden. Er muss dem Patienten deshalb –

durch einen aufklärenden Hinweis – Gelegenheit geben, sich "umzusehen", ob er die gleiche Behandlung andernorts nicht gegen ein in der Regelspanne liegendes Honorar erhalten kann (vgl. Haberstroh, VersR 2000, 538).

Dieses Gebot muss heute vor dem Hintergrund größerer Preistransparenz durch die berufs- und verfassungsrechtlich legitimierten Preis- und Auktionsportale für zahnärztliche Leistungen und Zahnersatz erst recht gelten, da der Patient sich mit Hilfe dieser Portale bspw. auch darüber informieren kann, ob andere Zahnärzte dieselbe Leistung innerhalb der Regelspanne erbringen können.

3.2 Begründungserläuterung auf Verlangen

Sofern der Zahlungspflichtige dies verlangt, muss der Zahnarzt die Begründung näher erläutern. Erfüllt die Rechnung die zuvor genannten Anforderungen besteht regelmäßig kein Anlass für eine nähere Erläuterung. Eine bestimmte Form regelt § 10 Abs. 3 nicht, sodass hier auch eine **mündliche Erläuterung** genügt – im Gegensatz zur Begründung, welche ausdrücklich „schriftlich“ zu erfolgen hat. Die Erläuterung benötigt der Zahlungspflichtige in der Regel zur Geltendmachung seines Anspruches gegenüber seinem Kostenträger. Ist dies der Fall, muss die Erläuterung als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag schriftlich erteilt werden (vgl. BZÄK, Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes)Zahnärztekammern, GOZ, Stand Oktober 2015 GOZ, § 10 Rn. 9).

3.3 Begründung bei abweichender Vereinbarung

Auch im Rahmen einer abweichenden Vereinbarung kann eine schriftliche Begründung erforderlich sein. Dies ist nach § 10 Abs. 3 Satz 3 dann der Fall, wenn auch ohne die getroffene Vereinbarung ein Überschreiten der in Satz 1 genannten Steigerungssätze gerechtfertigt gewesen wäre. Inhaltlich muss die Begründung Satz 1 und 2 entsprechen. Das bedeutet, dass insbesondere die Bemessungskriterien des § 5 Abs. 2 zu beachten sind (siehe auch Anmerkungen zu § 2 Abs. 2). Zu beachten ist in diesem Zusammenhang der **21. Beschluss des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen**:

„Eine Überschreitung des 3,5 Steigerungssatzes im Rahmen einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 GOZ erfordert dann eine Begründung auf Verlangen des Zahlungspflichtigen, wenn der Vereinbarung Kriterien gem. § 5 Absatz 2 GOZ zugrunde liegen. Die Wirksamkeit der Vereinbarung bleibt hiervon unberührt.“

3.4 Verlangensleistung

§ 10 Abs. 3 Satz 7 ist zu entnehmen, dass Verlangensleistungen (§ 1 Abs. 2 Satz 2 und § 2 Abs. 3) in der Rechnung **als solche bezeichnet** werden müssen. Die Rechnung muss also zwischen Verlangensleistungen und sonstigen Leistungen unterscheiden. Sinn und Zweck dieser Vorschrift ist es, Transparenz zu schaffen, denn Verlangensleistungen sind im Rahmen einer privaten Krankenversicherung sowie der Beihilfe regelmäßig nicht erstattungsfähig.

Nach dem Ordnungsgeber soll einer Rechnung damit zu entnehmen sein, ob eine Leistung über das Maß einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgeht. Die Bezeichnung ist in der Weise vorzunehmen, dass einer Verlangensleistung die Worte „**auf Wunsch**“ anzufügen sind. Dies ergibt sich aus dem Rechnungsformular in Anlage 2, welches Bestandteil der Gebührenordnung ist. Die Vereinbarung muss nicht beigefügt werden.

4 Erläuterungen zu § 10 Abs. 4

§ 10 Abs. 4 legt fest, welche Angaben bei einer **Analogberechnung** zusätzlich in der Rechnung aufgeführt werden müssen. Fehlt eine Angabe ist die Vergütung nicht fällig. Eine Vergütungspflicht besteht folglich nicht.

Die erbrachte Leistung muss für den Patienten **verständlich beschrieben** werden. Zudem muss die Rechnung die **Nummer** und die **Bezeichnung** der analog berechneten Leistung beinhalten. Die Leistung muss mit dem Hinweis „**entsprechend**“ gekennzeichnet sein (vgl. BZÄK, Kommentar der Bundeszahnärztekammer in Zusammenarbeit mit den (Landes-) Zahnärztekammern, GOZ, Stand Oktober 2015 GOZ, § 10 Rn. 15). Zusätzlich muss der Gebührennummer ein „**a**“ angefügt werden. Es genügt nicht, wie weitverbreitet, lediglich der als gleichwertig herangezogenen Gebühr den Buchstaben „a“ anzufügen und den Zusatz „entsprechend“ wegzulassen (siehe auch Anmerkungen zu § 6 Abs. 1).

Die **weiteren formalen Rechnungsvorgaben** des § 10 (z. B. Angabe des Betrages) müssen auch bei einer Analogabrechnung eingehalten werden.

5 Erläuterungen zu § 10 Abs. 5

§ 10 Abs. 5 ermöglicht, mit **öffentlich-rechtlichen Kostenträgern** gesonderte Regelungen für die Rechnungsstellung zu treffen. Infrage kommen hier insbesondere Kollektivverträge mit Beihilfestellen oder der Postbeamtenkrankenkasse zum Zweck der Verwaltungsvereinfachung. Beispielsweise können diese Verträge über notwendige Rechnungsinhalte oder Fälligkeitsvoraussetzungen geschlossen werden.

6 Erläuterungen zu § 10 Abs. 6

§ 10 Abs. 6 regelt, dass eine Übermittlung von Daten an Dritte zum Zweck der Abrechnung nur erfolgen darf, wenn eine **schriftliche Einwilligung** des „Betroffenen“ hinsichtlich der Übermittlung vorliegt und der Betroffene den Zahnarzt insoweit von seiner Schweigepflicht schriftlich entbunden hat. Laut amtlicher Begründung soll damit dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung und den Grundsätzen Rechnung getragen werden, die von der Rechtsprechung im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Schweigepflicht aufgestellt wurden.

Die Abtretung einer ärztlichen Honorarforderung an eine gewerbliche Verrechnungsstelle, die zum Zwecke der Rechnungsstellung und Einziehung erfolgt, verletzt im Übrigen in der Regel die **ärztliche Schweigepflicht** nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB. Sie ist daher ohnehin

nach § 134 BGB nichtig, wenn der Patient der damit verbundenen Weitergabe seiner Behandlungsdaten nicht zugestimmt hat (vgl. BGH, Urteil vom 23. Juni 1993, Az.: VIII ZR 226/92).

Die Einwilligung muss durch den „**Betroffenen**“ erfolgen. Der Verordnungsgeber verwendet bewusst nicht den Begriff des Zahlungspflichtigen, da Betroffener auch ein Patient sein kann, der nicht zugleich Zahlungspflichtiger ist. Die Regelung erfasst sowohl die Abtretung der Vergütungsansprüche insgesamt (§ 313 BGB) als auch die Einziehung durch Abrechnungsstellen bzw. Inkasso-Dienstleister. Die schriftliche Einwilligung kann jederzeit **widerrufen** werden.

Fehlt eine schriftliche Einwilligungserklärung, ist die Abtretung der Forderung an den Dritten unwirksam. Ein Dritter, z. B. eine Abrechnungsstelle, kann die Vergütung nicht verlangen. Eine gerichtliche Geltendmachung würde an dem Einwand mangelnder Zustimmung scheitern.

§ 11 Übergangsvorschrift

Die Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem 1. Januar 2012 geltenden Fassung gilt weiter für

- 1. Leistungen, die vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) erbracht worden sind,*
- 2. vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) begonnene Leistungen nach den Nummern 215 bis 222, 500 bis 523 und 531 bis 534 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem 1. Januar 2012 geltenden Fassung, wenn sie erst nach Inkrafttreten der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) beendet werden,*
- 3. Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem 1. Januar 2012 geltenden Fassung, die auf Grund einer vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) geplanten und begonnenen kieferorthopädischen Behandlung bis zum Behandlungsabschluss, längstens jedoch bis zum Ablauf von vier Jahren nach Inkrafttreten dieser Verordnung, erbracht werden.*

1 Vorbemerkungen

Die GOZ 2012 ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. Alle nach diesem Zeitpunkt erbrachten zahnärztlichen Leistungen sind grundsätzlich nach der GOZ 2012 zu berechnen. § 11 regelt Ausnahmen, auf welche Leistungen die GOZ 1988 auch nach dem 1. Januar 2012 Anwendung findet.

2 Leistungserbringung vor dem 1. Januar 2012 (Nr. 1)

Leistungen, die vor dem Inkrafttreten der GOZ 2012 erbracht worden sind, sind mit der GOZ 1988 zu berechnen. Der Geltendmachung einer Leistung, die vor dem 1. Januar 2012 erbracht wurde, kann mittlerweile insbesondere die Einrede der Verjährung (§ 214 BGB) entgegenstehen. Das bedeutet, dass der Zahnarzt weiterhin einen Anspruch auf seine Vergütung hat, der Zahlungspflichtige diese aber verweigern darf.

3 Komplexleistungen (Nr. 2)

Hinsichtlich der in Nr. 2 genannten Komplexleistungen nach den GOZ-Nrn. 215 bis 222, 500 bis 523 und 531 bis 534, deren Erbringung sich typischerweise über einen Zeitraum von mehreren Sitzungen erstreckt, gilt die GOZ 1988, wenn die Leistung vor dem Inkrafttreten begonnen und erst nach diesem Stichtag beendet wurde. Die Einrede der Verjährung kommt auch diesbezüglich in Betracht.

4 Kieferorthopädische Behandlungen (Nr. 3)

Für kieferorthopädische Behandlungen, die vor dem 1. Januar 2012 geplant und begonnen wurden, galt bis zum Behandlungsabschluss oder längstens bis zum 31. Dezember 2015 die GOZ 1988 fort. Kieferorthopädische Behandlungen, die – unabhängig davon, wann diese begonnen wurden – nach dem 1. Januar 2016 abgeschlossen wurden/werden, sind ausschließlich nach der GOZ 2012 berechnungsfähig.

§ 12 Überprüfung

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

1 Vorbemerkungen

In § 12 ist eine Prüf- und Berichtspflicht der Bundesregierung hinsichtlich der Auswirkungen der Neufassung der GOZ vorgesehen. Mitte 2015 hat das BMG diese Prüfung vorgenommen und dem Bundesrat berichtet (vgl. Drucksache 387/15).

Aus dem Kabinettsbeschluss, mit dem die GOZ-Novelle beschlossen wurde, geht hervor, dass eine Anhebung bzw. Absenkung des Punktwertes zu prüfen ist, wenn die Honorarentwicklung **unter oder über 6,0 Prozent** liegt (vgl. Erste Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte, 21. November 2011, S. 56). Dieser Wert wurde auf Basis des nach der GOZ 1988 abgerechneten Honorarvolumens (Stand 2008) kalkuliert. Er beruht auf der Annahme des BMG, dass die in der Vergangenheit üblichen Überschreitungen des Schwellenwertes (2,3facher Steigerungsfaktor) durch die verschiedenen Anhebungen der Punktzahlen nicht mehr auftreten werden. § 12 regelt nicht, dass die GOZ je nach Prüfungsergebnis zwingend angepasst werden muss.

2 Prüfung

Mitte 2015 hat das BMG die Auswirkungen der GOZ-Novelle im Zeitraum 2011 bis 2012 überprüft. Dabei hat es festgestellt, dass der durchschnittliche Steigerungsfaktor 2011 2,44 betrug und 2012 auf 2,47 angestiegen sei. Bei den besonders umsatzstarken Leistungen (GOZ-Nrn. 2210, 2410, 2440, 5010, 5040) sei es zwar zu einer Absenkung des durchschnittlich angewendeten Gebührensatzes gekommen, der 2,3fache Gebührensatz werde aber weiterhin überschritten. Beispielsweise sei der Gebührensatz bei einer Vollkrone von 3,16 auf 2,89 gesunken. Bei den 30 umsatzstärksten Leistungen werde durchschnittlich ein Gebührensatz von 2,5 berechnet. Die Honorare seien (ohne Material- und Laborkosten) entgegen der Annahme von 6 Prozent um **9,2 Prozent** gestiegen. Ein Grund für diesen Anstieg ist nach der Analyse der Bundesregierung, dass die alte Abrechnungspraxis 1:1 in die neue GOZ überführt werde, obwohl die Neubewertungen der Leistungen eigentlich einen sensiblen Umgang mit dem § 5 erfordern. Zudem habe sich der Anteil von Material- und Laborkosten verschoben, denn der Rückgang der prothetischen Leistungen lasse den Material- und Laborkostenanteil zugunsten des zahnärztlichen Honorars schrumpfen. Auch die honorarmindernd veranschlagte dynamische Entwicklung der dentinadhäsiven Füllungen sei so nicht eingetreten. Das BMG begründet diese Fehlprognose damit, dass die Werte nur geschätzt werden konnten, da die Zahlen zum privat Zahnärztlichen Honorarvolumen vor der Novelle auf Daten von 2008 basieren.

Nach der Berechnung der PKV, welche sich nicht bloß auf den Zeitraum 2011 bis 2012, sondern auf den aussagekräftigeren Zeitraum 2011 bis 2013 bezieht, beträgt der Steigerungs-

faktor dahingegen sogar **16,97 Prozent**. Dies übertrifft die Erwartungen des BMG um das 2,8fache. Der vom BMG untersuchte Zeitraum ist zu kurz, um die Auswirkungen einer neuen Gebührenordnung festzustellen. Der Umgang mit neuen bzw. geänderten Gebührenpositionen muss sich etablieren und einspielen. Hinzu kommt, dass viele Behandlungen im Jahr 2011 begonnen haben, die Rechnungen aber erst 2012 gestellt wurden. Dadurch spiegeln die isolierten Ergebnisse von 2012 keine nachhaltigen und weitreichenden Effekte der Novelisierung wider. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass bei umsatzstarken Gebühren bereits die Punktzahl angehoben wurde. Von daher ist die Bewertung des Steigerungssatzes allein ohnehin nicht aussagekräftig. Einheitliche Parameter der Auswertung hat es nicht gegeben. Analogberechnungen hat das BMG nicht berücksichtigt.

Eine Absenkung des Punktwertes erfolgte entgegen der Begründung des Kabinettsbeschlusses nicht, da die Bundesregierung **keinen dringenden Handlungsbedarf** für eine Änderung der GOZ sieht.

Die Bundesregierung beabsichtigt, eine **Studie erstellen zu lassen**, die den Anpassungsbedarf bei der Datengrundlage systematisch aufarbeitet. Außerdem soll die Studie darstellen, welche methodischen Anforderungen an eine auf einen längeren Zeitraum bezogene Analyse der Entwicklung des privatärztlichen Leistungsgeschehens und Honorarvolumens zu stellen sind. Über diese beabsichtigt die Bundesregierung dem Bundesrat voraussichtlich im Jahr 2017 zu berichten.