

26.06.87

AS - Fz - G

Verordnung

der Bundesregierung

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

A. Zielsetzung

Die Verordnung soll die seit 1965 unverändert geltende Gebührenordnung für Zahnärzte ablösen. Sie hat das Ziel,

- vorbeugende und zahnerhaltende Maßnahmen stärker als bisher zu fördern,
- die Gebühren für die zahnärztlichen Leistungen an die zahnmedizinische und wirtschaftliche Entwicklung anzupassen,
- die Gleichbehandlung von Ärzten und Zahnärzten bei der Liquidation von Leistungen für die private Behandlung wieder herzustellen, nachdem die neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) von 1982 bereits im fünften Jahr gilt,
- die Nachprüfbarkeit der zahnärztlichen Rechnungen für die Patienten zu verbessern.

B. Lösung

Die Zielsetzung wird insbesondere durch folgende Regelungen erreicht:

- Das Bewertungsverhältnis der zahnärztlichen Leistungen untereinander wird neu gewichtet; dabei werden vor allem bisher unterbewertete zahnerhaltende Leistungen aufgewertet und bisher überbewertete Zahnersatzleistungen abgesenkt.

- Die zahnärztlichen Leistungen werden unter Einbeziehung neuer Leistungsgebiete wie Individualprophylaxe, Funktionsdiagnostik und Implantologie in einem neuen Gebührenverzeichnis nach dem aktuellen Stand der Zahnmedizin umfassend beschrieben; die Gebührensätze werden deutlich angehoben und damit der wirtschaftlichen Entwicklung angepaßt.
- Die allgemeinen Vorschriften für die Abrechnung der zahnärztlichen Vergütungen werden an die entsprechenden Regelungen für Ärzte nach der GOÄ von 1982 angepaßt, z.B. durch Einführung eines Gebührenrahmens vom einfachen bis zum 3,5fachen Gebührensatz und der Verpflichtung des Zahnarztes, bei Überschreiten des 2,3fachen Satzes eine schriftliche Begründung zu geben.
- Der Schutz des Patienten wird entsprechend den Regelungen in der GOÄ verbessert, z.B. durch die Einführung der Schriftform für abweichende Honorarvereinbarungen und durch Vorschriften über den Inhalt der zahnärztlichen Rechnung.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Die Gebührenordnung von 1965 wird - unter Einschluß der neu aufgenommenen Leistungsbereiche - auf der Grundlage des gegenwärtigen Gebührenvolumens im wesentlichen kostenneutral auf die neue Verordnung umgestellt. Bund, Länder und Gemeinden werden deshalb nicht mit zusätzlichen Kosten belastet.

Bundesrat

Drucksache 276/87

26.06.87

AS - Fz - G

Verordnung

der Bundesregierung

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler

121 (311) - 603 03 - Ae 9/87

Bonn, den 26. Juni 1987

An den
Herrn Präsidenten des Bundesrates

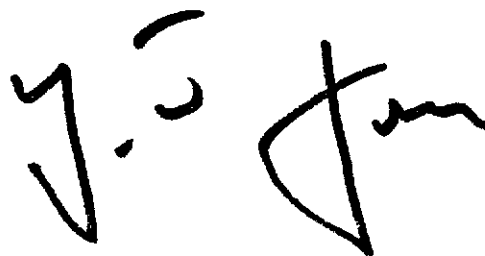
Hiermit übersende ich die von der Bundesregierung beschlossene

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Zustimmung des Bundesrates aufgrund des Artikels 80 Abs. 2 des Grundgesetzes herbeizuführen.

Federführend ist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. S. Jan' or similar, written in a cursive style.

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

vom

Inhaltsübersicht

- § 1 Anwendungsbereich
- § 2 Abweichende Vereinbarung
- § 3 Vergütungen
- § 4 Gebühren
- § 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses
- § 6 Gebühren für andere Leistungen
- § 7 Gebühren bei stationärer Behandlung
- § 8 Wegegeld
- § 9 Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen
- § 10 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung
- § 11 Berlin-Klausel
- § 12 Inkrafttreten und Übergangsvorschrift

Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen (Anlage)

Auf Grund des § 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der durch Artikel 5 des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) geänderten Fassung verordnet die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates:

§ 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 kann eine von dieser Verordnung abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden.
- (2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem ist vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muß die Feststellung enthalten, daß eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.

- 3 -

(3) Leistungen im Sinne von § 1 Abs. 2 Satz 2 und ihre Vergütung können abweichend von dieser Verordnung in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden. Der Heil- und Kostenplan muß vor Erbringung der Leistung erstellt werden; er muß die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Feststellung enthalten, daß es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist.

§ 3

Vergütungen

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

§ 4

Gebühren

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

(2) Der Zahnarzt kann Gebühren nur für selbständige zahnärztliche Leistungen berechnen, 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.

(3) Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten,

soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist. Hat der Zahnarzt zahnärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach dieser Verordnung selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.

(4) Kosten, die nach Absatz 3 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht 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 elf Deutsche Pfennige. Bei der Bemessung von Gebühren sind Bruchteile von Pfennigen auf volle Pfennigbeträge abzurunden.

(2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen 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

- 5 -

berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.

§ 6

Gebühren für andere Leistungen

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

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

§ 7

Gebühren bei stationärer Behandlung

Bei stationären privat Zahnärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren um 15 vom Hundert zu mindern. In diesem Umfang gilt § 4 Abs. 3 nicht.

§ 8

Wegegeld

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

(2) Die Wegstreckenentschädigung beträgt

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

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

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

§ 9

Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen

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

- 7 -

§ 10

Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

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

(2) Die Rechnung muß insbesondere enthalten:

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

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

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

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

§ 11

Berlin-Klausel

Diese Verordnung gilt nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes in Verbindung mit § 21 Satz 2 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der durch das Gesetz vom 25. Februar 1983 (BGBl. I S. 187) geänderten Fassung auch im Land Berlin.

§ 12

Inkrafttreten und Übergangsvorschrift

(1) Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1988 in Kraft.

(2) Die Gebührenordnung für Zahnärzte in der Fassung vom 18. März 1965 (BGBl. I S. 123) gilt weiter

1. für Leistungen, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung erbracht worden sind,
2. für vor Inkrafttreten dieser Verordnung begonnene Leistungen nach den Nummern 15, 18, 20, 91 bis 93, 96 bis 98, 101 bis 104, 119 und 120 des Gebührenverzeichnisses - Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vom 18. März 1965 -, die erst nach Inkrafttreten dieser Verordnung beendet werden.

- 9 -

Gebührenverzeichnis
für zahnärztliche Leistungen

- Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte -

Gebührenverzeichnis für zahnärztliche
Leistungen

Nummer	Übersicht	Seite
001 bis 011	A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen	11
100 bis 102	B. Prophylaktische Leistungen	13
200 bis 244	C. Konservierende Leistungen	14
300 bis 331	D. Chirurgische Leistungen	20
400 bis 413	E. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums	24
500 bis 534	F. Prothetische Leistungen	26
600 bis 625	G. Kieferorthopädische Leistungen	32
700 bis 709	H. Eingliederung von Aufbißbehelfen und Schienen	36
800 bis 810	J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen	38
900 bis 909	K. Implantologische Leistungen	40

A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Eine Beratungsgebühr nach Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen - Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522) - darf im Behandlungsfall nur einmal zusammen mit einer Gebühr für eine Leistung nach diesem Gebührenverzeichnis und für eine Leistung aus den Abschnitten B III und C bis O des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen berechnet werden.
2. Das bei Leistungen nach diesem Gebührenverzeichnis verwendete Abformungsmaterial ist gesondert berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
001	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes	100	11,-
002	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans auf Anforderung	90	9,90
003	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen	160	17,60
004	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans zur prothetischen Versorgung nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen	220	24,20

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
005	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans bei kieferorthopädischer Behandlung nach Befundaufnahme und Aus- arbeitung einer Behandlungsplanung	250	27,50
006	Abformung eines Kiefers für ein Situ- ationsmodell, auch Teilabformung, ein- schließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung	120	13,20
007	Abformung beider Kiefer für Situations- modelle und einfache Hißfixierung ein- schließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung	260	28,60
008	Vitalitätsprüfung eines Zahnes oder mehrerer Zähne einschließlich Ver- gleichstest	50	5,50
009	Intraorale Oberflächenanästhesie, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	30	3,30
010	Intraorale Infiltrations- oder Leitungsanästhesie	65	7,15
011	Extraorale Leitungsanästhesie	120	13,20

B. Prophylaktische Leistungen

Allgemeine Bestimmung

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

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
100	Erstellen eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten	200	22,-
101	Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten	100	11,-
102	Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, je Sitzung	50	5,50

Die Leistung nach der Nummer 100 ist innerhalb eines Jahres einmal, die Leistung nach der Nummer 101 innerhalb eines Jahres dreimal berechnungsfähig. Die Leistungen umfassen die Erhebung von Mundhygieneindizes, das Anfärben der Zähne, die praktische Unterweisung mit individuellen Übungen und die Motivierung des Patienten. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 100 und 101 sind eine Leistung nach der Nummer 001 und Beratungen nach der Gebührenordnung für Ärzte nicht berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nummer 102 ist innerhalb eines Jahres höchstens dreimal berechnungsfähig.

C. Konservierende Leistungen

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
200	Versiegelung von kariesfreien Zahn- fissuren mit aushärtenden Kunststoffen, je Zahn	90	9,90
201	Behandlung überempfindlicher Zahn- flächen, je Kiefer	50	5,50
202	Exkavieren und temporärer Verschuß einer Kavität, als selbständige Leistung	100	11,-
203	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten (z.B. Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillung einer übermäßigen Papillen- blutung), je Kieferhälfte oder Front- zahnbereich	65	7,15
204	Anlegen von Spanngummi, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	65	7,15
205	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, einflächig	150	16,50
206	Polieren einer einflächigen Amalgamfüllung in einer folgenden Sitzung	30	3,30
207	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, zweiflächig	210	23,10

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
208	Polieren einer zweiflächigen Amalgamfüllung in einer folgenden Sitzung	40	4,40
209	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrizie oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, dreiflächig	300	33,-
210	Polieren einer dreiflächigen Amalgamfüllung in einer folgenden Sitzung	50	5,50
211	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrizie oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau	380	41,80
212	Polieren einer mehr als dreiflächigen Amalgamfüllung in einer folgenden Sitzung	60	6,60
213	Parapulpäre oder intrakanaläre Stiftverankerung einer Füllung oder eines Aufbaus, je Stiftverankerung	110	12,10
	Die Leistung nach der Nummer 213 ist je Zahn höchstens dreimal berechnungsfähig. Die Kosten für die Verankerungselemente sind gesondert berechnungsfähig.		
214	Präparieren einer Kavität und Füllen mit Metallfolie (gehämmerte Füllung) einschließlich Unterfüllung, Polieren und Materialkosten	950	104,50
	Die Kosten für die Metallfolie sind gesondert berechnungsfähig.		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
215	Einlagefüllung, einflächig	550	60,50
216	Einlagefüllung, zweiflächig	820	90,20
217	Einlagefüllung, mehr als zwei- flächig	1200	132,-
218	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone	150	16,50
219	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch gegossenen Aufbau mit Stiftver- ankerung oder Schraubenaufbau zur Auf- nahme einer Krone	450	49,50
Die Kosten für die Verankerungselemente sind gesondert berechnungsfähig.			
220	Versorgung eines Zahnes oder Implantats durch eine Vollkrone (Tangentialpräpa- ration)	900	99,-
221	Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkehl- oder Stufen- präparation)	1300	143,-
222	Versorgung eines Zahnes durch eine Teilkkrone mit Retentionsrillen oder -kasten oder mit Pinledges einschließ- lich Rekonstruktion der gesamten Kaufläche	1550	170,50
Neben den Leistungen nach den Nummern 220 bis 222 sind Leistungen nach den Nummern 205 bis 212 nicht berech- nungsfähig.			

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
Durch die Leistungen nach den Nummern 215 bis 217 und 220 bis 222 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantats, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder Krone, Nachkontrolle und Korrekturen. Teilleistungen nach den Nummern 220 bis 222:			
223	Enden die Leistungen mit der Präparation eines Zahnes, so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.		
224	Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.		
225	Eingliederung einer konfektionierten Krone in der pädiatrischen Zahnheilkunde	210	23,10
	Die Kosten für die konfektionierte Krone sind gesondert berechnungsfähig.		
226	Schutz eines präparierten oder frakturierten Zahnes durch eine abnehmbare konfektionierte Hülse	100	11,-
	Die Kosten für die konfektionierte Hülse sind gesondert berechnungsfähig.		
227	Eingliederung einer provisorischen Krone zum Schutz eines präparierten oder frakturierten Zahnes und zur Sicherung der Kaufunktion, einschließlich Entfernung	270	29,70

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
228	Eingliederung einer provisorischen Krone mit Stiftverankerung zum Schutz eines präparierten oder frakturierten Zahnes und zur Sicherung der Kau-funktion, einschließlich Entfernung Das Wiedereingliedern derselben provi-sorischen Krone - gegebenenfalls auch mehrmals - einschließlich Entfernung, ist mit den Gebühren nach den Nummern 227 und 228 abgegolten.	320	35,20
229	Entfernung einer Einlagefüllung, einer Krone, eines Brückenankers, Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges	180	19,80
230	Entfernung eines Wurzelstiftes	270	29,70
231	Wiedereingliederung einer Einlage-füllung oder Krone oder Wiederherstel-lung einer Verblendschale an heraus-nehmbarem Zahnersatz	145	15,95
232	Wiederherstellung einer Krone, eines Brückenankers, einer Verblendschale oder Verblendung an festsitzendem Zahnersatz, gegebenenfalls einschließ-lich Wiedereingliederung und Abformung	350	38,50
233	Maßnahmen zur Erhaltung der vitalen Pulpa bei Caries profunda (Exkavieren, indirekte Überkappung, gegebenenfalls temporärer Verschuß)	110	12,10
234	Maßnahmen zur Erhaltung der freiliegen-den vitalen Pulpa (Exkavieren, direkte Überkappung, gegebenenfalls temporärer Verschuß)	200	22,-

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
235	Amputation und Versorgung der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren und gegebenenfalls temporärem Verschuß	290	31,90
236	Exstirpation der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren und temporärem Verschuß, je Kanal	110	12,10
237	Devitalisieren der Pulpa einschließlich Exkavieren, gegebenenfalls temporärer Verschuß	50	5,50
238	Amputation und endgültige Versorgung der devitalisierten Milchzahnpulpa	160	17,60
239	Trepanation eines Zahnes	65	7,15
240	Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals	70	7,70
241	Aufbereitung eines Wurzelkanals	280	30,80
242	Zusätzliche Anwendung elektro-physikalisch-chemischer Methoden, je Kanal	70	7,70
243	Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nummern 235 bis 237 und 239 einschließlich temporärem Verschuß, je Zahn und Sitzung	130	14,30
244	Füllung eines Wurzelkanals, einschließlich temporärem Verschuß	200	22,-

D. Chirurgische Leistungen

Allgemeine Bestimmung

Die primäre Wundversorgung ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt D und nicht gesondert berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
300	Entfernung eines einwurzeligen Zahnes oder eines enossalen Implantats	70	7,70
301	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes	110	12,10
302	Entfernung eines tief frakturierten oder tief zerstörten Zahnes	270	29,70
303	Entfernung eines Zahnes durch Osteotomie	350	38,50
304	Entfernung eines retinierten, impaktierten oder verlagerten Zahnes oder eines enossalen Implantats durch Osteotomie	540	59,40
305	Stillung einer übermäßigen Blutung im Mund- und/oder Kieferbereich, als selbständige Leistung	110	12,10
306	Stillung einer Blutung durch Abbinden oder Umstechen des Gefäßes oder durch Knochenbolzung	140	15,40
307	Exzision von Schleimhaut oder Granulationsgewebe, als selbständige Leistung	45	4,95

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
308	Exzision einer Schleimhautwucherung größeren Umfangs (z.B. lappiges Fibrom, Epulis)	150	16,50
309	Plastischer Verschluß einer eröffneten Kieferhöhle, als selbständige Leistung	370	40,70
310	Trepanation des Kieferknochens, als selbständige Leistung	140	15,40
311	Wurzelspitzenresektion an einem Frontzahn	460	50,60
312	Wurzelspitzenresektion an einem Seitenzahn	580	63,80
	Neben den Leistungen nach den Nummern 311 und 312 ist eine Leistung nach der Nummer 310 nicht berechnungsfähig.		
313	Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes	280	30,80
314	Reimplantation eines Zahnes einschließlich einfacher Fixation	550	60,50
315	Endodontische Stabilisierung eines Zahnes im Knochen	270	29,70
	Die Kosten für das Verankerungselement sind gesondert berechnungsfähig.		
316	Transplantation eines Zahnes einschließlich operativer Schaffung des Knochenbettes	650	71,50
317	Operation einer Zyste durch Zystostomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	270	29,70

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
318	Operation einer Zyste durch Zystostomie, als selbständige Leistung	450	49,50
319	Operation einer Zyste durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	230	25,30
320	Operation einer Zyste durch Zystektomie, als selbständige Leistung	460	50,60
	Das Auskratzen von Granulationsgewebe oder kleinen Zysten in Verbindung mit Extraktionen, Osteotomien oder Wurzelspitzenresektionen kann nicht nach den Nummern 317 bis 320 berechnet werden.		
321	Beseitigung störender Schleimhautbänder, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	140	15,40
322	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers in Ver- bindung mit Extraktionen von mehr als vier nebeneinander stehenden Zähnen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	280	30,80
323	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers als selb- ständige Leistung, je Kiefer	440	48,40
324	Vestibulumplastik oder Mundbodenplastik kleineren Umfangs, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	550	60,50
325	Tuberplastik, einseitig	270	29,70

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
326	Freilegen eines retinierten oder verlagerten Zahnes zur orthopädischen Einstellung	550	60,50
327	Germektomie	590	64,90
328	Lösen, Verlegen und Fixieren des Lippenbändchens und Durchtrennen des Septums bei echtem Diastema	270	29,70
329	Kontrolle nach chirurgischem Eingriff, als selbständige Leistung	55	6,05
330	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff (z.B. Tamponieren), als selbständige Leistung	65	7,15
331	Chirurgische Wundrevision (z.B. Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht), als selbständige Leistung	100	11,00

E. Leistungen bei Erkrankungen der
Mundschleimhaut und des Parodontiums

Allgemeine Bestimmung

Die primäre Wundversorgung ist Bestandteil
der Leistungen nach Abschnitt E und nicht
gesondert berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
400	Lokalbehandlung von Mundschleim- hauterkrankungen, je Sitzung	45	4,95
401	Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremd- reizen am Parodontium, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	35	3,85
402	Beseitigung grober Vorkontakte der Okklusion und Artikulation durch Ein- schleifen des natürlichen Gebisses, je Sitzung	45	4,95
403	Entfernung harter und weicher Zahn- beläge einschließlich Polieren, je Zahn	10,9	1,20
404	Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge mit Nachreinigung einschließlich Polieren, je Zahn	6,4	0,70
405	Subgingivale Konkremententfernung, Wurzelglättung und Gingivakürettage als parodontalchirurgische Maßnahme, je Zahn	110	12,10
406	Gingivektomie, Gingivoplastik, je Parodontium	45	4,95

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
407	Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Frontzahn, je Parodontium	180	19,80
408	Lappenoperation, offene Kürettage, einschließlich Osteoplastik an einem Seitenzahn, je Parodontium	275	30,25
	Neben den Leistungen nach den Nummern 407 und 408 sind Leistungen nach den Nummern 403 bis 406 in der gleichen Sitzung nicht berechnungsfähig.		
409	Auffüllen parodontaler Knochendefekte mit autologem oder heterologem Material, je Zahn	180	19,80
	Bei der Leistung nach der Nummer 409 sind Kosten für heterologes Material gesondert berechnungsfähig.		
410	Verlegen eines koronalen Schleimhaut- lappens, je Kieferhälfte oder Front- zahnbereich	275	30,25
411	Chirurgische Maßnahmen zur Verbreiterung der unverschieblichen Gingiva und/oder zur Vertiefung des Mundvorhofes, je Kiefer- hälfte oder Frontzahnbereich	450	49,50
412	Entnahme eines freien Schleimhaut- transplantats	90	9,90
413	Nachbehandlung nach parodontalchirur- gischen Maßnahmen nach den Nummern 405 bis 412, je Zahn	6,4	0,70

F. Prothetische Leistungen

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
500	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Tangentialpräparation)	820	90,20
501	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Hohlkehl- und Stufenpräparation) oder Einlagefüllung	1100	121,-
502	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teilkkrone mit Retentionsrillen oder -kasten oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der Kaufläche	1300	143,-
503	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Wurzelkappe mit Stift, gegebenenfalls einschließlich Verbindungsvorrichtung	1100	121,-
504	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teleskopkrone, auch Konuskrone	1400	154,-

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
Durch die Leistungen nach den Nummern 500 bis 504 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren der Zähne oder Implantate, Bestimmung der Kieferrelation, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Kronen oder Einlagefüllungen, Nachkontrolle und Korrekturen. Teilleistungen nach den Nummern 500 bis 504:			
505	Enden die Leistungen mit der Präparation der Brückenpfeiler, so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.		
506	Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.		
507	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: Verbindung von Kronen oder Einlagefüllungen durch Brückenglieder oder Stege, je zu überbrückende Spanne oder Freiendsattel	400	44,-
508	Versorgung eines Lückengebisses durch eine zusammengesetzte Brücke oder Prothese, je Verbindungselement	230	25,30
	Matrize und Patrize gelten als ein Verbindungselement.		
509	Wiederherstellung der Funktion eines Verbindungselements nach Nummer 508	110	12,10
510	Erneuern des Sekundärteils einer Teleskopkrone einschließlich Abformung	450	49,50

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
511	Wiedereingliederung einer endgültigen Brücke nach Wiederherstellung der Funktion	360	39,60
512	Eingliederung einer provisorischen Brücke einschließlich Entfernung, je provisorische Krone	180	19,80
513	Eingliederung einer provisorischen Brücke einschließlich Entfernung, je provisorische Krone mit Stiftver- ankerung	290	31,90
514	Eingliederung einer provisorischen Brücke einschließlich Entfernung, je zu überbrückende Spanne oder Frei- endsattel	160	17,60
Das Wiedereingliedern derselben pro- visorischen Brücke, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 512 bis 514 abgegolten.			
515	Versorgung eines Lückengebisses mit Hilfe einer durch Adhäsivtechnik be- festigten Brücke, für die erste zu überbrückende Spanne	730	80,30
516	Versorgung eines Lückengebisses nach Nummer 515, für jede weitere zu überbrückende Spanne	360	39,60
517	Anatomische Abformung des Kiefers mit individuellem Löffel bei un- günstigen Zahnbogen- und Kieferformen und/oder tief ansetzenden Bändern oder spezielle Abformung zur Remontage, je Kiefer	250	27,50

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
518	Funktionelle Abformung des Oberkiefers mit individuellem Löffel	450	49,50
519	Funktionelle Abformung des Unterkiefers mit individuellem Löffel	540	59,40
520	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Teilprothese mit einfachen, gebogenen Halteelementen einschließlich Einschleifen der Auflagen	700	77,00
521	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Modellgußprothese mit gegossenen Halte- und Stützelementen einschließlich Einschleifen der Auflagen	1400	154,-
522	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Oberkiefer	1850	203,50
523	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Unterkiefer	2200	242,-

Durch die Leistungen nach den Nummern 520 bis 523 sind folgende Leistungen abgegolten: Anatomische Abformungen (auch des Gegenkiefers), Bestimmung der Kieferrelation, Einproben, Einpassen bzw. Einfügen, Nachkontrolle und Korrekturen.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM (
524	Teilleistungen nach den Nummern 520 bis 523: Für Maßnahmen bis einschließlich Be- stimmung der Kieferrelation ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berech- nungsfähig; bei weitergehenden Maßnahmen sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.		
525	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (ohne Abformung)	140	15,40
526	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (mit Abformung) einschließlich Halte- und Stützvor- richtungen	270	29,70
527	Teilunterfütterung einer Prothese	180	19,80
528	Vollständige Unterfütterung einer Prothese	270	29,70
529	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Oberkiefer	450	49,50
530	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Unterkiefer	540	59,40

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
531	Vollständige Unterfütterung bei einer Defektprothese einschließlich funktioneller Randgestaltung	730	80,30
	Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 527 bis 531 dürfen Leistungen nach den Nummern 525 und 526 nur berechnet werden, wenn es sich um zeitlich getrennte Verrichtungen handelt.		
	Leistungen nach den Nummern 527 bis 531 sind nur als Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese berechnungsfähig.		
532	Eingliederung eines Obturators zum Verschluß von Defekten des Gaumens	2200	242,-
533	Eingliederung einer Resektionsprothese zum Verschluß und zum Ausgleich von Defekten der Kiefer	2800	308,-
534	Eingliederung einer Prothese oder Epithese zum Verschluß extraoraler Weichteildefekte oder zum Ersatz fehlender Gesichtsteile einschließlich Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen	7300	803,-
	Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 520 bis 534 abgegolten.		

G. Kieferorthopädische Leistungen

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
600	Profil- oder Enfacefotografie einschließlich kieferorthopädischer Auswertung	80	8,80
601	Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale, graphische oder metrische Analysen, Diagramme), bis zum Abschluß der Behandlung nur dreimal berechnungsfähig	180	19,80
602	Anwendung von Methoden zur Untersuchung des Gesichtsschädels (zeichnerische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels, Wachstumsanalysen), bis zum Abschluß der Behandlung nur dreimal berechnungsfähig	360	39,60
603	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, geringer Umfang	1350	148,50
604	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, mittlerer Umfang	1900	209,-
605	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, hoher Umfang	3000	330,-

Bei Maßnahmen von mittlerem Umfang nach der Nummer 604 müssen mindestens drei, bei Maßnahmen von hohem Umfang mindestens vier der Kriterien nach a) bis e) erfüllt sein:

- a) Zahl der bewegten Zahngruppen: zwei und mehr Zahngruppen,
- b) Ausmaß der Zahnbewegung: mehr als 5 Millimeter,

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
	c) Art der Zahnbewegung: körperlich mehr als 2 Millimeter, kontrollierte Wurzelbewegung, direkte Veränderung der Bißhöhe, Zahndrehung mehr als 30 Grad, d) Richtung der Zahnbewegung: entgegen Wanderungstendenz, e) Verankerung: mit zusätzlichen intra- oder extraoralen Maßnahmen.		
606	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiß während der Wachstumsphase einschließlich Retention, geringer Umfang	1650	181,50
607	Einstellung der Kiefer in den Regelbiß während der Wachstumsphase einschließlich Retention, hoher Umfang	3000	330,-
	Bei Maßnahmen von hohem Umfang müssen mindestens zwei der Kriterien nach a) bis c) erfüllt sein: a) Ausmaß der Bißverschiebung: mehr als 4 Millimeter, b) Richtung der durchzuführenden Bißverschiebung, Unterkiefer relativ zum Oberkiefer: dorsal, c) Skelettale Bedingungen: ungünstige Wachstumsvoraussetzungen. Die Leistungen nach den Nummern 603 bis 607 umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren. Neben den Leistungen nach den Nummern 603 bis 607 sind Leistungen nach den Nummern 618 bis 625 nicht berechnungsfähig.		
608	Einstellung der Okklusion durch alveolären Ausgleich bei abgeschlossener Wachstumsphase einschließlich Retention	700	77,-

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
609	Eingliederung eines <u>Klebebrackets</u> zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	165	18,15
610	Entfernung eines Klebebrackets einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes	70	7,70
611	Eingliederung eines <u>Bandes</u> zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	230	25,30
612	Entfernung eines Bandes einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes	20	2,20
613	Eingliederung eines Teilbogens	210	23,10
614	Eingliederung eines ungeteilten Bogens, alle Zahngruppen umfassend	500	55,-
615	Eingliederung einer intra-extraoralen Verankerung (z.B. Headgear)	330	36,30
616	Eingliederung einer Kopf-Kinn-Kappe In den Leistungen nach den Nummern 609 bis 616 sind die Material- und Labor-kosten enthalten.	600	66,-
617	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit und/oder Erweiterung von Behandlungsgeräten einschließlich Abformung und Wiedereinfügen, je Kiefer und je Sitzung einmal berechnungsfähig	270	29,70

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
618	Beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen	140	15,40
619	Eingliedern von Hilfsmitteln zur Beseitigung von Funktionsstörungen im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung (Mundvorhofplatte) einschließlich Anweisung zum Gebrauch und Kontrollen	450	49,50
620	Kontrolle des Behandlungsverlaufs oder Weiterführung der Retention einschließlich kleiner Änderungen der Behandlungs- oder Retentionsgeräte, Therapiekontrolle der gesteuerten Extraktion, je Sitzung	90	9,90
621	Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln (z.B. Abformung, Bißnahme), je Kiefer	180	19,80
622	Eingliederung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer	180	19,80
623	Maßnahmen zur Verhütung von Folgen vorzeitigen Zahnverlustes (Offenhalten einer Lücke)	270	29,70
624	Beseitigung des Diastemas, als selbständige Leistung	450	49,50
625	Maßnahmen zur Einordnung eines verlagerten Zahnes in den Zahnbogen, als selbständige Leistung	1100	121,-

H. Eingliederung von Aufbißbehelfen
und Schienen

Allgemeine Bestimmung

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

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
700	Eingliederung eines Aufbißbehelfs ohne adjustierte Oberfläche	270	29,70
701	Eingliederung eines Aufbißbehelfs mit adjustierter Oberfläche	800	88,-
702	Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbißbehelf	450	49,50
703	Wiederherstellung der Funktion eines Aufbißbehelfs durch Aufbau einer neuen adjustierten Oberfläche und/oder Unterfütterung	370	40,70
704	Kontrolle eines Aufbißbehelfs	65	7,15
705	Kontrolle eines Aufbißbehelfs mit adjustierter Oberfläche: subtraktive Maßnahmen, je Sitzung	180	19,80
706	Kontrolle eines Aufbißbehelfs mit adjustierter Oberfläche: additive Maßnahmen, je Sitzung	410	45,10

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
707	Semipermanente Schiene unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum	90	9,90
708	Versorgung eines Kiefers mit einem Interimszahnersatz als Langzeitprovisorium, je Krone	450	49,50
709	Versorgung eines Kiefers mit einem Interimszahnersatz als Langzeitprovisorium, je zu überbrückende Spanne oder Freiendsattel	270	29,70

Die Leistungen nach den Nummern 708 und 709 sind nicht in zeitlichem Zusammenhang mit der Herstellung von endgültigem Zahnersatz berechnungsfähig.

Die Wiedereingliederung desselben Interimszahnersatzes, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 708 und 709 abgegolten.

J. Funktionsanalytische und funktions-
therapeutische Leistungen

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
800	Befunderhebung des stomato- gnathen Systems nach vorge- schriebenem Formblatt	500	55,-
	Durch die Leistung nach der Nummer 800 sind folgende zahn- ärztliche Leistungen abgegolten: prophylaktische, prothetische, parodontologische und okklusale Befunderhebung, funktionsdiagno- stische Auswertung von Röntgen- aufnahmen des Schädels und der Halswirbelsäule, klinische Reaktionstests (z.B. Resilienz- test, Provokationstest).		
801	Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers, je Registrierat	180	19,80
	Die Leistung nach Nummer 801 ist höchstens zweimal berechnungsfähig.		
802	Modellmontage nach arbiträrer Schar- nierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die arbiträre Scharnierachsenbe- stimmung, Anlegen eines Übertragungs- bogens, Koordinieren eines Übertra- gungsbogens mit einem Artikulator und Modellmontage) einschließlich Material- und Laborkosten	400	44,-
803	Modellmontage nach kinematischer Schar- nierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die kinematische Scharnierachsen- bestimmung, definitives Markieren der Referenzpunkte, Anlegen eines Übertra- gungsbogens, Koordinieren eines Über- tragungsbogens mit einem Artikulator und Modellmontage) einschließlich Material und Laborkosten	550	60,50

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
804	Montage des Gegenkiefermodells mit Hilfe von Registraten oder ähnlichen Verfahren einschließlich Fixieren und Überprüfen der gefundenen Position einschließlich Material- und Laborkosten	200	22,-
805	Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung halb-individueller Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten	350	38,50
806	Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten	500	55,-
807	Aufbau einer individuellen Frontzahnführung im Artikulator	150	16,50
808	Diagnostische Maßnahmen an Modellen im Artikulator einschließlich subtraktiver oder additiver Korrekturen, Befundauswertung und Behandlungsplanung	200	22,-
809	Diagnostischer Aufbau von Funktionsflächen am natürlichen Gebiß, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz	200	22,-
810	Systematische subtraktive Maßnahmen am natürlichen Gebiß, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Zahnpaar, höchstens dreimal berechnungsfähig	15	1,65

K. Implantologische Leistungen

Allgemeine Bestimmung

Die primäre Wundversorgung ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt K und nicht gesondert berechnungsfähig.

Die bei den Leistungen nach Abschnitt K verwendeten Implantate und Implantatteile sind gesondert berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
900	Implantatbezogene Analyse und Vermessung des Alveolarfortsatzes des Kieferkörpers und der Schleimhaut einschließlich metrischer Auswertung von Röntgenaufnahmen zur Festlegung der Implantatposition mit Hilfe einer individuellen Schablone	370	40,70
901	Präparieren einer Knochenskavität für ein enossales Implantat	320	35,20
902	Einsetzen einer Implantat-schablone zur Überprüfung der Knochenskavität	90	9,90
903	Einbringen eines enossalen Implantats	320	35,20
904	Freilegen eines Implantats und Einfügen von Sekundärteilen bei einem zweiphasigen Implantationssystem	320	35,20
905	Auswechseln eines Sekundärteils bei einem zusammengesetzten Implantat	320	35,20

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in DM
906	Präparieren eines Kiefers für subperiostale Gerüstimplantate einschließlich Abformung und Analyse des gewonnenen Modells, je Kiefer	640	70,40
907	Einsetzen eines subperiostalen Gerüstimplantats einschließ- lich Fixation	320	35,20
908	Entfernung eines subperiosta- len Gerüstimplantats	1100	121,-
909	Einbringen eines Nadelimplantats	90	9,90

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Gegenwärtige Rechtslage nach der Gebührenordnung für Zahnärzte

Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 18. März 1965 (BGBl. I S. 123) ist die Abrechnungsgrundlage für die Vergütung zahnärztlicher Leistungen, die für Privatpatienten erbracht werden. Sie wurde auf Grund des § 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 31. März 1952 (BGBl. I S. 221) in Verbindung mit § 1 des Gesetzes über den Übergang von Zuständigkeiten auf dem Gebiete des Gesundheitswesens vom 29. Juli 1964 (BGBl. I S. 560) als Rechtsverordnung des Bundesministers für Gesundheitswesen mit Zustimmung des Bundesrates erlassen. Sie gilt seit 1. April 1965 und ist seitdem nicht geändert worden.

Da die Leistungen der Zahnärzte im Gebührenverzeichnis der GOZ nicht abschließend aufgeführt sind, läßt § 6 GOZ ergänzend die Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu, so daß die Zahnärzte z.B. Beratungen und Röntgen der Zähne nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ abrechnen. Für die Zahnärzte gilt allerdings gegenwärtig noch die GOÄ in der Fassung vom 18. März 1965 (BGBl. I S. 89), während die Ärzte bereits seit 1. Januar 1983 die neue Gebührenordnung für Ärzte vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522) anzuwenden haben.

1. Betroffener Personenkreis

Die GOZ ist die Abrechnungsgrundlage für die privat Zahnärztlichen Leistungen von zur Zeit etwa 34.000 Zahn-

ärzten im niedergelassenen Bereich und ca. 150 liquidationsberechtigten Zahnärzten im Krankenhausbereich. Nur etwa 100 Zahnärzte haben reine Privatpraxen.

Der Kreis der Personen, die privat Zahnärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, umfaßt etwa 5,6 Mio Personen. Davon sind zur Zeit rund 5,4 Mio Personen bei einer privaten Krankenversicherung voll versichert oder haben Erstattungsansprüche als Beihilfeberechtigte im öffentlichen Dienst. Die Zahl der Selbstzahler, die weder versichert sind noch sonstige Erstattungsansprüche bei Inanspruchnahme privat Zahnärztlicher Leistungen geltend machen können, wird auf knapp 200.000 Personen geschätzt.

Auf der Grundlage der GOZ werden auch Zahnärztliche Leistungen abgerechnet, die im Rahmen der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und für Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse sowie im Rahmen der Dienstunfallfürsorge für Beamte und Soldaten erbracht werden. Auch bei Einstellungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen durch öffentlich-rechtliche Kostenträger wird die GOZ angewendet.

Betroffen sind demnach auch der Bund, die Länder und die Gemeinden, die für Beihilfen zu den Kosten für Zahnärztliche Behandlung ihrer 5,3 Mio Bediensteten und 1,2 Mio Versorgungsempfänger und deren Angehörigen beachtliche Beträge aufwenden. Entsprechendes gilt auch für andere Rechtsträger wie z.B. für die Bundesanstalt für Arbeit und die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte.

2. Vergütungen der Zahnärzte

Die Vergütungen der Zahnärzte aus privat Zahnärztlicher Liquidation setzen sich im wesentlichen aus Gebühren

für zahnärztliche Leistungen und Auslagen für zahntechnische Leistungen zusammen.

Die Höhe der Gebühren richtet sich nach den im Gebührenverzeichnis für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen festgesetzten Gebührensätzen, die vom einfachen bis zum sechsfachen Satz gesteigert werden können. Der Zahnarzt darf den Steigerungssatz nicht nach Belieben und nicht für alle Fälle gleich ansetzen. Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren vielmehr "unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des einzelnen Falles, insbesondere der Schwierigkeit der Leistung, des Zeitaufwandes, der Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Zahlungspflichtigen sowie der örtlichen Verhältnisse nach billigem Ermessen zu bestimmen" (§ 2 GOZ). Durch Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem kann eine von der GOZ abweichende Regelung getroffen werden (§ 1 Abs. 2 GOZ). Nach einer Stichprobe von 10.000 repräsentativ gezogenen zahnärztlichen Rechnungen, die im November 1984 der privaten Krankenversicherung zur Erstattung eingereicht worden sind, lag der durchschnittlich berechnete Steigerungssatz etwa beim Vierfachen des einfachen Betrages des Gebührenverzeichnisses. Der Anteil der über dem sechsfachen Satz abgerechneten zahnärztlichen Leistungen betrug 0,6 v.H. der von der Stichprobe erfaßten Leistungen. Eine Stichprobe von weiteren 10.000 bei der privaten Krankenversicherung im November 1986 eingereichten Rechnungen ergab im wesentlichen die gleiche Abrechnungsstruktur, insbesondere lag auch 1986 der durchschnittlich berechnete Steigerungssatz beim Vierfachen.

Für Auslagen, also vor allem für die zahntechnischen Leistungen, dürfen nach § 5 GOZ nur die tatsächlich entstandenen Kosten berechnet werden.

Die Gesamteinnahmen aus privat Zahnärztlicher Tätigkeit der niedergelassenen Zahnärzte und der liquidationsberechtigten Zahnärzte im Krankenhausbereich können für das Jahr 1986 mit rund 3 Milliarden DM angenommen werden; Material- und Laborkosten sind in diesem Betrag nicht enthalten. Rund 15 v.H. der Einnahmen der niedergelassenen Zahnärzte werden aus privater Liquidation erzielt, während rund 85 v.H. auf Einnahmen aus kassenzahnärztlicher und auf sonstiger Tätigkeit, z.B. Gutachtertätigkeit beruhen; Material- und Laborkosten sind bei dieser Schätzung mitberücksichtigt. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für zahnärztliche Leistungen und Zahnersatz einschließlich Material- und Laborkosten betrugen im Jahre 1986 rd. 14 Mrd. DM. Dazu kommen noch etwa 2,2 Mrd. DM aus der Selbstbeteiligung von Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung.

II. Auswirkungen des ärztlichen Gebührenrechts auf die Novellierung der GOZ

Die mit der GOZ zeitgleich erlassene Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 18. März 1965 (BGBl. I S. 89) ist bereits zum 1. Januar 1983 durch die neue GOÄ vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522) abgelöst worden. Das ärztliche Gebührenrecht ist durch die neue GOÄ so grundlegend geändert worden, daß schon aus Gründen der Gleichbehandlung von Ärzten und Zahnärzten auch eine Novellierung der GOZ notwendig geworden ist.

1. Inhaltsgleiche Ermächtigungsgrundlage für ärztliches und zahnärztliches Gebührenrecht

Die Ermächtigungsvorschriften für den Erlass von Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte, § 11 der Bundesärzteordnung und § 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (Zahnheilkundengesetz), sind inhaltsgleich. Danach wird die Bundesregierung ermächtigt, durch Rechts-

verordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für ärztliche bzw. zahnärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. In der Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die ärztlichen bzw. zahnärztlichen Leistungen festzulegen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Ärzte bzw. Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten (nachfolgend als Patienten oder Zahlungspflichtige bezeichnet) Rechnung zu tragen.

2. Bundeskompetenz für GOÄ und GOZ

Das Bundesverfassungsgericht hat durch Beschluß vom 12. Dezember 1984 - 1 BvR 1249/83 u.a. (BVerGE 68, 319 ff.) - ausdrücklich bestätigt, daß dem Bund die Kompetenz zur Regelung des ärztlichen Gebührenrechts nach Art. 74 Nr. 11 des Grundgesetzes (Recht der Wirtschaft) zusteht. Das Gericht hat dabei der historischen Entwicklung des ärztlichen Gebührenrechts aus gewerberechtlichen und preisrechtlichen Vorschriften und der an diese Entwicklung anknüpfenden Staatspraxis maßgebliche Bedeutung beigemessen. Es hat außerdem in diesem Zusammenhang entschieden, daß die Regelung des § 11 der Bundesärzteordnung nach Inhalt, Zweck und Ausmaß der Ermächtigung im Sinne des Art. 80 Abs. 1 Satz 2 des Grundgesetzes genügend bestimmt und damit verfassungskonform ist.

Die vom Bundesverfassungsgericht genannten Erwägungen gelten nach Auffassung der Bundesregierung in gleicher Weise für das zahnärztliche Gebührenrecht, so daß auch dafür die Kompetenz des Bundes gegeben und die Ermächtigungsvorschrift des § 15 des Zahnheilkundengesetzes als verfassungskonform anzusehen ist.

3. Gemeinsamkeiten von GOÄ und GOZ

Die GOÄ und die GOZ von 1965 sind nicht nur zeitgleich erlassen worden, sie waren auch - abgesehen vom Gebührenverzeichnis und wenigen fachspezifischen Besonderheiten - inhaltlich identisch und wechselseitig anwendbar (§ 6 der GOÄ und § 6 der GOZ von 1965). In der amtlichen Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 1. September 1924, der sogenannten "Preugo", die den beiden Gebührenordnungen von 1965 vorausging, waren ärztliche und zahnärztliche Gebühren sogar zusammengefaßt. Die Zahnärzte sind seit Jahrzehnten daran gewöhnt, daß GOZ und GOÄ übereinstimmen. Die traditionellen Gemeinsamkeiten sollten auch in Zukunft beibehalten werden.

Ursprünglich war auch Anfang der achtziger Jahre beabsichtigt gewesen, die GOZ zusammen mit der GOÄ zu novellieren. Da aber für die GOZ im Unterschied zur GOÄ ein völlig neues Gebührenverzeichnis entwickelt werden mußte, konnten die Vorarbeiten für eine neue GOZ nicht zeitgleich mit den Arbeiten für die GOÄ abgeschlossen werden. Die Verzögerung ändert aber nichts daran, daß die allgemeinen Vorschriften aus Gründen der Gleichbehandlung für Ärzte und Zahnärzte grundsätzlich übereinstimmen sollten.

Die Bundesregierung hält es allerdings für erforderlich, die mit der Anwendung der GOÄ von 1982 gemachten Erfahrungen bei der Novellierung der GOZ zu berücksichtigen. In ihrem am 18. Dezember 1985 beschlossenen "Bericht über Erfahrungen mit der Gebührenordnung für Ärzte vom 12. November 1982" (Bundratsdrucksache 625/85) hat die Bundesregierung festgestellt, daß sich die tragenden Grundsätze der GOÄ bewährt haben. Nur in einigen Punkten hat sich die Notwendigkeit von Korrekturen herausgestellt. Deshalb sind die allgemeinen Vorschriften der neuen GOZ an einigen Stellen abweichend von der geltenden

GOÄ gefaßt. Die GOÄ soll im Rahmen der beabsichtigten Weiterentwicklung des ärztlichen Gebührenrechts entsprechend angepaßt werden, soweit die Abweichungen nicht auf zahnärztlichen Besonderheiten beruhen.

4. Grundzüge der Novellierung der GOÄ zum 1. Januar 1983

Die GOÄ von 1965 war - wie die GOZ - nie geändert worden. Sie entsprach nach 17 Jahren nicht mehr der medizinischen, technischen und wirtschaftlichen Entwicklung, so daß eine grundlegende Novellierung erforderlich war. Dabei konnten auch wichtige Erfahrungen mit der Anwendung der GOÄ von 1965 und die zwischenzeitlich ergangene Rechtsprechung berücksichtigt werden. Die Ermächtigungsvorschrift des § 11 der Bundesärzteordnung verpflichtete den Verordnungsgeber, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Interessen der Ärzte und den Interessen der Patienten herzustellen. Mit der GOÄ vom 12. November 1982 traten zum 1. Januar 1983 für Ärzte und Patienten folgende grundlegende Neuerungen in Kraft:

- a) Die Bemessung der ärztlichen Gebühren wurde umgestellt auf ein System von Punktzahlen und Punktwert. Danach ergibt sich der einfache Gebührensatz (Einfachsatz) aus der Punktzahl für die einzelne Leistung, multipliziert mit dem Punktwert. Der Punktwert wurde in der Verordnung festgesetzt und beträgt zur Zeit 10 Pfennige. Leistungsbeschreibungen und Punktzahlen wurden im wesentlichen aus dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) übernommen, der auf Grund des § 368 g Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Krankenkassen vereinbart ist. Die Einfachsätze der GOÄ lagen wegen unterschiedlicher Punktwerte allerdings im Schnitt etwas unterhalb der Gebührensätze der gesetzlichen Krankenver-

sicherung. Die Übernahme des EBM führte u.a. dazu, daß die persönlichen ärztlichen Leistungen im Verhältnis zu den medizinisch-technischen ärztlichen Leistungen (z.B. Labor- und Röntgenuntersuchungen) - so wie im kassenärztlichen Bereich - auch im privatärztlichen Bereich höher bewertet wurden. Das früher beklagte Ungleichgewicht zu Gunsten der medizinisch-technischen Leistungen konnte dadurch tendenziell korrigiert werden.

- b) Der Gebührenrahmen, der vor 1983 auch bei den Ärzten vom einfachen bis zum sechsfachen Satz reichte, wurde auf eine Spanne vom Einfachen bis zum Dreieinhalbfachen des Einzelsatzes eingeschränkt. Auf diese Weise wurde die Erhöhung des Einzelsatzes ausgeglichen und eine kostenneutrale Umstellung der alten auf die neue GOÄ ermöglicht. Im neuen System der Gebührenbemessung sollen die Steigerungssätze nicht mehr die Funktion haben, die wirtschaftliche Entwicklung aufzufangen; diese Funktion hat nach der neuen GOÄ der Punktwert übernommen.

Für ärztliche Leistungen mit einem überdurchschnittlich hohen Sachkostenanteil (z.B. Röntgendiagnostik) oder für Leistungen, die weitgehend von Hilfskräften erbracht werden können (z.B. physikalisch-therapeutische Leistungen), wurde die Spanne auf das Einfache bis Zweieinhalbfache begrenzt.

- c) Innerhalb der beiden Gebührenrahmen wurde eine Regelspanne vom Einfachen bis zum 2,3fachen bzw. 1,8fachen des Einzelsatzes festgesetzt. Die Gebühren sind unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen, der Umstände bei der Ausführung sowie der örtlichen Verhältnisse

nach billigem Ermessen zu bestimmen (§ 5 Abs. 2 GOÄ). Eine in allen Fällen gleiche Gebührenbemessung ist nicht zulässig. Die sogenannten Schwellenwerte (2,3- bzw. 1,8fach) dürfen nur mit schriftlicher Begründung überschritten werden, wenn Besonderheiten der Bemessungskriterien des § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ eine höhere Gebühr rechtfertigen.

Das Kriterium der Vermögens- und Einkommensverhältnisse des Zahlungspflichtigen, das im Rahmen der GOZ (§ 2 Satz 2) noch angewendet werden darf, ist in die neue GOÄ nicht übernommen worden, da es mit dem Grundsatz einer leistungsgerechten Vergütung nicht vereinbar und als historisches Relikt im Zeitalter der umfassenden sozialen Absicherung überholt ist.

- d) Durch die GOÄ von 1982 sind Mindestanforderungen an die ärztliche Rechnung als Voraussetzungen für die Fälligkeit der Vergütung vorgeschrieben worden (§ 12 GOÄ). So müssen die ärztlichen Leistungen unter Angabe der Nummer, der Bezeichnung und des Datums der Leistung, des Gebührenbetrags und des Steigerungssatzes in der Rechnung aufgeführt werden. Diese detaillierten Regelungen waren im Interesse einer besseren Nachprüfbarkeit und damit zum Schutze der Zahlungspflichtigen notwendig. Die Erfahrung hat gezeigt, daß die Vorschriften sich bewährt haben und die Anforderungen an die ärztliche Rechnung mit Hilfe der modernen Bürotechnik bewältigt werden können.
- e) Die Zulässigkeit von abweichenden Honorarvereinbarungen (sogenannte Abdingung) ist auf die Höhe der Vergütung beschränkt worden. Das hat zur Folge, daß die Vorschriften über den Inhalt einer ärztlichen Rechnung auch bei einer abweichenden Vereinbarung eingehalten werden müssen.

III. Ziele und Grundzüge der Neuordnung der GOZ

Das wichtigste Ziel der Novellierung der GOZ ist die Anpassung des zahnärztlichen Gebührenrechts an die zahnmedizinische und wirtschaftliche Entwicklung. Nach der Ermächtigungsvorschrift des § 15 des Zahnheilkundengesetzes, die mit Wirkung vom 1. Juli 1982 ihre heute gültige Fassung erhielt, hat der Verordnungsgeber bei der Novellierung den berechtigten Interessen der Patienten ebenso Rechnung zu tragen wie den Interessen der Zahnärzte. Außerdem muß er unter dem Gesichtspunkt des Gleichheitsgrundsatzes die seit 1983 gültigen Regelungen des ärztlichen Gebührenrechts berücksichtigen.

1. Neue Beschreibung der zahnärztlichen Leistungen

Die Leistungsbeschreibungen der GOZ sind seit 1965 weder geändert noch ergänzt worden. Eine größere Zahl ist deshalb veraltet; das Leistungsverzeichnis ist lückenhaft. Die Zahnärzte haben den Privatpatienten zunehmend Leistungspositionen aus dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für kassenzahnärztliche Leistungen (Bema) und Positionen aus sogenannten Analogie-Listen in Rechnung gestellt. Dadurch ist im privat Zahnärztlichen Bereich die Rechtsklarheit verlorengegangen.

- a) Der einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (Bema), der nach § 368 g Abs. 4 der Reichsversicherungsordnung zwischen den Kassenzahnärzten und den Krankenkassen vereinbart wird, eignet sich nicht als Grundlage für ein neues Leistungsverzeichnis der GOZ. Seine Leistungsbeschreibungen sind - wie etwa im Bereich der Behandlung von Zahnfleisch- (Parodontal-)erkrankungen - teilweise veraltet. Vielfach sind die Leistungsbeschreibungen nicht aus sich selbst heraus, sondern nur mit Hilfe komplizierter Abrechnungsbestimmungen verständlich. Der Aufbau des Bema ist

unsystematisch und unübersichtlich. Einige neuere Leistungsbeschreibungen des Bema - wie z.B. die Positionen für Aufbißbehelfe - sind allerdings in die GOZ übernommen worden in der Überlegung, daß zu große Unterschiede zwischen der kassenzahnärztlichen und der privat Zahnärztlichen Gebührenordnung die Abrechnung in der Zahnarztpraxis erschweren. Wie schon in der Vergangenheit könnte es sich andererseits empfehlen, den Bema - insbesondere in der äußeren Gestaltung - stärker an die neue GOZ anzupassen.

- b) Der Bundesverband der Deutschen Zahnärzte (BDZ), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und der Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ) haben bereits im Jahre 1978 aus eigener Initiative einen Ausschuß eingesetzt, der einen Vorschlag für eine neue GOZ erarbeiten sollte. Dieser Ausschuß legte im September 1981 seinen Entwurf eines Gebührenverzeichnisses vor, der ca. 500 stark aufgegliederte Leistungspositionen mit überhöhten Bewertungen enthielt. Im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ist dieser Entwurf in den Jahren 1984 und 1985 Position für Position mit einer vom BDZ benannten Beratergruppe durchgearbeitet und nach Modifikationen auch von zahnärztlicher Seite auf eine realistischere Zahl von Positionen zurückgeführt worden. Die systematische Gliederung des Entwurfs ist im wesentlichen für die neue GOZ übernommen worden. Inhaltlich hat die Bundesregierung jedoch auch gegenüber den modifizierten Vorschlägen der Beratergruppe des BDZ noch deutliche Einschränkungen vornehmen müssen, um eine zu starke Aufgliederung zusammengehörender Einzelleistungen zu vermeiden. Die zum Teil weit überzogenen Bewertungen der Leistungen im Vorschlag der Zahnärzte konnten im Interesse einer leistungsgerechten Bewertung nicht übernommen werden.

- c) Das jetzt vorgelegte Gebührenverzeichnis ist im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung erstellt worden und gibt den gegenwärtigen Stand der zahnmedizinischen Entwicklung umfassend wieder. Es enthält nunmehr auch die Leistungen der Vorsorge und Vorbeugung gegen Karies und Zahnfleischerkrankungen (Prophylaxe), der Funktionsdiagnostik und der Implantologie. Neben den Ergebnissen aus den Besprechungen mit der Beratergruppe des BDZ wurden Erkenntnisse verwertet, die aus zahlreichen Kontakten mit zahnärztlichen Beratern aus dem niedergelassenen Bereich und aus Hochschulkliniken gewonnen wurden. Außerdem wurden Erfahrungen mit der Abrechnung von privat- und kassenzahnärztlichen Leistungen ausgewertet.
- d) Das Gebührenverzeichnis der neuen GOZ wird durch Leistungen der GOÄ ergänzt. Eine größere Zahl von Leistungen, die sowohl Ärzte als auch Zahnärzte erbringen, sind nicht in die GOZ aufgenommen worden. Zu den Leistungen, die nach der GOÄ abgerechnet werden müssen, zählen z.B. Beratungen, Röntgendiagnostik und Leistungen der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. Maßgebend für die Zuordnung von Leistungen zur GOÄ oder zur GOZ war im wesentlichen, daß Leistungen, die überwiegend von Ärzten erbracht werden, im Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen enthalten sind, während Leistungen, die überwiegend von Zahnärzten erbracht werden, in das Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen aufgenommen sind. Von einer Aufnahme solcher Leistungen in beide Gebührenverzeichnisse wurde abgesehen, um eine einheitliche Vergütung für die gleiche Leistung sicherzustellen.

2. Neubewertung des Verhältnisses der zahnärztlichen Leistungen untereinander

Das Bewertungsverhältnis der zahnärztlichen Leistungen untereinander hatte sich in der Vergangenheit zu Lasten der zahnerhaltenden Maßnahmen und zu Gunsten der prothetischen und kieferorthopädischen Leistungen immer stärker verschoben. Im privat Zahnärztlichen Bereich wurde in der Vergangenheit die Entwicklung im kassen Zahnärztlichen Bereich nachvollzogen, zum Teil unter Zuhilfenahme von Analogpositionen aus dem Bema, wodurch das ursprüngliche Gefüge der GOZ verändert wurde.

Im neuen Gebührenverzeichnis wird eine ausgewogenere Bewertung der Leistungen vorgenommen, so daß den bisherigen Fehlentwicklungen entgegenwirkt wird. Insbesondere wird das Niveau der zahnerhaltenden Maßnahmen gegenüber dem Niveau der Zahnersatzleistungen deutlich angehoben. Die gesundheitliche Bedeutung zahnerhaltender Maßnahmen wird dadurch unterstrichen.

3. Änderung der Gebührensätze und des Gebührenrahmens

Wie bei der GOÄ von 1982 wird die Bemessung der Gebühren auch bei der GOZ umgestellt auf ein System von Punktzahlen und Punktwert, so daß sich der Einzelsatz der GOZ aus der Punktzahl, vervielfacht mit dem Punktwert ergibt. Dieses System ermöglicht es, die GOZ so umzustellen, daß sie mit den Leistungen der GOÄ wieder - wie schon 1965 - vergleichbar wird.

Die Einzelsätze der GOZ werden gegenüber den Beträgen der alten GOZ im Durchschnitt erheblich angehoben, in einer Reihe von Fällen sogar mehr als verdoppelt, z.B. bei Füllungen. Sie entsprechen allerdings nicht generell den Vergütungssätzen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Punktzahlen der GOZ orientieren sich zwar bei einer

Reihe von Leistungen an den Leistungsbewertungen des Bema; eine Anlehnung ist jedoch dort nicht möglich, wo die Punktzahlen des Bema - auch im Hinblick auf das Bewertungsniveau ärztlicher Leistungen - zu hoch sind. Eine Anhebung der Einzelsätze der GOZ auf das Niveau der Gebührensätze für kassenzahnärztliche Leistungen ist auch deshalb nicht sachgerecht, weil mit den mischkalkulierten Sätzen des Bema sämtliche Schwierigkeitsgrade einer Leistung vom einfachsten bis zum schwierigsten Fall abgegolten werden. Demgegenüber wird mit dem Einzelsatz der GOZ nur die einfache Leistung vergütet, während für Abstufungen bei schwierigeren Leistungen der Gebührenrahmen zur Verfügung steht.

Die im Rahmen der Novellierung der GOÄ vollzogene Einschränkung des Gebührenrahmens auf das Ein- bis Dreieinhalbfache des Gebührensatzes soll auch für die neue GOZ übernommen werden. Dabei ist davon auszugehen, daß dieser Gebührenrahmen einen ausreichenden Gebührenbemessungsspielraum gibt, um eine unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des einzelnen Falles leistungsgerechte Vergütung zu erzielen. Die Bemessungskriterien für die Anwendung des Gebührenrahmens werden in weitgehender Übereinstimmung mit den Regelungen der GOÄ gestaltet. Eine Neuerung für das zahnärztliche Gebührenrecht stellt auch die Einführung einer Regelspanne innerhalb des Gebührenrahmens dar, die - wie nach dem ärztlichen Gebührenrecht - in der Regel nicht überschritten werden darf. Sie reicht vom Einzelsatz bis zum 2,3fachen Gebührensatz und darf nur in begründeten, besonders gelagerten Fällen überschritten werden. Diese Regelung trägt dem Gedanken Rechnung, daß nur eine besondere, sich deutlich vom Durchschnitt abhebende Leistung einer überdurchschnittlichen Gebührenbemessung bedarf.

Abweichend von den Regelungen der GOÄ ist die Einführung eines sogenannten kleinen Gebührenrahmens vom Einfachen bis zum Zweieinhalbfachen in die GOZ nicht notwendig. In den Gebühren des Leistungsverzeichnisses der GOZ sind hohe Sachkostenanteile in der Art der ärztlichen Labor- oder Röntgenuntersuchungen nicht enthalten, da zahntechnische Material- und Laborkosten grundsätzlich als Auslagen neben den Gebühren abgerechnet werden. Erbringt der Zahnarzt allerdings Leistungen nach den Abschnitten der GOÄ, die dem kleinen Gebührenrahmen zugeordnet sind wie z.B. Röntgenleistungen, so muß er diesen kleinen Gebührenrahmen selbstverständlich anwenden.

4. Neue Vorschriften über die zahnärztliche Rechnung und die Abrechnung zahntechnischer Leistungen

Die GOZ von 1965 enthält keine Vorschriften über die Ausgestaltung der zahnärztlichen Rechnungen. Da die Rechnungen nach gegenwärtiger Handhabung neben den Leistungsnummern regelmäßig keine Bezeichnungen der berechneten Leistungen enthalten, kann der Patient eine Rechnung nur nachprüfen, wenn er sich einen Text der GOZ beschafft. Im allgemeinen enthalten die Rechnungen auch nur globale Beträge, aus denen nicht zu erkennen ist, wie sich der Rechnungsbetrag zusammensetzt und welche Steigerungssätze der Zahnarzt angewendet hat. Eine Nachprüfung der Rechnung ist bei dieser Art der Rechnungserstellung nicht möglich.

Für die Patienten soll deshalb eine größere Transparenz der zahnärztlichen Rechnungen erreicht und damit insgesamt ein Beitrag zum Verbraucherschutz geleistet werden.

Nach den Erfahrungen aus der Abrechnungspraxis im Bereich der Privatliquidation sind zu diesem Zweck detaillierte Regelungen über die Rechnungserstellung not-

wendig. Die Rechtsprechung hat auch in der Vergangenheit bei zahnärztlichen Rechnungen schon für den Patienten nachvollziehbare Angaben gefordert.

Die neuen Regelungen der GOZ sind den Vorschriften der GOÄ (§ 12) nachgebildet, weil diese dem auch sonst im Geschäftsleben Üblichen und Notwendigen entsprechen und sich in der Praxis bewährt haben. Der dem Zahnarzt dadurch entstehende Aufwand ist gemessen an dem berechtigten Interesse des Patienten an einer nachprüfbaren Rechnung nicht zu hoch.

Für die Abrechnung der zahntechnischen Leistungen werden ebenfalls Mindestanforderungen vorgeschrieben, die eine Nachprüfbarkeit der tatsächlich erbrachten Leistungen besser als bisher ermöglichen sollen. Bisher gibt es auch hierfür keine Vorschriften; in der Praxis reicht die Bandbreite von der globalen Angabe eines Gesamtbetrages ohne Bezeichnung der Leistungen bis hin zu einer detaillierten Aufstellung der Leistungen mit Angabe von Einzelbeträgen. Die neue GOZ sieht vor, daß der Zahnarzt die Rechnung des gewerblichen Labors beifügen muß, wenn er Fremdleistungen in Auftrag gegeben hat. Die zahntechnischen Leistungen des eigenen Praxislabors hat er durch einen Kostennachweis zu belegen. In beiden Fällen müssen die einzelnen Auslagen für zahntechnische Leistungen unter Angabe von Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis verwendeter Legierungen künftig nach Art und Betrag aufgeführt werden.

5. Besondere Vereinbarungen zwischen Zahnarzt und Patient

Die Zahnärzte dürfen wie die Ärzte abweichende Honorarvereinbarungen (sogenannte Abdingung) über die Höhe der Vergütung treffen. Allerdings müssen auch in solchen

Fällen in der zahnärztlichen Rechnung die Gebühren nach dem Gebührenverzeichnis unter Angabe des Steigerungssatzes angegeben werden. Pauschalvergütungen sind nicht zulässig.

Auf Verlangen des Patienten kann der Zahnarzt auch Leistungen erbringen, die über das zahnmedizinisch notwendige Maß hinausgehen, z.B. zur Verbesserung der Ästhetik.

IV. Finanzielle Auswirkungen

Die GOZ von 1965 wird - unter Einschluß auch der neu aufgenommenen Leistungsbereiche - auf der Grundlage des gegenwärtigen Gebührenvolumens im wesentlichen kostenneutral auf die neue GOZ umgestellt. Die für die Umstellung notwendigen Daten sind aus zwei Stichproben der privaten Krankenversicherung vom November 1984 und 1986 mit je 10.000 zahnärztlichen Rechnungen sowie - ergänzend für die kieferorthopädischen Leistungen - aus Heil- und Kostenplänen ermittelt worden.

Insgesamt soll die neue Gebührenordnung nicht zu einer Änderung des Gebührenvolumens führen. Auf Grund von Veränderungen im Bewertungsgefüge der zahnärztlichen Leistungen wird es aber zu Verschiebungen bei den Gebühreneinnahmen unter den Zahnärzten kommen. Die Auswirkungen beim einzelnen Zahnarzt hängen vom jeweiligen Leistungsspektrum ab. Absenkungen in einigen Leistungsbereichen werden durch die Aufwertung von zahnerhaltenden Maßnahmen und durch die Vergütung der bisher nicht im Leistungsverzeichnis aufgeführten neuen Leistungen aufgefangen.

Für die Privatpatienten (Zahlungspflichtigen) werden sich auf Grund der Änderungen im Bewertungsgefüge der zahnärztlichen Leistungen preiserhöhende und preissenkende Auswirkungen ergeben. Bezogen auf das durchschnittliche Preis-

niveau der zahnärztlichen Leistungen gleichen sich diese Wirkungen aus.

Infolge der volumenneutralen Umstellung der GOZ von 1965 auf die neue GOZ werden Bund, Länder und Gemeinden im Rahmen der Beihilfe nicht mit zusätzlichen Kosten belastet. Bei Bundesbahn und Bundespost kann im Rahmen der Verträge ebenfalls eine kostenneutrale Umstellung vorgenommen werden. Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, werden sich durch die Verordnung nicht ergeben.

B. Einzelbegründung**I. Zu den allgemeinen Vorschriften der GOZ****Zu § 1 Anwendungsbereich**

Abs. 1 Die Gebührenordnung regelt die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der niedergelassenen Zahnärzte und der liquidationsberechtigten Zahnärzte im Krankenhausbereich.

Anderweitige gesetzliche Bestimmungen, die dieser Verordnung vorgehen, sind z.B. die in den §§ 368 ff. und § 557 Abs. 3 der Reichsversicherungsordnung, in § 37 Abs. 3 des Bundessozialhilfegesetzes und in § 18 c Abs. 4 des Bundesversorgungsgesetzes enthaltenen Regelungen.

Abs. 2 stellt klar, daß sich der Umfang des Vergütungsanspruchs unter Beachtung des Berufsrechts aus dem zahnärztlichen Behandlungsvertrag ergibt. Satz 1 knüpft an die Verpflichtung des Zahnarztes an, seine Leistungen nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst zu erbringen und auf eine zahnmedizinisch notwendige Versorgung abzustellen. Art und Umfang der notwendigen zahnärztlichen Versorgung bestimmen sich nach den Umständen des Einzelfalles. Zahnmedizinisch nicht notwendige und wirtschaftlich nicht vertretbare zahnärztliche Leistungen werden in aller Regel dem Patientenwillen nicht entsprechen und durch den Behandlungsvertrag nicht abgedeckt sein.

Der Zahnarzt hat den Patienten nach der Rechtsprechung über alle wesentlichen Gesichtspunkte aufzuklären und zu beraten, um in Absprache mit ihm die erforderlichen Maßnahmen zu bestimmen.

Eine schematische Aufklärung und Beratung reicht dazu nicht aus, da der Patient in der Regel nur unzureichende Kenntnisse über Ausmaß, Aufwand und Schwierigkeitsgrad der erforderlichen Behandlung und deren Kosten hat. Nach dem besonderen Vertrauensverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient werden an den Umfang der Aufklärungs- und Beratungspflicht um so höhere Anforderungen zu stellen sein, je aufwendiger die zahnärztliche Versorgung und je höher die finanzielle Belastung einschließlich der Kosten zahntechnischer Leistungen ist.

Satz 2 stellt klar, daß ein Vergütungsanspruch des Zahnarztes für Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen (z.B. Leistungen, die ausschließlich aus ästhetischen Gründen veranlaßt sind), nur besteht, wenn die Leistungen auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind. Die Vorschrift stellt auch insoweit auf den nach dem Inhalt des Behandlungsvertrages vereinbarten Leistungsumfang ab. Sie schützt den Zahlungspflichtigen aber vor überraschenden Gebührenforderungen, indem sie für Leistungen, die über das erforderliche Maß hinausgehen, von der Beweislast des Zahnarztes für die vertragliche Vereinbarung ausgeht.

Zu § 2 Abweichende Vereinbarung

Abs. 1 Eine abweichende Vereinbarung kann im Unterschied zur geltenden GOZ künftig nur noch über die Höhe der Vergütung getroffen werden. Von den übrigen Vorschriften der Verordnung darf nur abgewichen werden, sofern die Verordnung es ausdrücklich zuläßt. Nicht abdingbar sind insbesondere die

Vorschriften über die Abrechnung der Vergütung (vgl. § 10 Abs. 1 bis 4) und die Geltung des Gebührenverzeichnisses. Es kann künftig auch nicht mehr auf Leistungspositionen des Bema oder auf die zur Zeit gebräuchlichen Analogie-Listen zurückgegriffen werden. Der Zahnarzt muß vielmehr auch bei einer abweichenden Vergütungsvereinbarung seiner Liquidation das neue Gebührenverzeichnis zugrunde legen und entsprechend den Grundsätzen des § 10 die Rechnung so ausstellen, daß sie für den Patienten nachprüfbar ist. Das bedeutet, daß dargelegt werden muß, ob und in welchem Umfang eine Überschreitung der Regelspanne durch Besonderheiten der Bemessungskriterien nach § 5 Abs. 2 Satz 1 gerechtfertigt ist. Als Begründung für eine Vergütung oberhalb des 3,5fachen Satzes genügt der Hinweis auf die abweichende Vereinbarung mit dem Patienten. Gegebenenfalls bestehende nebenvertragliche Begründungspflichten bleiben hiervon unberührt, z.B. in Fällen, in denen dem Patienten auf Grund der besonderen Umstände des Einzelfalles Erstattungsansprüche zustehen, die über den allgemeinen Erstattungsrahmen hinausgehen.

Bei einer abweichenden Honorarvereinbarung unterliegt der Zahnarzt den sich aus anderen Rechtsvorschriften ergebenden Bindungen (z.B. angemessene Honorargestaltung nach zahnärztlichem Berufsrecht, Verbot des Wuchers, Recht der allgemeinen Geschäftsbedingungen). Aus dem Gebot der angemessenen Honorargestaltung ergibt sich, daß die Vergütungshöhe sich auch bei einer abweichenden Honorarvereinbarung an dem Verhältnis von Leistung und Gegenleistung orientieren muß. Eine sachlich nicht begründbare, willkürliche Honorarfestlegung wäre mit dem Gebot der angemessenen Honorargestaltung nicht vereinbar.

Gemessen an der Gesamtzahl der Behandlungsfälle aller Zahnärzte dürften abweichende Vereinbarungen nach ihrem Zweck insgesamt nur einen geringen Prozentsatz ausmachen. Im ärztlichen Bereich betrug der Anteil der Abdingungen oberhalb des 3,5fachen Satzes 1986 weniger als 1 v.H. der abgerechneten Leistungen.

Abweichende Honorarvereinbarungen können eine berechtigte Funktion haben, wenn bei besonders schwierigem Krankheitsbild (z.B. nach vorausgegangenen unzulänglichen Behandlungen) eine in üblicher Zeit und mit normalen Mitteln nicht zu erbringende Leistung notwendig ist. Eine abweichende Honorarvereinbarung kann ferner durch eine weit überdurchschnittliche Qualität und Präzision der zahnärztlichen Leistung und einem darauf abgestellten Praxisaufwand begründet sein. Außerdem sind Fälle denkbar, in denen der Patient über das notwendige Maß hinaus eine besonders anspruchsvolle Leistung verlangt und dafür eine Vergütung oberhalb des Gebührenrahmens zu zahlen bereit ist. In den genannten Ausnahmefällen gewinnt die Regelung des Absatzes 2 wegen der unter Umständen hohen Eigenbelastung des Patienten besondere Bedeutung.

Abs. 2 enthält zwingende Schutzvorschriften zu Gunsten des Patienten. Nach Satz 1 ist eine abweichende Honorarvereinbarung vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes zu treffen und bedarf aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit der Schriftform. Um eine den individuellen Gegebenheiten der Behandlung entsprechende Vergütungshöhe festlegen zu können, wird vielfach jedoch eine vorherige Untersuchung des Patienten erforderlich

sein. Die abweichende Honorarvereinbarung muß daher spätestens nach der Erstuntersuchung getroffen werden.

Nach Satz 2 muß die schriftliche Vereinbarung zum Schutz des Zahlungspflichtigen die Feststellung enthalten, daß eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen (private Krankenversicherung, Beihilfe o.dgl.) möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Diese Vorschrift trägt dem besonderen Informationsbedürfnis der privat krankenversicherten und beihilfeberechtigten Patienten Rechnung, deren Erstattungsansprüche in der Regel auf den Umfang der nach der Verordnung vorgesehenen Vergütungshöhe begrenzt sind. Durch den Hinweis in der Vereinbarung soll dieser Personenkreis vor Überraschungen geschützt werden. Das Verbot weiterer Erklärungen nach Satz 3 dient der Klarheit der Vereinbarung. Abweichende Vereinbarungen, die den Vorschriften des Absatzes 2 nicht entsprechen, sind unwirksam, so daß in solchen Fällen die der GOZ entsprechende Vergütung zu berechnen ist.

Absatz 3 regelt einen Sonderfall der Leistungen auf Verlangen nach § 1 Abs. 2 Satz 2. Solche Leistungen können nach Maßgabe der Vorschriften des Absatzes 3 in einem Heil- und Kostenplan frei vereinbart werden.

Zu § 3 Vergütungen

Die Vorschrift enthält die Aufzählung der einzelnen Vergütungsarten: Gebühren, Wegegeld und Ersatz von Auslagen. Die Aufzählung ist abschließend. Lediglich der Anspruch nach § 670 BGB auf Erstattung von Aufwendungen für nicht zahnärztliche Fremd-

leistungen, die nur in seltenen Ausnahmefällen denkbar sind (z.B. vom Zahnarzt ausgelegte Beträge für den Transport eines Patienten) bleibt unberührt.

Zu § 4 Gebühren

- Abs. 1 enthält die Definition der Gebühren für die im Gebührenverzeichnis der GOZ aufgeführten zahnärztlichen Leistungen. Dazu gehören auch die Gebühren für die nach § 6 Abs. 2 möglichen Analogieleistungen. Für die in § 6 Abs. 1 genannten ärztlichen Leistungen gelten die Regelungen der GOÄ.
- Abs. 2 Satz 1 soll sicherstellen, daß der Zahnarzt Gebühren nur für Leistungen berechnet, die ihrer Natur nach zahnärztliche Leistungen sind und dem Zahnarzt als eigene Leistungen zugerechnet werden können. Berechnet der Zahnarzt Leistungen, die er unter Mithilfe anderer Personen erbracht hat, so müssen diese Personen im Einzelfall nach fachlicher Weisung unter seiner Aufsicht tätig werden. Der Zahnarzt kann sich nicht allgemein auf eine sorgfältige Auswahl der Personen, die an der Erbringung der Leistungen beteiligt sind, beschränken, sondern muß Aufsicht und Weisung so ausüben, daß ein jederzeitiger Eingriff möglich ist.

Satz 2 knüpft inhaltlich an die bisherigen Bestimmungen des § 4 GOZ an und regelt die Berechnung von Leistungen, die Bestandteil einer umfassenderen Leistungsposition des Gebührenverzeichnisses der GOZ sind. Von der Abrechnung ausgeschlossen sind danach Leistungen, die sich lediglich als eine besondere Ausführung einer im Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistung darstellen wie z.B. Lichthärtungsverfahren oder Schmelzätzungen, die bei Füllungen verwandt werden, oder die Verwendung

neuer Implantatarten oder komplizierter Artikulatoren, die in den Beschreibungen der funktionsdiagnostischen Leistungen nicht gesondert aufgeführt sind. Für die selbständige Abrechnung solcher Leistungen besteht kein Bedürfnis, weil den Besonderheiten bei der Ausführung bereits durch die Anwendung der allgemeinen Bemessungskriterien nach § 5 Abs. 2 hinreichend Rechnung getragen werden kann. Insoweit handelt es sich nicht um selbständige zahnärztliche Leistungen im Sinne des Satzes 1.

Abs. 3 normiert in Anknüpfung an den bisherigen § 5 Abs. 1 GOZ den Grundsatz der Kostenabgeltung mit den Gebühren. Die Gebühren enthalten neben dem Anteil für die Leistung des Zahnarztes kalkulatorische Anteile für Kosten der verschiedensten Art. Diese dienen unter anderem zur Deckung der Praxiskosten und der durch die Anwendung von Instrumenten und Apparaten entstehenden Kosten. Kosten dieser Art dürfen nicht gesondert berechnet werden. Zu den nicht gesondert berechnungsfähigen Kosten zählen z.B. die Kosten für Füllungsmaterial, das aus Vorräten des Praxisbedarfs entnommen wird. Zum Sprechstundenbedarf gehören z.B. die für den täglichen Bedarf notwendigen Einmalsachen, Desinfektionsmittel und dergleichen. Ausgenommen von dem Grundsatz der Kostenabgeltung sind lediglich Kosten, deren gesonderte Berechnungsfähigkeit neben den Gebühren nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses ausdrücklich zugelassen wird wie z.B. die Kosten für Verankerungselemente bei Stiftverankerungen oder die Kosten für Implantate oder Implantatteile.

Satz 2 regelt die Fälle, in denen die Kosten nicht dem Zahnarzt selbst entstehen, sondern bei einem Dritten anfallen. Der Hauptanwendungsfall ist die Liquidation des Zahnarztes bei ambulanter

Krankenhausbehandlung, bei dem die Kosten nicht dem Zahnarzt, sondern dem Krankenhaus entstehen, das Personal, Material und Instrumente zur Verfügung stellt. Auch in solchen Fällen sind die Kosten im Verhältnis zum Patienten mit den Gebühren abgegolten. Das Krankenhaus darf dem Patienten die den Praxiskosten nach Satz 1 vergleichbaren Kosten nicht gesondert in Rechnung stellen.

Eine Einschränkung erfährt der Grundsatz der Kostenabgeltung mit den Gebühren durch die nach § 7 für stationäre privat Zahnärztliche Leistungen getroffene Sonderregelung (vgl. Ausführungen zu § 7).

- Abs. 4 schließt die selbständige Geltendmachung der mit den Gebühren abgegoltenen Kosten aus. Eine Aufspaltung des einheitlichen Vergütungsanspruchs durch eine Abtretung von Kostenforderungen wäre gegenüber dem Patienten unwirksam. Die volle Abtretung des Vergütungsanspruchs wird hierdurch nicht ausgeschlossen.
- Abs. 5 betrifft den Fall, daß der Zahnarzt in seine Behandlung Personen oder Einrichtungen einschaltet, deren Leistungen nicht nach Absatz 3 mit den Gebühren des Zahnarztes abgegolten sind, sondern dem Patienten von diesen Dritten unmittelbar berechnet werden (z.B. bei Überweisung des Patienten oder bei Versendung von Untersuchungsmaterial an einen Arzt oder ein Krankenhaus). Die Unterrichtung dient dem Schutz des Patienten vor überraschenden Honorarforderungen Dritter. Die Vorschrift betrifft nicht die zahntechnischen Leistungen, da Zahntechniker ihre Leistungen aufgrund fehlender vertraglicher Beziehung gegenüber dem Patienten nicht selbst abrechnen können.

Zu § 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebühren-
verzeichnisses

Abs. 1 Die Verordnung sieht einen Gebührenrahmen vom Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes vor. Diese gegenüber der geltenden Gebührenordnung eingeschränkte Spanne entspricht dem Gebührenrahmen der GOÄ.

Die Gebührensätze (Einfachsätze) ergeben sich aus den Punktzahlen des Gebührenverzeichnisses, vervielfacht mit dem Punktwert. Sie lösen die DM-Beträge der alten GOZ ab. Der Punktwert wird auf 11 Pfennige festgesetzt. Ihm kommt die Funktion zu, den Wert der Punktzahlen im Preisgefüge anderer Dienstleistungen zu bestimmen.

Abs. 2 enthält die für die Gebührenbemessung innerhalb des Gebührenrahmens maßgeblichen Vorschriften. Sie decken sich inhaltlich im wesentlichen mit den entsprechenden Vorschriften der GOÄ, da der Zahnarzt nach gleichen Kriterien tätig wird wie ein Arzt.

Die Bemessungskriterien nach Satz 1 entsprechen weitgehend der Regelung der geltenden Gebührenordnung, werden nun aber wie in der GOÄ abschließend aufgezählt. Ausdrücklich aufgeführt ist jetzt das Kriterium "Umstände bei der Ausführung", mit dem der Aufwand des Zahnarztes berücksichtigt werden kann, der durch erschwerende Bedingungen bei der Ausführung der Leistungen im Einzelfall begründet ist. Das bisherige Kriterium "Vermögens- und Einkommensverhältnisse des Zahlungspflichtigen" wird wie bei der GOÄ aufgegeben. Es ist nicht Aufgabe des Zahnarztes, über unterschiedliche

Preise bei gleichen Leistungen einen sozialen Ausgleich herbeizuführen. Das Kriterium der örtlichen Verhältnisse wird nicht mehr aufgenommen, da es nicht leistungsbezogen und gegenüber den anderen Kriterien von untergeordneter Bedeutung ist.

Die Gebühren sind innerhalb des Gebührenrahmens ausschließlich unter Berücksichtigung der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Anwendung der Bemessungskriterien erfordert eine individuelle Beurteilung der einzelnen Leistung. Eine schematische Betrachtungsweise, bei der die Höhe des Steigerungssatzes ohne Rücksicht auf die besonderen Umstände bei der Erbringung der Einzelleistungen einheitlich für sämtliche Leistungen oder sogar für sämtliche Praxisleistungen festgesetzt wird, wäre - wie schon nach geltendem Recht - mit der geforderten Ermessensausübung nicht zu vereinbaren.

Bei der Gebührenbemessung für die einzelne Leistung kann nach Satz 2 auch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles berücksichtigt werden, soweit diese sich in der Schwierigkeit der einzelnen Leistung niederschlägt. Das kann z.B. bei einer zeitraubenden Untersuchung oder Behandlung eines behinderten Kindes der Fall sein.

Satz 3 stellt klar, daß Kriterien, die bereits in einer Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind, bei der Anwendung der Bemessungskriterien außer Betracht bleiben müssen; Kriterien, die für die Höhe des Honorars maßgeblich sind, sollen nicht doppelt in Ansatz gebracht werden.

Die Vorschriften des Satzes 4 konkretisieren die Anwendung der Bemessungskriterien in der gleichen Weise wie die entsprechenden Vorschriften der GOÄ. In der Regel, d.h. bei Leistungen, die in Schwierigkeit und Zeitaufwand dem durchschnittlichen Normalfall entsprechen, dürfen Gebühren nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen Gebührensatz bemessen werden. Auch innerhalb der Regelspanne erfordert also die Anwendung der Bemessungskriterien nach Satz 1 eine abgestufte Gebührenbemessung. Eine durchgängige Berechnung des 2,3fachen Gebührensatzes, des sogenannten Schwellenwertes, ist nicht zulässig. Für eine einfache Maßnahme wie z.B. für eine kleine Reparaturarbeit an Zahnersatz oder eine problemlose Zahnextraktion darf auch nur eine einfache Gebühr berechnet werden.

Ein Überschreiten des 2,3fachen Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien sich im Einzelfall von üblicherweise vorliegenden Umständen deutlich unterscheiden. Auch dann ist nur eine abgestufte Überschreitung der Regelspanne - nicht aber die generelle Anwendung des 3,5fachen Gebührensatzes - gerechtfertigt.

Zu § 6 Gebühren für andere Leistungen

Abs. 1 Wie bereits in Abschnitt III.1.d) des allgemeinen Teils der Begründung ausgeführt, wird die GOÄ vom 12. November 1982 für die Zahnärzte geöffnet. Die Verweisung betrifft solche Abschnitte der GOÄ, in denen Leistungen enthalten sind, die für Zahnärzte nach dem Berufsrecht in Frage kommen können. Es handelt sich um die Abschnitte über

die ärztlichen Grundleistungen (B.I.), die allgemeinen Leistungen (B.II.), Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen (C.), Anästhesieleistungen (D.), Wärmebehandlung (E.V.), Elektrotherapie (E.VI.), Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (J.), Chirurgie (L.) einschließlich des Abschnitts über Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, um Leistungen aus dem Bereich der Laboratoriumsuntersuchungen nach Abschnitt M., die Abschnitte über Histologie, Zytologie und Zytogenetik (N.) sowie Strahlendiagnostik, Anwendung radioaktiver Stoffe (Radionuklide) und Strahlentherapie (O.).

Für die Abrechnung der vorgenannten Leistungen gelten die Vorschriften der GOÄ. Es sind daher die entsprechenden allgemeinen Vorschriften wie z.B. zum kleinen Gebührenrahmen bei den Leistungen der Abschnitte A, E, M und O des Gebührenverzeichnisses der GOÄ ebenso zu beachten wie die Abrechnungsbestimmungen zu den einzelnen Leistungspositionen. Für Auslagen wie z.B. für Medikamente bei Heilbehandlungsinjektionen und radioaktive Stoffe bei Röntgenleistungen gilt § 10 GOÄ.

- Abs. 2 Die im Gebührenverzeichnis enthaltenen und die nach § 6 Abs. 1 für abrechnungsfähig erklärten Leistungen decken das Spektrum der wissenschaftlich allgemein anerkannten zahnärztlichen Leistungen zum gegenwärtigen Zeitpunkt ab. Leistungen, die der Verordnungsgeber in Kenntnis der bisher gebräuchlichen Analogie-Listen nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen hat, können nach Erlass der neuen GOZ nicht mehr in Rechnung gestellt werden. Gleichwohl kann in Zukunft ein Abrechnungsbedarf für nicht erfaßte Leistungen entstehen,

da der Verordnungsgeber der Entwicklung in der zahnmedizinischen Wissenschaft und Praxis nur mit gewissen Verzögerungen folgen kann. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Regelung, die einem Abrechnungsbedarf für neue Leistungen Rechnung trägt. Unabhängig davon ist der Verordnungsgeber gehalten, das Leistungsverzeichnis in regelmäßigen Zeitabständen auf Richtigkeit und Vollständigkeit zu überprüfen und die Verordnung der Entwicklung anzupassen.

Die Vorschrift des Absatzes 2 konkretisiert die Voraussetzungen, die bei der Abrechnung neuer Leistungen beachtet werden müssen. Soweit eine selbständige zahnärztliche Leistung nach Inkrafttreten der Gebührenordnung aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt wird, darf sie entsprechend einer gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses der GOZ berechnet werden. Die Vorschrift stellt nicht darauf ab, daß eine neue Leistung bereits wissenschaftlich allgemein anerkannt ist. Deshalb wird sie in besonderer Weise der Forderung gerecht, den Fortschritt in der zahnmedizinischen Entwicklung auch in der zahnärztlichen Praxis umsetzen zu können. Gleichwertigkeit setzt voraus, daß es sich um Leistungen handelt, die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand vergleichbar sind.

Zu § 7 Gebühren bei stationärer Behandlung

Mit dieser Vorschrift wird die zur Vermeidung doppelter Kostenberechnung bei stationärer Krankenhausbehandlung erforderliche gebührenrechtliche Anpassung an die Vorschriften über die Kostenerhebung durch Krankenhäuser - insbesondere nach dem

Pflegesatzrecht - vollzogen, wie sie für den Bereich des ärztlichen Gebührenrechts bereits durch die Zweite Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte und die Vierte Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1680) vorgenommen wurde (vgl. § 6 a GOÄ). Soweit bestehende Verträge zwischen Krankenhausträgern und in Krankenhäusern tätigen Zahnärzten der nunmehr auch für das zahnärztliche Gebührenrecht geltenden neuen Rechtslage nicht mehr entsprechen, sind sie gegebenenfalls der insoweit geänderten Geschäftsgrundlage anzupassen.

Satz 1 schreibt zwingend vor, die Gebühren für stationär erbrachte privat Zahnärztliche Leistungen um 15 vom Hundert zu mindern. Die Minderung erfaßt nur einen Teil der in der Gebühr enthaltenen Personal- und Sachkosten; ein Teil der Kosten wird auch künftig noch mit der Gebühr erfaßt. Dementsprechend beschränkt Satz 2 den Grundsatz der Kostenabgeltung mit den Gebühren nach § 4 Abs. 3 auf die von der Gebührenminderung nach Satz 1 nicht erfaßten Kostenteile.

Die Minderungspflicht nach Satz 1 gilt für sämtliche stationären privat Zahnärztlichen Leistungen. Der Vorschrift liegt im Interesse der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit eine pauschalierende Betrachtungsweise zugrunde, die nicht darauf abstellt, ob, bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten für diese Leistungen im Einzelfall entstehen. Privat Zahnärztliche Leistungen, die in einem Krankenhaus oder einer sonstigen Einrichtung erbracht werden, in die der Patient zur stationären ärztlichen Versorgung aufgenommen ist (aufnehmende Einrich-

tung), unterliegen daher ausnahmslos der Minderungspflicht. Dies gilt - selbst wenn der Zahnarzt für solche Leistungen eigenes Personal, Geräte oder Materialien einsetzt - z.B.

- für wahlzahnärztliche, belegzahnärztliche oder sonstige privat Zahnärztliche Leistungen (z.B. in privaten Krankenanstalten) sowie
- für konsiliar Zahnärztliche Leistungen in der aufnehmenden Einrichtung.

Bei der Ermittlung des Minderungsbetrages ist von der Summe der nach den §§ 2, 5 oder 6 berechneten Gebühren auszugehen. Eine abweichende Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 über den Minderungssatz bzw. -betrag ist nicht zulässig.

Zu § 8 Wegegeld

Die Vorschriften über die Entschädigung für Besuche werden - auch im Verhältnis zur geltenden GOÄ (vgl. §§ 8, 9 GOÄ) - gestrafft und vereinfacht. Die bisherige Reiseentschädigung als besondere Entschädigungsart für Besuche über größere Entfernungen wird zugunsten eines durchgängig entfernungsabhängigen Wegegeldes als einzige Entschädigungsart aufgegeben.

- Abs. 1 enthält den Grundsatz, daß durch das Wegegeld der durch den Besuch bedingte Aufwand des Zahnarztes umfassend abgegolten wird. Dies gilt sowohl für den Zeitaufwand als auch für die durch den Besuch entstandenen Kosten, insbesondere die Fahrtkosten. Dementsprechend kann der Zahnarzt bei Besuchen neben der Besuchsgebühr und ggf. Gebühren für erbrachte zahnärztliche Leistungen nur Wegegeld berechnen. Dieses setzt sich aus einer Entschädigung für die Fahrtkosten (Wegstrecken-

entschädigung) und für den besuchsbedingten weiteren Aufwand des Zahnarztes (Aufwandsentschädigung) zusammen.

- Abs. 2 regelt die Höhe der Wegstreckenentschädigung.
- Abs. 3 Maßgebend für die Höhe der Aufwandsentschädigung ist ebenfalls die Länge der für den Besuch zurückgelegten Wegstrecke. Bei Nacht wird ein Zuschlag von 50 v.H. berechnet.
- Abs. 4 trifft eine Sonderregelung für die Berechnung des Wegegeldes in Fällen, in denen der Zahnarzt auf einem Wege mehrere Patienten (z.B. in Altenheimen) besucht.

Zu § 9 Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen

§ 9 regelt die gesonderte Berechnung von Kosten für zahntechnische Leistungen. Wie schon nach der geltenden Gebührenordnung werden diese Kosten neben den Gebühren vergütet, soweit im Gebührenverzeichnis die gesonderte Berechnung nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist wie z.B. beim Einsetzen von festsitzenden Geräten im Rahmen von kieferorthopädischen Maßnahmen (vgl. Abrechnungsbestimmung nach Nr. 616 des Gebührenverzeichnisses). Auch für zahntechnische Leistungen, die im eigenen Praxislabor erbracht werden, darf der Zahnarzt nur die tatsächlich entstandenen Kosten unter Einschluß eines angemessenen kalkulatorischen Gewinnanteils als Auslagen abrechnen. Eine Steigerung der Vergütung für zahntechnische Leistungen ist generell - also auch für vom Zahnarzt selbst erbrachte Leistungen dieser Art - ausgeschlossen.

Auslagen dürfen nur in Rechnung gestellt werden, wenn sie dem Zahnarzt tatsächlich entstanden und ihm nicht von Dritten erstattet worden sind. Nach dieser Regelung müssen z.B. Rabatte, die der Zahnarzt für zahntechnische Leistungen durch gewerbliche Zahnlabors erhält, an die Patienten weitergegeben werden.

Es ist davon auszugehen, daß auch bei Privatpatienten die in der gesetzlichen Krankenversicherung für gewerbliche Labors und Praxislabors unterschiedlich vereinbarten Höchstpreise für zahntechnische Leistungen nicht überschritten werden dürfen, da dies nicht angemessen wäre. Es bleibt abzuwarten, ob längerfristig ergänzende Regelungen für zahntechnische Leistungen notwendig werden.

Zu § 10 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

Die Vorschrift regelt die Fälligkeit der zahnärztlichen Vergütung und die Mindestanforderungen an die zahnärztliche Rechnung.

- Abs. 1 Voraussetzung für die Fälligkeit der Vergütung ist, daß der Zahnarzt eine Rechnung erteilt, die den nach dieser Verordnung vorgeschriebenen inhaltlichen Anforderungen entspricht. Der Patient soll die Vergütungsforderung anhand einer korrekten Rechnung nachprüfen können.

Die Rechnung muß - einer selbstverständlichen Regel im Geschäftsleben entsprechend - so ausgestellt sein, daß der Name des Zahnarztes, der die Leistung erbracht hat, klar aus ihr hervorgeht, die Rechnung also eindeutig identifizierbar ist. Darauf muß insbesondere bei Computer-Rechnungsausdrucken geachtet werden.

Abs. 2 regelt den Mindestinhalt der Rechnung und nennt die für eine Nachprüfung der Rechnung notwendigen Angaben. Auf die Verpflichtung zur Angabe der Diagnose in der Rechnung wurde verzichtet, weil sich bei zahnmedizinischer Therapie eine ausreichende Transparenz in der Regel bereits aus den Leistungsbeschreibungen ergibt. Der Zahnarzt wird dem Verlangen eines Patienten nach Angabe der Diagnose jedoch dann entsprechen müssen, wenn dieser die Angabe zur Erstattung seiner Aufwendungen durch Erstattungsstellen (z.B. private Krankenversicherung oder Beihilfestelle) benötigt.

Um ersehen zu können, welche Leistungen erbracht und welche Gebühren berechnet worden sind, ist neben dem Datum und der Bezeichnung der einzelnen Leistungen die Angabe des jeweils berechneten Betrages und Steigerungssatzes erforderlich. Bei kieferorthopädischen Leistungen ist z.B. das jeweilige Datum der Kontrollsitzen anzugeben. Statt der vollen Leistungsbezeichnungen können auch Kurzbezeichnungen verwendet werden, wenn diese aus sich heraus verständlich sind und den Leistungsinhalt umfassend beschreiben. Eine Besonderheit der zahnärztlichen Rechnung ist die Anforderung, den behandelten Zahn, für den eine Leistung berechnet wird, verständlich zu bezeichnen. Die Art der Beschreibung ist nicht vorgeschrieben; es kann z.B. ein Zahnschema auf der Rechnung verwendet werden, mit dessen Hilfe eine numerische Bezeichnung der Zähne erläutert wird (Zahn 15, 26 usw). Werden Gebühren für stationäre privat-zahnärztliche Leistungen berechnet, ist auch der Minderungsbetrag nach § 7 anzugeben.

Gegenüber dem Inhalt der ärztlichen Rechnung gemäß § 12 Abs. 2 GOÄ sind bei der zahnärztlichen Rechnung Besonderheiten zu beachten im Hinblick auf die Abrechnung der zahntechnischen Leistungen. Sowohl die im eigenen Praxislabor gefertigten Leistungen als auch die in Auftrag gegebenen zahntechnischen Leistungen müssen im einzelnen durch einen Kostennachweis belegt werden. Im Falle der Auftragsleistung muß die Rechnung des gewerblichen Labors beigelegt werden, aus der sich die Spezifizierung der Auslagen in der nach Nr. 5 vorgesehenen Aufschlüsselung (z.B. Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis verwendeter Legierungen) ergeben muß. Als Tagespreis gilt der Preis der Verarbeitung im Labor. Insoweit bedarf es in der Rechnung des Zahnarztes nur der Angabe des Gesamtbetrages für diese Leistungen.

- Abs. 3 Überschreiten die Gebühren ausnahmsweise die für die jeweiligen Leistungen geltenden Regelspannen bis zum 2,3- oder - bei GOÄ-Leistungen - gegebenenfalls auch bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes, muß neben dem berechneten Steigerungssatz auch der Grund für die Steigerung angegeben werden. Dabei reicht es nicht aus, lediglich die in § 5 Abs. 2 genannten Bemessungskriterien in der Rechnung zu nennen wie z.B. hoher Zeitaufwand oder Schwierigkeit der Leistung. Es muß vielmehr auf den Einzelfall bezogen begründet werden, welche Besonderheiten zu der berechneten Steigerung geführt haben. Das kann beim Kriterium des Zeitaufwandes z.B. die genaue Angabe der Zeit sein oder beim Kriterium der Schwierigkeit der Leistung die besondere Art der eingetretenen Komplikation. In der Regel wird eine stichwortartige Kurzbegründung ausreichen. Der Patient kann jedoch eine nähere Erläuterung der Begründung verlangen.

Abs. 4 regelt den Inhalt der Rechnung in den Fällen des § 6 Abs. 2. Bei einer entsprechenden (analogen) Bewertung von Leistungen ist die Leistung verständlich zu beschreiben und die entsprechende Bewertung durch einen Hinweis in der Rechnung zu verdeutlichen.

Abs. 5 ermöglicht öffentlichen Kostenträgern, Vereinbarungen über die zahnärztliche Abrechnung in Abweichung von den übrigen Vorschriften des § 10 zu treffen. Diese Möglichkeit dient der Verwaltungsvereinfachung.

Zu § 11 Berlin-Klausel

Die Vorschrift enthält die übliche Berlin-Klausel.

Zu § 12 Inkrafttreten und Übergangsvorschrift

Abs. 1 Die neue Fassung der Gebührenordnung soll am 1. Januar 1988 in Kraft treten.

Abs. 2 Nummer 1 stellt klar, daß für die Abrechnung von Leistungen, die vor Inkrafttreten der neuen Gebührenordnung erbracht worden sind, weiterhin die Gebührenordnung für Zahnärzte vom 18. Mai 1965 anzuwenden ist.

Nummer 2 trifft eine Übergangsregelung im Interesse der Zahnärzte, damit Honorarabsenkungen sich nicht auswirken auf Einelleistungen, die bereits vor Inkrafttreten der neuen GOZ begonnen, aber noch nicht beendet worden sind. Die Vorschrift gilt für die in einer Gebührenposition zusammengefaßten Komplexleistungen, deren Erbringung sich im Gegensatz zu an einem Behandlungstag erbringbaren zahnärztlichen Einzelleistungen typischerweise über

einen Zeitraum von zwei oder mehr Sitzungen erstreckt. Dies ist bei Einlagefüllungen, Kronen, Brücken, Prothesen sowie bei kieferorthopädischen Behandlungsmaßnahmen über einen längeren Zeitraum der Fall. So umfaßt beispielsweise die mit einer Komplexgebühr abgegoltene Versorgung eines Zahnes mit einer Krone eine Reihe von Teilleistungen wie Präparieren des Zahnes, Beschleifen des Zahnes, Bißnahme, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Krone, Nachkontrolle und gegebenenfalls Nachbesserung. Werden die in Nummer 2 im einzelnen aufgeführten Leistungen vor Inkrafttreten dieser Gebührenordnung begonnen, aber erst nach deren Inkrafttreten beendet, gilt für die Abrechnung dieser Leistungen weiterhin die Gebührenordnung für Zahnärzte vom 18. März 1965.

II. Zum Gebührenverzeichnis der GOZ

1. Allgemeine Erläuterungen

Das der Verordnung als Anlage beigelegte neue Gebührenverzeichnis enthält eine Zusammenstellung der zahnärztlichen Leistungen und Gebührensätze, die nach den allgemeinen Vorschriften in Rechnung gestellt werden können. Es ist trotz inhaltlicher Erweiterung um die prophylaktischen, funktionsanalytischen und implantologischen Leistungen gestrafft worden. Gegenüber 204 Leistungsnummern der GOZ von 1965 (125 Positionen zuzüglich Untergliederungen) enthält es 197 Gebührennummern. Die Straffung ist möglich geworden, da die meisten Leistungen nicht mehr nach Schwierigkeitsgraden und Umfang unterteilt werden. Neben dem Gebührenverzeichnis der GOZ ist ergänzend das Gebührenverzeichnis der GOÄ anwendbar, in dem sich u.a. Beratungen, Röntgen der Zähne und kieferchirurgische Leistungen befinden, so daß den Positionen der GOZ noch eine größere Zahl von GOÄ-Positionen hinzugerechnet werden muß.

Aufgrund der Anhörungen und Stellungnahmen zum Gebührenverzeichnis der GOZ sind gegenüber dem Referentenentwurf noch eine Reihe von Verbesserungen vorgenommen worden. Auch die eingegangenen Stellungnahmen der wissenschaftlichen Gesellschaften und einzelner Hochschullehrer wurden geprüft. Zu einigen Leistungsbereichen sind allerdings von den Gesellschaften so stark aufgegliederte Leistungspositionen vorgeschlagen worden, daß bei entsprechender Berücksichtigung einzelne Abschnitte ein starkes Übergewicht gegenüber anderen, nicht weniger bedeutsamen Leistungsbereichen erhalten hätten.

Die Leistungen des Gebührenverzeichnisses sind mit Punktzahlen versehen, die das Bewertungsverhältnis der einzelnen Leistungen untereinander wiedergeben. Die neben den Punktzahlen aufgeführten DM-Beträge sind die sogenannten Einfachsätze, die sich aus den Punktzahlen, vervielfacht mit dem Punktwert (vgl. § 5 Abs. 1 Satz 3 GOZ), ergeben.

Für die Bewertung der zahnärztlichen Leistungen wurden neben den bisher gültigen Bewertungen und fachlicher Beratung durch Zahnärzte auch Gutachten herangezogen, darunter das im Auftrag des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vom Institut für Funktionsanalyse und Hospitalprojektierung, Kopenhagen, im Jahre 1984 erstellte Gutachten "Analyse der Bewertungsrelationen ärztlicher Gebührenordnungen" und die parallel dazu vom Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung erarbeiteten Studien über "Analyse der Bewertungsrelationen zahnärztlicher Dienstleistungen". Wichtigster Maßstab für die Bewertung der Leistungen des neuen Gebührenverzeichnisses ist ein durchschnittlicher Zeitfaktor, der an Hand von Erfahrungswerten geschätzt wurde.

Die Anordnung und Numerierung des Gebührenverzeichnisses entspricht den Anforderungen der elektronischen Datenverarbeitung. Zur Unterscheidung von gleichlautenden Nummern der GOÄ könnte den dreistelligen Ziffern der GOZ die Ziffer 9 vorangestellt werden, die in der GOÄ nicht besetzt ist (z.B. Nr. 9001).

Das Gebührenverzeichnis enthält folgende Abschnitte:

- A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen
- B. Prophylaktische Leistungen
- C. Konservierende Leistungen
- D. Chirurgische Leistungen

- E. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
- F. Prothetische Leistungen
- G. Kieferorthopädische Leistungen
- H. Eingliederung von Aufbißbehelfen und Schienen
- J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- K. Implantologische Leistungen

Im allgemeinen ergibt sich die korrekte Abrechnung der Leistungen aus den Leistungsbeschreibungen. Mit Rücksicht auf die Rechtsklarheit und den Schutz des Zahlungspflichtigen sind jedoch bei einzelnen Leistungen Abrechnungsbestimmungen aufgenommen worden. In der Regel handelt es sich um

- Bestimmungen, welche die Häufigkeit der Abrechnung einer bestimmten Leistung beschränken (z.B. ist die lokale Fluoridierung nach Nummer 102 innerhalb eines Jahres höchstens dreimal berechnungsfähig, weil eine darüberhinausgehende Häufigkeit zahnmedizinisch als bedenklich gilt);
- Bestimmungen, die den Inhalt der jeweiligen Leistung festlegen (z.B. wird vorgeschrieben, daß die Wundversorgung stets integraler Bestandteil der chirurgischen oder parodontologischen Leistung ist);
- Bestimmungen, welche die Abrechnung von Leistungen nur zulassen, wenn solche Leistungen selbständig und nicht als Bestandteil einer anderen Leistung erbracht werden (z.B. ist die Exzision von Schleimhaut oder Granulationsgewebe zwar als selbständige Leistung abrechenbar, nicht aber neben der Abrechnung einer anderen chirurgischen Leistung);

- Bestimmungen über teilweise erbrachte Leistungen (z.B. bei Abbruch der Behandlung).

2. Zu den einzelnen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses

A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen

In diesem Abschnitt sind die allgemeinen zahnärztlichen Leistungen zusammengefaßt, die in der Regel einer Behandlung vorausgehen.

Das Gebührenverzeichnis enthält im Unterschied zur GOZ von 1965 eine Gebühr für eine eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des festgestellten allgemeinen Befundes. Die Dokumentation des Befundes wird als integraler Bestandteil der Untersuchung angesehen, da der Arzt bzw. Zahnarzt nach der Rechtsprechung gegenüber dem Patienten zur Führung ordnungsgemäßer Krankenunterlagen verpflichtet ist.

Für die Beratung des Zahnarztes sind keine Gebühren im Gebührenverzeichnis enthalten. Hierfür sind nach § 6 Abs. 1 GOZ die entsprechenden Beratungspositionen aus dem Gebührenverzeichnis der GOÄ mit den dort geregelten Abrechnungsbestimmungen heranzuziehen.

Die Regelungen über die Vergütung der Aufstellung von Heil- und Kostenplänen sind umgestaltet worden. Insbesondere ist die Voraussetzung, daß ein Heil- und Kostenplan nur auf Anforderung berechnet werden darf, für die Nummern 003 bis 005 (Parodontalerkrankungen, Zahnersatz und Kieferorthopädie) entfallen.

Bei den diagnostischen Leistungen der Abformung und Vitalitätsprüfung und den Anästhesien wird keine Notwendigkeit zu grundlegenden strukturellen Änderungen gesehen.

B. Prophylaktische Leistungen

Leistungen der Vorsorge und Vorbeugung gegen Karies und Erkrankungen des Zahnfleisches (Parodontalerkrankungen) werden neu in das Verzeichnis aufgenommen. Der Abschnitt enthält keine abschließende Aufzählung der Leistungen, da auch in den Kapiteln über die konservierenden und parodontologischen Leistungen zahnärztliche Maßnahmen vorgesehen sind, die zur Vorbeugung eingesetzt werden können (vgl. Nummern 200, 401 bis 404).

Die Prophylaxe muß nach Auffassung der Bundesregierung in der Zahnmedizin einen deutlich höheren Stellenwert erhalten, als das gegenwärtig der Fall ist. Der Individualprophylaxe in der Zahnarztpraxis kann allerdings nicht die Hauptfunktion zukommen. Für Kinder und Jugendliche ist ein umfassendes Prophylaxeprogramm zu entwickeln, das aus einer breitenwirksamen, flächendeckenden Gruppenprophylaxe in den Kindergärten und Schulen sowie aus anderen präventiven Maßnahmen zur Förderung der Zahngesundheit besteht. Aus jahrelanger Erfahrung in anderen Ländern (z.B. der Schweiz) ist bekannt, daß ein deutlicher Rückgang der Zahnkaries durch eine umfassende Gruppenprophylaxe wirksam unterstützt werden kann.

Der Zahnarzt kann trotz der Einbeziehung prophylaktischer Leistungen in das Gebührenverzeichnis nicht für jede Art von Beratung und Motivierung des Patienten zur

Mundhygiene eine gesonderte Vergütung fordern, da diese allgemeine Aufklärung grundsätzlich als integraler Bestandteil jeder zahnärztlichen Leistung angesehen werden muß. Die vorgesehenen Gebühren sind vielmehr nur für solche prophylaktische Leistungen vorgesehen, die - dem heutigen Erkenntnisstand entsprechend - gezielt eingesetzt werden; sie müssen einen bestimmten, in der Abrechnungsbestimmung zu den Nummern 100 bis 102 genauer beschriebenen Leistungsumfang haben, dürfen eine Mindestzeit nicht unterschreiten und auch nur bei Einzelunterweisung berechnet werden. Die Festsetzung einer Mindestzeit soll qualitätssichernde Funktion haben, da in der Regel die Leistungsinhalte in kürzerer Zeit nicht mit nachhaltiger Wirkung zu erbringen sind.

Bei der Bewertung wird davon ausgegangen, daß Teile der Leistungen von Fachpersonal übernommen wird, das eine besondere Aus- oder Fortbildung für Prophylaxe nachweisen kann. Die Durchführung aller prophylaktischen Maßnahmen durch den Zahnarzt persönlich wäre organisatorisch in den Praxen nicht umsetzbar und würde die Leistungen zu stark verteuern.

C. Konservierende Leistungen

Der Abschnitt enthält im wesentlichen die Leistungen, die notwendig sind, um kariöse Zähne vor weiteren Schäden zu bewahren. In der Struktur der Leistungen dieses Abschnitts sind keine grundlegenden Veränderungen vorgenommen worden. Die Aufteilung der Füllungspositionen (Nummern 205 bis 212) in die Füllungsleistung und das Polieren der Füllung dient der Qualitätssicherung.

Insgesamt soll durch eine gegenüber der alten GOZ deutlich höhere Bewertung der konservierenden Leistungen ein Anreiz für zahnerhaltende Therapiemaßnahmen geschaffen werden. Höher bewertet werden insbesondere die Füllungsleistungen (Füllen mit plastischem Füllmaterial; Einlagefüllungen) und die Leistungen der Wurzelbehandlung. Die Leistungen für Einzelkronen werden nach Präparationsarten unterschieden und gegenüber Ankerkronen als Brückenpfeilern und Prothesenankern höher bewertet, weil sie der Zahnerhaltung dienen (vgl. auch Begründung zu den prothetischen Leistungen).

D. Chirurgische Leistungen

Die Gebührenpositionen für chirurgische Leistungen des bisherigen Gebührenverzeichnisses werden gestrafft und den heutigen zahnmedizinischen Erkenntnissen angepaßt. Die in der Gebührenordnung für Ärzte enthaltenen typischen zahnärztlichen Leistungen (z.B. Entfernen von Zähnen) werden in das zahnärztliche Gebührenverzeichnis übernommen. Die Leistungen bei Luxationen und Frakturen im Bereich des Gesichtsschädels, die bisher sowohl in der GOZ als auch in der GOÄ enthalten sind, werden in die GOZ nicht mehr übernommen. Sie sind nach der GOÄ berechnungsfähig, wenn sie von Zahnärzten durchgeführt werden.

E. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums

Der Behandlung von parodontalen Erkrankungen wird bisher in der Praxis nicht genügend Beachtung geschenkt. Die Leistungen dieses Abschnitts werden daher neu beschrieben und bewertet; sie sollen es

dem Zahnarzt in Zukunft ermöglichen, nach heutigen zahnmedizinischen Erkenntnissen auf dem Gebiet der Parodontologie zu behandeln. Gegenüber der GOZ von 1965 ist das Leistungsspektrum deutlich erweitert worden. Die Leistungen dieses Abschnitts sind sowohl als prophylaktische wie auch als therapeutische Behandlungsmaßnahmen einsetzbar.

F. Prothetische Leistungen

Die zahnärztlichen Leistungen der Prothetik werden neu beschrieben, um sie besser von den zahntechnischen Leistungen abzugrenzen. Aus diesem Grund werden die Leistungsbeschreibungen für die Versorgung mit Brücken und Prothesen und für das Eingliedern von provisorischen Brücken umstrukturiert. Die Versorgung mit Brücken und Prothesen ist nicht mehr nach der Zahl der ersetzten Zähne zu berechnen, sondern nach der Zahl der zu überbrückenden Spannen, die die eigentlichen zahnärztlichen Schwierigkeiten bereiten. Bei den Verbindungselementen wird nicht mehr nach den verschiedenen - vom Zahntechniker hergestellten - Arten von Verbindungen unterschieden. Die zahnärztliche Leistung liegt im Planen, Anpassen und Einsetzen der Verbindungselemente.

Die Leistungen dieses Abschnitts sind im Vergleich zur GOZ von 1965 deutlich abgesenkt, weil Zahnersatzleistungen gegenüber zahnerhaltenden Maßnahmen bisher stark überbewertet sind. Die Umstrukturierung soll dazu beitragen, der Zahnerhaltung wieder einen höheren Stellenwert zu geben. Auch die historisch durch die Einbeziehung zahntechnischer Aspekte bedingte Überbewertung der Zahnersatzleistungen wird korrigiert. Die gegenüber Einzelkronen niedrigere Bewertung von

Kronen als Brücken- oder Prothesenankern berücksichtigt Effekte durch die Summation von einzelnen Leistungsschritten (z.B. Abformung, Farbauswahl).

G. Kieferorthopädische Leistungen

Die kieferorthopädischen Leistungen werden zum größten Teil neu beschrieben. Dies gilt vor allem für die Maßnahmen zur Umformung des Kiefers, die von bisher vier auf künftig drei Schwierigkeitsgrade vermindert worden sind. Durch Einführung von Kriterien für die schwierigeren Leistungen wird eine objektivierte Unterscheidung der Leistungen erreicht. Bei den Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiß während der Wachstumsphase werden zwei Schwierigkeitsgrade unterschieden, wobei auch dort objektivierte Kriterien vorgesehen sind. Eine dritte Leistungsposition (Nummer 608) ist für die Behandlung von Erwachsenen gedacht.

Die bisher auf mehrere Gebührenpositionen verteilten diagnostischen Leistungen für die kieferorthopädische Behandlung werden zu einer Gebühr zusammengefaßt. Die Auswertung von Röntgenaufnahmen fällt im Unterschied zum geltenden Recht nicht mehr unter diese Position; sie ist in den Gebühren für die Röntgenaufnahmen enthalten.

Die Leistungen für das Eingliedern von festsitzenden Geräten (z.B. Bändern, Bogen) sind am Bema orientiert, wobei allerdings die Bewertungen des Bema nicht übernommen werden, weil sie als Einzelsätze für die GOZ zu hoch wären.

Die kieferorthopädischen Leistungen werden insgesamt abgesenkt, weil die kieferorthopädische Behandlung - auch durch die analoge Verwendung von Positionen aus dem Bema - zu hoch bewertet ist im Vergleich zu konservierenden, parodontalen und chirurgischen Leistungen. Die Tatsache, daß Kieferorthopäden eine Weiterbildung haben, rechtfertigt nicht ein generell höheres Bewertungsniveau der Einzelleistungen.

H. Eingliederung von Aufbißbehelfen und Schienen

Die Leistungen für Aufbißbehelfe und Schienen werden in einem eigenen Abschnitt zusammengefaßt. Dies entspricht einem Vorschlag des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte. Das Kapitel enthält Leistungen für Aufbißbehelfe (auch Bißführungshilfen, Entspannungsplatten oder dgl.) und die dafür nötigen Positionen zur Kontrolle. Außerdem werden Schienen und Interimszahnersatz als Leistungen im Zusammenhang mit Parodontalerkrankungen aufgenommen. Verblockungen sind als zahnärztliche Leistungen künftig nicht mehr berechnungsfähig, da sie - falls überhaupt indiziert - der Zahntechnik zuzurechnen sind.

J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Der Abschnitt J enthält im wesentlichen funktionsanalytische Leistungen, die u.a. bei Erkrankungen der Kiefergelenke (Myoarthropathien) angewendet werden. Die bisherige Verwendung analoger Positionen hat zu großer Rechtsunsicherheit geführt, die durch eine abschließende Regelung der Berechnungsfähigkeit sogenannter gnathologischer Leistungen behoben werden soll. Es ist ein Konzept entwickelt worden, das bedarfs-

gerecht ist und zugleich finanzierbar bleibt. Eine fachgerechte Befunderhebung ist für die Wirksamkeit funktionsanalytischer Maßnahmen besonders wichtig. Die Arbeitsgemeinschaft für Funktionsdiagnostik in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde hat unter maßgeblicher Beteiligung von Professor Koeck, Bonn, ein Formblatt entwickelt, das Maßstab für die Anforderungen an Inhalt und Qualität der Befunderhebung sein könnte. Es wäre zu überlegen, dieses Formblatt (eventuell angepaßt an die GOZ) durch die Zahnärztekammern zur allgemeinen Verwendung zu empfehlen.

K. Implantologische Leistungen

Durch die zahnärztliche Implantologie werden künstliche Zähne direkt in den Kieferknochen "eingepflanzt". Dieses Verfahren muß in Verbindung mit eng eingegrenzten Indikationen als wissenschaftlich anerkannt angesehen werden. Die Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde kommt in ihrer Stellungnahme vom 24. September 1982 - bestätigt mit Schreiben vom 29. März 1985 - allerdings zu dem Ergebnis, daß es "weiterer Forschungen und der kritischen Sichtung klinisch-praktischer Erfahrungen auf der Grundlage vergleichbarer, zuverlässiger und zahlenmäßig ausreichender Daten" bedarf, um "über den Zeitraum von fünf Jahren hinaus längerfristige Erkenntnisse zu sammeln und Wege zu suchen, Mißerfolge noch weiter zu mindern".

Der Abschnitt enthält nicht alle die Implantate betreffenden Leistungen. Weitere Leistungen sind z.B. in den Nummern 220, 300, 304 und 500 enthalten.

Die Kosten für Implantate und Implantatteile sind - soweit sie bei einem Patienten tatsächlich verwendet werden - neben den Gebühren berechnungsfähig.

25.09.87

Beschluß
des Bundesrates

zur

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Der Bundesrat hat in seiner 580. Sitzung am 25. September 1987 beschlossen, der Verordnung gemäß Artikel 80 Abs. 2 des Grundgesetzes nach Maßgabe der sich aus der Anlage ergebenden Änderungen zuzustimmen.

Anlage

Ä n d e r u n g e n

zur

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

1. Zu § 2 Abs. 3 Satz 1 und 3
§ 10 Abs. 3 Satz 6

In § 2 Abs. 3 ist Satz 1 wie folgt zu fassen:

"Auf Verlangen des Zahlungspflichtigen können Leistungen im Sinne von § 1 Abs. 2 Satz 2 , die weder im Gebührenverzeichnis (Anlage) noch im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte enthalten sind, und ihre Vergütung abweichend von dieser Verordnung in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden.";

es ist folgender neuer Satz 3 anzufügen:

"§ 6 Abs. 2 bleibt unberührt."

Als Folge ist in § 10 Abs. 3 Satz 6 der Klammerzusatz wie folgt zu fassen:

"(§ 1 Abs. 2 Satz 2 und § 2 Abs. 3)".

Begründung:

zu Satz 1:

Die Voraussetzungen für die Vergütung von Leistungen, die im Gebührenverzeichnis enthalten sind, enthält bereits § 1 Abs. 2 (Erforderlichkeit oder Verlangen des Zahlungspflichtigen).

Daneben bedarf es einer Regelung, wie bei Leistungen zu verfahren ist, die nicht im Gebührenverzeichnis enthalten sind.

zu Satz 3:

Klarstellung.

2. Zur Anlage, Abschnitt A, Allgemeine Bestimmungen

In der Anlage, Abschnitt A, Allgemeine Bestimmungen, sind in Nummer 1 die Worte "B III und" zu streichen.

Begründung:

Berichtigung eines Redaktionsversehens; die Verweisung auf Abschnitt B III des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen ist nicht beabsichtigt (vgl. § 6 Abs. 1 der Verordnung).

3. Zur Anlage, Abschnitt A, Allgemeine Bestimmungen

In der Anlage ist in Abschnitt A, Allgemeine Bestimmungen, folgende neue Nummer 3 anzufügen:

"3. Material- und Laborkosten im Sinne dieses Gebührenverzeichnisses umfassen Praxiskosten nach § 4 Abs. 3 und Auslagen für zahntechnische Leistungen nach § 9 dieser Gebührenordnung."

Begründung:

Die Bestimmung dient der Klarstellung durch Erläuterung der verwendeten Begriffe, um Rechtsunsicherheiten und Auslegungsschwierigkeiten zu vermeiden.

4. Zur Anlage, Abschnitt A, Nummer 003 Abschnitt E, vor Nummer 400

In der Anlage ist in Abschnitt A die Nummer 003 zu streichen;

in der Anlage, Abschnitt E, ist vor Nummer 400 folgende neue Nummer 0400 einzufügen:

"0400	Erstellen eines Parodontalstatus nach vorgeschriebenem Formblatt	160	17,60
-------	---	-----	-------

Die Leistung nach Nummer 0400 ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig."

Als Folge ist die Übersicht vor Abschnitt A entsprechend anzupassen.

Begründung:

Da bei einer chirurgischen Parodontaltherapie keine therapeutischen Alternativen möglich sind (wie z.B. bei der Versorgung mit Zahnersatz), ist das Erstellen eines Heil- und Kostenplans in der Regel nicht erforderlich. In Ausnahmefällen kann auf Nummer 002 zurückgegriffen werden.

Das Erstellen eines Parodontalstatus erfolgt nach Auswertung umfangreicher Messungen an jedem einzelnen Zahn (Taschentiefen, Lockerungsgrad, Kippung, Wanderung, Furkationsbeteiligung, Entzündungsgrad der Gingiva usw.). Diese Befunderhebung geht über die orientierende Parodontaldiagnostik, die in Nummer 001 integriert ist, weit hinaus und soll deshalb gesondert vergütet werden. In Zeitaufwand und einschließlich Dokumentation entspricht sie der Bewertung der gestrichenen Nummer 003.

5. Zur Anlage, Abschnitt A, Nummer 010

In der Anlage ist in Abschnitt A die Nummer 010 durch folgende neue Nummern 010 und 010 a zu ersetzen:

"010	Intraorale Infiltrationsanästhesie	60	6,60
010 a	Intraorale Leitungsanästhesie	70	7,70".

Als Folge ist die Übersicht vor Abschnitt A entsprechend anzupassen.

Begründung:

Die Leitungsanästhesie bedarf wegen ihres höheren Schwierigkeitsgrades einer höheren Gebühr als die Infiltrationsanästhesie.

6. Zur Anlage, Abschnitt C, Nummer 243

In der Anlage, Abschnitt C ist in Nummer 243 die Angabe "235 bis 237 und 239" durch die Angabe "236 bis 238 und 241" zu ersetzen.

Begründung:

Offenbare Unrichtigkeit.

7. Zur Anlage, Abschnitt D, Allgemeine Bestimmung

In der Anlage ist Abschnitt D eingangs wie folgt zu fassen:

"D. Chirurgische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Die primäre Wundversorgung ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt D und nicht gesondert berechnungsfähig.
2. Alloplastische Materialien sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder zum Verschuß von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen sind gesondert berechnungsfähig."

Begründung:

In der chirurgischen Versorgung werden Auffüllmaterialien verwendet, die in den Gebühren nicht kalkuliert sind und daher gesondert berechnungsfähig sein sollen.

Gleiches gilt für Blutgerinnungsmittel (Fibrinkleber), die bei bestimmten Indikationen (Bluter, Markumarpatienten) verwendet werden.

8. Zur Anlage, Abschnitt D, Nummern 303 und 304

In der Anlage ist in Abschnitt D die Leistungsbeschreibung der Nummer 303 wie folgt zu fassen:

"Entfernung eines Zahnes oder eines enossalen Implantats durch Osteotomie";

die Leistungsbeschreibung der Nummer 304 ist wie folgt zu fassen:

"Entfernung eines retinierten, impaktierten oder tief verlagerten Zahnes durch Osteotomie".

Begründung:

Die Entfernung eines enossalen Implantates durch Osteotomie entspricht dem Schwierigkeitsgrad der Leistung nach Nummer 303.

Im übrigen Klarstellung und redaktionelle Anpassung an die geänderte Nummer 303.

9. Zur Anlage, Abschnitt D, Nummer 309

In der Anlage, Abschnitt D sind in Nummer 309 die Worte
", als selbständige Leistung" zu streichen.

Begründung:

Die Einschränkung ist nicht zweckmäßig,
da plastische Deckungen auch im An-
schluß an Extraktionen vorgenommen werden.

10. Zur Anlage, Abschnitt D, Nummern 311 und 312

In der Anlage sind in Abschnitt D die Leistungsbeschrei-
bungen der Nummern 311 und 312 wie folgt zu fassen:

"311 Resektion einer Wurzelspitze an einem
 Frontzahn

312 Resektion einer Wurzelspitze an einem
 Seitenzahn";

an die Abrechnungsbestimmung nach Nummer 312 ist folgender
Satz anzufügen:

"Die Kosten für konfektionierte apikale Stiftsysteme sind
gesondert berechnungsfähig."

Begründung:

Notwendige Anpassung an die entsprechende
Regelung in den Nummern 213 und 315.

Im übrigen Klarstellung.

11. Zur Anlage, Abschnitt D, Nummern 317 bis 320

In der Anlage sind in Abschnitt D

in der Nummer 317 die Punktzahl "270" durch die Punktzahl "230"
und die Gebühr "29,70" durch die Gebühr "25,30",

in der Nummer 318 die Punktzahl "450" durch die Punktzahl "400"
und die Gebühr "49,50" durch die Gebühr "44,-",

in der Nummer 319 die Punktzahl "230" durch die Punktzahl "270"
und die Gebühr "25,30" durch die Gebühr "29,70",

in der Nummer 320 die Punktzahl "460" durch die Punktzahl "500"
und die Gebühr "50,60" durch die Gebühr "55,-"

zu ersetzen.

Begründung:

Leistungsgerechtere Bewertung bei kosten-
neutraler Umgewichtung.

12. Zur Anlage, Abschnitt E, nach Nummer 400

In der Anlage ist in Abschnitt E nach Nummer 400 folgende Nummer 400a einzufügen:

"400a	Anwendung elektromechanischer Verfahren zur Parodontaldiag- nostik (z.B. Periotest), je Kieferhälfte oder Frontzahn- bereich"	50	5,50
-------	---	----	------

Als Folge ist die Übersicht vor Abschnitt A entsprechend anzupassen.

Begründung:

Das Periotestverfahren ist eine wissenschaftliche Entwicklung aus jüngster Zeit zur Feststellung des Grades der Zahnlockerung, die bereits in der zahnärztlichen Praxis angewandt wird. Die Aufnahme dieser Verrichtung mit der angegebenen Punktzahl und Einfachgebühr ist gerechtfertigt. Diese Leistung gehört nicht in den Abschnitt A, sondern in den Abschnitt E.

13. Zur Anlage, Abschnitt E, Nummer 402

In der Anlage, Abschnitt E sind in Nummer 402 nach dem Wort "Gebisses" die Worte "oder bereits vorhandenen Zahnersatzes" einzufügen.

Begründung:

Grobe Vorkontakte werden in der Regel verursacht durch zu hohe Restaurationen (Füllungen, Kronen, Brücken usw.). Sie können beseitigt werden durch Einschleifen der natürlichen Zähne oder durch Korrektur der Restaurationen. Auch die letztgenannte Möglichkeit muß in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt werden.

14. Zur Anlage, Abschnitt E, Nummer 409

In der Anlage sind in Abschnitt E in Nummer 409 in der Leistungsbeschreibung das Wort "heterologem" durch das Wort "alloplastischem" und in der Abrechnungsbestimmung das Wort "heterologes" durch das Wort "alloplastisches" zu ersetzen.

Begründung:

Es wird klargestellt, daß das nicht-autologe Material industriell angefertigt ist.

15. Zur Anlage, Abschnitt E, Nummer 410

In der Anlage ist in Abschnitt E die Leistungsbeschreibung der Nummer 410 wie folgt zu fassen:

"Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich".

Begründung:

Die bisherige Leistungsbeschreibung engt den Leistungsinhalt zu sehr ein.

16. Zur Anlage, Abschnitt F, Nummer 503

In der Anlage ist in Abschnitt F in der Nummer 503 das Wort "einschließlich" durch die Worte "zur Aufnahme einer" zu ersetzen.

Begründung:

Klarstellung des Gewollten.

17. Zur Anlage, Abschnitt F, nach Nummer 531

In der Anlage sind in Abschnitt F in der zweiten Abrechnungsbestimmung nach Nummer 531 die Worte "oder zur Erweiterung" zu streichen.

Begründung:

Klarstellung des Gewollten ohne finanzielle Auswirkungen.

18. Zur Anlage, Abschnitt G

In der Anlage, Abschnitt G, sind in der Leistungsbeschreibung

- a) in Nummer 601 nach dem Wort "Diagramme)" die Worte ", bis zum Abschluß der Behandlung nur dreimal berechnungsfähig" und
- b) in Nummer 602 nach dem Wort "Wachstumsanalysen)" die Worte ", bis zum Abschluß der Behandlung nur dreimal berechnungsfähig" zu streichen;
- c) in Nummer 605 Buchstabe b ist nach dem Wort "als" die Zahl "5" durch die Zahl "2" zu ersetzen;
- d) nach Nummer 606 ist folgende neue Nummer 606 a einzufügen:

"606 a Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer 2600 286,-
 in den Regelbiß während der Wachstumsphase einschließlich Retention,
 mittlerer Umfang";
- e) in den Leistungsbeschreibungen der Nummern 607 und 608 sind jeweils vor dem Wort "Einstellung" die Worte "Maßnahmen zur" einzufügen;
- f) in Nummer 607 ist der zweite Absatz der Leistungsbeschreibung eingangs wie folgt zu fassen:

"Bei Maßnahmen von mittlerem Umfang muß mindestens ein Kriterium nach a) bis c), bei Maßnahmen von hohem Umfang müssen mindestens zwei der Kriterien erfüllt sein:"
- g) in Nummer 616 ist in der Abrechnungsbestimmung die Zahl "616" durch die Zahl "614" zu ersetzen und folgender Satz anzufügen:

"Die Kosten für die eingegliederten Hilfsmittel nach den Nummern 615 und 616 sind gesondert berechnungsfähig.";

h) in Nummer 617 ist nach dem Wort "von" das Wort "herausnehmbaren" einzufügen.

i) in Nummer 619 ist die Leistungsbeschreibung wie folgt zu fassen:

"Eingliedern von Hilfsmitteln zur Beseitigung von Funktionsstörungen (z.B. Mundvorhofplatte) einschließlich Anweisung zum Gebrauch und Kontrollen";

j) in den folgenden Nummern sind die Punktzahlen und Gebühren wie folgt zu ändern:

Nummer	Punktzahl	Gebühr in DM
604	"2.100	231,-
605	3.600	396,-
606	1.800	198,-
607	3.600	396,-
615	370	40,70
616	500	55,-";

Als Folge ist die Übersicht vor Abschnitt A entsprechend anzupassen.

Begründung:

zu a und b:

Die im Einzelfall notwendige Diagnostik und Therapie muß weiterhin gewährleistet sein.

Während einer kieferorthopädischen Behandlungszeit können unvorhersehbare und nicht vorausplanbare Ereignisse, wie z.B. Wachstum, Einflüsse durch zahnärztliche Maßnahmen, eintreten, die nur durch zusätzliche diagnostische Maßnahmen abgeklärt werden können. Auch in der Retentionszeit, die individuell sehr verschieden ist, können z.B. abschließende Wachstumsveränderungen oder erneut auftretende Fehlfunktionen das bisherige Behandlungsergebnis derart beeinflussen, daß eine erneute Diagnostik und gegebenenfalls ergänzende Therapie notwendig wird.

Besonderheiten sind gegeben bei allen Fehlbildungen mit stärkeren transversalen, sagittalen und vertikalen Abweichungen oder bei Patienten mit Lippen-, Kiefer-Gaumenspalten und bei Erwachsenen, bei denen eine kombinierte kieferorthopädisch-kieferchirurgische Behandlung notwendig wird. Auch diese Fälle werden durch die Neuregelung adäquat erfaßt.

zu c:

Das Kriterium "Ausmaß der Zahnbewegung" wird sachgerechter bestimmt.

zu d:

Durch die neue Nummer 606 a wird eine differenziertere Einteilung der Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiß während der Wachstumsphase erreicht. Sie ist aus fachlichen Gründen notwendig, wie dies zahlreiche wissenschaftliche Veröffentlichungen zu diesem Thema zeigen.

Die Bewertung mit 2.600 Punkten entspricht dem mittleren Bewertungsumfang der Maßnahmen nach den Nummern 606 und 607. Die differenziertere Neuregelung gewährleistet damit auch eine leistungsgerechtere Vergütung.

zu e:

Klarstellung.

zu f:

Folgeänderung, die bedingt ist durch die neue Einteilung der Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiß während der Wachstumsphase.

zu g:

Die Kosten für die eingegliederten Hilfsmittel nach den Nummern 615 und 616 sollen nicht durch die Steigerung des Einzelsatzes preislich überhöht werden.

zu h:

Klarstellung der Leistungsbeschreibung.

zu i:

Die Leistung nach Nummer 619 soll auch außerhalb einer kieferorthopädischen Behandlung als präventive Maßnahme eingesetzt werden können.

zu j:

Die Neubewertung trägt vor allem den Gesichtspunkten der kieferorthopädischen Wissenschaft und Therapie und ihrer künftigen Entwicklung Rechnung. Außerdem bewirkt sie, daß einerseits die gesundheitspolitisch notwendige Umschichtung der zahnärztlichen Leistungen erreicht wird und andererseits das Maß der Gebührenabsenkung auch für die Kieferorthopäden in einem vertretbaren Rahmen bleibt.

19. Zur Anlage, Abschnitt G, Nummer 618

In der Anlage ist in Abschnitt G in Nummer 618 folgende Abrechnungsbestimmung anzufügen:

"Neben der Leistung nach der Nummer 618 ist die Leistung nach der Nummer 001 in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig."

Begründung:

In derselben Sitzung ist neben einem beratenden und belehrenden Gespräch nach Nummer 618 der Ansatz nach Nummer 001 nicht gerechtfertigt.

20. Zur Anlage, Abschnitt H, Nummer 703

In der Anlage ist in Abschnitt H die Leistungsbeschreibung der Nummer 703 wie folgt zu fassen:

"Wiederherstellung der Funktion eines Aufbißbehelfs, z.B. durch Unterfütterung".

Begründung:

Der Aufbau einer neuen adjustierten Oberfläche kann nach Nummer 706 berechnet werden.

21. Zur Anlage, Abschnitt H, Nummer 709 und nach 709

In der Anlage ist in Abschnitt H die Nummer 709 wie folgt zu fassen:

"709	Versorgung eines Kiefers mit einem Interimszahnersatz als Langzeitprovisorium, je zu überbrückende Spanne oder Freiendsattel	270	29,70
------	--	-----	-------

Die Leistungen nach den Nummern 708 und 709 sind nicht in zeitlichem Zusammenhang mit der Herstellung von endgültigem Zahnersatz berechnungsfähig.";

nach Nummer 709 ist folgende neue Nummer 710 anzufügen:

"710	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion eines Interimszahnersatzes, je Krone, Spanne oder Freundsattel	200	22,--
------	---	-----	-------

Die Wiedereingliederung desselben Interimszahnersatzes, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 708 bis 710 abgegolten."

Als Folge ist die Übersicht vor Abschnitt A entsprechend anzupassen.

Begründung:

Reparaturen von Defekten an einem Interimszahnersatz sollen abrechnungsfähig sein, um die Neuherstellung zu vermeiden.

22. Zur Anlage, Abschnitt J, Nummer 800

In der Anlage ist im Abschnitt J die Abrechnungsbestimmung der Nummer 800 wie folgt zu fassen:

"Die Leistung nach Nummer 800 umfaßt folgende zahnärztliche Leistungen: prophylaktische, prothetische, parodontologische und okklusale Befunderhebung, funktionsdiagnostische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels und der Halswirbelsäule, klinische Reaktionstests (z.B. Resilienztest, Provokationstest). Neben einer Leistung nach der Nummer 800 ist eine Leistung nach der Nummer 001 in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig."

Begründung:

Die Neufassung der Erläuterung stellt klar, daß die dort genannten Leistungen durch die Leistung nach Nummer 800 nicht nur abgegolten sind, sondern daß diese Leistungen erbracht werden müssen, wenn die Nummer 800 angesetzt werden soll. Gleichzeitig wird der Ansatz einer nochmaligen Untersuchungsgebühr nach Nummer 001 ausgeschlossen, falls die Leistungen in einem Zuge erbracht werden.

23. Zur Anlage, Abschnitt J, Nummer 806

In der Anlage ist in Abschnitt J in der Nummer 806 folgende Abrechnungsbestimmung anzufügen:

"Wird bei unterbrochener Zahnreihe oder Freiendsattel zur Bestimmung der Vertikaldimension eine Bißschablone im Labor angefertigt, so sind die Kosten für die Bißschablone neben den Gebühren nach den Nummern 802 bis 806 gesondert berechnungsfähig."

Begründung:

Bei bestimmten Indikationen ist die Anfertigung einer Bißschablone erforderlich, deren Kosten in dem Gebührenansatz nicht enthalten sind.

24. Zur Anlage, Abschnitt J, Nummer 807

In der Anlage sind in Abschnitt J in der Nummer 807 nach dem Wort "Artikulator" die Worte "einschließlich Material- und Laborkosten" anzufügen.

Begründung:

Notwendige Anpassung an die entsprechenden Regelungen nach den Nummern 802 und 804.

25. Zur Anlage, Abschnitt J, Nummer 810

In der Anlage ist in Abschnitt J die Nummer 810 wie folgt zu fassen:

"810	Systematische subtraktive Maßnahmen am natürlichen Gebiß, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Zahn-paar	15	1,65
------	--	----	------

Die Leistung nach Nummer 810 ist je Sitzung höchstens fünfmal berechnungsfähig."

Begründung:

Die Trennung der Abrechnungsbestimmung von der Leistungsbeschreibung dient der redaktionellen Klarstellung und trägt zugleich fachlichen Notwendigkeiten Rechnung.

26. Zur Anlage, Abschnitt K, Allgemeine Bestimmung

In der Anlage ist der Abschnitt K eingangs wie folgt zu fassen:

"K. Implantologische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Die primäre Wundversorgung ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt K und nicht gesondert berechnungsfähig.
2. Die bei den Leistungen nach Abschnitt K verwendeten Implantate und Implantatteile sind gesondert berechnungsfähig."

Begründung:

Systematische Angleichung an die Allgemeinen Bestimmungen vor den anderen Abschnitten.

27. Zur Anlage, Abschnitt K, Nummer 900

In der Anlage ist in Abschnitt K in der Leistungsbeschreibung der Nummer 900 nach dem Wort "Schablone" die Angabe ", je Kiefer" anzufügen.

Begründung:

Klarstellung.

28. Zur Anlage, Abschnitt K, Nummern 900, 901, 903

In der Anlage sind in Abschnitt K in den Nummern 900, 901 und 903 jeweils die Punktzahl und der Gebührenbetrag wie folgt zu fassen:

Nr.	Punktzahl	Gebühr in DM
900	"540	59,40
901	480	52,80
903	480	52,80"

Begründung:

Die zahnärztliche Implantologie mit eng eingegrenzten Indikationen (Einzelzahn-plantat, Fixierung von Totalprothesen und Freiendsattel-Implantat) ist ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren, das für den Patienten eine bessere funktionelle Lösung als bisheriger Zahnersatz ermöglicht. Bei entsprechender Indikation ist es gesundheitspolitisch sinnvoller, z.B.

eine Zahnlücke mit einem Implantat zu schließen als dafür eine Brücke einzusetzen, bei der die beiden Nachbarzähne zu beschleifen sind. Darüber hinaus ist die zahnärztliche Implantologie auch unter dem Gesichtspunkt einer notwendigen Kostendämpfung zu würdigen.

Die Neubewertung berücksichtigt diese Aspekte neben den üblichen Kriterien Schwierigkeit und Zeitaufwand der Leistung. Damit wird gewährleistet, daß zahnimplantologische Wissenschaft und Therapie auch künftig möglich sind.

Die Neubewertung gefährdet nicht den Grundsatz der Volumenneutralität, sondern sie schafft Anreize zu einer Kosteneinsparung.