



GOZ-Praxiskommentar Vollversion

Von Experten ausgearbeitet – für die Praxis unverzichtbar

**Kommentar aller Gebührensziﬀern
mit Kurzkommentar, Experten-
kommentar, Amtlichen Begründungen**

Peter H.G. Esser



**Zahnärztlicher
Fach-Verlag**

Ein **Dr. Hinz** Unternehmen

GOZ-Standardkommentar

D Z W P R A X I S F Ü H R U N G

GOZ-Standardkommentar 2012

**Kommentar aller Gebührenziffern mit
Kurzkomentierung,
Expertenkommentar,
Amtlichen Begründungen**

Peter H. G. Esser



**Zahnärztlicher
Fach-Verlag**

Ein Dr. Hinz Unternehmen

Alle Rechte vorbehalten · Nachdruck, auch auszugsweise, verboten

Lektorat: Christiane Fork, Herne
Layout/Satz: Rehms Druck GmbH, Borken
Druck: Rehms Druck GmbH, Borken

© Zahnärztlicher Fach-Verlag (zfv), Herne 2012

Bestell-Nr. 646021 • ISBN 978-3-941169-45-6

Inhalt

Vorwort	6	A
Expertengremium	8	B
Gebührenordnung für Zahnärzte	9	
§ 1 Anwendungsbereich	9	
§ 2 Abweichende Vereinbarung	9	C
§ 3 Vergütungen	9	
§ 4 Gebühren	10	
§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses	10	
§ 6 Gebühren für andere Leistungen	11	
§ 7 Gebühren bei stationärer Behandlung	11	D
§ 8 Entschädigungen	12	
§ 9 Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen	12	
§ 10 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung	13	
§ 11 Übergangsvorschriften	14	
§ 12 Überprüfung	14	E
Gebühren für zahnärztliche Leistungen	15	
A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen		
0010 – 0120	15	F
B. Prophylaktische Leistungen		
1000 – 1040	62	
C. Konservierende Leistungen		
2000 – 2440	93	
D. Chirurgische Leistungen		G
3000 – 3310	284	
E. Leistungen für Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums		
4000 – 4150	396	
F. Prothetische Leistungen		H
5000 – 5340	485	
G. Kieferorthopädische Leistungen		
6000 – 6260	617	
H. Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen		
7000 – 7100	741	J
J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen		
8000 – 8100	796	
K. Implantologische Leistungen		
9000 – 9170	854	
L. Zuschläge zu bestimmten ambulanten Operationsleistungen		K
0500 – 0530	931	
Analogtabelle	953	L

Vorwort

Der vorliegende „Standardkommentar“ zur GOZ 2012, die am 16.11.2011 endgültig verabschiedet wurde, ist unter Beachtung der grundlegenden Regeln einer verordnungskonformen und vertretbaren Kommentierung erstellt. Er beruht auf achtmonatiger intensiver Vorarbeit eines Expertengremiums, angesiedelt bei dem berufsständischen Dienstleister ZA – Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft eG. Die Installation eines derartigen Gremiums ist auf Anregung des DZV – Deutscher Zahnärzterverband e. V. erfolgt, als bei Erstvorlage eines Novellierungsvorschlages zur Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) im Jahr 2008 erkennbar wurde, wohin die Tendenz bei der Überarbeitung der Gebührenordnung gehen sollte: Es war damals nach 20 Jahren unveränderter Leistungsbewertungen und über 50 % gestiegener Kosten bei einem Angebot von ca. 10 % Honorarerhöhung klar, dass die Zahnärzteschaft reagieren musste.

Die verabschiedete gültige GOZ-Novellierung nach 23 Jahren unveränderter Leistungsbewertungen und über 60 % gestiegener Kosten bei vom Ordnungsgeber angegebenen 6 % Honorarerhöhung hat die Situation verschärft. Insbesondere ist die weitgehend fehlende inhaltliche Fortentwicklung der GOZ zu beklagen, die dem aktuellen Stand der Zahnmedizin nicht gerecht wird.

Kommentaraufbau

Der „Standardkommentar GOZ 2012“ beschäftigt sich mit der Interpretation der Gebührensätze und der dazu gehörigen Bestimmungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Er zitiert und berücksichtigt dabei die von der Bundesregierung bzw. dem BMG erfolgten „Amtlichen besonderen Begründungen“, macht dazu ggf. einzelne Anmerkungen und weist auf missverständliche bzw. interpretationsbedürftige Passagen hin; die veröffentlichte Online-Kommentierung der Bundeszahnärztekammer wird in Kernpassagen ebenfalls zitiert, ggf. mit Ergänzungsanmerkungen versehen, um übereinstimmende Kommentierung zu unterstreichen und bei den verbliebenen, meist geringen Unterschieden möglichst zu einer einheitlichen Kommentierung zu gelangen.

Die Kommentierung folgt einer abgesprochenen Ordnung mit Definition des Leistungsinhaltes jeder GOZ-Leistung, mit einer streng gegliederten, stets gleich aufgebauten Kurzkommentierung des möglichen Leistungsansatzes, -umfeldes und der -ausschlüsse sowie Angaben zur Delegation und Materialberechnung. Es folgt der abgestimmte, spezielle Kommentar des Expertengremiums, wie er erarbeitet, protokolliert und verabschiedet worden ist. Dazu gibt es unter dem Strich ggf. ergänzende Kommentierung des Autors und/oder von Fachleuten bzw. Vertretern der Fachgesellschaften. Es folgen unmittelbar zwecks Kontinuität und Vergleich Kernpassagen des BZÄK-Kommentars und der „Amtlichen besonderen Begründungen“ des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). In einem weiteren Punkt werden Ergänzungen aufgeführt, die als Hilfestellung oder zusätzliche Untermauerung gedacht sind.

Der vorliegende „Standardkommentar GOZ“ stellt eine zahnmedizinisch-fachliche Interpretation des Gebührenverzeichnisses dar, allerdings stets kritisch begleitet durch die Justitiare der Institutionen, die ihre Vertreter in das Expertengremium entsandt hatten. Der Kommentar bemüht sich, Auslegungen die sich nicht sofort und selbstverständlich erschließen, gebührentechnisch zu begründen. Dem Gremium war gewärtig, dass Kommentierung einer Gebührenordnung nicht mit Darstellung der Zahnmedizin gleichgesetzt werden kann, ein breites Spektrum von möglichen Varianten der Leistungsausführung zu berücksichtigen und grundlegende gebührenrechtliche Prinzipien zu beachten hat. Dass eine fundierte Kommentierung zur Rechtssicherheit und

auch zum Interessenausgleich im privatrechtlichen Behandlungsvertrag, insbesondere bei der Abrechnung beitragen kann, war ein Leitgedanke aller Beteiligten bei der Arbeit an dem vorliegenden Kommentar.

Der Kommentar geht nicht über streitige Auslegungsfragen hinweg, sondern wendet stringent und regelhaft Kommentierungsgrundsätze und erarbeitete logische Prinzipien an.

Er beachtet die anerkannten Regeln einer fundierten Kommentierung mit Primat des Wortlautes der Leistungsbeschreibung, mit Beachtung der einschlägigen Berechnungsbestimmungen und des Leistungsumfeldes, unter Berücksichtigung der Historie der Leistung bzw. der Leistungsformulierung und -festsetzung, allerdings nur soweit diese veröffentlicht und allgemein zugänglich sind. Die Kommentierung berücksichtigt den erkennbaren Willen des Verordnungsgebers und weitere Fachkommentierung sowie die Ergebnisse der Rechtsprechung, soweit sie auf die veränderte Gebührenordnung zutreffend oder adaptierbar sind.

Der vorliegende „Standardkommentar GOZ 2012“ lädt zur Diskussion ein. Dem wichtigen Ziel, einen fundierten Beitrag zu einer standeseinheitlichen Kommentierung zu etablieren, die umgesetzt und juristisch geklärt wird, fühlen sich das Expertengremium und der Autor verpflichtet.

Der Autor, zugleich Mentor des Expertengremiums und bei der Abstimmung mit Fachleuten und den Vertretern der Fachgesellschaften, bedankt sich ganz herzlich bei allen, die an diesem Kommentar mitgewirkt haben, und auch bei denjenigen, die sich der Mühe des Lektorats unterzogen haben.

Düsseldorf, im Juni 2012

Peter Esser

Expertengremium

Dieser Kommentar basiert auf der Konsentierten Kommentierung des GOZ-Expertengremiums* angesiedelt bei der ZA – Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft eG.

Der Autor des Kommentars dankt ganz herzlich allen Mitgliedern dieses Gremiums für ihren großen zeitlichen Einsatz über viele Monate hinweg, für ihr hohes Engagement und Einbringung ihres speziellen Sachverständes.

Mitglieder des Gremiums:

Dr. Esser, Peter H.G. – Zahnarzt, Mentor des Gremiums, Autor/Verleger, GOZ-Berater ZA eG

Dr. von Lennep, Daniel – Zahnarzt, Vorstandsmitglied der ZA – Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft eG, GOZ-Referent

Dr. Timmers, Hans-Werner – Zahnarzt, Vorstandsmitglied der Zahnärztekammer Nordrhein, GOZ-Referat

Dr. Stegemann, Ursula – Zahnärztin, Vorstand der Zahnärztekammer Nordrhein, GOZ-Referat und Gutachten

Hendges, Martin – Zahnarzt, stellv. Vorsitzender der KZV Nordrhein, Ehrenvorsitzender des DZV

Dr. Sorg, Torsten – Zahnarzt, ehem. Vorsitzender des DZV – Deutscher Zahnärzteverband

Dr. Klaus Peter Haustein – Zahnarzt, ehem. Vorsitzender des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, Landesverband – FVDZ-NR (verstorben)

Mann, Joachim, K. – Rechtsanwalt ProCuraDent, Kanzlei PMH Düsseldorf, Justitiar der ZA – Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft AG

Jahn, Jens-Peter – Fachanwalt Medizinrecht, Kanzlei Dr. Halbe Köln, Justitiar des Deutschen Zahnärzteverbandes – DZV

Gersch, Sarah – Fachanwältin für Medizinrecht, Kanzlei Dr. Halbe Köln, Justitiar des Deutschen Zahnärzteverbandes – DZV

Dr. Janke, Kathrin – Rechtsanwältin, Justitiarin der Zahnärztekammer Nordrhein – ZÄK-NR

Das Gremium wurde fachkundig zu den speziellen Gebieten beraten:

Fachberatung zu Implantologie

Dr. Dr. Arentowicz, Georg – Vorstand der Zahnärztekammer Nordrhein, Referat Zahnärztliche Fortbildung, Mitglied DGI

Fachberatung zu Kieferorthopädie

Dr. Schumann, Andreas – Fachzahnarzt, Kfo-Berater der KZV-NR, Freie Kieferorthopäden

Dr. Dr. Hahn, Werner – Fachzahnarzt, GOZ-Referent des Bundesvorstandes Deutscher Kieferorthopäden – BDK

Fachberatung zu Computer gestützte Zahnheilkunde

Dr. Schenk, Olaf – Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Computer gestützte Zahnmedizin – DGCZ

Fachberatung zu Funktionsdiagnostik/-therapie

Priv.-Doz. Dr. Ahlers, Oliver – CMD-Centrum Hamburg-Eppendorf, Generalsekret. Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik u. -therapie – DGFDT

Fachberatung zu Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Dr. Rehberg, Bernd – Facharzt für Mund-, Kiefer- u. Gesichtschirurgie, Mitglied Bundesvorstand der DGMKG, Referent Gebührenordnungen

Fachberatung zu Zahnerhaltung

Prof. Dr. Thonemann, Birger – Zahnarzt, Referent Gebührenordnungen der DGZ – Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung

Fachberatung zur Endodontie

Dr. Carsten Appel – Zahnarzt, Vorstandsmitglied Deutsche Gesellschaft für Endodontologie und zahnärztliche Traumatologie – DGET

Diesen Fachleuten gebührt ein ganz besonders herzlicher Dank für ihre intensive Mitarbeit.

(* Die Installation eines solchen Gremiums wurde durch den DZV angestoßen.)

Gebührenordnung für Zahnärzte

§ 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.

§ 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 Abs. 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 höchstpersönlich erbrachte Leistung zulässig.

§ 3 Vergütungen

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

§ 4 Gebühren

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

(2) Der Zahnarzt kann Gebühren nur für selbständige 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 notwendiger operativer 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.

§ 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 2,3-fache 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 unterdurchschnitt-

lichem Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand sind mit einem niedrigeren Gebührensatz zu berechnen.

§ 6 Gebühren für andere Leistungen

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

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

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

§ 7 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 im 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.

§ 8 Entschädigungen

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

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

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

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

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

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

Absatz 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend

§ 9 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.

§ 10 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

(1) Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung nach 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 Nr. 2 das 2,3-Fache 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 Falle 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 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 beigefügt 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 „entsprechend“ sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.

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

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

§ 11 Übergangsvorschrift

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

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

§ 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.

GOZ	Leistungstext	Einfachsatz
0010	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes	5,62 €
Num. L.-Nr. 0010		2,3-facher Satz: 12,94 €
GOZ-Teil: A.		3,5-facher Satz: 19,68 €
Zuschläge: keine		Punkte: 100

1. Definition der Leistung

Leistungsinhalt der „eingehenden Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen“ ist Anwendung von Basisuntersuchungsmethoden (Sicht-, Tast-, Schall- und Geruchsprüfung) zur eventuellen Bestätigung des Vorhandenseins einer oder mehrerer krankhafter Befunde bzw. eines existenten Erkrankungsfalles.

Eine eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen ist eine Erkrankungsuntersuchung, keine vollständige Untersuchung des gesamten stomatognathen Systems (Gesundheits-/Vorsorgeuntersuchung).

2. Kurzkomentar

Die 0010 GOZ ist berechnungsfähig

1. je eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen
2. wiederholt so oft erforderlich oder verlangt, ohne einschränkende Fristen
3. nicht begrenzt je Behandlungsfall (Monats- bzw. 30-Tage-Frist)
4. anlassbezogen oder ggf. im erforderlichen Recallintervall
5. mit Dokumentation zumindest der krankhaften Befunde
6. auch ohne Ausfüllen eines Zahnbefundschemas
7. neben speziellen, nicht in einer allgemeinen klinischen Krankheitsuntersuchung enthaltenen Weiteruntersuchungen
8. inkl. grundsätzlichem (globalem) Parodontalbefund als Voraussetzung zu weitergehender Spezialbefundung

bei folgenden GOZ-Leistungen

9. neben 0030 oder 0040 GOZ (allgemeiner oder FAL/FTL- bzw. Kfo-Heil- und Kostenplan)
10. neben 0050, 0060 GOZ (Modelldiagnostik/-planung) oder 0065 GOZ (optisch-elektronische Abformung)
11. neben 0070 GOZ (Vitalitätsprüfung), je Sitzung
12. neben 1000 GOZ (Mundhygienestatus)/1010 GOZ (Remotivation/Hygienekontrolle) bei nonpräventiver Untersuchung, mit diesbezüglicher Begründung auf der Rechnung
13. neben 4000 GOZ (Parodontalstatus) max. 2x p. a.
14. neben 4005 GOZ (Indizeserhebung, Parodontaler Screening-Index PSI) max. 2x p. a.
15. neben 6000-6020 GOZ (Auswertung Kfo-Befundunterlagen)
16. neben 8000 GOZ (klinischer Funktionsstatus) ohne Frequenzbeschränkung
17. neben 8080 GOZ (subtraktive/additive Modellmaßnahmen, FTL-Planung), je Planung
18. neben 9000 GOZ (Implantatanalyse), je Kiefer

19. neben „Periotest“ als Analogberechnung, je Zahn

bei folgenden GOÄ-Leistungen

20. neben Beratungen nach Ä1 oder Ä3

21. neben Ä30, Ä31 (homöopathischer Anamnese)

22. neben Ä34 (Erörterung Auswirkungen lebensverändernder Erkrankung)

23. neben Ä48, Ä50 und Ä51 (Besuche)

24. neben Ä5000, Ä5002, Ä5004 etc. (Röntgenaufnahmen)

nicht bei folgenden GOZ-Leistungen

25. nicht begrenzt je GOZ-Behandlungsfall (Monats- bzw. 30-Tage-Frist)

26. nicht neben 1000/1010 GOZ (Mundhygienestatus/-kontrolle) bei präventionsgerichteter Untersuchung

27. nicht neben 6190 GOZ (Anweisung bei Dysfunktion)

nicht bei folgenden GOÄ-Leistungen

28. nicht neben Ä5 (symptombezogene Untersuchung)

29. nicht neben Ä6 (vollständige Untersuchung des stomatognathen Systems)

30. nicht mit Zuschlägen A-D (Unzeitbehandlung), K1 (Zuschlag Kinder)

mit folgenden Delegationsmöglichkeiten/Materialien

31. nicht als delegierte Leistung

32. ohne Berechnung von Verbrauchsmaterial nach § 4 (3) GOZ

3. Berechnungsbestimmungen

Eine Beratungsgebühr nach der Nr. 1 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen – ... – darf im Behandlungsfall nur einmal zusammen mit einer Gebühr für eine Leistung nach diesem Gebührenverzeichnis (GOZ, z. B. 0010) und für eine Leistung aus den Abschnitten C bis O des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen berechnet werden.

Eine Beratungsgebühr nach der Nr. 3 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach Nr. 0010 oder einer Untersuchung nach den Nrn. 5 oder 6 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen.

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

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

4. Spezielle Kommentierung des Expertengremiums

Eine eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen ist eine Erkrankungsuntersuchung, keine vollständige Untersuchung des gesamten stomatognathen Systems als Gesundheits-/Vorsorgeuntersuchung (Ä6).

Die Leistung nach 0010 GOZ ist neben der höher bewerteten Nr. 1000 GOZ (Mundhygienestatus) bzw. der gleich bewerteten Nr. 1010 GOZ (Remotivationskontrolle zur Mundhygiene) dann nicht ausgeschlossen, wenn die eingehende Untersuchung nach 0010 GOZ anderen Zwecken dient und das auf der Rechnung begründet wird als Nebeneinanderberechnung wegen „nonpräventiver Untersuchung“ (wegen manifester Erkrankung, wegen Zahnersatz etc.).

Die Leistung „eingehende Untersuchung“ nach 0010 GOZ ist nicht zwangsläufig die insbesondere im Routinerecall erste Leistung; neben der möglichen Leistung nach Ä6 (vollständige Untersuchung) ist in der angesprochenen Fallgestaltung primär an die Erstellung eines Mundhygienestatus nach Nr. 1000 GOZ zu denken.

Die GOZ-Begriffe „neben“ und „nebeneinander“ bedeuten sitzungsgleich. „Nicht nebeneinander“ bedeutet nicht sitzungsgleich. Wenn Gebührensnummern eine Lokalisations- oder Ortsangabe enthalten, dann sind zwei nicht nebeneinander mögliche Leistungen zwar sitzungsgleich, aber nicht orts-/ausdehnungsgleich berechnungsfähig. Oder sie sind in unterschiedlichen Sitzungen orts- und ausdehnungsgleich ansetzbar. In der Leistungsbeschreibung der Nr. 0010 GOZ (eingehende Untersuchung) gibt es keine Ortsangabe (außer der gesamte Mund-, Kieferraum).

In der Berechnungsbestimmung zu den Nrn. 1000, 1010 GOZ (Mundhygiene) findet sich der Begriff „im Zusammenhang mit“. Damit ist ein zeitlicher oder kausaler Zusammenhang gemeint. Der kausale Zusammenhang bedeutet „im Gefolge von ...“, also dass zwei Leistungen einander bedingen.

Der zeitliche Zusammenhang bedeutet, dass zwei Leistungen in derselben Sitzung vorkommen dürfen, aber auch eine der beiden Leistungen in der Sitzung unmittelbar davor oder danach vorangehen oder folgen muss.

„Nicht im Zusammenhang mit ...“ meint, dass zwei Leistungen weder in derselben Sitzung, noch eine der beiden Leistungen in der Sitzung unmittelbar davor oder danach vorangehen oder folgen dürfen.

In der Berechnungsbestimmung zur Nr. 6190 „beratendes/belehrendes Dysfunktionsgespräch“ ist die Nr. 0010 „Eingehende Untersuchung auf ZMK-Erkrankungen“ in derselben Sitzung (unlogischerweise) bedingungslos ausgeschlossen.

Leistungen nach 4000 GOZ (Parodontalstatus) und 4005 (gingivale/parodontale Indizeserhebung, PSI-Feststellung) sind z. B. halbjährlich einmal nebeneinander als auch sitzungsgleich mit der Nr. 0010 „eingehende Untersuchung“ ansetzbar, aber auch unabhängig voneinander möglich, z. B. in der Kombination 0010 GOZ (Untersuchung) plus 4005 (PSI).

5. Kommentierung des BZÄK-Gremiums

(Stand 07.06.2012)

„Die „Eingehende Untersuchung“ ist die intra- und extraorale Untersuchung des stomatognathen Systems zur Feststellung klinisch erkennbarer Veränderungen oder Erkrankungen und ggf. verbunden mit einer kurzen Anamnese.

Es handelt sich um einen orientierenden diagnostischen Überblick im Sinne eines Screenings zur Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit – z. B. an welchen Zähnen Karies vorhanden ist, ob pathologische Parodontalbefunde vorliegen, ob eine prothetische Versorgung indiziert ist oder ob Kiefergelenkbefunde oder andere Befunde bestehen. Die Untersuchung dient auch zur Feststellung, ob weitergehende Untersuchungen erforderlich sind. Diese sind ggf. gesondert berechnungsfähig (siehe unten) oder müssen mittels Anwendung der §§ 5 bzw. 2 eine Honorierung finden.

Die „Eingehende Untersuchung“ ist auch die erneute Befundung bei Kontrolluntersuchungen, die aus präventiven Gründen vorgenommen werden. Ein zeitlicher Mindestabstand zwischen zwei „Eingehenden Untersuchungen“ besteht nicht.

Verlaufskontrollen während der Therapie einer Erkrankung erfüllen den Leistungsinhalt der „Eingehenden Untersuchung“ nicht.

Der Befund muss dokumentiert werden, Form und Umfang der Dokumentation bestimmt der Zahnarzt. Die Erhebung von Indizes, wie Gingival-Indizes bzw. Parodontal-Indizes (z. B. PSI, API) oder eines PAR-Status, sind nicht Bestandteil dieser Leistung. Beratungsleistungen im Zusammenhang mit der „Eingehenden Untersuchung“ können zusätzlich berechnet werden. Neben der Leistung nach der Nummer 6190 ist die Leistung nach der Nummer 0010 in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach der Nummer 8000 (Klinische Funktionsanalyse) kann gegebenenfalls in derselben Sitzung berechnet werden wie auch andere weitergehende Untersuchungen, Analysen und Diagnostiken.“

6. Amtliche Begründungen der Bundesregierung/Bundesrat

keine

7. Zusatzinformationen

zzt. nicht besetzt

GOZ	Leistungstext	Einfachsatz
0030	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans nach Befundaufnahme und ggf. Auswertung von Modellen	11,25 €
Num. L.-Nr. 0030		2,3-facher Satz: 25,87 €
GOZ-Teil: A.		3,5-facher Satz: 39,37 €
Zuschläge: keine		Punkte: 200

1. Definition der Leistung

Leistungsinhalt ist jedweder schriftlich niedergelegte Heil- und Kostenplan, außer einer „bei kieferorthopädischer Behandlung oder bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen“.

Ein Heilplan ist Indikationsstellung und Darstellung der nötigen Behandlungsmaßnahmen in einem Erkrankungsfall. Ein Kostenplan ist die überschlägige Abschätzung der mit der Ausführung des Heilplans verbundenen Kosten.

Ein „Heil- und Kostenplan“ kann sinngemäß auch bei der Prophylaxe, insbesondere bei „Prophylaxebehandlung“, also bei initialen Schäden ohne manifeste oder bei ersten Anzeichen einer Erkrankung, erfolgen.

2. Kurzkomentar

Die 0030 GOZ ist berechnungsfähig

1. je schriftlicher Heil- und Kostenplan, nur dokumentiert oder auch ausgehändigt
2. für jeden präventiven, konservierenden, chirurgischen, parodontologischen, prothetischen, aufbisstherapeutischen und/oder implantologischen Heil- und Kostenplan
3. für einen eigenständig nötigen weiteren Heilplan in notwendig getrennter Sitzung
4. für einen verlangten Alternativplan, ggf. auch sitzungsgleich
5. für einen verlangten Folgeplan unter Prämissen und Annahmen bezüglich des Erfolges der geplanten vorangehenden Behandlung
6. ohne Formvorschriften, mit Gebühren und geschätzten Material- und Laborkosten

bei folgenden GOZ-Leistungen

7. neben 0010 GOZ (eingehende Untersuchung)
8. neben 0030 GOZ (z. B. verlangte Alternativplanung)
9. neben 0050, 0060 GOZ (Diagnostik-/Planungsmodelle)
10. neben 0065 GOZ (optisch-elektronische Abformung)
11. neben 1000 GOZ (Mundhygienestatus)
12. neben 4000 GOZ (Parodontalstatus)
13. neben 6000 GOZ (Auswertung Profil-/Enface-Fotografie)
14. neben 6010 GOZ (spezielle Modellanalyse, dreidimensional/metrisch)
15. neben 6020 GOZ (kephalometrische Auswertung einer Röntgenaufnahme)
16. neben 8000 GOZ (Funktionsstatus)
17. neben 9000 GOZ (Implantatanalyse je Kiefer)

bei folgenden GOÄ-Leistungen

18. neben Ä1 (Kurzberatung)
19. neben Ä4 (Fremdanamnese)
20. neben Ä5, Ä6 (symptombezogene/vollständige Untersuchung)
21. neben Ä30, Ä31 (homöopathische Anamnese)
22. neben Ä5000 (Zahn-Einzelaufnahmen)
23. neben Ä5002, Ä5004 (Panoramaaufnahme, Orthopantomogramm)
24. neben Ä5090, 5095 (Fernröntgenaufnahme, Schädelaufnahme)
25. neben Ä5370 plus Ä5377 (DVT-Aufnahme/3-D-Auswertung)

nicht bei folgenden GOZ-Leistungen

26. i.d.R. nicht sitzungsgleich neben 0040 GOZ (Kfo-, FAL/FTL-Heil- und Kostenplan)
27. nicht bei Behandlung nach 6000 ff. (Kieferorthopädie); zutreffend ist dann höher bewertete 0040 GOZ
28. nicht bei Maßnahmen nach 8000 ff. (Funktionsanalyse/-therapie), zutreffend ist dann höher bewertete 0040 GOZ

nicht bei folgenden GOÄ-Leistungen

29. nicht mit Ä95, Ä96 (Schreibgebühren)

mit folgenden Delegationsmöglichkeiten/Materialien

30. nicht als vollständig delegierte Leistung, d. h., der Heilplan muss zahnmedizinisch inhaltlich vom Zahnarzt aufgestellt werden
31. ohne typisches Verbrauchsmaterial

3. Berechnungsbestimmungen

Die Leistungen nach den Nrn. 0030 und 0040 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

4. Spezielle Kommentierung des Expertengremiums

Leistungsinhalt der Nr. 0030 GOZ ist die schriftliche und dokumentierte Aufstellung eines Heil- und Kostenplans bei allen Arten von zahnmedizinischer Behandlung, außer bei kieferorthopädischer Behandlung und bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen (nicht bei einer alleinigen Kfo- oder funktionsanalytischen/-therapeutischen Leistung). Infrage kommen Heil- und Kostenpläne für Präventionsbehandlung, konservierende und/oder chirurgische Behandlung, Parodontalbehandlung oder prothetische Behandlung usw.

Voraussetzung für eine Heilplanung sind natürlich die Befundaufnahme und die Ausarbeitung einer Behandlungsplanung, verbunden mit einer Kostenaufstellung als Näherungs-/Schätzwert, inklusive ggf. Material- und Laborkosten (ggf. Kostenvoranschlag dazu).

Genauigkeit der Kostenvorhersage bei einem Heilplan ist mit ungefähr 20 % Schwankungsrahmen allgemein konsentiert; unzutreffende, unvollständige, selektierte oder pauschale, nicht speziell auf die Behandlung bezogene Heil- und Kostenpläne werden von der Rechtsprechung zunehmend kritisch gesehen.

Die Kommentierung, dass sitzungsgleich auch 2x 0030 bzw. 2x 0040 „Heil- und Kostenpläne“ berechnet werden können, nur weil es sich um unterschiedliche Gebiete der Zahnmedizin handelt, ist zahnmedizinisch und gebührentechnisch nicht überzeugend:

Die gesamte planbare Heilbehandlung in der betreffenden Sitzung wird in einem Heil- und Kostenplan mit allen nötigen Leistungen aus unterschiedlichen Teilen der GOZ niedergelegt. Falls Kfo- oder FAL/FTL-Behandlung in der Gesamtplanung enthalten ist, ist Nr. 0040 zutreffend und die zusätzliche Planung einer Behandlung bezüglich anderer Bereiche der GOZ ist ein Grund, den Steigerungssatz der Nr. 0040 höher zu bemessen.

Der zweifache Ansatz von Heil- und Kostenplänen unterschiedlicher Art und Qualität mit unterschiedlicher Zielsetzung ist ggf. auch in einer Sitzung möglich. Es handelt sich in diesen Fällen ggf. um eine verlangte Alternativplanung (Leist. n. § 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ), berechnet mit 2x 0030 bzw. 2x 0040 GOZ. Auch vom Kostenträger verlangte Weiterplanungen mit ungesicherten Annahmen über den Erfolg einer geplanten Vorbehandlung (z. B. Implantation) und bereits vor Implantation gefordertem Heil- und Kostenplan zur Versorgung mit der Suprakonstruktion (unter der zzt. ungewissen Annahme, dass alle Implantate voll belastbar und Kronen tauglich einheilen) sind mit 2x 0030 GOZ berechnungsfähig.

Es wird auch die Ansicht vertreten, dass Nebeneinanderberechnung von 2x 0030 oder 2x 0040 möglich ist, wenn zwei unterschiedliche Gebiete der Zahnmedizin umfassend und vollständig zeitnah geplant werden.

Die Berechnungsbestimmung zu den Leistungen nach 0030 und 0040 GOZ lautet:

„Die Leistungen nach den Nrn. 0030 und 0040 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.“ „Nicht nebeneinander“ bedeutet „nicht sitzungsgleich“: Als zahnmedizinisch (logisch/notwendig) getrennte Leistungen in unterschiedlichen Sitzungen sind die Nrn. 0030 und 0040 im selben Erkrankungsfall nacheinander, ggf. sogar wiederholt berechnungsfähig.

Begriffsbestimmung „neben“ bzw. „nicht neben“, bezogen auf zwei Leistungen:

- „Neben“ bedeutet „sitzungsgleich“, „nicht neben“ bedeutet Ausschluss der niedriger bewerteten Leistungen in derselben Sitzung.

- Bei Leistungen mit Ortsangabe bedeutet „neben“ darüber hinaus „orts- und sitzungsgleich“. „Nicht neben“ bedeutet bei derartigen Leistungen dann entweder „nicht sitzungs-, jedoch ggf. ortsgleich“ oder „nicht orts-, jedoch ggf. sitzungsgleich“ zulässig.

Die Nebeneinanderberechnung von zweimal Nr. 0030 GOZ (z. B. einmal als prothetische, alternativ als implantologische Planung) ist bei verlangerter Alternativplanung gebührentechnisch nicht ausgeschlossen (nur ausdrücklich 0030 neben 0040 GOZ), jedoch die zweite Nr. 0030 GOZ muss auf der Rechnung als Verlangensleistung „gem. § 1 (2) 2 GOZ“ ausgewiesen werden.

Die „Besonderen Begründungen“ der Bundesregierung (S. 54) sprechen vom „gleichen Behandlungsfall“, in dem zwei Heil- und Kostenpläne nebeneinander ausgeschlossen seien (derselbe Behandlungsfall). Der „Behandlungsfall“ ist nun erstmals auch in der GOZ durch Übernahme aus der GOÄ in die Allgemeinen Bestimmungen zu Teil „A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen“ exakt definiert:

„Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats (30 Tage) nach der jeweiligen ersten Inanspruchnahme des Zahnarztes.“

Das kann nicht gemeint sein, d. h., eine derart widersprüchliche Regelung bleibt wirkungslos. Anderenfalls müsste darauf hingewiesen werden, dass es sich eben nicht mehr um denselben Behandlungsfall handeln kann, wenn ein neuer Heil- und Kostenplan aufgestellt werden muss.

5. Kommentierung des BZÄK-Gremiums

(Stand 07.06.2012)

„Die Leistung erfolgt nach einer Befundung. Die vorherige Aufnahme des Befundes ist obligatorisch und separat berechnungsfähig. Die Aufstellung eines „Schriftlichen Heil- und Kostenplans“ ist unabhängig von einer Anforderung seitens des Patienten oder eines Kostenträgers berechnungsfähig. Sofern Planungsmodelle des/der Kiefer erstellt wurden, ist deren Auswertung einzubeziehen. Der Heil- und Kostenplan muss schriftlich niedergelegt werden. Der Patient bzw. Versicherte hat einen Anspruch auf Aushändigung einer Ausfertigung.“

Die Aufstellung des Heil- und Kostenplans ist nicht auf die prothetische Planung begrenzt. Sie kann auch für andere Teilgebiete der zahnmedizinischen Versorgung berechnet werden, sofern diese Leistung nicht Nummer 0040 (KFO und/oder FAL/FTL) unterfällt. Eine Nebeneinanderberechnung mit der Leistung nach Nummer 0040 ist ausgeschlossen.

Zur Leistung gehören die Aufstellung der geplanten Maßnahmen, die Honorarkalkulation nach dem voraussichtlichen Aufwand und ggf. zahntechnische oder andere Fremdleistungen.

Unterschiedliche Versorgungsalternativen oder zeitlich getrennte Behandlungsabschnitte sind in einzelnen Heil- und Kostenplänen separat berechnungsfähig.

Der Heil- und Kostenplan für medizinisch nicht notwendige Leistungen (nach § 2 Abs. 3) darf nicht nach Nummer 0030 berechnet werden, sondern kann wie die Hauptleistung mit einem Pauschalbetrag angesetzt werden.“

Anmerkung: Der Heil- und Kostenplan nach § 2 (3) GOZ enthält nicht im Gebührenverzeichnis der GOZ aufgeführte Verlangensleistungen. Selbst diese werden nicht „mit einem Pauschalbetrag angesetzt“, sondern je Leistung mit ihrer (kalkulierten) Vergütung fest vereinbart.

Der Heil- und Kostenplan nach § 2 (3) GOZ enthält darüber hinaus ggf. Leistungen, die zwar im Gebührenverzeichnis der GOZ aufgeführt sind, jedoch im Effekt das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen Versorgung überschreiten. Zu diesen ebenfalls fest vereinbarten „einzelnen Leistungen und Vergütungen“ gibt es Bewertungs- und Bemessungs- sowie Rechnungsvorgaben in der GOZ, die trotz Vereinbarung nach § 2 (3) GOZ eingehalten werden müssen.

Ein Heil- und Kostenplan nach § 2 (3) GOZ enthält wie jeder andere Heil- und Kostenplan ggf. eine Behandlungsplanung mit einer Reihe von Leistungen und eine Kostenplanung und ist zutreffendenfalls als solcher nach 0030 oder 0040 berechnungsfähig (z. B. bei Kieferorthopädie aus kosmetischen Gründen). So wie ein Schriftstück mit einer einzigen darauf aufgeführten Leistung keine zahnärztliche Leistung im Sinne der Aufstellung eines Heil- und Kostenplans darstellt, so gilt das auch für eine schriftlich erforderliche Vereinbarung einer Verlangensleistung.

„Schreibgebühren sind nicht gesondert berechnungsfähig.“

6. Amtliche Begründungen der Bundesregierung/Bundesrat

Zu den Leistungen nach den Nummern 0030 und 0040:

Eine Differenzierung zwischen Heil- und Kostenplänen auf Anforderung und solchen ohne Anforderung ist entbehrlich. Die bisherige GOZ Nummer 002 entfällt daher. Nach der Nummer 0040 können auch Heil- und Kostenpläne bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen berechnet werden.

Die neu eingefügte Abrechnungsbestimmung schließt die Abrechnung von Heil- und Kostenplänen nach den Nummern 0030 und 0040 im gleichen Behandlungsfall nebeneinander aus. Für Behandlungsfälle, in denen aufgrund der komplexen Versorgung planerische Leistungen z. B. sowohl bezüglich der geplanten prothetischen als auch der funktionsanalytischen oder kieferorthopädischen Leistungen erforderlich sind, kann der im Einzelfall höhere Aufwand ggf. bei der Bemessung des Honorars innerhalb des Gebührenrahmens berücksichtigt werden.

Anmerkung: Hier wird von Heil- und Kostenplänen „im gleichen (wohl demselben) Behandlungsfall“ gesprochen. Der ist jetzt auch in der GOZ (Allg. Bestimm. zu Teil A.) mit einer Monatsfrist (30 Tage) präzisiert. Der gegenseitige Ausschluss von Heil- und Kostenplänen nach den Nrn. 0030 und 0040 innerhalb einer Monatsfrist ist zahnmedizinisch zumindest völlig unverständlich.

Sollte tatsächlich statt „Behandlungsfall“ der „Erkrankungsfall“ gemeint sein, so wäre der Begriff zutreffender, aber es verschärft sich die dadurch verursachte Problematik, denn ein Erkrankungsfall kann mehrere Behandlungsfälle umfassen, also Monate dauern.

Eine Weiterplanung nach einer erfolgreich verwirklichten Erstplanung ist ein unabdingbares zahnmedizinisches Erfordernis und ohne Berechnungsmöglichkeit bis zur Vollsanierung (Ende des Krankheitsfalles) wäre das betriebswirtschaftlich nicht hinnehmbar.

7. Zusatzinformationen

zzt. nicht besetzt

Analogtabelle

Analogberechnung

Folge fehlender inhaltlicher Fortentwicklung ist eine bereits jetzt und im Laufe der Jahre zwangsläufig weiter wachsende Anzahl von Leistungen, die nicht in der Gebührenordnung beschrieben sind und gemäß § 6 Abs. 1 GOZ im Wege einer Entsprechungsberechnung (Analogiebildung) verordnungskonform berechnet werden müssen. Aus diesem Grund sah sich das Expertengremium veranlasst, eine abgestimmte und mit vielen Fachleuten und Fachgesellschaften** konsentiertere Liste der häufigeren Entsprechungsleistungen aufzustellen und mit einer angemessenen Bewertung für den Durchschnittsfall durch Angabe möglicher Vergleichsziffern zu versehen. Diese Liste der Vergleichsleistungen entfaltet gemäß § 6 (1) GOZ keine Verbindlichkeit, dient jedoch zumindest der Orientierung der Rechnungsaussteller und formuliert die nicht in GOZ/GOÄ enthaltenen Leistungsbeschreibungen eindeutig und verständlich. Mit Veröffentlichung dieser Entsprechungsliste wird zudem zahnmedizinisch und gebührentechnisch klargestellt, dass die aufgeführten Leistungen als existent, im Prinzip als zahnmedizinisch notwendig und als selbständige Leistungen gesehen werden.

Entsprechungsliste zur GOZ 2012 mit Vergleichsleistungen (Auszug)			Entsprechungs- ziffer
Leistungsbeschreibung	entsprechend	Bezeichnung der Vergleichsleistung	
A. (0) Allgemeine Leistungen			
Internes Bleichen eines Zahnes, je Sitzung	entsprechend	Amputation und Versorgung der vitalen Pulpa	2350 a
Intraorale Bürstenbiopsie zur zytologischen Frühdiagnostik	entsprechend	Exzision Schleimhautwucherung größeren Umfangs	3080 a
Elektroanalgesie/-anästhesie mit Schwachstrom	entsprechend	gezielte Niederfrequenzbehandlung bei Lähmungen	Ä555 a
Intraorales Foto zur Diagnostik, je Aufnahme	entsprechend	optisch-elektronische Abformung	0065 a
Fluoreszenz- Kariesdiagnostik mit Laser , je Zahn	entsprechend	elektrometrische Längenbestimmung Wurzelkanal	2400 a
Lachgas-Analgesie	entsprechend	Eingliedern Hilfsmittel bei Funktionsstörungen	6200 a
Digitale Volumetomographie (DVT)	entsprechend	Computer gesteuerte Tomographie im Kopfbereich	Ä5370 a
B. (1) Prophylaktische Leistungen			
Entfernung klinisch erreichbarer subgingivaler Beläge (gem. ZHKG), je Zahn	entsprechend	Politur einer Restauration	2130 a
CHX-Lackierung gefährdeter Zahnhälse (Kariostasebehandlung), je Sitzung	entsprechend	medikamentöse Einlage	2430 a
Abformung, Einprobe, Ersteingliederung einer Medikamentenschiene , je Kiefer	entsprechend	Anlegen/Eingliedern Stütz-/Halte-/Hilfsmittel	Ä2700 a
Anwendung individuelle Medikamentenschiene zur Parodontalbehandlung	entsprechend	individuelle Schiene als Medikamententräger zur Kariesbehandlung	1030 a
intrakanaläre/enossale antibakterielle photodynamische Therapie (aPDT/PACT)	entsprechend	Abbinden eines Gefäßes, Knochenbolzung	3060 a

Der Autor



Peter H.G. Esser, Dr. med. dent., war acht Jahre Vizepräsident der Zahnärztekammer Nordrhein, wo er u. a. die Referate GOZ und Gutachten betreute. Bis 1998 war er Mitglied des GOZ-Arbeitsausschusses der Bundeszahnärztekammer. Für die ZA – Zahnärztliche Abrechnungsgenossenschaft Düsseldorf ist er als Berater tätig.

Als Autor – u. a. GOZ-Lexikon, Analogtafeln, AVA-Konzept Kommentar GOÄ-ZMK – und Fortbildungsreferent ist Peter H.G. Esser einem großen Publikum bekannt.

GOZ-Praxiskommentar

Vollversion

**Von Experten ausgearbeitet –
für die Praxis unverzichtbar**

**Kommentar aller Gebührensätze
mit Kurzkomentar, Expertenkommentar,
Amtlichen Begründungen**

Der „GOZ-Praxiskommentar Vollversion“ beschäftigt sich mit der Interpretation der Gebührensätze und den dazu gehörenden Bestimmungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), die seit Januar 2012 gültig ist.

Er zitiert und berücksichtigt dabei die von der Bundesregierung bzw. dem BMG erfolgten „Amtlichen besonderen Begründungen“, erweitert diese – wo erforderlich – um eigene Anmerkungen und weist auf missverständliche und/oder interpretationsbedürftige Passagen hin.

Das vorliegende Abrechnungswerk stellt eine zahnmedizinisch-fachliche Kommentierung des Gebührenverzeichnisses dar. Sämtliche Kommentare sind mit einem hochkarätigen ständigen Expertengremium und vielen angesehenen Abrechnungsexperten in ganz Deutschland abgestimmt. Zielführend für den Autor und Abrechnungsexperten Peter H.G. Esser war dabei, einen fundierten Beitrag zu einer standeseinheitlichen Kommentierung zu etablieren.

Ein absolutes Muss für Insider und langjährig Abrechnungserfahrene genauso wie für Einsteiger und Praxisgründer und besonders auch für Verwaltungskräfte.



Zahnärztlicher
Fach-Verlag

Ein Dr. Hinz Unternehmen