

## **Stellungnahme der Freien Zahnärzteschaft zum Referentenentwurf vom 22.10.2008 für eine neue GOZ**

Zunächst sollte aus Sichtweise der Freien Zahnärzteschaft eine neue GOZ den Vorgaben des §15 Zahnheilkundengesetz genügen:

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

Insbesondere die Bemessung der Gebühren für zahnärztliche Leistungen erscheint der Freien Zahnärzteschaft nach dem vorliegenden Referentenentwurf weder gemäß §15 Zahnheilkundengesetz noch gemäß den Vorgaben des § 5 GOZ möglich. Um Sie für dieses gravierende Problem zu sensibilisieren, möchten wir zunächst im Detail die aktuelle Situation bei der Gebührenbemessung darlegen. Wir zitieren hierzu aus der GOZ-Fibel der Bayerischen Landeszahnärztekammer von 2005:

### **GOZ – Fibel der BLZK zu „§ 5 GOZ - Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses“**

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

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

*..... Zum Schutz des Patienten vor Überforderung oder Überraschung wurde die Bemessung der Gebühren sehr streng und einschränkend geregelt.*

*.....Diese Gebührenbemessung nach § 5 wird aber zunehmend problematischer, weil die GOZ sowohl in fachlicher Hinsicht (Leistungsbeschreibung, Leistungsspektrum und Bewertung) wie auch besonders in der Gebührenhöhe (Punktwert) auf dem Stand von 1988 stehen geblieben ist, der aktuellen Bedürfnissen regelmäßig nicht mehr gerecht wird.*

#### **Gebühren**

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

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

### **Punktzahl**

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

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

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

### **Punktwert**

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

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

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

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

### **Gebührensatz**

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

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

### **Hinweis**

Der einfache Gebührensatz war mit Erscheinen der GOZ schon 1988 nur eine Rechengröße und nicht kostendeckend. Er wurde für das Jahr 1988 „kostenneutral“ so festgelegt, dass der 2,3-fache Gebührensatz dem mittleren Liquidationsniveau einer Stichprobe aus den Jahren 1984 und 1986 entsprach. Der (veraltete)

Gebührensatz ist also in Wirklichkeit auf dem **Stand von 1984** und schon deshalb nicht mehr geeignet, im Zusammenhang mit den unveränderten Vorschriften zur Gebührenbemessung ein **für 2005** angemessenes Honorar zu bestimmen. Der einfache Gebührensatz entspricht nicht – wie regelmäßig vermutet – dem „Kassensatz“! Die „**Kassensätze**“ für einen „ausreichenden“ qualitativen Mindeststandard werden nach anderen Kriterien festgelegt und entsprechen zur Zeit ungefähr dem **2,3-fachen** des Gebührensatzes der GOZ. **Die Gebührensätze der Gesetzlichen Krankenversicherung sind in der Regel mehr als doppelt so hoch wie der einfache Gebührensatz der GOZ.**

### **Steigerungssatz**

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

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

### **Bemessungskriterien S, Z, U**

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

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

Tatsächlich zutreffende **betriebswirtschaftlich relevante Kriterien** wie:

- versäumte Punktwertanpassung
- veränderte wirtschaftliche Rahmenbedingungen
- unzureichender (historischer) Gebührensatz
- betriebswirtschaftliche Kalkulation
- Anstieg der allgemeinen Praxiskosten, Materialkosten
- ideelle, intellektuelle und physische Infrastruktur
- besondere Qualifikation (Ausbildungskosten)
- Praxisausstattung, Lage, Leistungsspektrum
- gestiegene Aufklärungs- und Beratungspflicht
- Haftung / Kulanz
- gestiegene Verwaltungskosten / vermehrte Versicherungsanfragen

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

### **Höhe des Steigerungsfaktors**

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

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

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

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

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

Soweit die GOZ-Fibel der Bayerischen Landeszahnärztekammer von 2005 zur aktuellen Gebührenbemessung.

## Geplante Gebührenbemessung in der GOZneu 2009 laut Referentenentwurf:

Änderungen infolge des vorliegenden Referentenentwurfes am 01.07.2009 bei der Gebührenbemessung :

- 1) Der Gebührenrahmen bleibt unverändert (1,0 bis 3,5).
- 2) Die Punktzahlen der einzelnen Leistungen sind größtenteils mehr oder weniger unverändert geblieben, die Punktzahlen mancher Leistungen sind abgewertet worden, die Punktzahlen mancher Leistungen sind bei veränderten Bestimmungen zu den jeweiligen Leistung aufgewertet worden, neue Leistungen wurden bewertet.
- 3) Der Punktwert soll von 5,62421 Cent auf 5,65 Cent angehoben werden (Steigerung um 0,46 %).

Bekanntermaßen ist in dem genannten Zeitraum der Dienstleistungspreisindex um mehr als 60% gestiegen.

Die verordnungskonforme Anwendung des §5 GOZ wird im Referentenentwurf im §5 GOZ und auch in der Begründung zu §5 GOZ zurecht angemahnt:

- **Einfache Behandlungen müssen mit dem einfachen Gebührensatz bemessen werden, aber auch bemessen werden können.**
- **In Zeitaufwand und Schwierigkeit durchschnittliche Behandlungen müssen mit dem 2,3-fachen Gebührensatz bemessen werden, aber auch bemessen werden können.**
- **In Zeitaufwand und Schwierigkeit überdurchschnittliche Behandlungen müssen mit dem 3,5-fachen Gebührensatz bemessen werden, aber auch bemessen werden können.**
- **Darüber hinaus sollte erst der §2, Abs. 1 und 2 GOZ angewandt werden bzw. werden müssen.**

Damit diese Forderungen des Verordnungsgebers überall in Deutschland verwirklicht werden können (also auch in den Regionen wie z.B. Bayern, Baden-Württemberg und einige Großstädten, in denen deutlich höhere Praxiskosten als im Bundesdurchschnitt anfallen), muss in der geplanten Regelung des § 5 Abs. 1 GOZ der Punktwert auf **mindestens 9,00 Cent** festgelegt werden. Dies entspricht der allgemeinen Preisentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland seit 1987.

## Ökonomische Honorarfindung im Rahmen der zur Zeit gültigen GOZ wie auch im Rahmen der geplanten GOZneu 2009 laut Referentenentwurf:

Die aktuelle Zahnheilkunde benötigt viel Zeitaufwand, einen nicht unbeträchtlichen Materialeinsatz wie auch im Vergleich zu anderen „Facharztpraxen“ einen deutlich höheren Personaleinsatz. Der für eine qualitativ hochstehende zahnärztliche Leistung notwendige Zeitaufwand ist daher nicht zuletzt aufgrund neuer, noch genauerer, noch „besserer“ Arbeitstechniken (z.B. Lupenbrillen, Dentalmikroskope, Vollkeramikversorgungen, adhäsive Befestigungstechniken, Mikrochirurgie, Digitales Röntgen, Lasereinsatz, drehmomentbegrenzte Motoren in der Endodontologie, spezielle Schall- und Ultraschallsysteme in Prophylaxe und Parodontologie und viele andere Gerätschaften mehr) seit 1988 deutlich gestiegen. Gleiches gilt für die Materialkosten, die Personal-

kosten wie auch die allgemeinen Kosten einer Zahnarztpraxis. Die Kostensteigerung seit 1988 beträgt, wie oben bereits gesagt, fraglos mehr als 60%.

Die Freie Zahnärzteschaft stellt fest, dass die ökonomische, unternehmerische, betriebswirtschaftliche Honorarfindung einer zahnärztlichen Leistung daher „in Euro“ stattfindet und erst dann in das Gerüst der §§ 2 und 5 GOZ zu übertragen ist, um eine nach § 10 GOZ zur Zahlung fällige Liquidation erstellen zu können.

Insofern widerstrebt schon seit Jahren die ökonomisch notwendige Honorarfindung den eigentlichen Bemessungskriterien des aktuellen (und in geringfügiger Änderung auch des geplanten neuen) § 5 GOZ. Schon jetzt ist folgendes Realität:

- **Einfache Behandlungen müssen mit dem 2,3-fachen Gebührensatz bemessen werden, um diese ökonomisch darstellen zu können.**
- **In Zeitaufwand und Schwierigkeit durchschnittliche Behandlungen müssen mit dem 3,5-fachen Gebührensatz bemessen werden, um diese ökonomisch darstellen zu können.**
- **In Zeitaufwand und Schwierigkeit überdurchschnittliche Behandlungen sind nur noch unter Anwendung des §2, Abs. 1 und 2 GOZ a darstellbar.**

Eine realistische, aber nicht den Grundsätzen des §5 GOZ entsprechende, Begründung lautet aus Sichtweise der Freien Zahnärzteschaft daher: „Erhöhter Zeitaufwand wegen inflationsbedingt gesunkener Bezugszeiten seit 1988.“

Da im vorliegenden Referentenentwurf der Punktwert nur von 5,62421 Cent (Stand 1.1.1998) auf 5,65 Cent (geplanter Stand 1.7.2009) angehoben werden soll (Steigerung um 0,46 %), wird mit der neuen GOZ die notwendige ökonomische Honorarfindung gerade in Regionen mit hohen Praxiskosten wie z.B. Bayern nicht den eigentlichen Intentionen des §5 GOZ entsprechen.

Zur konkreten Darstellung der nunmehr vorgenommenen „Anhebung des Punktwertes“ seien die Veränderungen bei 6 häufig vorkommenden Leistungen genannt:

#### **Krone:**

GOZ 1988: Nr. 221 „Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkehl- oder Stufenpräparation“

Punktzahl 1300

1-facher Satz 73,11 €

2,3-facher Satz 168,15 €

3,5-facher Satz 255,88 €

GOZ 2009: Nr. 517 „Versorgung eines Einzelzahnes durch eine metallische Vollkrone mit Vollverblendung“

Punktzahl 1277

1-facher Satz 72,15 €

2,3-facher Satz 165,95 €

3,5-facher Satz 252,53 €

#### **Eingehende Untersuchung**

GOZ 1988: Nr. 001 „Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes“

Punktzahl 100

1-facher Satz 5,62 €

2,3-facher Satz 12,92 €  
3,5-facher Satz 19,67 €

GOZ 2009: Nr. 6 „Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, gegebenenfalls einschließlich Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke, einschließlich Erhebung des klinischen Gingivalbefundes, einschließlich Dokumentation.“

Punktzahl 108  
1-facher Satz 6,10 €  
2,3-facher Satz 14,03 €  
3,5-facher Satz 21,35 €

### **Extraktion eines einwurzeligen Zahnes**

GOZ 1988: Nr. 300 „Entfernen eines einwurzeligen Zahnes oder eines Implantates“

Punktzahl 70  
1-facher Satz 3,94 €  
2,3-facher Satz 9,06 €  
3,5-facher Satz 13,79 €

GOZ 2009: Nr. 300 „Entfernen eines einwurzeligen Zahnes, eines Wurzelrestes oder Implantates“

Punktzahl 90  
1-facher Satz 5,09 €  
2,3-facher Satz 11,71 €  
3,5-facher Satz 17,82 €

### **Wurzelkanalfüllung**

GOZ 1988: Nr. 244 „Füllung eines Wurzelkanals einschließlich temporärem Verschluss“

Punktzahl 200  
1-facher Satz 11,25 €  
2,3-facher Satz 25,87 €  
3,5-facher Satz 39,37 €

GOZ 2009: Nr. 252 „Wurzelkanalfüllung, auch retrograd, ggf. einschließlich eines provisorischen Verschlusses, je Kanal“

Punktzahl 160  
1-facher Satz 9,04 €  
2,3-facher Satz 20,79 €  
3,5-facher Satz 31,64 €

### **Zahnstein entfernen**

GOZ 1988: Nr. 405 „Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren, je Zahn“

Punktzahl 10,9  
1-facher Satz 0,61 €  
2,3-facher Satz 1,40 €  
3,5-facher Satz 2,13 €

GOZ 2009: Nr. 410 „Entfernen harter und gegebenenfalls weicher Zahnbeläge, einschließlich Polieren und gegebenenfalls geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn, Implantat oder Brückenglied“

Punktzahl 12,9  
1-facher Satz 0,73 €  
2,3-facher Satz 1,68 €  
3,5-facher Satz 2,56 €

### **Beratung**

GOZ 1988: Nr. GOÄ 1 „Beratung, auch mittels Fernsprecher“  
Punktzahl 80  
1-facher Satz 4,66 €  
2,3-facher Satz 10,72 €  
3,5-facher Satz 16,31 €

GOZ 2009: Nr. 1 „Beratung, auch telefonisch“  
Punktzahl 81  
1-facher Satz 4,58 €  
2,3-facher Satz 10,53 €  
3,5-facher Satz 16,03 €

### **Welchen Umsatz darf der Zahnarzt laut Referentenentwurf des BMG in der Stunde erzielen?**

Die von der Bundeszahnärztekammer in Auftrag gegebene Studie zur Honorarordnung der Zahnärzte (HOZ) errechnete für eine einfache, durchschnittliche bundesdeutsche Praxis einen notwendigen Stundenhonorarumsatz von 202,80 €. „Für die individuelle Praxissituation im Standort Bayern sind die Gemeinkosten höher als im Bundesdurchschnitt, also **dürfte dieser Stundenhonorarumsatz in den allermeisten Praxen in Bayern deutlich höher liegen.**

Selbst das BMG (Frau Caspers- Merk) ordnete für ein kostendeckendes Arbeiten (also ohne Gewinn?) ein **notwendiges Stundenhonorar von 195 €** zu.

Positionen des Referentenentwurfs mit vorgegebenen Mindestzeiten lassen nunmehr einfach mittels Dreisatz das fakultative Stundenhonorar errechnen, das das BMG wirklich dem Zahnarzt zubilligt:

Nummer 4 GOZneu (220 Punkte) ist mit 15 Minuten Mindestdauer beschrieben. Das ergibt bei Steigerungssatz 2,3 gerade mal 28,59 €.

Nummer 701 GOZneu (750 Punkte) ist mit 45 Minuten Mindestdauer beschrieben. Das ergibt bei Steigerungssatz 2,3 gerade mal 97,46 €

**Ergebnis: Der Referentenentwurf basiert auf einen Stundenhonorarumsatz in Höhe von ca. 125 €.**

### **Vergleich: Anpassung der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT)**

**Forderungen der Bundestierärztekammer (BTK) im Rahmen der Novellierung der Tierärztegebührenordnung (GOT) vom 30.01.2007:**

**„Die erforderliche Anpassung der Gebühren muss nach Ansicht der BTK 28 Prozent betragen.“**

Der Umfang der Erhöhung von 12 Prozent ist bei weitem nicht ausreichend. Das Jahr 2007 mit Preiserhöhungen von 2,4 Prozent ist nicht in die Berechnungen eingeflossen. Die Einbeziehung des Jahres 2007, in dem insbesondere auch die Energiekosten massiv gestiegen sind, halten wir deshalb für erforderlich. Da das damalige Verordnungsverfahren bereits im Jahre 1996 begann, entsprechen die Gebührensätze mittlerweile sogar dem Stand von vor zwölf Jahren. Deshalb würde mit 12 Prozent Anpassung noch nicht einmal ein Inflationsausgleich vorgenommen. Die letzte Anpassung nach elf Jahren im Jahre 1999 betrug 15 bis 20 Prozent.

Wir geben zu bedenken, dass die Praxiskosten in weit höherem Maße gestiegen sind, als die Verbraucherpreise. Das liegt vor allem an gestiegenen Kosten für medizinische Geräte, Personal, Versicherungen, Entsorgung, Energie und Arzneimittel. Die Praxiskosten betragen 70 bis 75 Pro-

zent des Umsatzes. Die GOT'99 enthielt laut Begründung einen Ausgleich für die erhebliche Steigerung der Praxiskosten, insbesondere der Personalkosten.

**Das Statistische Bundesamt stellt fest, dass allein der Verbraucherpreisindex vom 1.1.1999 bis 31.12.2007 von 90,3 % auf 105,9 % (Basis: 100 % in 2005) gestiegen ist. Dies entspricht einer Spanne von ca. 15%.**

Der Aufwand der Praxen ist auf den verschiedenen Gebieten sehr unterschiedlich gestiegen, insbesondere auf folgenden wichtigen Gebieten sind die Praxiskosten überproportional gestiegen:

- der Lohnkostenindex stieg um 21,1 Punkte, wobei das Jahr 2007 noch nicht berücksichtigt ist,
- der Index für Brennstoffe (sowohl für Heizungen als auch als Fahrzeugkraftstoff von Bedeutung) stieg von 66,2 auf 117,9 = 51,7 Punkte,
- der Index für Strom stieg von 81,8 auf 112,9 = 31,1 Punkte,
- der Index für medizinische Geräte ist von 80,2 auf 105,3 = 25,1 Punkte gestiegen,
- der Index für Arzneimittel stieg von 85,0 auf 107,1 = 22,1 Punkte.“

„Ferner weisen wir darauf hin, dass die Leistungen insofern anders als vor neun Jahren bewertet werden müssen, als den praktizierenden Tierärzten seitdem ohne Gegenleistung zahlreiche zusätzliche Verpflichtungen im Rahmen der Qualitätssicherung auferlegt wurden. Dazu gehört der Anwendungs- und Abgabebeleg, die Bilanzierungspflicht, zusätzliche Fortbildungspflichten (Strahlenschutz, Schweinehaltungshygieneverordnung, spezielle Fortbildung für weitergebildete Tierärzte) und die sicherheitstechnische und betriebsärztliche Betreuung von Tierarztpraxen. Die Dokumentationspflichten verursachen zudem erhebliche Investitionen in die Computertechnik/Software und einen hohen Schreibaufwand.

Wir halten künftig eine **automatische Anpassung** der Gebührensätze für erforderlich, um zu verhindern, dass die Gebühren für tierärztliche Leistungen weiterhin über Jahre real sinken. Sobald der Verbraucherpreisindex fünf Prozent überschritten hat, sollten die Einzelsätze entsprechend erhöht werden. Alternativ sollten alle drei Jahre entsprechende Gespräche zwischen der Tierärzteschaft und Ihrem Hause geführt werden.“

### **Forderungen der Bundestierärztekammer (BTK) zur Anpassung der Tierärztegebührenordnung (GOT) vom 08.07.2008:**

„Die Gebühren für tierärztliche Leistungen werden ab dem 8. Juli 2008 durch eine „Änderung der Tierärztegebührenordnung“, einer Verordnung des Bundes, nach **neun** Jahren erstmals **pauschal um 12 Prozent angepasst**.“

„Die Höhe der Anpassung entspricht dabei noch nicht einmal dem Inflationsausgleich, der allein 15 Prozent betragen würde, und ist dementsprechend äußerst maßvoll. Überdies sind die Praxiskosten, die bis zu 75 Prozent des Umsatzes betragen, in weit höherem Maße gestiegen als die Inflationsrate. Das liegt vor allem an gestiegenen Kosten für medizinische Geräte, Personal, Versicherungen, Entsorgung, Energie und Arzneimittel. Auch das Wegegeld ist, vor allem infolge der hohen Treibstoffpreise, in keinster Weise angemessen für die heutzutage durch ein Praxisfahrzeug entstehenden Kosten und die im Straßenverkehr aufgewendete Zeit des Tierarztes.“

### **Zusammenfassung:**

**Sachgerecht ist es daher nach Meinung der Freien Zahnärzteschaft, in der geplanten Regelung des § 5 Abs. 1 GOZ den Punktwert auf mindestens 9,00 Cent festzulegen. Dies entspricht einem tatsächlichen Teuerungsausgleich (laut Statistischem Bundesamt stieg der**

entspricht einem tatsächlichen Teuerungsausgleich (laut Statistischem Bundesamt stieg der Dienstleistungspreisindex in den letzten 20 Jahren um mehr als 60%). Somit wäre dann überall in Deutschland eine ökonomische Honorarfindung in Einklang mit den Kriterien des §5 GOZ zur Gebührenbemessung möglich.

### Weitere Bewertung des allgemeinen Teils des vorliegenden Referentenentwurfes:

- Die Abweichende Vereinbarung nach §2 Abs. 1 und 2 GOZ benötigt mehr Vertragsfreiheit. Gerade auch die geplante Neuregelung in §2a „Abweichende Vereinbarung mit dem Zahlungspflichtigen nach Maßgabe von Verträgen mit den Kostenträgern“ sollte nach Prinzipien der gleichberechtigten Partner Grund genug dafür sein, dass auch der einzelne Zahnarzt mit dem einzelnen Patienten eine abweichende Vereinbarung der „Vergütung“ treffen kann. Die „Einzelabweichung“ muss dieselben Möglichkeiten haben wie die „Kollektivabweichung“. In §2 Abs.1 Satz 1 sollte daher „Gebührenhöhe“ durch „Vergütung“ ersetzt werden, Satz 2 könnte dann entfallen. In Umsetzung des Grundsatzes der durch Art. 2 Abs. 1 GG geschützten Vertragsfreiheit würde auch folgende Fassung des § 2 Abs. 1 GOZ Sinn ergeben: „Durch schriftlichen Vertrag kann vor Erbringung der Leistung eine von dieser Verordnung abweichende Regelung getroffen werden.“ Satz 2 könnte dann ebenfalls entfallen.
- Die sog. „Öffnungsklausel“ nach §2a GOZ erscheint verfassungsrechtlich und wettbewerbsrechtlich bedenklich. §2a GOZ muss nach Meinung der Freien Zahnärzteschaft ersatzlos gestrichen werden.
- **Materialkosten müssen berechenbar sein oder in die jeweilige Punktzahl eingerechnet werden**

Die geplante Regelung der Materialkosten in § 3 Abs. 3 („Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten sowie für Lagerhaltung abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist.“) entspricht zunächst der BGH-Rechtsprechung vom 27.05.2004.

Das ist so lange unproblematisch, so lange die Materialkosten vom Ordnungsgeber auch tatsächlich bei der Preisfindung mit einkalkuliert werden – erfolgt dies jedoch nicht, führt die Regelung faktisch zu Beschneidungen des Honorars. Das Bundesgesundheitsministerium hat die Materialkosten jedoch bei mehreren Leistungspositionen (z.B. Einmalwurzelkanalinstrumente im Rahmen der Wurzelkanalaufbereitung, atraumatisches Nahtmaterial bei chirurgischen Leistungen u.v.m.) erkennbar nicht mit in die Kalkulation der Punktzahlen einbezogen.

Die Freie Zahnärzteschaft fordert den Ordnungsgeber auf, dass Materialkosten entweder berechenbar sein müssen oder in die jeweilige Punktzahl eingerechnet werden.

- Die geplante Regelung der Lagerhaltungskosten in § 3 Abs. 3 („Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstunden-

*bedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten sowie für Lagerhaltung abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist.“)* orientiert sich an der BGH-Rechtsprechung vom 27.05.2004. Das wäre so lange unproblematisch, so lange die Lagerhaltungskosten vom Verordnungsgeber auch tatsächlich bei der Preisfindung mit einkalkuliert werden – erfolgt dies jedoch nicht, führt die Regelung faktisch zu Beschneidungen des Honorars. Das Bundesgesundheitsministerium hat die Lagerhaltungskosten jedoch erkennbar nicht mit in die Kalkulation der Punktzahlen einbezogen, da es ausdrücklich keine individuelle Preiskalkulation vorgenommen hat, sondern die Bewertungsrelationen des BEMA-Z in die GOZ übernommen hat. Im BEMA-Z wurden die Lagerhaltungskosten jedoch nicht berücksichtigt, da die hier in Rede stehenden hochpreisigen Materialien regelmäßig nicht im GKV-Leistungskatalog enthalten sind. Die Worte „sowie für Lagerhaltungskosten“ sollten daher aus Sichtweise der Freien Zahnärzteschaft ersatzlos gestrichen werden. Stattdessen sollte unserer Auffassung nach folgender Satz angefügt werden: „Lagerhaltungskosten sind berechenbar.“ Eine möglicherweise verfassungswidrige Benachteiligung der Zahnärzte gegenüber anderen Berufsgruppen wird so vermieden.

- Der Zugriff auf die GOÄ muss aus Sichtweise der Freien Zahnärzteschaft im neuen §6 Abs.2 GOZ gemäß dem Zahnheilkundegesetz gestaltet werden. Die Berufsausübung des Zahnarztes ist durch das Zahnheilkundegesetz und die sich daraus ergebenden Beschränkungen limitiert. Hinsichtlich einer umfassenden und innovativen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde muss das Übergriffsrecht auf die GOÄ grundsätzlich erhalten bleiben. Eine Formulierung wie folgt erscheint der Freien Zahnärzteschaft sachgerecht:

*„Erbringt der Zahnarzt im Einklang mit dem Zahnheilkundegesetz Leistungen, die im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt sind, sind die Vergütungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte zu berechnen, soweit die Leistung nicht als selbständige Leistung oder Teil einer anderen Leistung im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte enthalten ist oder nach Absatz 1 Satz 1 berechnet werden kann.“*

- Die geplante Regelung des §10 Abs. 6 GOZ (*„Mit der Ausstellung der Rechnung darf ein Dritter nur beauftragt werden, wenn der Zahlungspflichtige gegenüber dem Zahnarzt der erforderlichen Datenübermittlung schriftlich zustimmt und den Zahnarzt insoweit schriftlich von seiner Schweigepflicht entbindet.“*) ist unnötig, da dies mit dem Datenschutz geregelt ist. §10 Abs.6 GOZ muss aus Sichtweise der Freien Zahnärzteschaft ersatzlos gestrichen werden.
- Die geplante Regelung des §9 Abs. 2 GOZ (*„Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen vor der Behandlung einen Kostenvoranschlag in Textform des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über die voraussichtlich entstehenden Kosten für zahntechnische Leistungen vorzulegen, sofern die Kosten insgesamt voraussichtlich einen Betrag von 150 Euro überschreiten. Der Kostenvoranschlag muss Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen und deren Preise sowie die direkt zurechenbaren Materialien und deren Preise aufführen sowie die Berechnungsgrundlage und den Herstellungsort der zahntechnischen Leistungen angeben. Der Inhalt des Kostenvoranschlags ist dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern. Ist eine Überschreitung der im Kostenvor-*

*anschlag genannten Kosten um mehr als 15 vom Hundert zu erwarten, hat der Zahnarzt den Zahlungspflichtigen hierüber unverzüglich zu unterrichten.“)* führt zu unnötigem bürokratischen Aufwand, ohne dass für Patient und/oder Zahnarzt ein konkreter Nutzen entsteht. Es können unnötige Verzögerungen im Zeitablauf medizinisch notwendiger Maßnahmen, zum Beispiel Reparaturen, entstehen. Auf §9 Abs.2 GOZ muss nach Meinung der Freien Zahnärzteschaft im Interesse von Patienten und Zahnärzten ersatzlos verzichtet werden.

- Die geplante Regelung des §10 Abs. 7 GOZ (*„Der Zahnarzt kann mit dem Zahlungspflichtigen bei einem voraussichtlich entstehenden Gesamtrechnungsbetrag von über 5.000 Euro eine Vorauszahlung in Höhe von bis zu 30 Prozent des voraussichtlich entstehenden Gesamtrechnungsbetrages vereinbaren.“)* steht im Widerspruch zu der durch Art. 2 Abs. 1 GG geschützten Vertragsfreiheit. Deshalb ist sie aus Sichtweise der Freien Zahnärzteschaft überflüssig und muss daher gestrichen werden.

## **Trennung von Liquidation und Erstattung:**

Eine funktionierende zahnärztliche Gebührenordnung muss unter verordnungskonformer Anwendung nicht nur eine von den Patienten zu Recht erwartete Zahnmedizin „state of the art“ erlauben. Es muss eben auch im Sinne des §15 Zahnheilkundengesetz für den Zahnarzt eine Honorarfindung möglich sein, die diese Zahnmedizin „state of the art“ letztlich im „Mittelstandsbetrieb“ Zahnarztpraxis ökonomisch darstellbar macht.

Naturgemäß berühren die zahnärztlichen Honorare die „Ausgabensituation“ privater wie auch öffentlicher Kostenträger. Klare Erstattungssystematiken, die eine korrekte Liquidation von einer notwendigen differenten Erstattung deutlich abgrenzen, sind daher aus Sichtweise der Freien Zahnärzteschaft im Sinne aller Beteiligten der „Königsweg“ im Gesundheitswesen.

## **Stellungnahme zum Gebührenverzeichnis (Leistungsteil) des vorliegenden Referentenentwurfes:**

Die Leistungsbeschreibungen enthalten eine Vielzahl von unnötigen und patientenfeindlichen Einschränkungen der Frequenz der Berechenbarkeit wie auch wenig sachgerechte Ausschlüsse von Nebeneinanderberechnungen von Leistungen. Die Leistungsbeschreibungen müssen daher nach Ansicht der Freien Zahnärzteschaft nochmals nach den diesbezüglichen Anregungen der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) überarbeitet werden.

### **A. Allgemeine Leistungen**

#### **I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen**

**„Die Leistungen nach den Nummern 1 und oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten AII, AIII sowie B bis K innerhalb von vier Wochen nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Zahnarztes für die Behandlung derselben Erkrankung einmal berechnungsfähig. Weitere Leistungen nach der Nummer 1 sind innerhalb des genannten Zeitraumes ab der dritten Inanspruchnahme des Zahnarztes berechnungsfähig.“**

**GOZneu 1 = Beratung, auch telefonisch  
GOZneu 5 = Symptombezogene Untersuchung**

Die nunmehr vorgegebene Frequenz des erlaubten Ansatzes führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

#### **GOZneu 1 = Beratung, auch telefonisch**

*„Eine Leistung nach Nr. 001 ist im Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung nur berechnungsfähig, wenn sie anderen als kieferorthopädischen Zwecken dient.“*

Diese neue, bisher nicht vorhandene, Berechnungseinschränkung ist wenig sachgerecht, da sich die Gebührenpositionen der kieferorthopädischen Behandlung in ihrer Leistungsbeschreibung zumeist rein auf Behandlungen, d.h. therapeutische Maßnahmen, beziehen und nicht auf durchaus notwendige individuelle Beratungen. Es wäre doch wohl kaum im Sinne des Patienten und des kieferorthopädischen Behandlungserfolges, dass diese Beratungen künftig aus gebührenrechtlichen Aspekten unterbleiben.

#### **GOZneu 3 = Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch telefonisch**

*„Die Leistung nach Nummer 3 (Dauer mindestens 10 Minuten) ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach Nummer 5 oder 6“.*

Neben GOZneu 3 ist in einer Sitzung also nach BMG-Meinung nur noch GOZneu 6 (Eingehende Untersuchung..) bzw. GOZneu 5 (Symptombezogene Untersuchung) berechnungsfähig. Das ist noch restriktiver als bisher und gebührenrechtlicher Streit ist erneut vorprogrammiert.

Die Einschränkung ist ferner fachlich nicht rechtfertigen, da neben bzw. nach GOZneu 3 und GOZneu 6 (Eingehende Untersuchung..) bzw. GOZneu 5 (Symptombezogene Untersuchung) durchaus Leistungen aus anderen Gebieten der Zahnheilkunde ggf. zeitnah notwendig sind, z.B. Strahlendiagnostik, Vitalitätsprüfungen o.ä.. Hier muss dann laut BMG ein neuer Termin vereinbart werden, was wohl weder im Sinne der Patienten noch der Zahnärzte ist.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen in den Leistungsbeschreibungen der GOZneu führt auch hier dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

#### **GOZneu 4 = Beratung unter Einbeziehung von Bezugspersonen**

*„Die Leistung nach Nummer 4 ist höchstens einmal je Kalendervierteljahr berechnungsfähig.“*

Diese Einschränkung ist fachlich und ethisch nicht rechtfertigen, da gerade beim Personenkreis, bei dem GOZneu 4 überhaupt in Betracht kommt, der Leistungsinhalt, nämlich die Beratung unter Einbeziehung von Bezugspersonen häufiger als einmal in einem Kalendervierteljahr erforderlich ist. Es wäre doch wohl kaum im Sinne des Patienten und des Behandlungserfolges, dass diese Beratungen künftig aus gebührenrechtlichen Aspekten unterbleiben.

Die Frequenz des erlaubten Ansatzes führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

#### **GOZneu 5 = Symptombezogene Untersuchung**

*„Die Leistung nach Nummer 5 ist neben der Leistung nach der Nummer 6, 600, 100, 400, 620, 700 und 800 nicht berechnungsfähig“*

GOZneu 5 ist nicht berechnungsfähig neben:

GOZneu 6 = Eingehende Untersuchung ....

GOZneu 600 = Kieferorthopädische Untersuchung .....

GOZneu 100 = Mundhygienestatus

GOZneu 400 = Befundaufnahme bei Erkrankungen der Mundschleimhaut ....

GOZneu 620 = Beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten (Habits) und Dysfunktionen zur Prävention oder frühen Behandlung einer kieferorthopädischen Erkrankung.

GOZneu 700 = Klinische Funktionsanalyse mit Dokumentation des klinischen Funktionsstatus

GOZneu 800 = Klinische Untersuchung vor einer implantologischen Behandlung

Die Nichtberechnungsfähigkeit neben den Nummern GOZneu 6, 600, 100, 400, 620, 700 und 800 ist restriktiver als bisher. Sie ist ferner fachlich nicht rechtfertigen, da neben den genannten Leistungen durchaus symptombezogene Untersuchungen aus anderen Gebieten der Zahnheilkunde ggf. notwendig sind. Hier muss dann laut BMG ein neuer Termin vereinbart werden, was wohl weder im Sinne der Patienten noch der Zahnärzte ist.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

#### **GOZneu 6 = Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, gegebenenfalls einschließlich Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke, einschließlich Erhebung des klinischen Gingivalbefundes, einschließlich Dokumentation.**

Der Passus „Erhebung des klinischen Gingivalbefundes“ im Leistungstext sollte gestrichen werden, weil dieser Leistungsinhalt bereits die GOZneu 100 (Mundhygienestatus) beschreibt.

Somit müsste auch der 2. Passus der GOZneu 100 gestrichen werden, damit neben dem Mundhygienestatus auch eine Untersuchung nach GOZneu 6 möglich ist.

#### **Zuschlag GOZneu 10 = Zuschlag für Leistungen außerhalb der Sprechstunde und/oder bei Nacht (20 Uhr bis 8 Uhr**

#### **Zuschlag GOZneu 11= Zuschlag für an Samstagen, Sonn- und Feiertagen erbrachte Leistungen**

Die Zuschläge GOZneu 10 und 11 sind nicht aufwandsgerecht. In der AHR (Autonome Honorarrichtlinie Österreich) fällt beispielsweise je Leistung ein Sonn-, Feiertags- und Nachtzuschlag in Höhe von 100% an.

In der Gebührenordnung für Tierärzte (GOT) vom 08.07.2008 findet sich zum Vergleich unter § 3 (Gebührenhöhe in besonderen Fällen) Abs. 4 folgendes:

*„Einfache Gebührensätze nach Absatz 1 erhöhen sich um 100 vom Hundert, bei landwirtschaftlich genutzten Tieren um 50 vom Hundert, für Leistungen, die auf Verlangen des Tierbesitzers bei Nacht (zwischen 19.00 und 7.00 Uhr), an Wochenenden (samstags 13.00 Uhr bis montags 7.00 Uhr) und an Feiertagen erbracht werden.“*

**Zuschlag GOZneu 12 = Zuschlag zu Leistungen nach den Abschnitten C und D bei Behandlung von Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr.**

Der Zuschlag GOZneu 12 ist nicht aufwandsgerecht und endet fachlich völlig unzutreffend beim vollendeten 4. Lebensjahr. Die Altersgrenze ist fachlich sinnlos, weil der Hauptteil der Behandlungsnotwendigkeit erst nach dieser Altersgrenze erfolgt.

In der AHR (Autonome Honorarrichtlinie Österreich) fallen je Leistung folgende Erschwerniszuschläge an: bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr 100%, bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr 50%.

Der Zuschlag GOZneu 12 sollte sich auch auf Leistungen des Kapitels G (KFO) beziehen können, z.B. wegen Behandlung von LKG-Spalten und Syndromen.

**GOZneu 005c = Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskopes in Verbindung mit den Leistungen nach den Nummern 250, 252, 330, 331, 332, 429, 430, 810 und 815**

Dieser Zuschlag bezog sich bisher nur auf GOÄ-Leistungen. Jetzt bezieht er sich auf folgende GOZ-Leistungen:

GOZneu 250= Aufbereiten eines Wurzelkanals ...

GOZneu 252= Wurzelkanalfüllung ..

GOZneu 330= Wurzelspitzenresektion an einem Frontzahn

GOZneu 331= Wurzelspitzenresektion an einem Seitenzahn

GOZneu 332= Wurzelspitzenresektion am selben Seitenzahn, sofern durch denselben Zugang erreichbar, je weitere Wurzelspitze

GOZneu 429 = Transplantation von Schleimhaut

GOZneu 430 = Transplantation von Bindegewebe

GOZneu 810= Geschlossene Sinusbodenelevation vom Kieferkamm aus (interner Sinuslift)

GOZneu 815 = Sinusbodenelevation durch externe Knochenfensterung (externer Sinuslift), je Kieferhälfte

Diese Einschränkungen sind fachlich nicht gerechtfertigt, da sich in allen Bereichen der Zahnheilkunde die Anwendung eines Operationsmikroskopes qualitativ auswirkt.

**GOZneu 14 =Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei chirurgischen, endodontischen und parodontalen Behandlungen, je Sitzung**

*„Der Zuschlag nach Nummer 14 beträgt 100 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 68€. Der Zuschlag nach Nummer 14 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.“*

Der Einsatz eines Lasers ist auch in der konservierenden Zahnheilkunde zur Kariesentfernung und Konditionierung von Zahnflächen möglich. Die Einschränkung auf chirurgische, endodontische und parodontale Maßnahmen sollte entfallen.

**GOZneu 20 = Erhebung des Parodontalen Screening Index (PSI)**

*„Die Leistung nach Nummer 20 ist höchstens zweimal im Kalenderjahr berechnungsfähig.“*

Es handelt sich um eine erhebliche Leistungseinschränkung (zweimal je Kalenderjahr), die der Individualität der Patienten in keinsten Weise Rechnung trägt. Patienten, die mehr als zwei „Erhebung des Parodontalen Screening Index (PSI)“ pro Kalenderjahr aus zahnmedizinischen Gründen brauchen, wird ggf. sogar gesundheitlicher Schaden zugefügt.

Die Frequenz des erlaubten Ansatzes führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

**GOZneu 24 = Behandlung überempfindlicher Zähne, auch Glatflächenversiegelung, je Kiefer und Sitzung**

Der Passus „Je Kiefer und Sitzung“ sollte gestrichen werden.

Vorschlag: „Behandlung eines überempfindlichen Zahnes, auch Glattflächenversiegelung“ (Einzahl)  
Bei der Einschränkung der Berechenbarkeit wurden die KFO-Besonderheiten (z .B. nach Entbänderung) nicht beachtet.

### **GOZneu 30 = Erstellung eines schriftlichen Therapie- und Kostenplanes auf Anforderung**

Der Passus „auf Anforderung“ ist zu streichen.

### **GOZneu 31 = Abformung eines Kiefers für ein Situationsmodell, auch Teilabformung, einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung**

### **GOZneu 32 = Abformung beider Kiefer für Situationsmodelle und einfache Bißfixierung einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung**

*„Die Leistungen nach den Nummern 31 und 32 sind nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen oder prothetischen Behandlung berechnungsfähig.“*

Diese Einschränkung ist fachlich nicht nachvollziehbar, da sie vor den genannten Behandlungen zwingend notwendig ist. Diese Einschränkung schadet der Zahnheilkunde und ist wohl kaum im wohlverstandenen Interesse des Patienten.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

## **II. Anästhesieleistungen**

### **GOZneu 50 = Infiltrationsanästhesie, einmal je Zahn und Sitzung**

Die bisherige Berechnung erfolgte sinnvollerweise je durchgeführter Anästhesie. Die nunmehr geplante erhebliche Leistungseinschränkung (grundsätzlich nur einmal je Zahn und Sitzung, in Ausnahmen zweimal) ist fachlich und wissenschaftlich nicht nachvollziehbar. Sie geht eindeutig zu Lasten des Behandlungskomforts für den Patienten, eine effektive Schmerzausschaltung könnte in Einzelfällen nicht möglich sein.

### **GOZneu 52 = Leitungsanästhesie intraoral, je Kieferhälfte und Sitzung**

### **GOZneu 53 = Leitungsanästhesie extraoral, je Kieferhälfte und Sitzung**

Die bisherige Berechnung erfolgte sinnvollerweise je durchgeführter Anästhesie.

Die nunmehr geplante erhebliche Leistungseinschränkung (grundsätzlich nur einmal je Kieferhälfte und Sitzung, in Ausnahmen zweimal) ist fachlich und wissenschaftlich nicht nachvollziehbar. Sie geht eindeutig zu Lasten des Behandlungskomforts für den Patienten.

## **III. Röntgenleistungen**

### **GOZneu 60 = Röntgendiagnostik der Zähne, eine Aufnahme**

### **GOZneu 61 = Röntgendiagnostik der Zähne, je weitere Aufnahme**

Die Einstellung des Röntgenfilms bzw. der Speicherfolie bzw. des Speicherchips dauert für jede einzelne Aufnahme in etwa gleich lang. Gleiches gilt definitiv für die Expositionszeit. Durch gemeinsames Entwickeln bzw. Scannen mehrerer Aufnahmen entsteht nur eine gewisse Zeitersparnis, die u.U. durch den erhöhten Zeitaufwand beim Sortieren der entwickelten bzw. gescannten Aufnahmen wieder kompensiert wird. Die nunmehr vorgenommene Beschreibung ist somit weniger sachgerecht als die frühere Bewertung je Aufnahme !

*„Die mehr als siebenmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 061 ist zu begründen.“*

Eine gesonderte Begründung ist nicht erforderlich, da die fachliche Notwendigkeit eines mehr als 7 Einzelaufnahmen umfassenden Röntgenstatus z.B. in der Parodontologie unstrittig ist.

**GOZneu 62 = Bestimmung des Skeletalters, einschließlich der zugehörigen Röntgendiagnostik und gutachterlichen Beurteilung, gegebenenfalls einschließlich Berechnung der prospektiven Endgröße**

Der Passus „gutachterliche Beurteilung“ sollte gestrichen werden. Ein Gutachten kann hier nicht inkludiert sein. Es muss heißen „Analyse“.

**GOZneu 81 = Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich, auch digitale Volumentomographie**

Die gleiche Punktzahl (2000 Punkte) wie GOÄ 5370 wäre bei gleicher Leistung angemessen .

**B. Prophylaktische Leistungen**

**GOZneu 100 = Mundhygienestatus**

*„Die Leistung nach Nr. 100 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5 und 6 nicht berechnungsfähig.“*

GOZneu 1 = Beratung ... fernmündlich

GOZneu 3 = Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung ...

GOZneu 5 = Symptombezogene Untersuchung

GOZneu 6 = Eingehende Untersuchung .....

Die Nichtberechnungsfähigkeit neben GOZneu 1, 3, 5 und 6 ist fachlich nicht rechtfertigen, da neben dem Mundhygienestatus nach GOZneu 100 durchaus symptombezogene Untersuchungen und Beratungen zu anderen Gebieten der Zahnheilkunde notwendig sind. Hierfür muss dann laut BMG zukünftig ein neuer Termin vereinbart werden. Dies kann nicht im Interesse des Patienten sein.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

**GOZneu 101 = Mundgesundheitsaufklärung über Krankheitsursachen sowie deren Vermeidung, Motivation und Remotivation**

*„Die Leistung nach Nummer 101 ist neben der Leistung nach Nummern 1,3 und 4 nicht berechnungsfähig“*

GOZneu 1 = Beratung ... fernmündlich

GOZneu 3 = Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung ...

GOZneu 4 = Beratung unter Einbeziehung von Bezugspersonen

Die Nichtberechnungsfähigkeit neben GOZneu 1, 3 und 4 ist fachlich nicht rechtfertigen, da neben der Mundgesundheitsaufklärung nach GOZneu 101 durchaus Beratungen zu anderen Gebieten der Zahnheilkunde notwendig sind. Hierfür muss dann laut BMG zukünftig ein neuer Termin vereinbart werden. Dies kann nicht im Interesse des Patienten sein.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

**GOZneu 103 = Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung oder -behandlung, einschließlich Entfernen der weichen Zahnbeläge und Trockenlegung der Zähne, je Sitzung**

*„Neben einer Leistung nach Nummer 103 ist eine Leistung nach Nummer 24 nicht berechnungsfähig“*

GOZneu 24 = Behandlung überempfindlicher Zähne, auch Glattflächenversiegelung, je Kiefer und Sitzung.

Dieses Verbot der Nebeneinanderberechnung ist fachlich nicht nachvollziehbar, da sich um unterschiedliche Befunde, Diagnosen und Therapieansätze handelt. In der jetzigen GOZ ist GOZ 201 problemlos neben GOZ 102 erbringbar und abrechenbar. Zukünftig muss ein getrennter Behandlungstermin vereinbart werden.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

Bisher ist das Entfernen weicher Beläge nach GOZ 405 zusätzlich möglich. Nunmehr soll das Entfernen weicher Beläge hier inklusiv sein. Dies ist nicht nachvollziehbar, da hier nunmehr dem individuellen Behandlungsfall in keinsten Weise Rechnung getragen wird.

**GOZneu 104 = Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen mit aushärtenden Kunststoffen, einschließlich Entfernen der weichen Zahnbeläge und Trockenlegung der zu versiegelnden Zähne je Zahn**

Bisher ist das Entfernen weicher Beläge nach GOZ 405 zusätzlich möglich. Nunmehr soll das Entfernen weicher Beläge hier inklusiv sein. Dies ist nicht nachvollziehbar, da hier nunmehr dem individuellen Behandlungsfall in keinsten Weise Rechnung getragen wird.

**GOZneu 105 = Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes bis zum 72 Lebensmonat**

*„Neben der Leistung nach Nummer 105 sind Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 100 oder 101 in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig.“*

GOZneu 1 = Beratung auch fernmündlich

GOZneu 3 = Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung ....

GOZneu 4 = Beratung unter Einbeziehung von Bezugspersonen

GOZneu 5 = Symptombezogene Untersuchung

GOZneu 6 = Eingehende Untersuchung ....

GOZneu 100 = Mundhygienestatus

GOZneu 101 = Mundgesundheitsaufklärung über Krankheitsursachen sowie deren Vermeidung, Motivation und Remotivation

Die Nichtberechnungsfähigkeit neben GOZneu 1, GOZneu 3 und GOZneu 5 ist fachlich nicht zu rechtfertigen, da neben der Früherkennungsuntersuchung nach GOZneu 105 durchaus symptombezogene Untersuchungen und Beratungen zu anderen Gebieten der Zahnheilkunde notwendig sind. Hier muss dann laut BMG ein neuer Termin vereinbart werden. Dies kann nicht im Interesse des Patienten sein.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

Beratungen nach GOÄ1 und GOÄ3 sind aktuell neben GOZ 001 bzw. GOÄ 6 zusätzlich berechenbar.

**GOZneu 106 = Kariesrisikobestimmung**

**Die Kariesrisikobestimmung enthält folgende Leistungen:**

- **Feststellung des DMF/T oder DMF/S-Wertes**
- **Vergleich mit Durchschnittswerten**
- **Compliance**
- **Auswertung von mindestens zwei individuell erforderlichen Speicheltests**

*„Die Leistung nach Nummer 106 ist innerhalb eines Kalenderjahres höchstens einmal berechnungsfähig.“*

Eine einmalige Berechenbarkeit innerhalb eines Kalenderjahrs ist im individuellen Einzelfall häufig absolut unzureichend. Die Einschränkung unter Berücksichtigung des aktuellen Kenntnisstandes der Prophylaktischen Zahnheilkunde nicht sachgerecht.

Die Frequenz des erlaubten Ansatzes führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

*„Die Leistung nach Nummer 106 ist bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr nicht berechnungsfähig.“*

Die Bestimmung, dass der Ansatz der Nummer 106 „Kariesrisikobestimmung“ erst bei Kindern über 7 Jahren erfolgen kann, ist völlig unzureichend. Vor dem Hintergrund einer Kariesprävalenz im Milchgebiss der 6-/7-Jährigen von ca. 50% (DAJ-Studien) ist eine Kariesrisikobestimmung erst im Alter ab 7 Jahren völlig ungeeignet, rechtzeitig einem erhöhten Risiko präventiv gegensteuern zu können. Spätestens mit der Etablierung des Begriffs „Frühkindliche Karies“ wurde deutlich, dass Kariesrisikobestimmung bereits in der Durchbruchs- und der Funktionsphase des Milchgebisses eine wichtige Rolle spielt.

**GOZneu 107 = Kariesmonitoring**  
**Kontrolle des Kariesstadiums insbesondere bei Initialläsionen**

*„Die Leistung nach Nummer 107 ist innerhalb von zwölf Monaten nach Erbringung der Leistung nach Nummer 106 höchstens zweimal berechnungsfähig.“*

Eine zweimalige Berechenbarkeit innerhalb von 12 Monaten nach GOZneu 106 ist im individuellen Einzelfall häufig absolut unzureichend. Die Einschränkung unter Berücksichtigung des aktuellen Kenntnisstandes der Prophylaktischen Zahnheilkunde nicht sachgerecht.

Die Frequenz des erlaubten Ansatzes führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

*„Die Leistung nach Nr. 107 ist bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr nicht berechnungsfähig.“*

Die Bestimmung, dass der Ansatz der Nummer 10 „Kariesmonitoring“ erst bei Kindern ab 7 Jahren erfolgen kann, ist völlig unzureichend. Vor dem Hintergrund einer Kariesprävalenz im Milchgebiss der 6-/7-Jährigen von ca. 50% (DAJ-Studien) ist eine Kariesmonitoring im Alter ab 7 Jahren völlig ungeeignet, rechtzeitig einem erhöhten Risiko präventiv gegensteuern zu können. Spätestens mit der Etablierung des Begriffs „Frühkindliche Karies“ wurde deutlich, dass Kariesrisikobestimmung und Kariesmonitoring bereits in der Durchbruchs- und der Funktionsphase des Milchgebisses eine wichtige Rolle spielt.

**GOZneu 110 = Lokale Anwendung von Chlorhexidin oder anderen geeigneten Mitteln zur Kariesvorbeugung oder -behandlung ohne Schiene oder ohne konfektionierten Löffel, einschließlich Entfernung der weichen Zahnbeläge und Trockenlegung und/oder Entfernung des Medikamentes, je Sitzung**

*„... einschließlich Entfernung der weichen Zahnbeläge...“*

Bisher ist das Entfernen weicher Beläge nach GOZ 405 zusätzlich möglich. Nunmehr soll das Entfernen weicher Beläge hier inklusiv sein. Dies ist nicht nachvollziehbar, da hier nunmehr dem individuellen Behandlungsfall in keinster Weise Rechnung getragen wird.

*„Die Leistung nach der Nummer 110 ist innerhalb eines Kalenderjahres höchstens dreimal berechnungsfähig.“*

Eine dreimalige Berechenbarkeit innerhalb eines Kalenderjahrs ist im individuellen Einzelfall häufig absolut unzureichend. Die Einschränkung unter Berücksichtigung des aktuellen Kenntnisstandes der Prophylaktischen Zahnheilkunde nicht sachgerecht.

*„Neben einer Leistung nach Nummer 110 ist eine Leistung nach Nummer 24 nicht berechnungsfähig.“*

GOZneu 24 = Behandlung überempfindlicher Zähne, auch Glattflächenversiegelung, je Kiefer und Sitzung.

Dieses Verbot der Nebeneinanderberechnung ist fachlich nicht nachvollziehbar, da sich um unterschiedliche Befunde, Diagnosen und Therapieansätze handelt. In der jetzigen GOZ ist GOZ 201 problemlos neben der Analogberechnung der CHX- Anwendung erbring- und abrechenbar. Zukünftig muss ein getrennter Behandlungstermin vereinbart werden.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen und die Frequenz des erlaubten Ansatzes führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

## **C. Konservierende Leistungen**

### **GOZneu 200 = Exkavieren und provisorischer Verschluss einer Kavität (temporäre Füllung)**

Die Leistungsbeschreibung der GOZneu 200 stellt unterschiedliche Leistungen gleichrangig nebeneinander (provisorischer, temporärer Verschluss, z.B. mit Cavit, ist nicht gleich temporäre Füllung, z.B. mit Systemp). Der Klammersatz sollte gestrichen werden, da ansonsten Streit vorprogrammiert ist.

### **GOZneu 201 = Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen (z. B. Separieren, Verdrängen störenden Zahnfleisches, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich**

*„Die Leistung nach Nummer 201 ist je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich nur einmal je Sitzung berechnungsfähig.“*

Die angesprochenen Maßnahmen werden beispielhaft (Separieren, Verdrängen störenden Zahnfleisches, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung) und nicht abschließend aufgelistet. Jede einzelne Maßnahme erfordert einen annähernd gleichen Zeitaufwand und löst im Einzelfall als alleinige besondere Maßnahme bereits GOZneu 201 aus. Insofern ist es gar nicht möglich, mehrere besondere Maßnahmen in einer Kieferhälfte bzw. einem Frontzahnbereich durch den Steigerungsfaktor abzugelten, da dies der Gebührenrahmen nicht zulässt. Eine Berechnung je Maßnahme und Kieferhälfte bzw. Frontzahnbereich, wie jetzt bei GOZalt 203 mehrfach seitens der Gerichte bestätigt, wäre daher sachgerecht und würde dem breiten Spektrum der ggf. notwendigen Maßnahmen entsprechen.

Die aktuelle Formulierung ist unklar, die Mehrfachberechnung unterschiedlicher Maßnahmen je Frontzahnbereich und/oder Kieferhälfte muss erhalten bleiben.

### **GOZneu 202 = Anlegen von Spanngummi, je Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich**

Die Formulierung „je Sitzung“ widerspricht der Formulierung „je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich“ und sollte gestrichen werden.

### **GOZneu 215, 216, 217, 218 = Verwendung von Komposit als Füllungsmaterial in Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik und/oder Schmelz-Adhäsiv-Technik im Seitenzahnbereich (Konditionierung der Zahnhartsubstanzen), ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, Farbanpassung, Mehrfarbentechnik, Lichtaushärtung, Verwendung von Inserts oder konfektionierten Inlays, zusätzlich zu der Leistung nach Nummer GOZneu 205, 207, 209 und 211**

Hier wird jetzt die Dentinadhäsive Rekonstruktion (DAR) als Zusatzleistung zur Füllung beschrieben. Dies ist grundlegend falsch, zumal die Gerichte anerkannt haben, dass es sich bei der DAR um eine selbständige neue Leistung handelt, die mit GOZalt 205, 207, 209 und 211 nicht erfasst ist. Diese gibt es sowohl im Front- als auch Seitenzahnbereich und ist in beiden Bereichen gleichermaßen zeitaufwendig. Ferner haben die Gerichte festgestellt, dass die die Positionen GOZalt 215 – 217 analog für die DAR angemessen sind.

Die nunmehrige Punktzahlbewertung ist nicht angemessen:

Die Punktzahl GOZalt 215 (550) wird durch Addition GOZneu 205 (245) + GOZneu 215 (210) nicht annähernd erreicht.

Die Punktzahl GOZalt 216 (820) wird durch Addition GOZneu 207 (298) + GOZneu 216 (304) nicht annähernd erreicht.

Die Punktzahl GOZalt 217 (1200) wird durch Addition GOZneu 209 (375) + GOZneu 217 (425) nicht annähernd erreicht.

Die Punktzahl GOZalt 217 (1200) wird durch Addition GOZneu 211 (444) + GOZneu 218 (462) nicht annähernd erreicht.

Die Dentinadhäsiven Rekonstruktionen sind daher im vorliegenden Entwurf in keinster Weise angemessen bewertet.

Die Leistungen „Einbringen von Inserts oder konfektionierter Inlays“ sind mit den Nummern. GOZneu 215 – 218 in Relation zu Einlagefüllungen völlig unterbewertet.

Die angedachte Bewertung der DAR entspricht weder der gerichtlich entschiedenen heutigen Bewertung der Analogberechnungen nach §6 Abs.2 GOZ noch dem BEMA. Ferner haben die Gerichte bestätigt, dass es sich bei der DAR um eine eigenständige rekonstruktive Leistung handelt.

**„Bei Erbringung von Füllungsleistungen im Rahmen einer Behandlung nach § 28 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (Mehrkostenregelung) im Seitenzahnbereich sind lediglich die Leistungen nach den Nummern 215 bis 218 berechnungsfähig.“**

Hier werden privates Gebührenrecht mit SGB V-Regelungen wenig sachgerecht vermengt. Es handelt sich um einen Eingriff in ein Gesetz (mit Zuständigkeit des Bundestages).

**„Die Umformung eines Zahnes im direkten Verfahren ist nach der entsprechenden Leistung nach den Nummern 205 bis 218 mit 75 v.H. der Gebühr berechnungsfähig.“**

Umformungen von Zähnen sind ähnlich zeitaufwendig wie Dentinadhäsive Rekonstruktionen. Die hier vorgenommene Bewertung ist daher nicht richtig.

**„Die Leistungen nach den Nummern 205 bis 211 umfassen im Frontzahnbereich auch die in den Leistungen nach den Nummern 215 bis 218 beschriebenen Zusatzleistungen (Verwendung von Komposit als Füllmaterial in Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik und/oder Schmelz-Adhäsiv-Technik). Dies gilt nicht für die Verwendung der Mehrfarbentechnik zur ästhetischen Optimierung. In diesen Fällen kann im Frontzahnbereich ein Drittel der jeweiligen Leistung nach den Nummern 215 bis 218 neben den Leistungen nach den Nummern 205 bis 211 berechnet werden. In der Rechnung ist die Verwendung der Mehrfarbentechnik zur ästhetischen Optimierung zu vermerken.“**

Dentinadhäsive Rekonstruktionen (DAR) sind selbständige neue Leistungen. Diese gibt es sowohl im Front- als auch Seitenzahnbereich und ist in beiden Bereichen gleichermaßen zeitaufwendig. Mehrfarbentechnik bedeutet stets auch Mehrschichttechnik. Ferner haben die Gerichte festgestellt, dass die die Positionen GOZalt 215 – 217 analog für die DAR angemessen sind. Die nunmehr vorgenommene Bewertung ist im Seitenzahnbereich und vor allem im Frontzahnbereich daher nicht richtig.

**GOZneu 220 = Stiftverankerung einer Füllung, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 209, 211, 217 und 218, je Zahn**

Die Berechnungseinschränkung je Zahn ist keinesfalls sachgerecht, zumal je parapulpärer Stiftinsertion derselbe zeitliche Aufwand entsteht. Eine Berechnungsweise je Stift wäre sachgerecht.

Jetzt ist GOZ 213 neben GOZ 205, 207, 209, 211, 218 und DAR analog möglich  
Nunmehr soll GOZneu 220 nur bei GOZneu 209, 211, 217 und 218 möglich sein, d.h. nicht bei ein- oder zweiflächigen Restaurationen. Diese Einschränkung ist fachlich nicht vertretbar.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

**GOZneu 230 = Einlagefüllung, einflächig**

**GOZneu 231 = Einlagefüllung, zweiflächig**

**GOZneu 232 = Einlagefüllung, mehr als zweiflächig**

**„Mit den Leistungen nach den Nummern 230 bis 232 sind folgende Leistungen abgegolten: Präparieren einer Kavität, Aufbaufüllungen (auch adhäsiv), gegebenenfalls Farbbestimmung, Relationsbestimmung, Abformungen, gegebenenfalls provisorische Versorgungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, Reinigen des Stumpfes, festes Einfügen (gegebenenfalls auch mittels Adhäsivtechnik), Adjustierung der statischen und dynamischen Okklusion, Nachkontrolle und Korrekturen“**

Aufbaufüllungen (auch adhäsiv) sind nunmehr Bestandteil der Leistung Einlagefüllung (Inlay), obwohl diese nicht bei allen Inlaypräparationen notwendig sind und ggf. einen immensen Zeitaufwand erfordern. Diese Bestimmung ist daher nicht aufwands- und sachgerecht.

**„Bei adhäsiver Befestigung von glaskeramischen Einlagefüllungen nach den Leistungen nach den Nummern 230 bis 232 kann eine um 8 v.H. höhere Gebühr berechnet werden.“**

Es entsteht ein völlig anderer Aufwand für adhäsiv befestigte Keramik- bzw. Kompositinlays (neue Leistung nach 1988) im Vergleich zu Goldinlays, der sich in einem zeitlichen Mehraufwand von 30 – 50% niederschlägt. Dies wird im vorliegenden Entwurf nicht berücksichtigt, so dass der „neue Gebührenrahmen“ für adhäsive indirekte Restaurationen bereits zum Start einer GOZ-Novellierung erheblich eingeschränkt ist. Adhäsiv befestigte Keramik- bzw. Kompositinlays benötigen eigene, deutlich höhere Punktzahlen als Goldinlays.

Die Komplexgebühr für Inlays wird der Realität unterschiedlich aufwändiger Versorgungsformungen nicht gerecht.

**GOZneu 240 = Indirekte Überkappung zur Erhaltung der gefährdeten Pulpa, ggf. einschließlich eines provisorischen Verschlusses der Kavität**  
**GOZneu 241 = Direkte Überkappung, je Zahn**

Die Punktzahl-Bewertung beider Leistungen wurde grundlos extrem abgesenkt. Es handelt sich um wichtige zahnerhaltende Maßnahmen.

Der Ansatz GOZneu 240 sowie GOZneu 241 sollte je Kavität möglich sein und nicht je Zahn, da der Zeitaufwand einer Überkappung je Kavität in gleicher Weise entsteht.

**GOZneu 246 = Trepanation eines Zahnes**

*„Neben der Leistung nach Nummer 245 sind die Leistungen nach den Nummern 250, 251, 252 und 260 nicht berechnungsfähig.“*

GOZneu 250 = Aufbereiten eines Wurzelkanals auch retrograd, je Kanal, ggf. in mehreren Sitzungen

GOZneu 251 = Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Leistungen nach den Nummern 243, 244 und 250, ggf. einschließlich eines provisorischen Verschlusses, je Zahn und Sitzung

GOZneu 252 = Wurzelkanalfüllung, auch retrograd, ggf. einschließlich eines provisorischen Verschlusses, je Kanal

GOZneu 260 = Internes Bleichen eines Zahnes, je Sitzung

Bisher ist GOZalt 239 (Trep) plus GOZ 241alt (WK) und GOZ 243alt (Med) bzw. plus GOZalt 244 (WF)möglich, was fachlich Sinn macht.

Die Trepanation ist somit zukünftig nur zur Entlastung berechnungsfähig.

Für Wurzelkanalaufbereitung, medikamentöse Einlage bzw. Wurzelkanalfüllung muss daher laut BMG künftig ein neuer Termin vereinbart werden. Diese erhebliche Leistungseinschränkung (Trep in Sitzung 1, WK und Med bzw. WF in Sitzung 2) ist wissenschaftlich nicht nachvollziehbar. Sie geht eindeutig nicht nur zu Lasten des Behandlungskomforts für den Patienten, sondern gefährdet den Erfolg einer endodontischen Behandlung.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

Die Einschränkung der GOZneu 246 auf die Entlastung eines Zahnes ist fachlich wissenschaftlich nicht sachgerecht.

**GOZneu 250 = Aufbereiten eines Wurzelkanals auch retrograd, je Kanal, ggf. in mehreren Sitzungen**

*„Die Leistung nach Nummer 250 ist für denselben Wurzelkanal nur dann erneut berechnungsfähig, wenn der Wurzelkanal nach der ersten Aufbereitung definitiv versorgt worden ist.“*

Aktuell ist eine erneut notwendige Wurzelkanalaufbereitung (im Falle des Verlustes des bakteriendichten Verschlusses mit erfolgter Reinfektion des Wurzelkanalsystems) bei laufender endodontischer Behandlung auch erneut nach GOZ 241 berechenbar.

Nun soll eine erneute Wurzelkanalaufbereitung erst nach komplettem Abschluss einer endodontischen Behandlung möglich sein. Dies widerspricht dem Stand der Wissenschaft.

Die mehrfache Berechnung der Wurzelkanalaufbereitung muss bei entsprechender medizinischer Indikation möglich sein.

Die Abwertung dieser Gebührenposition ist sachlich nicht gerechtfertigt, da keine Rationalisierungseffekte und Materialeinsparungen gegenüber der jetzigen GOZ existieren.

Die Materialkosten für Einpatientenfeilen müssen berechenbar sein.

### **GOZneu 255 = Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals**

*„Die Leistung nach Nummer 255 ist im Rahmen einer Aufbereitung eines Wurzelkanals höchstens zweimal je Wurzelkanal und Sitzung berechnungsfähig.“*

Die Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals ist ggf. je Wurzelkanal mehrfach notwendig und sollte entsprechend wie jetzt je erbrachter Messung berechenbar sein, da je Messung der identische Zeitaufwand entsteht.

Die Frequenz des erlaubten Ansatzes führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

## **D. Chirurgische Leistungen**

**„Die primäre Wundversorgung (z. B. Reinigen der Wunde, Glätten des Knochens, Umschneidung, Tamponieren, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, gegebenenfalls einschließlich Periostschlitzung, gegebenenfalls Fixieren eines plastischen Wundverbandes) ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt D und nicht gesondert berechnungsfähig.“**

„Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung“ und „Periostschlitzung“ sind laut DGMKG zwei völlig verschiedene Leistungen, die im Widerspruch zueinander stehen, so dass die aktuelle Formulierung der allgemeinen Bestimmung fachlich falsch ist

Die Primäre Wundversorgung muss nicht detailliert beschrieben werden. Periostschlitzung gehört nicht dazu. Die Periostschlitzung sollte eine eigene Leistungsposition darstellen.

**„Knochenersatzmaterial sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen sind gesondert berechnungsfähig.“**

Der Zeitaufwand für die Blutstillung wird in keinster Weise berücksichtigt. Die erlaubte Berechnung von Materialien kompensiert in keinster Weise den ggf. notwendigen Zeitaufwand

Die Berechnung der Materialien sollte sich an den Bestimmungen der GOÄ orientieren bzw. an der Festlegung des BGH aus 2004 (75% des 2,3-fachen Steigerungssatzes) orientieren.

### **GOZneu 308, 326, 341, 343, 345, 347, 350, 354, 355, 356, 357, 367**

Bei den genannten Positionen fehlt bei der Bewertung (Punktzahl) der jeweilige GOÄ-Zuschlag der zur Grunde gelegten GOÄ-Leistung. Dies ist zu korrigieren.

### **GOZneu 310 = Stillung einer übermäßigen Blutung**

*„Die Leistung nach Nummer 310 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Stillung einer übermäßigen Blutung im zeitlichen Zusammenhang mit einem chirurgischen Eingriff erfolgt, es sein denn, dass hierfür ein erheblicher zusätzlicher Zeitaufwand erforderlich war.“*

Die Einschränkung ist wenig zielgerichtet, da im Bereich der Zahn-, Mund und Kieferheilkunde die genannte Leistung eigentlich in den allermeisten Fällen in Zusammenhang mit einem chirurgischen Eingriff notwendig wird und auch in den allermeisten Fällen für die Leistung ein erheblicher Zeitaufwand erforderlich ist.

### **GOZneu 320 = Exzision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe**

*„Eine Leistung nach Nummer 320 ist in derselben Sitzung für dasselbe Gebiet neben einer anderen chirurgischen Leistung oder neben Leistungen nach den Nummern 201, 420 bis 423 nicht berechnungsfähig.“*

GOZneu 201 = Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen ....

GOZneu 420 = Systematische Behandlung von Parodontopathien, geschlossenes Vorgehen, je behandeltem einwurzeligen Zahn.

GOZneu 421 = Systematische Behandlung von Parodontopathien, geschlossenes Vorgehen, je behandeltem mehrwurzeligen Zahn

GOZneu 422 = Systematische Behandlung von Parodontopathien;  
Offenes Vorgehen, je behandeltem einwurzeligen Zahn

GOZneu 423 = Systematische Behandlung von Parodontopathien;  
Offenes Vorgehen, je behandeltem mehrwurzeligen Zahn

### **GOZneu 321 = Exzision einer Schleimhautwucherung (z. B. lappiges Fibrom, Epulis)**

*„Eine Leistung nach Nummer 321 ist in derselben Sitzung für dasselbe Operationsgebiet neben einer anderen chirurgischen Leistung nicht berechnungsfähig*

*Eine Leistung nach Nummer 321 ist auch mehrmals je Kiefer abrechnungsfähig, wenn es sich um getrennte Operationsgebiete handelt.“*

Der Ausschluss der Berechenbarkeit GOZneu 320 und GOZneu 321 neben anderen selbstständigen bzw. chirurgischen Leistungen ist fachlich nicht gerechtfertigt.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

### **GOZneu 352 = Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte, als selbständige Leistung, je Sitzung**

*„Eine Leistung nach Nummer 352 ist nicht berechnungsfähig, wenn eine in derselben Sitzung in derselben Kieferhälfte oder im selben Frontzahnbereich Zähne entfernt wurden und/oder eine Osteotomie erfolgt ist.“*

Unklare Abrechnungsbestimmung. Selbstständige notwendige Maßnahmen müssen berechenbar sein.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

## **E. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums**

### **GOZneu 400 = Befundaufnahme bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, einschließlich Dokumentation**

### **GOZneu 401 = Befundaufnahme bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, einschließlich Dokumentation, Mindestdauer 30 Minuten**

*„Die Leistungen nach den Nummern 400 oder 401 sind innerhalb eines Kalenderjahres höchstens zweimal berechnungsfähig.“*

Es handelt sich um eine erhebliche Leistungseinschränkung (einmal innerhalb eines Jahres), die der Individualität der Patienten in keinsten Weise Rechnung trägt. Patienten, die mehr als eine „Befundaufnahme bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, einschließlich Dokumentation“ pro Kalenderjahr aus zahnmedizinischen Gründen brauchen, wird ggf. sogar gesundheitlicher Schaden zugefügt.

Die Berechnungs- und damit Erbringungseinschränkung entspricht ferne nicht dem Stand der Wissenschaft.

Insgesamt zeigt sich, dass die Bedeutung der Diagnostik für eine der Individualität des Patienten Rechnung tragenden Behandlung verkannt wird; auch und gerade, weil diese Leistungen durchgängig unterbewertet sind.

Die Frequenz des erlaubten Ansatzes führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

### **GOZneu 403 = Erstellen eines Therapie- und Kostenplanes bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums**

*„Die Leistung nach Nummer 403 ist neben der Leistung nach Nummer 30 nicht berechnungsfähig.“*

GOZneu 30= Erstellung eines schriftlichen Therapie- und Kostenplanes auf Anforderung

Diese Einschränkung ist fachlich nicht nachvollziehbar, da neben eines Therapie- und Kostenplans bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums durchaus weitere schriftliche Therapie- und Kostenpläne aus anderen Bereichen der Zahnheilkunde im Sinne der GOZneu 30 zeitgleich notwendig sein können.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

### **GOZneu 411 = Kontrolle nach Belagsentfernung mit Nachreinigung einschließlich Polieren und gegebenenfalls geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn, Implantat oder Brückenglied**

*„Die Leistung nach Nummer 411 ist neben den Leistungen nach den Nummern 120, 410 und 440 nicht berechnungsfähig“*

GOZneu 440 = Unterstützende Parodontalbehandlung nach abgeschlossener systematischer Behandlung (offenes oder geschlossenes Vorgehen) von Parodontopathien, je Sitzung

GOZneu 410 = Entfernen harter und gegebenenfalls weicher Zahnbeläge, einschließlich Polieren und gegebenenfalls geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn, Implantat oder Brückenglied

GOZneu 120 = Entfernen aller supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, Entfernen des Biofilms, Oberflächenpolitur und geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen (professionelle Zahnreinigung), je Zahn, Implantat

Die Einschränkung kann sich nur jeweils auf dieselben Zähne beziehen, da sie ansonsten fachlich unsinnig wäre.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

### **GOZneu 412 = Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches, je Sitzung**

Bisher wurde GOZalt 403 je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechnet.

*„Neben einer Leistung nach der Nummer 412 ist eine Leistung nach der Nummer 445, 561 oder 723 nicht berechnungsfähig.“*

GOZneu 445= Einschleifen des natürlichen Gebisses oder des bereits vorhandenen Zahnersatzes zum Kauebenen- ausgleich und zur Entlastung, je Sitzung

GOZneu 561= Beseitigung grober Artikulations- und Okklusionsstörungen vor Eingliederung von Prothesen und Brücken

GOZneu 723= Systematische subtraktive Maßnahmen am natürlichen Gebiß, am festsitzenden und/oder heraus- nehmbaren Zahnersatz, je Zahnpaar

Ferner konnten die Nummern GOZalt 403, 404 und 810 bei entsprechender Leistungserbringung nebeneinander berechnet werden.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch not- wendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

**GOZneu 420 = Systematische Behandlung von Parodontopathien (Supra- und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen, je behandeltem einwurzeligen Zahn.**

**GOZneu 421 = Systematische Behandlung von Parodontopathien (Supra- und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen, je behandeltem mehrwurzeligen Zahn**

*„Neben den Leistungen nach den Nummern 420 und 421 sind **während eines Zeitraums von vier Wochen nach Beginn** der systematischen Behandlung erbrachte Leistungen nach den Nummern 120, 312, 403, 410, 435 und 440 nicht berechnungsfähig. Dieser Zeitraum beginnt mit der Durchführung der Gingivakürettage. Das Datum des Be- ginnns dieses Zeitraums ist in der Rechnung anzugeben.“*

*„**In einem Zeitraum von zwei Wochen vor Beginn** einer systematischen Behandlung mit dem geschlossenen Vorge- hen (Durchführung der Gingivakürettage) ist eine Leistung nach den Nummern 120, 410 oder 440 nicht neben den Leistungen nach den Nummern 420 oder 421 berechnungsfähig.“*

GOZneu 120= Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, Entfernen des Biofilms, Oberflächenpolitur und geeigneter Fluoridierungsmaß- nahmen (professionelle Zahnreinigung), je Zahn, Implantat

GOZneu 312 = Nachbehandlung nach einem chirurgischen Eingriff (z. B. Entfernen von Fäden und Verbänden, Wundsäuberung, Tamponieren, Wiedereingliederung einer Verbandsplatte), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung, je Sitzung

GOZneu 403= Erstellen eines Therapie- und Kostenplanes bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Paro- dontiums

GOZneu 410= Entfernen harter und gegebenenfalls weicher Zahnbeläge, einschließlich Polieren und gegebenenfalls geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn, Implantat oder Brückenglied

GOZneu 435= Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen, Aufbringung von auf der Schleimhaut haftenden Medikamenten und/oder lokale medikamentöse Behandlung von Prothesendruckstellen

GOZneu 440= Unterstützende Parodontalbehandlung nach abgeschlossener systematischer Behandlung (offenes oder geschlossenes Vorgehen) von Parodontopathien, je Sitzung

Die obigen Einschränkungen im Zusammenhang mit diesen beiden Gebührenpositionen widersprechen im Einzelfall der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnis.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch not- wendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

**GOZneu 422 = Systematische Behandlung von Parodontopathien  
Offenes Vorgehen je behandeltem einwurzeligen Zahn**  
**GOZneu 423 = Systematische Behandlung von Parodontopathien  
Offenes Vorgehen, je behandeltem mehrwurzeligen Zahn**

*„Neben den Leistungen nach den Nummern 422 und 423 sind während eines Zeitraums von vier Wochen nach Beginn der systematischen Behandlung erbrachte Leistungen nach den Nummern 120, 312, 403, 410, 435, und 440 nicht berechnungsfähig. Dieser Zeitraum beginnt mit der Durchführung der Lappenoperation. Das Datum des Beginns dieses Zeitraums ist in der Rechnung anzugeben.“*

*„In einem Zeitraum von zwei Wochen vor Beginn einer systematischen Behandlung mit dem offenen Vorgehen (Durchführung der Lappenoperation beziehungsweise der offenen Kürretage) ist eine Leistung nach den Nummern 440, 410 und 120 nicht neben den Leistungen nach den Nummern 422 oder 423 berechnungsfähig.“*

Die obigen Einschränkung im Zusammenhang mit diesen beiden Gebührenpositionen (analog zu GOZneu 420 und 421) widersprechen im Einzelfall der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnis.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

**GOZneu 425 = Gingivektomie oder resektive gingivoplastische Maßnahmen, je Zahn**

*„Die Leistung nach Nummer 425 ist für denselben Zahn während eines Zeitraumes von vier Wochen nach Beginn der Leistungen nach den Nummern 422 bis 423 neben den Leistungen nach den Nummern 422 und 423 nicht berechnungsfähig.“*

Die genannte Einschränkung beim offenen Vorgehen bei der Behandlung von Parodontopathien widerspricht im Einzelfall dem aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand der Parodontologie !!

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

**GOZneu 432 = Auffüllen von parodontalen und/oder alveolären Knochendefekten im Rahmen einer Parodontalbehandlung mit Aufbaumaterial (Knochen- und /oder Knochenersatzmaterial) auch Einbringen von Proteinen zur regenerativen Behandlung parodontaler Defekte, gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme im Aufbaubereich und ggf. einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Zahn oder Parodontium oder Implantat**

Die Punktzahlbewertung gemäß GOZalt 411 wird der Komplexität der in der Leistung GOZneu 432 möglicherweise beschriebenen Maßnahmen wie auch der hierfür grundsätzlich notwendigen Zeit wie auch der hier grundsätzlich sehr hoch anzusetzenden psychischen Beanspruchung des Behandlers nicht einmal annähernd gerecht. Alleine die Diffizilität und notwendige Genauigkeit bei den genannten möglichen Maßnahmen erfordert eine differenzierte und meist bei weitem höhere Bewertung.

Mögliche Maßnahmen, die von GOZneu 432 umfasst sein sollen und ihre jetzige Berechnung / Bewertung:

- Auffüllen parodontaler Knochendefekte mit autologem oder alloplastischem Material, je Zahn (GOZ 411 180 Punkte)
- Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbständige Leistung (GOÄ 2442 900 Punkte + GOÄ-Zuschlag 444 1300 Punkte)
- Knochenspanentnahme (GOÄ 2253 647 Punkte)
- Implantation von Knochen (GOÄ 2254 739 Punkte)
- Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen (Knochenspäne) (GOÄ 2255 1480 Punkte)
- Einbringen von Emdogain Analogberechnung nach §6 Abs. 2 GOZ (GOZ 411 1800 Punkte ODER GOÄ 2442 900 Punkte + GOÄ-Zuschlag 444 1300 Punkte)

*„Die Leistung nach der Nummer 432 ist für denselben Zahn neben der Leistung nach der Nummer 830 nicht berechnungsfähig.“*

GOZneu 830 = Guided Tissue Regeneration (GTR) / Guided Bone Regeneration (GBR) mit zusätzlicher Fixierung (z. B. durch Membrannägel) zur Abdeckung von Knochendefekten größeren Umfanges, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Der Ausschluss der Nebeneinanderberechnung GOZneu 432 und GOZneu 830 ist fachlich nicht nachvollziehbar.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

#### **GOZneu 436 = Subgingivale medikamentöse Lokalapplikation und/oder Taschenspülung, je Zahn**

*„Die Leistung nach Nummer 436 ist während eines Zeitraumes von zwei Wochen nach Beginn der Leistungen (Durchführung der Ginivakürrettage, der Lappenoperation beziehungsweise der offenen Kürrettage) nach den Nummern 420 bis 423 neben den Leistungen nach den Nummern 420 bis 423 für denselben Zahn nicht berechnungsfähig.“*

Die genannten Einschränkungen beim geschlossenen bzw. offenen Vorgehen bei der Behandlung von Parodontopathien negieren den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand der Parodontologie.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

#### **GOZneu 445 = Einschleifen des natürlichen Gebisses oder des bereits vorhandenen Zahnersatzes zum Kau- ebenenausgleich und zur Entlastung, je Sitzung**

*„Eine Leistung nach Nummer 445 ist neben den Leistungen nach den Nummern 412, 561 oder 723 nicht berechnungsfähig.“*

GOZneu 412 = Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches, je Sitzung

GOZneu 561= Beseitigung grober Artikulations- und Okklusionsstörungen vor Eingliederung von Prothesen und Brücken

GOZneu 723 = Systematische subtraktive Maßnahmen am natürlichen Gebiß, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Zahnpaar

Bisher konnten die Nummern GOZalt 403, 404 und 810 bei entsprechender Leistungserbringung nebeneinander berechnet werden.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

## **F. Prothetische Leistungen**

Es ist festzuhalten, dass die vorhandenen Mängel in der Bewertung der Prävention zwingend zu höheren Kosten im Gesundheitswesen führen werden, da diese nicht nur eine Ausweitung der restaurativen Maßnahmen mit sich bringen, sondern letztlich auch eine höhere Anfälligkeit und kürzere Verweildauer der Restauration bedingen.

### **GOZneu 500 = Erstellung eines schriftlichen Therapie- und Kostenplans zur prothetischen Versorgung nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen**

*„Die Leistung nach der Nummer 500 ist nicht neben einer Leistung nach der Nummer 30 berechnungsfähig.“*

GOZneu 30= Erstellung eines schriftlichen Therapie- und Kostenplanes auf Anforderung

Diese Einschränkung ist fachlich nicht nachvollziehbar, da neben eines Therapie- und Kostenplans zur prothetischen Versorgung durchaus weitere schriftliche Therapie- und Kostenpläne aus anderen Bereichen der Zahnheilkunde im Sinne der GOZneu 30 zeitgleich notwendig sein können.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

### **GOZneu 501 = Abformung, Bissnahme für das Erstellen von Modellen des Ober- und Unterkiefers zur diagnostischen Auswertung und Planung sowie schriftliche Niederlegung**

*„Die Leistung nach der Nummer 501 ist nur im Rahmen einer prothetischen Behandlung berechnungsfähig.“*

Der Ausschluss der Berechnung im Rahmen anderer Behandlungsmaßnahmen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

### **GOZneu 505 = Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial (Aufbaurestauration) im direkten Verfahren auch zur Aufnahme einer Krone, auch als Brücken- oder Prothesenanker**

### **GOZneu 506 = Verwendung von Aufbaumaterial in Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik und/oder Schmelz-Adhäsiv-Technik (Konditionierung der, Zahnhartsubstanzen), gegebenenfalls einschließlich Mehrschicht-technik, Farbanpassung, Mehrfarbentechnik, Lichtaushärtung, zusätzlich zu der Leistung nach Nummer 506**

Hier wird die Dentinadhäsive Aufbaurekonstruktion als Zusatzleistung zur Aufbaurestauration beschrieben. Dies ist grundlegend falsch, zumal es sich bei der Dentinadhäsive Aufbaurekonstruktion um eine selbständige neue Leistung analog der DAR handelt, die weder mit GOZalt 205, 207, 209 und 211 noch GOZ alt 218 nicht erfasst ist. Ferner haben die Gerichte festgestellt, dass die die Positionen GOZalt 214 – 217 analog für die DAR angemessen sind. Die Punktzahlen GOZalt 214 (950), GOZalt 215 (550), GOZalt 216 (820) und GOZalt 217 (1200) werden auch durch Addition GOZneu 505 (150 Punkte) + GOZneu 506 (78 Punkte) in keinsten Weise erreicht.

*„Die Leistungen nach den Nummern 505 und 506 sind nur einmal je Zahn berechnungsfähig.“*

Die Berechnung sollte je Kavität erfolgen. Nur dies ergibt fachlichen Sinn, da je Kavität in etwa derselbe zeitliche Aufwand entsteht. Ansonsten müsste man die Punktzahl verdoppeln.

Die „einfache“ einflächige Füllungsposition hat nach GOZneu 205 schon 245 Punkte.

Die Leistungsbeschreibung ist teilweise fachlich nur bedingt nachvollziehbar (Farbanpassung, Mehrfarbentechnik).

### **GOZneu 507 = Intrakanaläre Verankerung eines Stiftes im direkten Verfahren ( z.B. Metall-, Keramik-, faserverstärkter Stift), je Zahn**

### **GOZneu 508 = Intrakanaläre Verankerung eines Stiftes mit Aufbau im indirekten Verfahren ( z.B. Metall, Keramik) als Vorbereitung eines Zahnes zur Aufnahme einer indirekten Rekonstruktion (z.B. Krone, Brücken- oder Prothesenanker, Einlagefüllung), je Zahn**

**GOZneu 509 = Verwendung der Dentin-Adhäsiv-Technik ggf. mit Einbeziehung von Schmelzanteilen, gegebenenfalls einschließlich Mehrschichttechnik, Farbanpassung, Mehrfarbentechnik, Lichtaushärtung, bei den Leistungen nach den Nummern 507 oder 508, je Zahn**

GOZ 219alt beschrieb nur konventionell befestigte Stiftaufbauten. Bei Dentinadhäsiver Stiftaufbaurekonstruktion erfolgt aktuell eine Analogberechnung nach §6 Abs.2 GOZ. Hier wird die Dentinadhäsive Stiftaufbaurekonstruktion als Stiftaufbau plus Zusatzleistung zum Stiftaufbau beschrieben.

Die Punktzahl der häufig verwendeten Analogposition GOZalt 222 (1550) wird auch durch Addition GOZneu 507 (382 Punkte) bzw. GOZneu 508 (611 Punkte) + GOZneu 509 (46 Punkte) in keinsten Weise erreicht.

Die Berechnung macht nur je Stiftaufbau fachlichen Sinn, da je Stiftaufbau in etwa derselbe zeitliche Aufwand entsteht. Die Berechenbarkeit je Zahn ist daher fachlich abzulehnen.

Die Leistungsbeschreibung ist teilweise fachlich nur bedingt nachvollziehbar (Farbanpassung, Mehrfarbentechnik).

**Mit den Leistungen nach den Nummern 515 bis 526 sind folgende Leistungen abgegolten:**

*„Präparation des Zahnes oder Implantats, gegebenenfalls Farbbestimmung, Abformungen (auch des Gegenkiefers), Einproben, provisorisches Ein- und Ausgliedern, Reinigung des Zahnstumpfes, Adjustierung der statischen und dynamischen Okklusion, Kieferrelationsbestimmung (mit einfachen Methoden, soweit nicht in Abschnitt J enthalten), festes Einfügen, Nachkontrolle und Korrekturen.“*

*„Bei adhäsiver Befestigung von glaskeramischen Kronen, Teilkronen, Veneers oder Funktionsflächen kann eine um 8 v.H. höhere Gebühr berechnet werden.“*

Auch andere Kronenarten werden adhäsiv befestigt (Metall, Zirkonoxid etc.). Da es sich hierbei um einen vollkommen unterschiedlichen Zeitaufwand im Vergleich zum konventionellen Zementieren handelt, entsteht durch eine Erhöhung der Gebühr um 8 v.H. keinesfalls eine aufwandsgerechte Vergütung.

**GOZneu 527 = Zuschlag für die intraorale elektronische Datenaquisition (CAD/CAM-Verfahren)**

*„Der Zuschlag nach Nummer 527 ist nur einmal je Behandlungstag und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.“*

Die Einschränkung „nur einmal je Behandlungstag“ ist fachlich nicht nachvollziehbar, da der Zeitaufwand annähernd gleichmäßig je Rekonstruktion entsteht !!

Der Zuschlag muss daher je Restauration erfolgen.

**GOZneu 529 = Schutz eines beschliffenen Zahnes oder eines Implantates und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone auch mit Stiftverankerung im direkten Verfahren.**

**GOZneu 530 = Sicherung der Kaufunktion durch den provisorischen Ersatz eines fehlenden Zahnes durch ein Brückenglied im direkten Verfahren**

*„Die Leistungen nach den Nummern 529 und 530 sind höchstens zweimal je Zahn berechnungsfähig.“*

Diese Abrechnungseinschränkung bei GOZneu 529 und 530 existiert bei GOZalt 227, 228 und 512 – 514 zu Recht nicht, da sie in keinsten Weise nachvollziehbar ist.

Die Frequenz des erlaubten Ansatzes führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

**Mit den Leistungen nach den Nummern 540 bis 557 sind folgende Leistungen abgegolten:**

*„Bei adhäsiver Befestigung von glaskeramischen Brücken- oder Prothesenankern sowie Teleskop- oder Konuskronen kann eine um 8 v.H. höhere Gebühr berechnet werden.“*

Auch andere Kronenarten werden adhäsiv befestigt (Metall, Zirkonoxid etc.). Da es sich hierbei um einen vollkommen unterschiedlichen Zeitaufwand im Vergleich zum konventionellen Zementieren handelt, entsteht durch eine Erhöhung der Gebühr um 8 v.H. keinesfalls eine aufwandsgerechte Vergütung.

### **GOZneu 557 = Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke, je Spanne**

*„Die Leistung nach Nr. 557 ist neben den Leistungen nach den Nummern 570 bis 576 für dieselbe Spanne nicht berechnungsfähig.“*

GOZneu 570= Versorgung eines Lückengebisses durch eine partielle Prothese einschließlich einfacher Haltevorrichtungen und/oder ggf. Stütz-vorrichtungen zum Ersatz von 1 bis 4 fehlenden Zähnen

GOZneu 571= Versorgung eines Lückengebisses durch eine partielle Prothese einschließlich einfacher Haltevorrichtungen und/oder ggf. Stütz-vorrichtungen zum Ersatz von 5 bis 8 fehlenden Zähnen

GOZneu 572= Versorgung eines Lückengebisses durch eine partielle Prothese einschließlich einfacher Haltevorrichtungen und/oder ggf. Stützvorrichtungen zum Ersatz von mehr als 8 fehlenden Zähnen

GOZneu 573= Immediatprothese einschließlich anatomischer Abformung

GOZneu 575= Totale Prothese oder Cover- Denture- Prothese im Oberkiefer ggf. unter Verwendung einer Metallbasis

GOZneu 576= Totale Prothese oder Cover- Denture- Prothese im Unterkiefer ggf. unter Verwendung einer Metallbasis

GOZ 507 (entspricht GOZneu 557) ist bisher neben GOZ 520 bzw. 521 (entspricht GOZneu 570 bis 572) berechnungsfähig. Dies sollte auch in der GOZneu eingearbeitet werden.

### **GOZneu 558 = Versorgung eines Lückengebisses durch zusammengesetzt festsitzende oder abnehmbare Brücken und/oder durch kombiniert festsitzend/herausnehmbaren Zahnersatz, je Verbindungselement**

*„Die Leistung nach der Nummer 558 ist neben einer Leistung nach der Nummer 550 und 553 (Anmerkung : Teleskopkronen) nur dann berechnungsfähig, wenn eine Teleskopkrone oder Konuskronen durch Verbindungselemente, wie z.B. Retentionskugeln, ergänzt wird.“*

Aktuell ist GOZ 508 neben GOZ 504 berechenbar.

### **GOZneu 561 = Beseitigung grober Artikulations- und Okklusionsstörungen vor Eingliederung von Prothesen und Brücken**

*„Die Leistung nach Nummer 561 ist innerhalb eines Monats nur einmal berechnungsfähig.“*

*„Die Leistung nach Nummer 561 ist neben der Leistung nach den Nummern 412, 445 und 723 nicht berechnungsfähig.“*

GOZneu 412 = Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches, je Sitzung

GOZneu 445= Einschleifen des natürlichen Gebisses oder des bereits vorhandenen Zahnersatzes zum Kauebenen- ausgleich und zur Entlastung, je Sitzung

GOZneu 723= Systematische subtraktive Maßnahmen am natürlichen Gebiß, am festsitzenden und/oder heraus- nehmbaren Zahnersatz, je Zahnpaar

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen und die Frequenz des erlaubten Ansatzes führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

### **GOZneu 577= Anatomische Abformung mit individuellem Löffel, je Kiefer**

*„Eine Leistung nach Nummer 577 ist nur berechnungsfähig, wenn der übliche konfektionierte oder individualisierte Löffel nicht ausreicht.“*

Bisher löst auch der individualisierte Löffel GOZalt 517 aus. Der Aufwand ist vergleichbar, daher sollte diese Möglichkeit beibehalten werden.

**GOZneu 585 bis 589 (Wiederherstellungsmaßnahmen):**

*„Neben den Leistungen nach den Nummern 585 bis 589 sind Leistungen nach den Nummern 577, 578 und 579 nicht berechnungsfähig.“*

GOZneu 577= Anatomische Abformung mit individuellem Löffel, je Kiefer

GOZneu 578= Funktionelle Abformung des Oberkiefers mit individuellem Löffel

GOZneu 579= Funktionelle Abformung des Unterkiefers mit individuellem Löffel

Diese Einschränkungen existieren bisher nicht und sind auch nicht sachgerecht. Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

*„Mit den Leistungen nach den Nummern 585 bis 589 sind Nachbehandlungen abgegolten.“*

Der Passus sollte in „in derselben Sitzung“ geändert werden. Ansonsten stellt sich die Frage: Wie dürfen sonst Nachbehandlungen berechnet werden?

## **G. Kieferorthopädische Leistungen**

Der Passus „Die Leistungen nach den Nummern 635, 636, 640, 645, 650, 651 und 660 beinhalten auch die Material- und Laboratoriumskosten“ ist auf der Basis der aktuellen wissenschaftlichen materialkundlichen Erkenntnisse nicht haltbar. Der Unterschied der Alternativen zu den Standardmaterialien setzt sich zusammen aus der Indikation für Material und Gerät bei den jeweils gegebenen individuellen Bedingungen.

### **GOZneu 600 = Kieferorthopädische Untersuchung zur Klärung von Indikation und Zeitpunkt kieferorthopädisch-therapeutischer Maßnahmen**

Nichtzahnmedizinische, fachfremde Elemente für restriktive Leistungsausgrenzungen aus dem Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung werden hier in der privaten Gebührenordnung („Gegebenenfalls Feststellung des kieferorthopädischen Indikationsgrades (KIG)“) genannt.

Plant das BMG ggf. ähnliche Einschränkungen (KIG) für den Bereich der Beihilfeberechtigten?

Es kann sich hier nur um Primärdiagnostik handeln und keinesfalls um eine z.B. umfassende Funktionsanalyse.

### **GOZneu 601 = Erstellung eines schriftlichen Therapie- und Kostenplans zur kieferorthopädischen Behandlung nach Befundaufnahme, einschließlich Entwicklung eines befundorientierten Therapiekonzeptes und Aufklärung**

*„Neben einer Leistung nach Nummer 601 ist eine Leistung nach Nummer 30 nicht berechnungsfähig“*

GOZneu 30= Erstellung eines schriftlichen Therapie- und Kostenplanes auf Anforderung

Diese Einschränkung ist fachlich nicht nachvollziehbar, da neben eines Therapie- und Kostenplans zur kieferorthopädischen Behandlung durchaus weitere schriftliche Therapie- und Kostenpläne aus anderen Bereichen der Zahnheilkunde im Sinne der GOZneu 30 zeitgleich notwendig sein können.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

*„Eine Leistung nach Nummer 601 ist nicht berechnungsfähig bei Therapieänderungen und Ergänzungen zum Behandlungsplan oder zur Retentionsplanung“*

Diese Einschränkung ist fachlich nicht nachvollziehbar und wohl kaum im wohlverstandenen Interesse des Patienten.

### **GOZneu 602 = Abformung, Bissnahme in habitueller Okklusion für das Erstellen von dreidimensional orientierten Modellen des Ober- und Unterkiefers, einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung, sowie schriftliche Niederlegung**

*„...Die Maßnahmen nach Nummer 602 sind nur im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung berechnungsfähig. Sie sind bis zu dreimal im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung, bei kombiniert kieferorthopädisch-/chirurgischer Behandlung bis zu viermal berechnungsfähig...“*

Die Einschränkungen *„Die Maßnahmen nach Nummer 602 sind .... bis zu dreimal im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung, bei kombiniert kieferorthopädisch-/chirurgischer Behandlung bis zu viermal berechnungsfähig.“* berücksichtigen in keinsten Weise die Individualität und Komplexität des einzelnen Behandlungsfalles. Unterbleiben aufgrund dieser Einschränkung notwendige Maßnahmen nach GOZneu 602, schadet dies dem angestrebten Behandlungserfolg. Die Einschränkungen sind fachlich nicht nachvollziehbar und bedürfen dringend der Streichung.

Die Frequenz des erlaubten Ansatzes führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

GOZneu 602 entspricht GOZneu 32. Insofern sollte sie dieselbe Punktzahl (171 statt 145) erhalten.

### **GOZneu 603 = Profil- oder en-face-Fotografie mit kieferorthopädischer Auswertung, je Aufnahme**

*„Eine Leistung nach Nummer 603 ist im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung bis zu viermal abrechnungsfähig.“*

Die Einschränkung „Eine Leistung nach Nummer 603 ist im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung bis zu viermal abrechnungsfähig“ berücksichtigt in keinster Weise die Individualität und Komplexität des einzelnen Behandlungsfalles. Unterbleiben aufgrund dieser Einschränkung notwendige Maßnahmen nach GOZneu 603, schadet dies dem angestrebten Behandlungserfolg. Die Einschränkung ist fachlich nicht nachvollziehbar und bedarf dringend der Streichung.

Die Frequenz des erlaubten Ansatzes führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

Hierunter sollte auch ein intraoraler Fotostatus abrechenbar sein.

### **GOZneu 605 = Kephalometrische Auswertung eines Fernröntgenseitenbildes des Gesichtsschädels im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung, ggf. einschließlich (grafischer) Vorhersage wachstums-/therapiebedingter Veränderungen einmal je Leistung nach Nummer 035 einschließlich Dokumentation**

*„ Eine mehr als zweimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 605 im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung ist in der Rechnung zu begründen. Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 605 ist nicht zulässig.“*

*„Eine Leistung nach Nummer 605 ist bei Frühbehandlung mit verkürzter Behandlungsdauer nur bei skelettalen Dysgnathien im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung und dann nur einmal berechnungsfähig.“*

Die o.g. Einschränkungen berücksichtigen in keinster Weise die Individualität und Komplexität des einzelnen Behandlungsfalles. Unterbleiben aufgrund dieser Einschränkung notwendige Maßnahmen nach GOZneu 605, schadet dies dem angestrebten Behandlungserfolg. Die Einschränkungen sind fachlich nicht nachvollziehbar und bedürfen dringend der Streichung.

Die Frequenz des erlaubten Ansatzes führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

### **GOZneu 620 = Beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten (Habits) und Dysfunktionen zur Prävention oder frühen Behandlung einer kieferorthopädischen Erkrankung.**

### **GOZneu 621 = Eingliedern von Hilfsmitteln zur Beseitigung von Funktionsstörungen (z. B. Mundvorhofplatte) einschließlich Anweisung zum Gebrauch und Kontrollen.**

*„Neben Leistungen nach den Nummern 610 bis 617 ist eine Leistung nach der Nummer 620 oder 621 nicht berechnungsfähig.“*

Gerade hier wird GOZneu 620 notwendig. Unterbleiben aufgrund dieser Einschränkung notwendige Maßnahmen nach GOZneu 620, schadet dies dem angestrebten Behandlungserfolg. Die Einschränkungen sind fachlich nicht nachvollziehbar und bedürfen dringend der Streichung.

*„Neben einer Leistung nach Nummer 620 oder 621 ist eine Leistung nach den Nummern 1, 3, 4 und 725 nicht berechnungsfähig.“*

GOZneu 1 = Beratung auch fernmündlich

GOZneu 3 = Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher

GOZneu 4 = Beratung unter Einbeziehung von Bezugspersonen

GOZneu 725 = Anleitung zu myofunktionellen Übungen, Dauer mindestens 15 Minuten, je Sitzung

Die Nichtberechnungsfähigkeit neben GOZneu 1, 3, 4 und 725 ist fachlich nicht rechtfertigen, da neben GOZneu 620 bzw. GOZ 621 durchaus und Beratungen zu anderen Gebieten der Zahnheilkunde notwendig sind. Hier muss dann laut BMG ein neuer Termin vereinbart werden. Dies kann nicht im Interesse des Patienten sein.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.  
Die Punktzahl der GOZneu 620 sollte an GOZneu 725 (Anleitung ... mit 225 Punkten) angepasst werden.

### **GOZneu 635 = Eingliedern eines Brackets oder eines Attachments einschließlich Material- und Laboratoriumskosten.**

*„Neben der Leistung nach Nummer 635 ist die Leistung nach Nummer 104 nicht berechnungsfähig.“*

GOZneu 104 = Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen mit aushärtenden Kunststoffen, einschließlich Entfernen der weichen Zahnbeläge und Trockenlegung der zu versiegelnden Zähne je Zahn

Diese Einschränkung ist neu. Die Punktzahl GOZneu 635 (152 Punkte) ist wesentlich geringer als die Summe von GOZalt 610 (165 Punkte) plus anteilig nach Zähnen GOZalt 102 (50 Punkte). Die Punktzahl ist insofern anzuheben.  
Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen wie z.B. der Bracketumfeldversiegelung nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

### **GOZneu 637 = Eingliederung eines festsitzenden Frontzahnretainers**

*„Neben der Leistung nach Nummer 637 ist die Leistung nach Nummer 104 nicht berechnungsfähig.“*

GOZneu 104 = Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen mit aushärtenden Kunststoffen, einschließlich Entfernen der weichen Zahnbeläge und Trockenlegung der zu versiegelnden Zähne je Zahn

Diese Einschränkung ist neu und fachlich nicht vertretbar.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

### **GOZneu 640 = Eingliedern eines Bandes einschließlich Material- und Laborkosten**

Die Differenz der Punktzahl der GOZneu 640 mit 321 Punkten zu GOZneu 235 (konfektionierte Milchzahnkrone mit 420 Punkten) ist nicht nachvollziehbar.

### **GOZneu 641 = Wiedereingliederung eines Bandes nach Reparatur**

*„Die Wiedereingliederung eines unveränderten Bandes ist nicht gesondert berechnungsfähig.“*

Der Passus *„Die Wiedereingliederung eines unveränderten Bandes ist nicht gesondert berechnungsfähig.“* sollte gestrichen werden. Damit ist ein erheblicher Aufwand, ähnlich dem Wiedereingliedern einer Krone, verbunden.

### **GOZneu 642 = Entfernung eines Bandes, eines Brackets oder eines Attachments**

*„Neben der Leistung nach Nummer 642 ist die Leistung nach Nummer 104 nicht berechnungsfähig.“*

GOZneu 104 = Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen mit aushärtenden Kunststoffen, einschließlich Entfernen der weichen Zahnbeläge und Trockenlegung der zu versiegelnden Zähne je Zahn

Diese Einschränkung ist neu. Die Punktzahl GOZneu 642 (60 Punkte) ist wesentlich geringer als die Summe von GOZalt 611 (70 Punkte) plus anteilig nach Zähnen GOZalt 102 (50 Punkte). Die Punktzahl ist insofern anzuheben.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann

Die Differenz der Punktzahl der GOZneu 642 mit 60 Punkten zu GOZneu 533 (Entfernen einer Krone....mit 153 Punkten) ist nicht nachvollziehbar.

## **J. Funktionsanalytische und Funktionstherapeutische Leistungen sowie Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen**

Mit der vorliegenden Formulierung und der angegebenen Punktzahl wird dieser Abschnitt der Bedeutung der Funktionsdiagnostik und -therapie bei der Behandlung von Erkrankungen nicht gerecht. Sie wird vielmehr auf eine rein prothetische Vorarbeit zu Unrecht reduziert. Es sollte u.a. die GOZneu 700 auch aufgeteilt werden in eine routinemäßige Kurzbefundung im Sinne eines kaufunktionellen Risikoscreenings sowie einer ausführlichen klinischen Funktionsdiagnostik vor Funktionstherapie oder im interdisziplinären Konsiliar.

**„Eine mehr als zweimalige Berechnung der Leistungen nach den Nummern 700, 701, 705, 706, 710 und 715 in demselben Kalenderjahr ist in der Rechnung zu begründen.“**

GOZneu 700 = Klinische Funktionsanalyse mit Dokumentation des klinischen Funktionsstatus

GOZneu 701 = Klinische Funktionsanalyse mit Dokumentation des klinischen Funktionsstatus, Mindestdauer 45 Minuten

GOZneu 705 = Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers einschließlich Kontrollregistrator, auch Stützstiftregistrator, einmal je Sitzung

GOZneu 706 = Arbiträre Scharnierachsenbestimmung und Anlegen eines Übertragungsbogens zur Montage des Oberkiefermodells in einen Artikulator

GOZneu 710 = Kinematische und/oder elektronische Scharnierachsenbestimmung und Anlegen eines Übertragungsbogens zur Montage des Oberkiefermodells in einen Artikulator

GOZneu 715 = Mechanische und/oder elektronische Registrierungen der Unterkieferbewegungen zur Einstellung eines Artikulators, einmal je Sitzung

Die Einschränkung „Eine mehr als zweimalige Berechnung der Leistungen nach den Nummern 700, 701, 705, 706, 710 und 715 in demselben Kalenderjahr ist in der Rechnung zu begründen.“ widerspricht dem aktuellen Stand der Wissenschaft und berücksichtigt in keinster Weise die Individualität und Komplexität des einzelnen Behandlungsfalles. Unterbleiben aufgrund dieser Einschränkung notwendige Maßnahmen nach GOZneu 700, schadet dies dem angestrebten Behandlungserfolg. Die Einschränkung ist fachlich nicht nachvollziehbar und bedarf dringend der Streichung. Die Einschränkung steht ferner im Widerspruch zu §1 GOZ.

**GOZneu 705 = Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers einschließlich Kontrollregistrator, auch Stützstiftregistrator, einmal je Sitzung**

Bisher erfolgte die Berechnung je Registrator und höchstens zweimal je Sitzung. Die Einschränkung „einmal je Sitzung“ widerspricht dem aktuellen Stand der Wissenschaft und berücksichtigt in keinster Weise die Individualität und Komplexität des einzelnen Behandlungsfalles. Unterbleiben aufgrund dieser Einschränkung notwendige Maßnahmen nach GOZneu 705, schadet dies dem angestrebten Behandlungserfolg. Die Einschränkung ist fachlich nicht nachvollziehbar und bedarf dringend der Streichung. Die Einschränkung steht ferner im Widerspruch zu §1 GOZ. Materialkosten müssen hier berechenbar sein.

Die Frequenz des erlaubten Ansatzes führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

**GOZneu 715 = Mechanische und/oder elektronische Registrierungen der Unterkieferbewegungen insbesondere zur Einstellung eines Artikulators, einmal je Sitzung**

Bisher erfolgt die Berechnung GOZ 805 bzw. GOZ 806 je Registrierung. Die Einschränkung „einmal je Sitzung“ widerspricht dem aktuellen Stand der Wissenschaft und berücksichtigt in keinster Weise die Individualität und Komplexität des einzelnen Behandlungsfalles. Unterbleiben aufgrund dieser Einschränkung notwendige Maßnahmen nach GOZneu 715, schadet dies dem angestrebten Behandlungserfolg. Die Einschränkung ist fachlich nicht nachvollziehbar und bedarf dringend der Streichung.

Die Frequenz des erlaubten Ansatzes führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

### **GOZneu 723 = Systematische subtraktive Maßnahmen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Zahnpaar**

„Neben der Leistung nach Nummer 723 sind die Leistungen nach den Nummern 412, 445 und 561 nicht berechnungsfähig.“

GOZneu 412 = Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches, je Sitzung

GOZneu 445= Einschleifen des natürlichen Gebisses oder des bereits vorhandenen Zahnersatzes zum Kauebenausgleich und zur Entlastung, je Sitzung

GOZneu 561= Beseitigung grober Artikulations- und Okklusionsstörungen vor Eingliederung von Prothesen und Brücken

„Die Leistung nach der Nummer 723 ist je Sitzung höchstens fünfmal berechnungsfähig.“

Die Einschränkung ist sowohl arithmetisch falsch (bei 32 Zähnen sind mindestens 12 Zahnpaare sehr wahrscheinlich) und widerspricht zudem dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Sie sollte daher gestrichen werden.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen und die Frequenz des erlaubten Ansatzes führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

### **K. Implantologische Leistungen**

**„Die primäre Wundversorgung (z. B. Reinigen der Wunde, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, ggf. einschließlich Periostschlitzung, ggf. Fixieren eines plastischen Wundverbandes) ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt K und nicht gesondert berechnungsfähig.“**

„Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung“ und „Periostschlitzung“ sind laut DGMKG zwei völlig verschiedene Leistungen, die im Widerspruch zueinander stehen, so dass die aktuelle Formulierung der allgemeinen Bestimmung fachlich falsch ist.

Die Primäre Wundversorgung muss nicht detailliert umschrieben werden. Periostschlitzung gehört nicht dazu. Periostschlitzung sollte eine eigene Leistungsposition darstellen.

### **GOZneu 800 = Klinische Untersuchung von einer implantologischen Behandlung**

„Neben der Leistung nach Nummer 800 sind die Leistungen nach den Nummern 5 und 6 nicht berechnungsfähig.“

GOZneu 5 = Eingehende Untersuchung ...

GOZneu 6 = Symptombezogene Untersuchung

Die Nichtberechnungsfähigkeit neben GOZneu 5 ist restriktiver als bisher. Sie ist ferner fachlich nicht rechtfertigen, da neben den genannten Leistungen durchaus symptombezogene Untersuchungen aus anderen Gebieten der Zahnheilkunde ggf. notwendig sind. Hier muss dann laut BMG ein neuer Termin vereinbart werden.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

Bei veränderter klinischer Ausgangssituation muss die Leistung nach GOZneu 800 erneut berechnungsfähig sein. GOZneu 800 sollte laut DGMKG je Kiefer berechnungsfähig sein sowie je Behandlungsabschnitt (z.B. bei zweizeitiger Vorgehensweise, d.h. zuerst Augmentation, dann Implantation). Ferner sollte klargestellt werden, dass Planungsschienen und deren Laborkosten sowie radiologische Untersuchungen nicht in GOZneu 800 enthalten sind.

**GOZneu 801 = Erstellen eines schriftlichen Therapie- und Kostenplans zur implantologischen Behandlung nach Befundaufnahme einschließlich Aufklärung**

**GOZneu 802 = Erstellen eines schriftlichen Therapie- und Kostenplans zur implantologischen und epithetischen Behandlung bei Verlust eines oder mehrerer Gesichtsteile nach Befundaufnahme einschließlich Aufklärung**

„Neben der Leistung nach Nummer 801 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 30 und 802 nicht berechnungsfähig.“

„Neben der Leistung nach Nummer 802 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 30 und 801 nicht berechnungsfähig.“

GOZneu 1 = Beratung auch fernmündlich

GOZneu 3 = Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher

GOZneu 30 = Erstellung eines schriftlichen Therapie- und Kostenplanes auf Anforderung

Diese Einschränkungen sind fachlich nicht nachvollziehbar, da neben eines Therapie- und Kostenplans zur implantologischen Behandlung durchaus Beratungen und weitere schriftliche Therapie- und Kostenpläne aus anderen Bereichen der Zahnheilkunde im Sinne der GOZneu 30 zeitgleich notwendig sein können.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

**GOZneu 803 = Erstellen eines schriftlichen Therapie- und Kostenplans zur differenzierten Fortführung der implantologischen Behandlung mit Planung der Suprakonstruktion nach Befundaufnahme einschließlich Aufklärung**

„Neben der Leistung nach Nummer 803 sind die Leistungen nach den Nummern 30 und 500 nicht berechnungsfähig.“

GOZneu 30 = Erstellung eines schriftlichen Therapie- und Kostenplanes auf Anforderung

GOZneu 500= Erstellung eines schriftlichen Therapie- und Kostenplans zur prothetischen Versorgung nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen

Diese Einschränkung ist fachlich nicht nachvollziehbar, da neben eines Therapie- und Kostenplans nach GOZneu 803 durchaus weitere schriftliche Therapie- und Kostenpläne aus anderen Bereichen der Zahnheilkunde im Sinne der GOZneu 30 zeitgleich notwendig sein können.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

**GOZneu 804 = Implantatbezogene Analyse und Vermessung des Alveolarfortsatzes, des Kieferkörpers und der angrenzenden knöchernen Strukturen sowie der Schleimhaut, einschließlich metrischer- ggf. auch computergestützter- Auswertung von radiologischen Befundunterlagen, Modellen und Fotos zur Festlegung der Implantatposition, ggf. mit Hilfe einer individuellen Schablone, einschließlich Implantatauswahl, je Kiefer**

Bei veränderter klinischer Ausgangssituation sollte GOZneu 804 erneut berechenbar sein.

Die Leistungserklärung ist nicht notwendig.

**GOZneu 810 = Geschlossene Sinusbodenelevation vom Kieferkamm aus (interner Sinuslift)**

Unklare Leistungsbeschreibung: Je Implantatschacht/Zahnfach/Zugangskavität?

Augmentations- bzw. Transplantationsleistungen sowie Implantation von alloplastischem Material sollten nicht in GOZneu 810 enthalten sein, sondern mit einer eigenen Leistung beschrieben werden laut DGMKG.

**GOZneu 815 = Sinusbodenelevation durch externe Knochenfensterung (externer Sinuslift), je Kieferhälfte**

„Die Leistung nach der Nummer 815 ist für eine Kieferhälfte nicht neben der Leistung nach der Nummer 830 berechnungsfähig.“

GOZneu 830= Guided Tissue Regeneration (GTR) / Guided Bone Regeneration (GBR) mit zusätzlicher Fixierung (z. B. durch Membrannägel) zur Abdeckung von Knochendefekten größeren Umfanges, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Diese Ausschlussbestimmung der GOZneu 830 ist nicht sachgerecht.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

Augmentations- bzw. Transplantationsleistungen sowie Implantation von alloplastischem Material sollten nicht in GOZneu 815 enthalten sein, sondern mit einer eigenen Leistung beschrieben werden laut DGMKG.

### **GOZneu 820 = Aufbau des Alveolarfortsatzes durch Augmentation ohne zusätzliche Stabilisierungsmaßnahmen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich**

*„Neben der Leistung nach Nummer 820 sind die Leistungen nach den Nummern 825 und 830 nicht berechnungsfähig.“*

GOZneu 825 = Spaltung und Spreizung von Knochensegmenten (Bone Splitting) ggf. mit Auffüllung der Spalträume mittels Knochen oder Knochenersatzmaterial, ggf. einschließlich zusätzlicher Osteosynthesemaßnahmen, je Frontzahnbereich oder je Kieferhälfte

GOZneu 830 = Guided Tissue Regeneration (GTR) / Guided Bone Regeneration (GBR) mit zusätzlicher Fixierung (z. B. durch Membrannägel) zur Abdeckung von Knochendefekten größeren Umfanges, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

### **GOZneu 830 = Guided Tissue Regeneration (GTR) / Guided Bone Regeneration (GBR) mit zusätzlicher Fixierung (z. B. durch Membrannägel) zur Abdeckung von Knochendefekten größeren Umfanges, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich**

*„Neben der Leistung nach Nummer 830 sind die Leistungen nach den Nummern 820 und 821 nicht berechnungsfähig.“*

GOZneu 820 = Aufbau des Alveolarfortsatzes durch Augmentation ohne zusätzliche Stabilisierungsmaßnahmen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

GOZneu 820 = Wird die Leistung nach Nummer 820 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach Nummer 810 erbracht, ist die Hälfte der Gebühr der Nummer 820 berechnungsfähig. Wird die Leistung nach Nummer 820 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach Nummer 815 erbracht, ist ein Drittel der Gebühr der Nummer 820 berechnungsfähig.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

Die Leistung wurde bisher je Membran berechnet.

Die Abgrenzung von GOZneu 830 zu GOZneu 432 ist unklar.

### **GOZneu 835 = Nervverlagerung, einschließlich Neueinbettung**

*„Die Leistung nach Nummer 835 ist neben anderen operativen Eingriffen mit Ausnahme der Leistung nach Nummer 840 nicht berechnungsfähig.“*

GOZneu 835 nur im Rahmen der Implantologie ist laut DGMKG fachlich falsch, da auch neben Osteotomien, Präprothetik und anderen Behandlungen sich ggf. eine medizinische Notwendigkeit für GOZneu 835 ergeben kann.

GOZneu 835 sollte gestrichen werden, stattdessen der Zugriff auf die GOÄ ermöglicht sein.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

### **GOZneu 840 = Implantatinsertion, je Implantat**

Die hierunter beschriebenen Leistungen wurden bisher nach GOZ 901, 902 und 903 abgerechnet sowie nach GOÄ (Lappenbildungen jenseits des primären Wundverschlusses) bzw. im Sinne einer Analogberechnung (GOÄ 2700 bzw. GOZ 700) liquidiert.

Evtl. zusätzliche Mukogingivalchirurgie bzw. Lappenplastiken sollten laut DGMKG unbedingt gesondert berechenbar sein.

Es sollte ferner klargestellt werden, dass Bohrschablonen, deren Laborkosten sowie DVT und deren Auswertung nicht in GOZneu 840 enthalten sind.

GOZneu 830 muss ggf. gesondert berechnungsfähig sein.

### **GOZneu 845 = Freilegen eines Implantats, Prüfung der Primärstabilität und Einfügen eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem, ggf. einschließlich einfacher Lappenplastiken**

Evtl. zusätzliche Mukogingivalchirurgie bzw. Lappenplastiken sollten laut DGZMK unbedingt gesondert berechenbar sein.

Ein Gingivaformer ist kein Aufbauelement. Bei gleichzeitiger Abformung für ein Langzeitprovisorium muss fachlich in der Freilegungssitzung neben GOZneu 845 GOZneu 846 berechenbar sein.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

### **GOZneu 846 = Entfernen und Wiedereinsetzen eines Aufbauelementes bei einem zweiphasigen Implantatsystem**

*„Die Leistung nach Nummer 846 ist für das Auswechseln von einem oder mehreren Aufbauelementen (z. B. zur Abdrucknahme oder zur definitiven Versorgung) eines zweiphasigen Implantates – auch in mehreren Sitzungen – höchstens dreimal berechnungsfähig.“*

Bisher gab es keine numerische Einschränkung der Berechnungsfähigkeit, sondern eine Berechnung der GOZ 905 je Sitzung und Implantat.

Die Einschränkung „höchstens dreimal berechnungsfähig“ widerspricht dem aktuellen Stand der Wissenschaft und berücksichtigt in keinsten Weise die Individualität und Komplexität des einzelnen Behandlungsfalles. Unterbleiben aufgrund dieser Einschränkung notwendige Maßnahmen nach GOZneu 846, schadet dies dem angestrebten Behandlungserfolg. Die Einschränkung ist fachlich nicht nachvollziehbar und bedarf dringend der Streichung.

*„Die Leistung nach Nummer 846 ist nicht neben den Leistungen nach Nummer 840 und 845 berechnungsfähig.“*

GOZneu 840= Implantatinsertion, je Implantat

GOZneu 845= Freilegen eines Implantats, Prüfung der Primärstabilität und Einfügen eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem, ggf. einschließlich einfacher Lappenplastiken

Bei gleichzeitiger Abformung für eine Sofortversorgung muss fachlich neben GOZneu 840 GOZneu 846 berechenbar sein.

Ein Gingivaformer ist kein Aufbauelement. Bei gleichzeitiger Abformung für ein Langzeitprovisorium muss fachlich in der Freilegungssitzung neben GOZneu 845 GOZneu 846 berechenbar sein.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen und die Frequenz des erlaubten Ansatzes führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

### **GOZneu 847 = Auswechseln von Aufbauelementen (Sekundärteilen) im Reparaturfall einschließlich Abnahme und Wiederbefestigung der Suprakonstruktion**

*„Neben der Leistung nach Nummer 847 sind die Leistungen nach den Nummern 533 und 535 nicht berechnungsfähig.“*

GOZneu 533 = Entfernen einer Krone, einer Teilkrone, eines Brücken- oder Prothesen-ankers oder einer Einlagefüllung oder das Trennen verblockter Kronen oder das Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges, je Trennstelle  
GOZneu 535 = Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen, Teilkronen oder Einlagefüllungen durch Wiedereinsetzen einer Krone, einer Einlagefüllung oder dergleichen

Die Einschränkung ist fachlich und gebührenrechtlich nicht nachvollziehbar und bedarf dringend der Streichung.

Aktuell sind zusätzlich GOZ 229 sowie GOZ 231 bzw. GOZ 511 berechenbar.

Der Passus „... einschließlich Abnahme und Wiederbefestigung ...“ ist sachlich falsch.

Die 2. Abrechnungsbestimmung ist ferner nicht sachgerecht.

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

**GOZneu 860 = Implantatnachkontrolle, je Implantat, einschließlich Beratung und Untersuchung, ggf. einschließlich Entfernen der Suprakonstruktion, Reinigung von Implantatteilen und/oder der Implantataufbauten und ggf. einschließlich Wiedereingliederung der Suprakonstruktion**

*„Die Leistung nach Nummer 860 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 120, 410, 411, 533 und 535 nicht berechnungsfähig.“*

GOZneu 1 = Beratung ... fernmündlich

GOZneu 3 = Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung ...

GOZneu 4 = Beratung unter Einbeziehung von Bezugspersonen

GOZneu 5 = Eingehende Untersuchung ....

GOZneu 6 = Symptombegleitende Untersuchung

GOZneu 120= Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, Entfernen des Biofilms, Oberflächenpolitur und geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen (professionelle Zahnreinigung), je Zahn, Implantat

GOZneu 410 = Entfernen harter und gegebenenfalls weicher Zahnbeläge, einschließlich Polieren und gegebenenfalls geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn, Implantat oder Brückenglied

GOZneu 411= Kontrolle nach Belagsentfernung mit Nachreinigung einschließlich Polieren und gegebenenfalls geeigneter Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn, Implantat oder Brückenglied

GOZneu 533 = Entfernen einer Krone, einer Teilkrone, eines Brücken- oder Prothesen-ankers oder einer Einlagefüllung oder das Trennen verblockter Kronen oder das Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges, je Trennstelle

GOZneu 535 = Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Kronen, Teilkronen oder Einlagefüllungen durch Wiedereinsetzen einer Krone, einer Einlagefüllung oder dergleichen

Die Ausschlüsse sind unverständlich, zumal sich die aufgeführten Positionen auf ganz andere zahnmedizinische Themen und ggf. auf völlig andere Zähne beziehen bzw. beziehen können.

Der Passus „... ggf. einschließlich Entfernung der Suprakonstruktion“ und „...einschließlich Wiedereingliederung der Suprakonstruktion“ muss entfernt werden.

*„Die Leistung nach Nr. 860 ist beginnend ein Jahr nach der Implantation innerhalb von einem Kalenderjahr höchstens einmal berechnungsfähig.“*

Soll diese Recall-Position wirklich erst 12 Monate nach Eingliederung der Suprakonstruktion erbracht werden?

Der Ausschluss von Nebeneinanderberechnungen und die Frequenz des erlaubten Ansatzes führt dazu, dass im Einzelfall die Durchführung medizinisch notwendiger Leistungen nach §1 GOZ nicht erfolgen kann.

Nürnberg, den 16.11.2008

Für die Freie Zahnärzteschaft: Peter Eichinger, 1. Vorsitzender