GOZ *INFORM*

Ihr Rüstzeug für die neue GOZ

Kurzkommentierung
Allgemeiner Teil
§§ 1 – 12

Legende:

Schwarz = identischer Text von GOZ ’88 und GOZ 2012
Blau = alter, nicht mehr weiter geltender Text der GOZ ’88
Rot = neuer Text der GOZ 2012 gegenüber der GOZ ’88

§ 1 – Anwendungsbereich

	Verordnungstext
	Absatz 1
GOZ 2012	Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Zahnärzte bestimmen sich nach dieser Verordnung, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.
GOZ `88	Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Zahnärzte bestimmen sich nach dieser Verordnung, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- „Berufliche Leistungen“ sind alle Tätigkeiten, die in Ausübung des Zahnarztberufes anfallen.

Kommentierung:

Der § 1 Abs. 1 GOZ ist im Vergleich zum Regelungsinhalt in § 1 Abs. 1 der GOZ `88 inhaltlich unverändert.

§ 1 Abs. 1 GOZ ist gesetzestechnisch als Auffangregelung für die Vergütung beruflicher Leistungen von Zahnärzten abgefasst, soweit diese nicht nach andere bundesgesetzlichen Vorschriften erfolgt und zeigt damit gleichzeitig den gesamten Geltungsbereich der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) auf.

Bei zutreffender Auslegung des gesetzgeberischen Willens werden von der Ermächtigung des § 15 Zahnheilkundegesetz (ZHG) nur solche Regelungen erfasst, die der Verordnungsgeber nicht bereits selbst gesetzlich geregelt hat. Aufgrund dessen bestimmt § 1 GOZ, dass sich die Vergütung für die Leistungen der Zahnärzte nach GOZ richten, solange nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist. Die GOZ regelt die Vergütung für die beruflichen Leistungen aller niedergelassenen Zahnärzte sowie der liquidationsberechtigten, im Krankenhaus angestellten, Zahnärzte. Auch Staatsangehörige anderer Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) oder des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR), die im Geltungsbereich der GOZ tätig werden, sei es auch nur vorübergehend, sind an die GOZ gebunden.

„Berufliche Leistungen“ sind alle Tätigkeiten, die in Ausübung des Zahnheilkundeberufes anfallen. Hierunter fallen sowohl diagnostische und therapeutische Maßnahmen, als auch mittelbare zahnärztliche Vorkehrungen, die der Organisation und Verwaltung dienen, die mit der Ausübung des Zahnarztberufes verbunden sind. Nicht erfasst werden gutachterliche Aufträge als Sachverständiger vor Gericht, Aufgaben der Forschung und Lehre, schriftstellerische Tätigkeiten und aufgrund des Dienstverhältnisses geschuldete Leistungen der beamteten Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst. Nach der von hier vertretenen Auffassung gehören hierzu auch nicht Stellungnahmen an private Krankenversicherer, die diese dazu anfordern, um ihre Zahlungsverpflichtung bei einer geplanten oder bereits durchgeführten Behandlung festzulegen. Aus § 1 Abs. 2 GOZ ergibt sich, dass der Zahnarzt nur solche Leistungen berechnen kann, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich sind. Daraus ergibt sich, dass der Zahnarzt für Stellungnahmen an Versicherungen keine Berechnung auf der Grundlage der GOZ/GOÄ vornehmen kann, sondern eine solche Leistung gemäß den §§ 670 ff BGB (Ersatz von Auslagen) zu berechnet hat.

Die GOZ lässt Vergütungen nur in dem von ihr abgesteckten Rahmen zu. Neben der GOZ können nur die geöffneten Bereiche der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Anwendung finden.

Bewertung/Fazit:

Der § 1 Abs. 1 GOZ ist im Vergleich zum Regelungsinhalt in § 1 Abs. 1 der GOZ `88 inhaltlich unverändert.

§ 1 – Anwendungsbereich

	Verordnungstext
	Absatz 2
GOZ 2012	Vergütungen darf der Zahnarzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.
GOZ `88	Vergütungen darf der Zahnarzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- „Regeln der zahnärztlichen Kunst“ sind die objektiven und nachprüfbaren Regeln der Zahnheilkunde die dem aktuellen wissenschaftlichen Stand entsprechen.
- „Zahnmedizinisch notwendige Versorgung“ bedeutet, dass die Leistungen im Einzelfall unter zahnmedizinischen Erwägungen angezeigt sein müssen. Der Begriff der zahnmedizinischen Notwendigkeit ist im Wesentlichen identisch mit der Indikation. Der Begriff der zahnmedizinischen Notwendigkeit hat nichts zu tun mit der „Wirtschaftlichkeit“ der Leistung.

Kommentierung:

Der konkrete Inhalt der Leistungen des Zahnarztes ergibt sich aus dem Behandlungsvertrag. Der Zahnarzt hat sich nach den objektiven und nachprüfbaren Regeln der Zahnheilkunde zu richten, die dem aktuellen wissenschaftlichen Stand entsprechen. Darüber hinaus muss er sich an das ihm vom Berufsrecht erlaubte Tätigkeitsfeld halten. Ein Patient, der sich in zahnärztliche Behandlung begibt, hat in der Regel nicht die erforderliche Fachkenntnis noch den Überblick über therapeutische Möglichkeiten, um eine selbständige Entscheidung treffen zu können. Er muss sich hinsichtlich Diagnose und Therapie voll auf den Zahnarzt verlassen können. Genauso darauf, dass dieser sich an die fachlichen und berufsrechtlichen Regelungen hält. Durch § 6 Abs. 1 GOZ wird einer weiteren zahnmedizinischen Entwicklung dadurch Rechnung getragen, dass selbständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis der GOZ nicht aufgenommen wurden, im Wege einer Analogieberechnung, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden können.

Gegenstand des Behandlungsvertrages sind die zahnärztlichen Leistungen, die nach Diagnose und Gesundheitszustand des Patienten erforderlich sind. Dabei ist aufgrund des Patientenwillens, der in der Regel nur auf das medizinische Erforderliche und wirtschaftlich Vertretbare gerichtet ist, über das medizinisch Vertretbare und Notwendige seitens des Zahnarztes nicht hinauszugehen. Nur mit besonderem Einverständnis des Patienten oder seines gesetzlichen Vertreters, darf der Zahnarzt über die notwendige Behandlung hinausgehen.

Auch Beihilfe und private Krankenkassen erstatten nach ihren Versicherungsbedingungen nur die angemessene und notwendige Behandlung. Dabei ist zu beachten, dass es dem fachlichen Ermessen des Zahnarztes im Einvernehmen mit dem Patienten überlassen bleibt, die Behandlung im konkreten Einzelfall zu wählen. Es ist letztendlich eine freie Entscheidung der individuellen Beurteilung und Entscheidung aufgrund der Diagnose- und Therapiefreiheit. Beurteilungs- und Entscheidungsspielraum unterliegen zwar objektiven fachlichen Kriterien, sie müssen jedoch einer gutachterlichen Überprüfung zugänglich sein und bestimmen sich auch durch den im Bundesgebiet geltenden Versorgungsstandard.

Der Wirtschaftlichkeitsbegriff der „Notwendigkeit“ bedeutet nicht, dass generelle Aussagen über die Notwendigkeit von bestimmten Leistungen getroffen werden können und müssen. Vielmehr kann es in diesem Zusammenhang nur darauf ankommen, ob die Leistungen im Einzelfall unter zahnmedizinischen Erwägungen angezeigt sind. Ob eine Leistung im Einzelfall notwendig ist oder nicht, kann deshalb nur im Einvernehmen zwischen Zahnarzt und Patient beurteilt werden. Dabei lässt sich im Regelfall auch eindeutig bestimmten, welche Leistungen für den Privatpatienten als wirtschaftlich vertretbar gelten können bzw. welche Leistungen als unwirtschaftlich von vornherein als aus dem Patientenwillen ausgeschlossen angesehen werden können. Demzufolge können sich die Begriffe „Notwendigkeit“ und „Erforderlichkeit„ i. S. v. § 1 Abs. 2 GOZ nur nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst bestimmen.

Nach herrschender Rechtsmeinung ist eine Behandlungsmaßnahme „medizinisch notwendig“ wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und anerkannten ärztlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als notwendig anzusehen (Bundesgerichtshof, Urteil vom 29.11.1978, Az: IV ZR 175/77 und vom 29.05.1991, Az: IV ZR 151/90). Die GOZ enthält ausschließlich wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmaßnahmen.

Im privaten Behandlungsvertrag gelten die in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Einschränkungen der nur einen Mindeststandard garantierenden „ausreichenden“ Behandlung nicht. Es bleibt dem Patienten in Absprache mit dem fachlich ermessenden Zahnarzt überlassen, für welche der möglichen therapeutischen Alternativen er sich entscheidet, um die notwendige Versorgung vorzunehmen.

Mit Urteil vom 12.03.2003 (Az. IV ZR 278/01), bestätigt durch Urteil vom 28.04.2004 (Az. IV ZR 42/03) hat der Bundesgerichtshof klargestellt, dass mit der Wendung „medizinisch notwendige Heilbehandlung“ in § 1 Abs. 2 Satz 1 Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) seitens des Versicherers keine Beschränkung der Leistungspflicht auf die kostengünstigste Behandlung erklärt wurde. Bei der Auslegung der Regelung ist allein auf die Verständnismöglichkeit eines Versicherungsnehmers ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse abzustellen. Ein solcher Versicherungsnehmer geht vom Wortlaut der auszulegenden Klausel aus und berücksichtigt ihren Zweck und den erkennbaren Sinnzusammenhang. Er kann aus dem Wortlaut nicht ersehen, dass auch finanzielle Aspekte bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung eine Rolle spielen. Nur wenn für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer erkennbare Einschränkungen durch die Versicherung vorgenommen wurden, kann diese auf einen billigeren oder den billigsten Anbieter einer Heilbehandlung verweisen.

Der Versicherer kann seine Leistungen auch nicht gemäß § 5 Abs. 2 MB/KK 2009 wegen vermeintlicher das medizinisch notwendige Maß übersteigender Heilbehandlungen (sog. Übermaßbehandlung) herabsetzen. Entgegen der bisherigen Rechtsprechung erstreckt sich die Übermaßregelung nicht auf einen im Verhältnis zum medizinisch notwendigen Behandlungsumfang überhöhten Vergütungsansatz des Arztes bzw. Krankenhausträgers. Der Versicherungsnehmer kann auch dieser Regelung nicht entnehmen, dass trotz uneingeschränkter medizinischer Notwendigkeit der Heilbehandlung nur ein Anspruch auf reduzierte Versicherungsleistungen besteht.

Die medizinische Notwendigkeit einer Heilbehandlung an sich muss der Versicherte, also der Patient, dartun und im Streitfall auch beweisen. Bei Vorliegen einer Liquidation ohne Kennzeichnung von Wunschbehandlungen ist gemäß GOZ vom Zahnarzt bestätigt worden, dass es sich um notwendige Behandlungsmaßnahmen handelt. Zweifelt die Versicherung an diesem Nachweis, so genügt es, wenn der Versicherte darlegt, dass es nach den medizinischen Befunden und Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, diese als medizinisch notwendig durchzuführen. Wenn der Versicherer nach § 5 Nr. 2 MB/KK 2009 seine Leistungspflicht einschränken will, ist er darlegungs- und beweispflichtig, dass das Maß der medizinischen Notwendigkeit überschritten ist. Der Bundesgerichtshof hat mit Urteil vom 29.11.1978 (Az: IV ZR 175/77) entschieden, dass die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit einem neutralen Sachverständigen obliegt.

Solche neutralen Sachverständigen werden von den Zahnärztekammern oder von den Gerichten bestellt; ein von einer Versicherung engagierter Beratungszahnarzt kann hingegen nicht als neutral angesehen werden.

Es ist zu beachten, dass der Zahnarzt bei seiner Behandlungstätigkeit aufgrund des zulässigen Gegenstandes eines Heileingriffes ohnehin auf Maßnahmen beschränkt ist, die den Regeln der zahnärztlichen Kunst entsprechen. Behandlungsmaßnahmen, die nicht lege artis sind und ohne vorherige Einwilligung des Patienten durchgeführt werden, erfüllen den Tatbestand einer Körperverletzung (§ 223 StGB) und der Zahnarzt würde sich durch eine solche Beahandlung gegebenenfalls schadenersatzpflichtig machen Auch kann eine solche Behandlung nicht Gegenstand eines wirksamen Vertrages sein, da sie gegen ein gesetzliches Verbot (hier: Gebot keinen Menschen in seiner körperlichen Unversehrtheit zu verletzen) verstößt.

Nach § 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ ist ein Vergütungsanspruch des Zahnarztes für Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, nur dann gegeben, wenn die Leistungen auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind. Diese Vorschrift setzt voraus, dass auch über diese „Leistung auf Verlangen“ ein wirksamer Behandlungsvertrag zustande gekommen ist. Die Beweislast für derartige Verlangensleistungen obliegt dem Zahnarzt.

Der Patient ist über die medizinische Notwendigkeit der einzelnen in Frage kommenden Leistungen aufzuklären. Der Zahnarzt kann dies nicht formularmäßig tun, sondern für jeden Einzelfall gesondert und individuell. Nur wenn der Patient ausführlich über die Notwendigkeit und Nichtnotwendigkeit einer Leistung aufgeklärt wurde, kann er rechtswirksam in die Erbringung einer „Verlangensleistung“ einwilligen. Es empfiehlt sich in der Patientenkartei kenntlich zu machen, dass die jeweilige Leistung aus zahnärztlicher Sicht nicht notwendig ist, jedoch auf Verlangen des Patienten erbracht wurde. Nach der Neuregelung des § 2 Abs. 3 (siehe dortige Kommentierung) ist nunmehr jede Leistung auf Verlangen in einem Heil- und Kostenplan zu vereinbaren. Das Verlangen des Patienten berechtigt den Zahnarzt nicht, Leistungen zu erbringen die gegen das Berufsrecht oder die guten Sitten verstoßen. Auch strafrechtlich relevantes Verhalten wird durch das Verlangen des Patienten nicht „geheilt“.

Gemäß § 10 Abs. 3 Satz 7 GOZ sind Leistungen, welche auf Verlangen des Patienten erbracht worden sind, in der zahnärztlichen Rechnung als solche zu bezeichnen.

Bewertung/Fazit:

Der § 1 Abs. 2 GOZ ist im Vergleich zum Regelungsinhalt in § 1 Abs. 2 der GOZ’88 inhaltlich unverändert.

§ 2 – Abweichende Vereinbarung

	Verordnungstext
	Absatz 1
GOZ 2012	Durch Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Abs. 1 Satz 2) oder eines abweichenden Punktwertes (§ 5 Abs.1 Satz 3) ist nicht zulässig. Notfall– und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.
GOZ `88	Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Unter einer „Vereinbarung“ ist ein Vertrag zu verstehen, der in beiderseitigem Einvernehmen, sprich durch übereinstimmende Willenserklärungen, zustande kommt.
- „Abweichende Gebührenhöhe“ bedeutet ein Abweichen hinsichtlich des Steigerungssatzes.
- Zahlungspflichtiger ist der Rechnungsadressat und nicht zwingend identisch mit dem Patienten (z. B. bei Minderjährigen die Erziehungsberechtigten oder die Versicherung, falls die Schuld an diese wirksam von dem Patienten abgetreten wurde oder vorher ein Vertrag mit dieser abgeschlossen wurde).

Kommentierung:

Eine abweichende Vereinbarung ist nach der GOZ 2012 nach wie vor möglich. In § 2 Abs. 1 Sätze 2 und 3 GOZ findet sich die Übernahme der entsprechenden Regelungen aus der GOÄ, wobei die Begriffe Zahnarzt und Zahlungspflichtiger hinzugekommen sind. Die Neuformulierung beschreibt den Status quo der Auslegung der geltenden GOZ. Es bleibt beim bisherigen Regelungsinhalt, dass eine abweichende Vereinbarung nur über die Höhe der Vergütung – und damit über den Steigerungssatz – möglich ist. Die übrigen Vorschriften der GOZ (Fälligkeit, Rechnungsstellung, Begründungsverpflichtung, Leistungsverzeichnis) bzw. die gesamte GOZ sind somit nicht abdingbar. Die Hinzunahme der Begriffe Zahlungspflichtiger und Zahnarzt soll das Behandlungsverhältnis loslösen von dem Zahlungsverhältnis und klarstellen, dass diese beiden Vertragsverhältnisse nicht deckungsgleich sein müssen.

Auch bei einer abweichenden Vereinbarung ist der Gebührenberechnung das Gebührenverzeichnis mit den jeweiligen Punktzahlen und -werten zugrunde zu legen. Ferner muss ein Steigerungssatz Verwendung finden, da sich nach der Berechnungssystematik, die nicht abdingbar ist, die Gebührenhöhe durch Multiplikation des Einfachsatzes des Gebührenverzeichnisses mit einem Steigerungssatz ergibt. Nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 GOZ ist die Angabe eines Steigerungssatzes bei jeder abgerechneten Leistung in der Rechnung Fälligkeitsvoraussetzung. Da es sich um eine nicht abdingbare Vorschrift handelt, ist diese auch für eine Rechnungslegung im Rahmen einer Abdingung zwingend.

Soweit ein bestimmter Steigerungssatz vereinbart wird, kann dies völlig unabhängig vom Gebührenrahmen und den Bemessungskriterien des § 5 GOZ erfolgen. Abweichende Vereinbarungen sind ihrer Höhe nach grundsätzlich nicht limitiert. So hat das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung vom 25.10.2004 (Az.: 1 BvR 1437/02) eine Honorarvereinbarung mit Steigerungssätzen zwischen dem 3,9fachen und dem 8,2fachen für zulässig erachtet. Eine Grenze stellt jedoch das zahnärztliche Berufsrecht dar, das nach wie vor überhöhte Vergütungsforderungen verbietet sowie § 138 BGB (Wucher) der ein Rechtsgeschäft für sittenwidrig und mithin als von Anfang unwirksam erklärt, wenn Leistung und Gegenleistung in einem auffälligen Missverhältnis zueinander stehen.

Die Gebührenspanne ist in freier Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem auszuhandeln. Die Vereinbarung ist dabei nicht an besondere Gründe wie Schwierigkeit, erhöhter Zeitaufwand oder Umstände der Ausführung (§ 5 Abs. 2 GOZ) gebunden.

Für das rechtsgültige Zustandekommen einer entsprechenden Vereinbarung sind die gleichen Voraussetzungen erforderlich wie für einen privatrechtlichen Vertrag. Dabei muss der Zahlungspflichtige wissen, was er vereinbart und welche Konsequenzen es für ihn hat. Aus diesem Grunde ist eine sorgfältige Aufklärung durch den Zahnarzt erforderlich. Der Zahlungspflichtige muss insbesondere über die Bedeutung und die Auswirkungen einer von der GOZ abweichenden Honorarvereinbarung aufgeklärt werden; d. h. er muss darüber informiert werden, inwieweit das Honorar von der GOZ abweicht. Liegt eine solche Aufklärung nicht vor, ist der Zahlungspflichtige nicht an die Vereinbarung gebunden. Die Vereinbarung muss stets zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem geschlossen werden.

Für die Beurteilung der Höhe der Abweichung kommt dabei dem Steigerungssatz der Gebührenbemessung (Multiplikator) maßgebliche Bedeutung als Orientierungsmaßstab zu. Um die für den Zahlungspflichtigen notwendige Transparenz zu gewährleisten, schließt Absatz 1 Satz 2 die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl oder eines abweichenden Punktwerts ausdrücklich aus, weil es sich insoweit lediglich um unselbstständige rechnerische Bestandteile der Gebühr handelt, deren Höhe und Bedeutung dem Zahlungspflichtigen in der Regel – im Gegensatz zu dem die Gebührenhöhe prägenden Steigerungssatz – im Einzelnen auch nicht bekannt sein dürfte. Die Präzisierung erfolgt in Übereinstimmung mit der vorherrschenden Auslegung zum geltenden Recht, wonach aus den dargelegten Gründen die Vereinbarung abweichender Punktzahlen oder eines abweichenden Punktwerts nicht als zulässige Vereinbarung einer abweichenden Gebührenhöhe im Sinne der geltenden Fassung des § 2 Abs. 1 erachtet wird.

Dass eine Notfall- und Schmerzbehandlung nicht von der Unterzeichnung einer abweichenden Vereinbarung abhängig gemacht werden dürfen, ist vor dem Hintergrund der berufsrechtlichen Vorschriften nichts Neues und heute schon geltendes Recht. Dies besagt jedoch nicht, dass Notfall- und akute Schmerzbehandlungen von einer abweichenden Vereinbarung ausgenommen sind. Eine abweichende Vereinbarung kann auch bei einer Notfall- oder akuten Schmerzbehandlung abgeschlossen werden. Jedoch dürfen diese Behandlungen nicht von einer vorher getroffenen „abweichenden Vereinbarung“ abhängig gemacht werden. Wenn ein Patient, bei dem eine Notfall- oder akute Schmerzbehandlung erforderlich ist, entweder nicht in der Lage ist, mit dem Zahnarzt eine „abweichende Vereinbarung“ zu treffen oder eine solche Vereinbarung verweigert, müssen die Notfall- oder akuten Schmerzbehandlungen dennoch stattfinden. Dies ist selbstverständlich und entspricht dem normalen ethischen Empfinden eines Arztes.

Bewertung/Fazit:

Die Aufnahme der Begriffe Zahlungspflichtiger und Zahnarzt im Gegensatz zur Formulierung in der GOÄ stellt klar, dass das der Behandlungsvertrag nicht deckungsgleich mit dem Zahlungsverhältnis sein muss und versucht eine einheitliche Begrifflichkeit in die GOZ 2012 einzuführen.

§ 2 – Abweichende Vereinbarung

	Verordnungstext
	Absatz 2
GOZ 2012	Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem vereinbarten Steigerungssatz und dem sich daraus ergebenden Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.
GOZ `88	Eine Vereinbarung nach Absatz 1 zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem ist vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muss die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- „Persönliche Absprache“ bedeutet, dass es im Einzelfall zwischen Zahlungspflichtigem und Zahnarzt oder seinem/-r Vertreter/-in einer individuellen Besprechung der Honorarvereinbarung bedarf.

Kommentierung:

Die Änderungen in § 2 Abs. 2 GOZ stellen ebenfalls die Übernahme der entsprechenden Regelungen aus der GOÄ dar.

Die „persönliche Absprache im Einzelfall“ (das „Aushandeln“) stellt in Übereinstimmung mit dem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 30.10.1991 (Az: VIII ZR 51/91) klar, dass es zur Wirksamkeit einer abweichenden Honorarvereinbarung der individuellen Absprache im Einzelfall zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem (meist Patienten) bedarf; allerdings war bisher in bestimmten Grenzen eine Vertretung des Zahnarztes diesbezüglich möglich. Auch mit der Neuregelung ist es weiter möglich, dass Zahnmedizinische Fachangestellte (ZMF) oder Verwaltungsangestellte (ZMV) dem Patienten eine derartige abweichende Vereinbarung zumindest wohl noch präsentieren und erklären können. Nach hier vertretener Auffassung, kann der Praxisinhaber die persönliche Absprache an einen Zahnarzt delegieren, der z. B. als sein Angestellter den Patienten behandelt und in Erfüllung der vertraglichen Verpflichtung des Praxisinhabers tätig wird. Für diese Auffassung spricht, dass im Verordnungstext nicht die Rede davon ist, dass diese Absprache „höchstpersönlich“ erfolgen muss. Auch in der Begründung zur Novellierung der GOZ (Amtliche Begründung der Ersten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), im Weiteren nur noch „Amtliche Begründung“, S. 47) wird eine Vertretung des Zahnarztes bei der Vereinbarung ausdrücklich nicht ausgeschlossen.

Gemäß § 2 Abs. 2 Satz 1 GOZ hat die abweichende Vereinbarung vor Leistungserbringung zu erfolgen. Dieses Erfordernis entspricht der Tatsache, dass die Bestimmung einer Vergütungshöhe Bestandteil des Behandlungsvertrages sein muss. Um die Höhe einer erforderlichen Vergütung abschätzen zu können, wird in vielen Fällen eine vorherige Untersuchung erforderlich sein. In diesem Falle ist die Vereinbarung dann spätestens nach der Erstuntersuchung zu treffen Es ist nicht zulässig während einer laufenden Behandlung (sozusagen auf dem Behandlungsstuhl) für die Zukunft über gerade begonnene Leistungen eine abweichende Vereinbarung zu treffen, da in diesem Fall, dem Patienten die Entscheidungsfreiheit (Selbstbestimmungsrecht) genommen ist.

Der Patient könnte sich durch die bereits begonnene Behandlung unter Druck gesetzt fühlen, die abweichende Vereinbarung zu unterzeichnen, um eine Weiterbehandlung zu erhalten.

Um dem vorzubeugen, ist die Vereinbarung vor Leistungsbeginn abzuschließen. Die Vertragsparteien sind an eine einmal vereinbarte Vergütungshöhe für die betreffende Leistung gebunden.

Eine Vereinbarung, die während der Behandlung geschlossen wird, kann sich nur auf die von diesem Zeitpunkt an zu erbringenden Leistungen erstrecken, soweit diese als selbständige Leistungen berechenbar sind. Sie kann nicht rückwirkend auf bis dahin schon erbrachte Leistungen gültig werden. Eine abweichende Vereinbarung ist daher mit Wirkung für alle noch zu erbringenden Leistungen so lange zulässig, bis die Behandlung insgesamt abgeschlossen ist (ebenso für den ärztlichen Bereich die amtl. Begr. der GOÄ, BR-Drucks. 295/82, S. 13)

Vereinbarungen, die z. B. von Ehegatten getroffen werden, weil der andere Ehegatte als Patient zu diesem Zeitpunkt nicht in der Lage ist oder in der Lage war, eine entsprechende Vereinbarung rechtswirksam zu unterzeichnen, ist in ihrer Wirksamkeit daran gebunden, dass diese „Vereinbarung“ nachträglich bei Wiedereintritt der Geschäftsfähigkeit des betroffenen Patienten von diesem anerkannt wird. Dieses Erfordernis entfällt nur dann, wenn eine notarielle Patientenverfügung vorhanden ist oder der Ehegatte als amtlich bestellter Betreuer (vom Amtsgericht eingesetzt) fungiert.

Im Vergleich zum bisherigen Regelungsinhalt werden in Absatz 2 Satz 2 die inhaltlichen Anforderungen an eine Honorarvereinbarung erweitert. Die zusätzlich geforderten Angaben erhöhen die Transparenz über den Umfang der vereinbarten Abweichung und tragen damit auch zur Rechtsklarheit und Rechtssicherheit bei. Die abweichende Vereinbarung muss folgende Bestandteile enthalten:

- die Nummer der Leistung aus dem Leistungsverzeichnisses der Gebührenordnung,
- die Bezeichnung der Leistung,
- den vereinbarten Steigerungssatz,
- den vereinbarten Betrag sowie
- die Feststellung, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen (Beihilfebehörden, Privatversicherer) möglicherweise nicht im vollen Umfang gewährleistet ist.

Diese Inhalte müssen zwingend vorliegen. Andere zusätzliche Erklärungen dürfen in der Vereinbarung nicht enthalten sein. Es ist also nicht möglich, die Vereinbarung mit einem Heil- und Kostenplan oder mit einem Krankenhausaufnahmevertrag zusammengefasst oder eine solche Vereinbarung mit dem Wahlleistungsvertrag auf einem Schriftstück zu treffen oder gar mit anderen Teilen des Aufnahmevertrags oder mit Schriftstücken im Rahmen der ärztlichen Aufklärung zu verbinden.

Die Honorarvereinbarung ist in einem Schriftstück zu treffen, das für jeden Einzelfall einer Honorarvereinbarung zu individualisieren ist (bzgl. Gebührenziffer und Steigerungssatz). Eine pauschale Vereinbarung für alle Leistungen „der Zukunft“ ist nicht möglich.

Formularmäßige Honorarvereinbarungen, bei denen z. B. in ein vorformuliertes Formular oder einen Vordruck nachträglich lediglich noch der Name des Patienten, die Diagnose und das Datum eingetragen werden, wurden von der Rechtsprechung bislang sehr kritisch gesehen. Im Zuge der Rechtsprechung des BGH hatten die unteren Instanzen Honorarvereinbarung geprüft mit dem Ergebnis, dass die Vereinbarungen textlich nicht einer Individualabrede entsprechen und von daher die gesamte Vereinbarung als formularmäßige Vereinbarung den Bestimmungen über die Allgemeinen Geschäftsbedingungen zur Prüfung unterliege. Diese strenge Rechtsprechung hat durch einen Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 25.10.2004 (Az: 1 BvR 1437/02) eine wesentliche Änderung erfahren. So hat das Bundesverfassungsgericht betont, dass es dem Wesen einer Individualvereinbarung nach § 2 Abs. 2 GOZ nicht widerspreche, wenn sämtliche durch § 2 vorgegebenen Textteile für sämtliche Honorarvereinbarungen identisch seien. Inhalte der Honorarvereinbarung, die rechtlich verbindlich vorgeschrieben sind, können nicht als Indiz für Allgemeine Geschäftsbedingungen herangezogen werden Der Inhalt einer Individualvereinbarung ist demnach allein auf die in Betracht kommenden Gebührenziffern und auf die für sie jeweils vereinbarten Gebührensätze beschränkt. Eine Individualabrede und keine Allgemeinen Geschäftsbedingungen, liegt somit jedenfalls dann vor, wenn in dem vorformulierten Text auf der Grundlage einer individuell vereinbarten Behandlungsmaßnahme die zwei wesentlichen Individualparameter eingetragen werden, und zwar die individuelle Leistung, gekennzeichnet durch

die Gebührenziffer und ein vorher nicht abstrakt definierter Gebührensatz, der je nach Gebührenziffer variiert. Erfreulicherweise hat das Bundesverfassungsgericht auch betont, dass eine Individualvereinbarung nicht erfordere, dass über den Preis der einzelnen Leistung verhandelt wird.

Angelehnt daran wird auch in der Begründung zur Novellierung der GOZ (Amtliche Begründung, S.47) ausgeführt:

„Das Aushandeln der Gebührensätze für jede einzelne Leistung ist nicht zwingend."

Dem Zahlungspflichtigen (Patient, wenn dieser auch Rechnungsempfänger ist) ist eine unterschriebene und mit Datum versehene Kopie der Honorarvereinbarung, d. h., ein zweites, ebenfalls von Zahnarzt und Patient unterzeichnetes Exemplar, auszuhändigen.

Die Vorschriften über Form und Inhalt einer abweichenden Honorarvereinbarung sind zwingend und dienen dem Schutz des Patienten vor übereiligen Entscheidungen und Eingeständnissen. Für das Schriftstück selbst bestehen keine besonderen Formvorschriften. Es kann von seiner äußeren Form her beliebig gestaltet werden. Erforderlich ist nur, dass das Schriftstück von den beiden Vertragsparteien (Zahnarzt und Zahlungspflichtigem) unterzeichnet wird (§ 126 BGB), da andernfalls keine rechtswirksame vertragliche Vereinbarung zustande kommt. Der eigenhändigen Unterzeichnung von Zahnarzt und Patient steht jedoch nicht entgegen, dass die Möglichkeit der Vertretung besteht. Nicht ausreichend ist hingegen eine "Unterzeichnung" mit Stempel, Faksimile oder anderen mechanischen Hilfsmitteln.

Bewertung/Fazit:

Auch diese Vorschrift stellt klar, dass bei „abweichenden Vereinbarungen" die GOZ mit ihren Vorschriften mit Ausnahme einer Vereinbarung über den Multiplikator und den Rechnungsbetrag insgesamt gültig bleibt. Die Vorschrift lässt aber auch erkennen, dass nicht der Steigerungssatz allein Gegenstand der abweichenden Vereinbarung sein darf, sondern dass zu dem Steigerungssatz auch der vereinbarte Betrag in Euro gehört.

Durch das Erfordernis der persönlichen Absprache werden Gebührenvereinbarungen im Vordruck zukünftig problematischer. Es sollte möglichst eine/ein Zahnmedizinische/-r Fachangestellte/-r als Zeugin/ Zeuge hinzugezogen werden.

§ 2 – Abweichende Vereinbarung

	Verordnungstext
	Absatz 3
GOZ 2012	Leistungen nach § 1 Abs. 2 Satz 2 und ihre Vergütung müssen in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden. Der Heil- und Kostenplan muss vor Erbringung der Leistung erstellt werden; er muss die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Feststellung enthalten, dass es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist. § 6 Abs. 1 bleibt unberührt.
GOZ `88	Auf Verlangen des Zahlungspflichtigen können Leistungen im Sinne des § 1 Abs. 2 Satz 2, die weder im Gebührenverzeichnis (Anlage) noch im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte enthalten sind, und ihre Vergütung abweichend von dieser Verordnung in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden. Der Heil- und Kostenplan muss vor Erbringung der Leistung erstellt werden; er muss die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Feststellung enthalten, dass es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist. § 6 Abs. 2 bleibt unberührt.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Kommentierung:

§ 2 Abs. 3 GOZ bringt eine wesentliche Änderung gegenüber der derzeitigen Rechtslage mit sich. Bisher musste eine schriftliche Vereinbarung nur für Verlangensleistungen getroffen werden, die weder in der GOZ noch in der GOÄ enthalten waren. Künftig müssen alle Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, gleich ob sie bereits vor Inkrafttreten der GOZ bestanden oder nicht, stets in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden.

Voraussetzungen sind nun:

1. das Verlangen des Zahlungspflichtigen,
2. ein schriftlicher Heil- und Kostenplan vor Erbringung der Leistung mit
3. einer textliche Feststellung, dass es sich um eine Leistung auf Verlangen handelt
4. und einer textlichen Belehrung über das Erstattungsrisiko

Entfallen ist damit die Möglichkeit, allein durch Kennzeichnung in der Rechnung "auf Verlangen" bestimmte Leistungen zu erbringen. Ein Heil- und Kostenplan ist nunmehr für alle Leistungen auf Verlangen, vor deren Erbringung, zu vereinbaren, um diese auch liquidieren zu können. Die Kennzeichnungspflicht ist nach § 10 Abs.3 Satz 7 GOZ daneben weiter zwingend für die Rechnungslegung vorgegeben.

Bei Leistungen, die nicht in der GOZ oder GOÄ enthalten sind und für die sich auch keine Analogposition finden lässt (z.B. Bleaching) genügt es, wenn die Leistung im Heil- und Kostenplan beschrieben wird. Ein Steigerungssatz kann für diese Art von Leistungen selbstverständlich auch nicht angegeben werden. Es ist in diesen Fällen daher der Formvorschrift genüge getan, wenn die Vergütung (wie bisher) als Geldbetrag aufgeführt wird.

In einem möglichen Honorarprozess hat der Zahnarzt das Vorliegen der schriftlichen Vereinbarung über die Verlangensleistung nachzuweisen.

Bewertung/Fazit:

Mit der Neuformulierung ist eine Steigerung des Verwaltungsaufwands verbunden. Allerdings ist damit auch die Chance eröffnet bereits zu Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten nicht nur zu sprechen, sondern diese auch klar zu fixieren.

§ 2 – Abweichende Vereinbarung

	Verordnungstext
	Absatz 4
GOZ 2012	Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatzahnärztlichen Leistungen ist eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 nur für vom Wahlzahnarzt persönlich erbrachte Leistungen zulässig.
GOZ `88	nicht vorhanden

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- „vorstationär" ist eine stationäre Behandlung ohne Unterkunft und Verpflegung. Meist dient sie zur Abklärung, ob eine vollstationäre Behandlung notwendig ist
- „nachstationär" ist ebenfalls eine Behandlung ohne Unterkunft und Verpflegung, die sich an eine vollstationäre Behandlung, meist zur Sicherung des Behandlungserfolges, anschließt
- „teilstationär" ist eine Behandlung mit Unterbringung und Verpflegung, aber ohne Aufenthalt über Nacht (z.B. Tagesklinik)

Kommentierung:

Der neue Absatz 4 beinhaltet eine Anpassung an die Regelungen der GOÄ (dort § 2 Abs. 3 i.V.m. § 4 Abs. 2 Satz 3). Der Zahnarzt, der gegenüber einem Patienten aus einer Wahlleistungsvereinbarung verpflichtet ist, muss seine Leistungen gemäß § 613 Satz 1 BGB grundsätzlich selbst erbringen. Nach dieser Bestimmung hat der zur Dienstleistung Verpflichtete die Dienste im Zweifel in Person zu erbringen.

§ 2 Abs. 4 Satz 2 GOZ begrenzt für den vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Bereich die Möglichkeit einer abweichenden Honorarvereinbarung nunmehr auf persönlich vom Wahlzahnarzt erbrachte Leistungen. Dies bedeutet, dass nur für vom Wahlzahnarzt persönlich erbrachte Leistungen eine „abweichende Vereinbarung gemäß § 2 GOZ bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen zulässig ist.

Diese Vorschrift erstreckt sich, wie der Wortlaut erkennen lässt, eindeutig nicht auf den ambulanten Bereich. Von dem Verbot ist nur der stationäre Bereich betroffen. Dies bedeutet, dass im ambulanten Bereich auch für Leistungen, die der niedergelassene Zahnarzt ggf. an entsprechend qualifizierte nachgeordnete Zahnärzte delegiert hat, eine „abweichende Vereinbarung" geschlossen werden darf.

Für den stationären Bereich (vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär) gilt, dass der liquidationsberechtigte Wahlzahnarzt eine „abweichende Vereinbarung nach § 2 GOZ" nur für Leistungen schließen darf, die er persönlich erbringt (so auch klarstellend schon BGH, Urteil vom 20.12.2007, Az.: III ZR 144/07). Abweichend von § 4 Abs. 2 GOZ ist in diesen Fällen zukünftig eine Leistungserbringung unter Aufsicht oder fachlicher Weisung nicht mehr möglich. Eine in die Vereinbarung aufgenommene Stellvertreterregelung ist jedoch nicht ausgeschlossen. Erfolgt die Leistungserbringung nicht persönlich bzw. durch den zahnärztlichen Vertreter des Wahlzahnarztes, verbleibt der „normale" Vergütungsanspruch nach der GOZ.

Bewertung/Fazit:

Die höchstrichterliche Rechtsprechung wurde durch die neue Regelung übernommen.

§ 3 – Vergütungen

	Verordnungstext
GOZ 2012	Als Vergütungen stehen dem Zahnarzt Gebühren, Entschädigungen und Ersatz von Auslagen zu.
GOZ `88	Als Vergütungen stehen dem Zahnarzt Gebühren, Wegegeld und Ersatz von Auslagen zu.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- „Gebühren“: siehe § 4 Abs. 1 GOZ
- “Entschädigungen“ : siehe § 8 Abs. 1 und 2 GOZ

Kommentierung:

Bei § 3 GOZ handelt es sich nicht um eine anspruchsbegründende Regelung. Die Vorschrift enthält nur eine abschließende Aufzählung der einzelnen Vergütungsarten, die der Zahnarzt für seine berufliche Leistungen beanspruchen kann, besagt jedoch nichts über deren Definition oder Inhalt, die jeweils in besonderen Bestimmungen geregelt sind.

§ 3 beinhaltet folgende Vergütungsarten:

Gebühren in § 4 GOZ,
Entschädigungen in § 8 GOZ,
Ersatz von Auslagen in § 4 Abs. 3 und § 9 GOZ.

Die „Gebühren“ werden in § 4 GOZ definiert; dort finden sich auch die weiteren Voraussetzungen für diese Vergütungsart. Die Einzelheiten für die „Entschädigungen“ werden in § 8 GOZ näher erläutert und die Vergütungsart „Ersatz von Auslagen“ wird in den § 4 Abs. 3 und § 9 GOZ näher beschrieben.

Mit dieser Bestimmung ist klargestellt, dass neben den eigentlichen zahnärztlichen Gebühren, die sich in Verbindung mit dem Leistungsverzeichnis und den Multiplikatoren errechnen, dem Zahnarzt auch Entschädigungen und Ersatz von Auslagen zustehen. Der Regelungsinhalt beschreibt einen allgemeinen Grundsatz, so dass dem Zahnarzt grundsätzlich der Ersatz seiner Auslagen zusteht, sofern nicht andere Bestimmungen, z. B. die GOZ, dieses Recht einschränken. Durch die Vergütungselemente Gebühren, Entschädigungen und Auslagenersatz sind gemäß § 1 Abs. 1 GOZ die beruflichen Leistungen des Zahnarztes abgegolten.

§ 9 GOZ enthält bezüglich der Berechnungsfähigkeit von „Auslagen“ eine Sonderregelung für den Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen. Der Zahnarzt kann jedoch auch den Ersatz von Auslagen verlangen, die nicht durch die Erbringung berufstypischer Leistungen bedingt sind. Es handelt sich hierbei um Aufwendungen, die der Zahnarzt also nur anlässlich einer zahnärztlichen Behandlung und nicht durch die Behandlung selbst hat. Beispielhaft genannt seien in diesem Zusammenhang z. B. vom Zahnarzt verauslagte Aufwendungen für einen Krankentransport oder sonstige Aufwendungen im Zusammenhang einer Nothilfeleistung. Anspruchsgrundlage für den Aufwendungsersatz ist hierbei § 670 BGB (Ersatz von Aufwendungen).

Bewertung/Fazit:

Bezüglich des Ersatzes von Auslagen ist davon auszugehen, dass ein grundsätzlicher Anspruch auf Ersatz der Auslagen besteht, soweit er nicht durch die GOZ eingeschränkt ist. In diesem Zusammenhang sind die in § 4 Abs. 3 und 4 GOZ aufgeführten Einschränkungen zu beachten.

§ 4 – Gebühren

	Verordnungstext
	Absatz 1
GOZ 2012	Gebühren sind Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis (Anlage 1) genannten zahnärztlichen Leistungen.
GOZ `88	Gebühren sind Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis (Anlage) genannten zahnärztlichen Leistungen.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Kommentierung:

In § 4 Abs. 1 GOZ wird nur der Begriff „Gebühren“ definiert. Die Definition gilt auch für Leistungen, die nach § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet werden, da hierfür nur Gebühren auf der Grundlage des Leistungsverzeichnisses der GOZ angesetzt werden dürfen. Da die Möglichkeit besteht, dass Leistungen erbracht werden, die nicht im Gebührenverzeichnis der GOZ stehen und § 6 Abs. 2 GOZ auf die GOÄ verweist, ist der Gebührenbegriff in § 4 Abs. 1 GOZ nicht abschließend.

Bewertung/Fazit:

Der Regelungsinhalt des § 4 Abs. 1 GOZ ist inhaltlich unverändert im Vergleich zum bisherigen Verordnungstext. Aus der „Anlage“ wurde, bedingt durch die Einführung des neuen Rechnungsformulars (siehe § 10 Abs. 1 GOZ) als „Anlage 2“, die „Anlage 1“.

§ 4 – Gebühren

	Verordnungstext
	Absatz 2
GOZ 2012	Der Zahnarzt kann Gebühren nur für selbständige zahnärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Zahnarzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte. Eine Leistung ist methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der anderen Leistung (Zielleistung) umfasst und auch in deren Bewertung berücksichtigt worden ist.
GOZ `88	Der Zahnarzt kann Gebühren nur für selbständige zahnärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Zahnarzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- „Zahnärztliche Leistungen“ sind solche, die ihrer Natur nach in den Tätigkeitsbereich eines Zahnarztes fallen. Der Tätigkeitsbereich eines Zahnarztes ist in § 1 Abs. 3 Zahnheilkundegesetz (ZHG) beschrieben. Danach ist Ausübung der Zahnheilkunde die berufsmäßige auf zahnärztlich wissenschaftliche Erkenntnis gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. Hierunter fallen nicht ärztliche Leistungen, die der Zahnarzt aufgrund seiner Ausbildung und des Berufsrechts nicht erbringen darf, sowie zahntechnische Leistungen.
- „Eigene Leistungen“ bedeutet, dass der Zahnarzt die betreffenden zahnärztlichen Leistungen höchstpersönlich und eigenhändig zu erbringen hat. Nicht ausgeschlossen ist dabei, dass die Leistungen unter seiner Aufsicht und fachlichen Anleitung durch qualifizierte Praxismitarbeiter erbracht werden.

Kommentierung:

In § 4 Abs. 2 Satz 1 und 2 GOZ sind inhaltlich zur GOZ `88 unverändert.

In Absatz 2 Satz 1 wird der Grundsatz der Höchstpersönlichkeit der Erbringung der freiberuflichen Leistungen zum Ausdruck gebracht. Zu den eigenen Leistungen eines Zahnarztes zählen die eigenhändig vom Zahnarzt erbrachten zahnärztlichen Leistungen, aber auch die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung bzw. Anweisung erbrachten Leistungen. Eine selbständige Leistung umfasst in der Regel mehrere oder viele Teilschritte, die zu einer in sich geschlossenen Einzelleistung oder zu einem Komplex von Maßnahmen zusammengefasst sind. Vorbereitungs- und Rüsttätigkeiten sind genauso umfasst wie Zuarbeiten von Hilfspersonal und Aufzeichnungen zur Dokumentation und Abrechnung.

Auch in einem Vergütungssystem nach Einzelleistungen kann nicht jeder Handgriff einzeln aufgelistet werden. Die nicht ausdrücklich genannten Handgriffe sind in den Leistungseinheiten des Gebührenverzeichnisses mit erfasst und mit bewertet. Sie sind nicht als unentgeltliche Dienste für den Patienten anzusehen. Der Vorschrift kommt insoweit jedoch kein selbstständiger Regelungswert zu, als der Grundsatz höchstpersönlicher Erbringung der zahnärztlichen Leistungen sowie die Grundsätze zulässiger Übertragung von Einzelleistungen auf zahnärztliches Hilfspersonal sowohl in der zahnärztlichen Berufsordnung als auch im Zahnheilkundegesetz verankert sind. Auch wenn die Voraussetzung zur Übertragung von Leistungen auf nicht approbiertes Hilfspersonal vorliegen, so

kann an diesen Personenkreis keine zahnärztliche Leistung zur selbstständigen Erbringung delegiert werden. Ein Patient, der mit einem Zahnarzt einen Behandlungsvertrag (Dienstvertrag nach § 611 BGB) abgeschlossen hat, darf erwarten, dass aufgrund des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung der Zahnarzt die betreffende Leistungen persönlich erbringt.

„Zahnärztliche Leistungen" sind solche, die ihrer Natur nach in den Tätigkeitsbereich eines Zahnarztes fallen. Hierher gehören nicht ärztliche Leistungen, die der Zahnarzt aufgrund seiner Ausbildung und des Berufsrechts nicht erbringen darf, und zahntechnische Leistungen. Eine Leistung darf nicht bereits deshalb berechnet werden, weil sie im Leistungsverzeichnis der Gebührenordnung steht und allgemein zum Leistungsspektrum der entsprechenden Behandlung gehört. Leistungen dürfen nur berechnet werden, wenn sie tatsächlich im Einzelfall erbracht wurden. Ist in einer Leistungsbeschreibung eine Mindestzeit vorgeschrieben, so kann diese Leistung nicht berechnet werden, wenn die Mindestzeit unterschritten wurde.

Mit dem neuen Satz 3 wird der Text aus § 4 Abs. 2 a Satz 2 GOÄ in die GOZ übernommen. Der neue Satz 3 wiederholt den Grundsatz des Satzes 2 (nicht gesonderte Berechenbarkeit von Leistungsbestandteilen) nochmals ausdrücklich für operative Leistungen. Zuletzt hat der Bundesgerichtshof in seiner Entscheidung vom 05.06.2008, Az.: III ZR 239/07 nochmals betont, dass es nicht darauf ankommt, was im Einzelfall notwendig ist, um die Leistung kunstgerecht zu erbringen. Einzig taugliches Abgrenzungskriterium ist vielmehr zunächst die Bestimmung des Leistungsumfangs und sodann die Bestimmung der hierzu notwendigen Einzelverrichtungen. Soweit diese als selbständige Leistungen nach der Gebührenordnung abrechenbar sind, können sie gebührenrechtlich auch in Ansatz gebracht werden. Diesem Grundsatz folgend fasst der neu eingefügte § 4 Abs. 2 Satz 4 GOZ die Leitsätze, die der Bundesgerichtshof in seinen Entscheidungen (BGH, Urteil vom 13.05.2004, Az. III ZR 344/03; Urteil vom 16.03.2006, Az. III ZR 217/05; Urteil vom 21.12.2006, Az. III ZR 117/06; Urteil vom 05.06.2008, Az. III ZR 239/07) aufgestellt hat, zusammen. Die Regelung des § 4 Abs. 2 Satz 2 bis 4 GOZ hat ausschließlich zum Ziel eine doppelte Honorierung zahnärztlicher Leistungen zu vermeiden. Sie kann jedoch nicht dazu benutzt werden vom Verordnungsgeber als selbständig angesehene Leistungen zum Bestandteil einer anderen Leistung zu machen. Das Grundprinzip der Gebührenordnung bleibt das Prinzip der Einzelleistungsvergütung. Nur die Gebührenordnung selbst kann dieses Grundprinzip durch entsprechende Leistungsbeschreibungen und eine Berücksichtigung in der Bewertung der Leistung einschränken.

Dies wird auch in der Begründung zur Novellierung der GOZ (Amtliche Begründung, S. 48/49) klar zum Ausdruck gebracht:

„Das Zielleistungsprinzip dient der Vermeidung von Doppelvergütungen. Für den Bereich der operativen Leistungen hat dies wegen der Vielzahl operativer Gebührenpositionen und im Hinblick auf deren Kombinierbarkeit besondere Bedeutung. Die Geltung des Zielleistungsprinzips wird deshalb für den operativen Bereich ausdrücklich hervorgehoben. Mit dem neuen Satz 4 wird das Zielleistungsprinzip nach Satz 2 präziser beschrieben. Im Hinblick auf die Zielsetzung der Vermeidung von Doppelvergütungen wird klargestellt, dass eine Leistung dann als notwendiger Bestandteil der anderen Leistung anzusehen ist, wenn sie von deren Leistungsbeschreibung umfasst ist und auch bei der Bewertung berücksichtigt worden ist."

Um die Frage der Selbständigkeit einer Leistung gemäß § 4 Abs. 2 GOZ zu klären, sind drei Prüfungsschritte vorzunehmen:

1. Die historische Prüfung, in der festgestellt wird, ob zum Zeitpunkt der Bildung der Leistungslegende im Leistungsverzeichnis zur Gebührenordnung für Zahnärzte für die operative Gesamtleistung eine solche Teilleistung überhaupt schon bekannt war. War eine solche Teilleistung nämlich noch nicht bekannt und ist sie erst später wissenschaftlich entwickelt und in die operative Leistung eingeführt worden, ist selbstverständlich zu prüfen, ob die „neue Teilleistung" etwa eine „ältere Teilleistung" ersetzt hat oder ob es sich durch die „neue Teilleistung" um eine Erweiterung der operativen Gesamtleistung gegenüber dem Zeitpunkt handelt, zu dem die Leistungslegende für diese operative Gesamtleistung gebildet wurde. Dabei ist zu unterscheiden, ob es sich um neue Teilleistungen handelt, die nicht in Erweiterung aber in Verfeinerung der bisher geübten operativen Methode als medizinisch notwendige Bestandteile der beschriebenen Leistung anzusehen sind, oder ob es sich um durch den medizinischen Fortschritt erzwungene, d. h. medizinisch notwendige Teilleistungen

handelt, die über den bisherigen Leistungsumfang, der durch Leistungslegende und Bewertung festgelegt wurde, hinausgehen.

2. Die Prüfung der Bewertung dahingehend, ob das Gewicht der Teilleistung gemessen an Punkten überhaupt in der Bewertung der Hauptleistung – ebenfalls gemessen an Punkten – bei vernünftiger Abwägung des Leistungsinhaltes untergebracht werden kann.

3. Die medizinische Prüfung, um festzustellen, inwieweit sich die Notwendigkeit der Teilleistung aus der operativen Hauptleistung selbst ergibt. Insoweit hat der Bundesgerichtshof (Urteil vom 13.05.2004, Az: III ZR 344/03) Klarheit gebracht, als dieser ausgeführt hat: „Für die Anwendung des § 6 Abs. 2 GOÄ (analoge Abrechnung in der GOÄ, red.Anm.) kommt es daher darauf an, dass die in Rede stehende Leistung eine andere als die im Leistungsverzeichnis beschriebene ist und nicht nur eine besondere Ausführung der letzteren. Wo die Grenze zwischen beiden liegt, lässt sich letztlich nicht ohne Einbeziehung wertender Gesichtspunkte bestimmen."

Die Schlüsselfunktion kommt nach der positiven höchstrichterlichen Entscheidungen des Bundesgerichtshofes aus den Jahren 2004 und 2006 im ärztlichen Bereich den gerichtlichen Sachverständigen zu. Nach den jüngsten Entscheidungen des BGH ist der Preis der Leistung schlussendlich entscheidend. Der Gutachter entscheidet über die Angemessenheit.

Bewertung/Fazit:

Der neue Satz 3 ist lediglich eine Anpassung an die Regelung des § 4 Abs. 2a GOÄ. Die einhellige höchstrichterliche Rechtsprechung zur Frage der Interpretation des § 4 Abs. 2 Satz 3 GOZ und seinem Pendant in der GOÄ ist in § 4 Abs. 2 Satz 4 GOZ eingeflossen. Für die zahnärztliche Gebührenordnung mit einer Vielzahl von Einzelleistungen und nur wenigen Komplexleistungen ist die Regelung als Klarstellung der Rechtslage unter Wahrung des Prinzips der Einzelleistungsvergütung zu verstehen.

§ 4 – Gebühren

	Verordnungstext
	Absatz 3
GOZ 2012	Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf, für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten sowie für Lagerhaltung abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist. Hat der Zahnarzt zahnärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach dieser Verordnung selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.
GOZ `88	Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist. Hat der Zahnarzt zahnärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach dieser Verordnung selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- „Praxiskosten“: Hierunter sind alle Kosten zu verstehen, die sich aus dem Betrieb der Praxis ergeben. Hierher gehören Raumkosten, Personalkosten, Kosten für Behandlungsgeräte, Kosten für Verwaltungsbedarf und sonstige Betriebsinvestitionen. Für den vertragszahnärztlichen Bereich hat das Bundessozialgericht entschieden, dass Schreibgebühren den nicht erstattungsfähigen Praxiskosten unterfallen.

Kommentierung:

Eine Legaldefinition des Begriffs „Praxiskosten“ enthält die GOZ nicht. Grundsätzlich sind unter diesem Begriff aber alle Kosten zu verstehen, die sich für den Zahnarzt aus dem Betrieb der Praxis ergeben. Hierher gehören Raumkosten, Personalkosten, Kosten für Behandlungsgeräte, Kosten für Verwaltungsbedarf und sonstige Betriebsinvestitionen.

Die Materialkostenberechnung bei der zahnärztlichen Behandlung hat in den vergangenen Jahren immer wieder zu unterschiedlichen Beurteilungen auch in der diesbezüglichen Rechtsprechung geführt. In § 4 Abs. 3 Satz 1 GOZ wurde durch die Erweiterung des Regelungsinhaltes („… *sowie für Lagerhaltung …)*“ nunmehr die Entscheidung des Bundesgerichtshof (Urteil vom 27.05.2004, Az: III ZR 264/03) umgesetzt, wonach Lagerhaltungskosten nicht gesondert berechenbar sind, sondern als mit den Gebühren abgegoltene Praxiskosten anzusehen sind. Dies führt dazu, dass Lagerhaltungskosten nicht mehr gesondert in Ansatz gebracht werden können.

Die relevanten Leitsätze dieses Urteils sind mittlerweile bekannt:

- Sind Materialien nach dem Gebührenverzeichnis der GOZ nicht berechnungsfähig, sind die Kosten hierfür, soweit nicht § 9 GOZ eingreift, nach § 4 Abs. 3 GOZ mit den Gebühren abgegolten.
- Auslagenersatz nach § 10 Abs. 1 GOÄ kann der Zahnarzt nur für solche Materialien verlangen, die im Zusammenhang mit einer nach § 6 Abs. 1 GOZ eröffneten ärztlichen Leistung verwendet worden sind.
- Außerhalb des durch § 6 Abs. 1 GOZ eröffneten Bereichs kommt eine entsprechende Anwendung des § 10 GOÄ für den Auslagenersatz im Zusammenhang mit zahnärztlichen Leistungen nicht in Betracht.

- Abweichend davon sind die Kosten für bei der Implantatbehandlung benötigte ossäre Aufbereitungshilfen berechnungsfähig, weil sie so hoch sind, dass eine gesonderte Berechenbarkeit in der GOZ eigentlich vorgesehen sein müsste. Gleiches gilt für die Berechnung maschineller, endodontischer Aufbereitungsinstrumente im Einmalverbrauch.
- Kosten, die dem Zahnarzt durch eine Bevorratung von Materialien und Implantaten entstehen, sind als Praxiskosten mit den Gebühren abgegolten.

Zu den abgegoltenen Praxiskosten gehören neben den Kosten für Füllungsmaterial, für Sprechstundenbedarf und für die Anwendung von Apparaten und Instrumenten nunmehr auch die Kosten für die Lagerhaltung.

„Dritte“ im Sinne des § 4 Abs. 3 Satz 2 GOZ sind nicht Personen, die als Angestellte des Zahnarztes über den Begriff der Praxiskosten bereits über § 4 Abs. 2 Satz 1 GOZ erfasst werden. Ferner sind „Dritte“ nicht konsiliarisch hinzugezogene Zahnärzte, da diese ein eigenes Liquidationsrecht nach der Gebührenordnung haben. Eine „Inanspruchnahme Dritter“ ist der Fall, bei Liquidation einer ambulanten Krankenhausbehandlung. Hier entstehen nicht dem Zahnarzt die Kosten, sondern dem Krankenhaus. Sinn und Zweck dieser Bestimmung ist es, zu vermeiden, dass der Patient mit einem weiteren Kostengläubiger konfrontiert wird. § 4 Abs. 3 Satz 2 GOZ schließt also eine gesonderte Berechnung der Krankenhauskosten gegenüber dem Zahlungspflichtigen aus. Da die Kosten mit den Gebühren des Zahnarztes somit abgegolten sind und diesem in der Regel auch keine eigenen Praxiskosten entstanden sind, kann das Krankenhaus seine fallbezogenen Kosten nur gegenüber dem Zahnarzt in Rechnung stellen. Nicht dem § 4 GOZ unterfällt die Herstellung von zahntechnischen Leistungen, da die GOZ unter § 9 GOZ eine eigene Sonderregelung hierfür vorgesehen hat.

Bewertung/Fazit:

Die Änderungen in der Materialkostenberechnung wurden nach dem BGH Urteil aus dem Jahr 2004 bereits in der Zahnärzteschaft umgesetzt. Weitere Verschärfungen sind nicht zu erkennen.

§ 4 – Gebühren

	Verordnungstext
	Absatz 4
GOZ 2009	Kosten, die nach Absatz 3 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht gesondert berechnet werden. Eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in Höhe solcher Kosten ist gegenüber dem Zahlungspflichtigen unwirksam.
GOZ `88	Kosten, die nach Absatz 3 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht gesondert berechnet werden. Eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in Höhe solcher Kosten ist gegenüber dem Zahlungspflichtigen unwirksam.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- „Abtretung“ bedeutet, dass eine Forderung vom bisherigen Gläubiger (= Zedent) durch Vertrag auf einen neuen Gläubiger (= Zessionar) übertragen wird (§ 398 BGB). Die Abtretung ist eine abstrakte Verfügung über eine Forderung; der rechtliche Grund der Abtretung ist hierfür unerheblich. Die Forderung muss bestimmt oder zumindest hinreichend bestimmbar sein. Auch künftige und bedingte Forderungen können bereits abgetreten werden. Der neue Gläubiger (Inhaber der Forderung) tritt praktisch in die Fußstapfen des alten Gläubigers. Der alte Gläubiger hat dann mit der Forderung nichts mehr zu tun. Die Schuld wird vom neuen Gläubiger gegenüber dem Schuldner geltend gemacht.

Kommentierung:

Der Satz 1 bestimmt, dass Kosten, die gemäß § 4 Abs. 3 GOZ mit den Gebühren abgegolten sind, nicht gesondert berechnet werden dürfen. Da sich diese Rechtsfolge bereits aus dem Wortlaut des Absatzes 3 ergibt, kommt dieser Vorschrift kein eigener Regelungsinhalt zu.

Eine gesonderte Berechnung von Praxiskosten nach Absatz 3 kommt nur dann in Betracht, wenn im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist.

Mit der Regelung des § 4 Abs. 4 Satz 2 GOZ soll eine Aufspaltung des einheitlichen Vergütungsanspruchs des Zahnarztes verhindert werden. Der Zahlungspflichtige soll eine Berechnung der Behandlungskosten insgesamt nur von einem Gläubiger – nämlich vom Zahnarzt selbst – erhalten. Eine Abtretung dieser besagten Kosten durch den Zahnarzt wäre zwar grundsätzlich zulässig und möglich, gegenüber dem Zahlungspflichtigen jedoch unwirksam mit der Folge, dass dieser nicht an den Abtretungsempfänger bezahlen muss sondern weiterhin mit Schuldbefreiender Wirkung direkt an den Zahnarzt leisten kann. Unberührt von dieser Regelung besteht für den Zahnarzt die Möglichkeit die Forderung, mit Einverständniserklärung des Patienten, diese insgesamt, z. B. an eine Abrechnungsgesellschaft, abzutreten, denn in diesem Fall steht dem Zahlungspflichtigen nach wie vor nur ein Gläubiger gegenüber.

Bewertung/Fazit:

§ 4 Abs. 4 GOZ ist im Regelungsgehalt inhaltlich unverändert.

§ 4 – Gebühren

	Verordnungstext
	Absatz 5
GOZ 2009	Sollen Leistungen durch Dritte erbracht werden, die diese dem Zahlungspflichtigen unmittelbar berechnen, so hat der Zahnarzt ihn darüber zu unterrichten.
GOZ `88	Sollen Leistungen durch Dritte erbracht werden, die diese dem Zahlungspflichtigen unmittelbar berechnen, so hat der Zahnarzt ihn darüber zu unterrichten.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Kommentierung:

Nach § 4 Abs. 5 GOZ obliegt dem Zahnarzt gegenüber dem Zahlungspflichtigen eine besondere Hinweispflicht, wenn Leistungen, die ein Dritter erbracht hat, unmittelbar dem Zahlungspflichtigen in Rechnung gestellt werden sollen. Gesondert berechenbar sind hierbei alle Leistungen, die nicht bereits gemäß § 4 Abs. 3 GOZ mit den Gebühren abgegolten sind und nicht durch die Sonderregelungen der § 7 GOZ (Gebühren bei stationärer Behandlung) oder § 9 GOZ (Ersatz für Auslagen für zahntechnische Leistungen) ausgeschlossen sind. Nichtzahnärztliche Leistungen lösen eine eigene Berechenbarkeit aus, sofern der zahlungspflichtige Patient mit dem Dritten selbst eine Vertragsbeziehung eingegangen ist.

Bei der Hinzuziehung anderer Ärzte oder Zahnärzte ist dies ebenfalls gegeben, da diese mit dem Patienten einen eigenen Behandlungsvertrag abschließen, unter Umständen auch nur stillschweigend. Der Zahnarzt hat jedoch in diesem Fall den Patienten darüber zu informieren, dass die Kosten für die Leistung des Dritten nicht von ihm, sondern vom Dritten in Rechnung gestellt werden. Die Hinweispflicht muss nicht beinhalten in welcher Höhe die Kosten für die Drittleistung zu erwarten sind. Die Unterrichtung umfasst lediglich die Tatsache der Beauftragung Dritter und deren selbständiges Liquidationsrecht.

Bewertung/Fazit:

§ 4 Abs. 5 GOZ ist inhaltlich unverändert.

§ 5 – Bemessung der Gebühren für Leistungen des Leistungsverzeichnisses

	Verordnungstext
	Absatz 1
GOZ 2012	Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt 5,62421 Cent. Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden; die Rundung ist erst nach Multiplikation mit dem Steigerungsfaktor nach Satz 1 vorzunehmen.
GOZ `88	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 Cent auf volle Centbeträge abzurunden.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Kommentierung:

In § 5 Abs. 1 wurde die Formulierung aus § 5 Abs. 1 Satz 3 GOÄ übernommen.

§ 5 GOZ enthält eine nur im Rahmen einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 GOZ dispositive Regelung. Darüber hinaus ist die Regelung der Gebührenbemessung für den Zahnarzt verbindlich. Der Gebührenrahmen liegt zwischen dem Einfachen und dem Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist dabei der Betrag, der sich aus der Multiplikation der Punktemenge der einzelnen Leistung mit dem Punktewert (§ 5 Abs. 1 Satz 3 GOZ) ergibt. Der „Einfachsatz“ (1,0 bis 2,3facher Satz) gilt für Leistungen, die keinerlei Schwierigkeiten haben oder mit geringem Zeitaufwand erledigt werden können. Liegen diese Umstände nicht vor, handelt es sich nicht mehr um eine unproblematische und kostengünstige Leistungserbringung, so dass der Einfachsatz nicht mehr eine angemessene Vergütung darstellt. Der Verordnungsgeber ist gemäß § 15 Abs. 2 des Zahnheilkundegesetzes nur ermächtigt, in der Gebührenordnung einen Mindest- und einen Höchstsatz für die zahnärztlichen Leistungen festzulegen. Grund hierfür ist, dass auch bei identischen Leistungen im zahnärztlichen Bereich der Aufwand jeweils stark differieren kann.

Die Erstellung eines Gebührenrahmens soll eine „Austauschgerechtigkeit“ ermöglichen, d. h. im Einzelfall soll unter Berücksichtigung aller Umstände und der Interessen der Vertragsparteien eine für beide Seiten akzeptable Lösung gefunden werden. Dieser Gebührenrahmen darf in der Regel weder über- noch unterschritten werden. Eine Unterschreitung ist lediglich nach den Umständen des Einzelfalls möglich. Solche Fälle, in denen die Gebühr aus sozialen Gründen unterschritten werden müsste, sind äußerst selten. Eine Überschreitung ist immer im Wege des § 2 GOZ (abweichende Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Patient) möglich.

Der Punktwert wurde nicht erhöht. Damit liegt er weiterhin unter dem Punktwert der GOÄ (Gebührenordnung der Ärzte) von 5,82873 Cent, die bereits im Jahre 1996 novelliert wurde.

Bewertung/Fazit:

Da nach bisheriger Rechtslage stets abgerundet werden musste, ist durch die Übernahme der Rundungsregelung aus der GOÄ eine den normalen mathematischen Regelungen folgende Ab- bzw. Aufrundungsverpflichtung gegeben, was letztlich zu einer geringen Verbesserung führt.

Der Punktwert wurde nicht angehoben. Damit wird keinerlei Kostensteigerung und Inflation seit der letzten Novellierung im Jahre 1988 berücksichtigt. Ausgehend vom allgemeinen Preisniveau für Dienstleistungen im Jahr 1987/88 und dem Index für Dienstleistungspreise im Jahre 2007, ergibt sich folgendes Bild: In der Zeit von 1988 bis 2007 sind die Preise für Dienstleistungen und Reparaturen um **64,9 Prozentpunkte** gestiegen. Bezieht man diese Preissteigerung auf den GOZ – Punktwert von 5,6241 Cent so müsste dieser im Jahre 2007 nach dem in der Gesetzesbegründung zum Ausdruck gebrachten Willen des Gesetzgebers bereits **9,274 Cent** betragen haben.
Es steht zu befürchten, dass die hohe Qualität bei der zahnmedizinischen Versorgung nicht zu halten ist. Die betriebswirtschaftliche Kalkulation der einzelnen Praxis wird damit weiter erschwert. Einziger Ausweg ist eine weitere Forcierung von Gebührenvereinbarungen nach § 2 GOZ. Daneben sollte das offene Gespräch mit den Patienten gesucht werden, um ihm die Hintergründe dieses Vorgehens transparent zu machen und bei ihm Verständnis und Vertrauen zu gewinnen.

§ 5 – Bemessung der Gebühren für Leistungen des Leistungsverzeichnisses

	Verordnungstext
	Absatz 2
GOZ 2012	Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leitungen sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein; Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. Der 2,3fache Gebührensatz bildet die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab; ein Überschreiten dieses Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen; Leistungen mit unterdurchschnittlichem Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand sind mit einem niedrigeren Gebührensatz zu berechnen.
GOZ `88	Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- „Billiges Ermessen“: "Der Berechtigte hat einen Ermessensspielraum. Was billigem Ermessen entspricht, ist unter Berücksichtigung der Interessen beider Parteien und des in vergleichbaren Fällen Üblichen festzustellen." (Palandt, § 315, RN 10). „Billiges Ermessen“ ist eine juristische Umschreibung für einen angemessenen, fairen Preis für die erbrachte Leistung.

Kommentierung:

Nach § 5 Abs. 2 Satz 1 GOZ hat der Zahnarzt die Gebühren „nach billigem Ermessen“ zu bestimmen. Dabei hat er Schwierigkeiten, Zeitaufwand und die Umstände des Einzelfalls zu berücksichtigen. Hierbei findet der allgemeine zivilrechtliche Grundsatz des § 315 Abs. 1 BGB Anwendung, wonach dann, wenn die Leistung von einem der Vertragsschließenden bestimmt werden soll, im Zweifel anzunehmen ist, dass die Bestimmung nach billigem Ermessen zu treffen ist. Hierdurch wird eine willkürliche oder in das freie Belieben des Zahnarztes gestellte Gebührenbestimmung verhindert. Der Zahnarzt hat hingegen eine, unter Berücksichtigung der beiderseitigen Interessen und der in vergleichbaren Fällen üblicherweise geforderten Gebühren, angemessene Gebührenhöhe zu bestimmen. Mit Urteil vom 08.11.2007 (Az.: III ZR 54/07) hat der Bundesgerichtshof entschieden, dass eine übliche und durchschnittliche Behandlung mit dem Regelhöchstsatz von 2,3 berechenbar ist. Im Umkehrschluss ist damit grundsätzlich jede überdurchschnittliche Leistung der Überschreitung der Gebühren im Mittelsatz zugänglich.

Die Ausübung des Ermessens ist an bestimmte Bemessungskriterien gebunden. Die in Absatz 2 genannten Kriterien sind dabei nicht als abschließende Aufzählung zu verstehen. Sie sind vielmehr ein Hinweis auf die vom Zahnarzt zu beachtenden Gesichtspunkte.

Als enumerative Aufzählung ist Absatz 2 schon deshalb nicht zu verstehen, da dies eine Einschränkung des Ermessenspielraumes für den Zahnarzt bedeuten würde. Die Ausübung des billigen Ermessens nach § 315 Abs.1 BGB geht gerade davon aus, dass alle für die Leistungshöhe entscheidenden Gesichtspunkte Berücksichtigung finden.

Der Zahnarzt ist verpflichtet, seiner Gebührenbemessung eine „individuelle Bewertung" des Einzelfalls zugrunde zu legen. Die Ermessensausübung muss sich grundsätzlich auf jede einzelnen Leistung beziehen und nicht auf den gesamten Behandlungsfall. Dies ergibt sich aus den Legaldefinitionen von Gebühren und Gebührensatz (§ 4, § 5 Abs. 1 GOZ), wonach sich diese Begriffe auf die einzelnen Leistungen des Gebührenverzeichnisses beziehen. Abweichend hiervon können sich jedoch die vom Zahnarzt anzuwendenden Bemessungskriterien auf alle in einem Behandlungsfall erbrachten Leistungen gleichmäßig auswirken, so dass zulässigerweise auch für alle erbrachten Leistungen der gleiche Steigerungssatz anwendbar ist. Die Anwendung eines einheitlichen Steigerungssatzes wird nur dann nicht den Anforderungen des § 5 Abs. 2 GOZ gerecht, wenn er nicht auf einer tatsächlichen Ermessensausübung beruht.

Die vom Zahnarzt bei der Bestimmung der Gebühr zu berücksichtigenden Bemessungskriterien sind im Einzelnen:

1. „Schwierigkeiten der einzelnen Leistungen"

Der Zahnarzt hat seine Gebührenbestimmung an den Schwierigkeiten der einzelnen Leistungen auszurichten. Dabei ist der Schwierigkeitsgrad nach fachlichen Kriterien zu beurteilen. Gemäß § 5 Abs. 2 Satz 2 GOZ scheiden dabei von vorneherein solche Kriterien aus, die bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses Berücksichtigung gefunden haben. So kann z. B. bei der Entfernung eines tief frakturierten Zahnes kein höherer Steigerungssatz angesetzt werden, wenn hierbei Schwierigkeiten auftreten, da diese bereits in der betreffenden Leistungsbeschreibung Berücksichtigung gegenüber einfacheren Zahnentfernungen gefunden haben. Es können somit nur Variationen des Schwierigkeitsgrades innerhalb einer vom Gebührenverzeichnis festgelegten Leistungsbeschreibung eine Auswirkung auf die Steigerungssatzhöhe haben. Danach sind leicht zu erbringende Leistungen im unteren Bereich und schwierig zu erbringende Leistungen im oberen Bereich des Gebührenrahmens anzusiedeln. Bei der Beurteilung des Schwierigkeitsgrades hat der Zahnarzt die Bewertung unter fachlichen Gesichtspunkten vorzunehmen. Dabei spielen jedoch sowohl objektive als auch subjektive Kriterien eine Rolle.

Gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 GOZ können sich Schwierigkeiten der einzelnen Leistungen – mit Ausnahme für die in § 5 Abs. 3 GOZ genannten Leistungen – auch aus der Schwierigkeit des Krankheitsfalles ergeben. Voraussetzung ist hier jedoch, dass sich die Schwierigkeit des Krankheitsfalles in der Schwierigkeit der einzelnen Leistung niederschlägt. Da aber die Schwierigkeit der einzelnen Leistung ohnehin bereits gemäß § 5 Abs. 2 Satz 1 GOZ zu berücksichtigen ist, ändert sich an diesem Bemessungskriterium nichts. Die GOZ verlangt somit auch in diesem Fall eine auf die einzelne Leistung bezogene Bewertung und geht nicht generell von einer besonderen Schwierigkeit einzelner oder aller Leistungen aus. Die Beurteilung des Schwierigkeitsgrades hat sowohl nach objektiven als auch nach subjektiven Kriterien zu erfolgen.

Die Ausgrenzung der in § 5 Abs. 3 GOZ genannten Leistungen (Röntgenleistungen und Ausstellung von Wiederholungsrezepten), d. h., dass die Schwierigkeit eines Krankheitsfalles für eine höhere Bemessung einer Gebühr nicht herangezogen werden kann, war wegen der Regelung in der GOÄ (§ 5 Abs. 2 Satz 2) bisher schon Tatsache.

Der Zahnarzt hat zunächst unter fachlichen Gesichtspunkten die aufgetretene Schwierigkeit in Relation zu den üblicherweise in seiner Praxis auftretenden Schwierigkeiten zu setzen. Ein durchschnittlicher Grad der Schwierigkeit führt dabei zu einem Steigerungssatz im mittleren Bereich des Gebührenrahmens (jetzt als 2,3facher Gebührensatz festgelegt). Abweichungen von diesem Durchschnitt nach oben oder unten rechtfertigen eine Anpassung des Steigerungssatzes in entsprechender Richtung.

2. „Zeitaufwand"

Die Verordnung geht in Satz 3 davon aus, dass der 2,3 fache Gebührensatz die nach Schwierigkeit

und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung abbildet.

Dieser kann deshalb als Basiswert herangezogen werden. Damit sind auch Diskussionen über den „Mittelwert“ endgültig entschieden. Zuletzt hatte der Bundesgerichtshof mit Urteil vom 8.November 2007, Az. III ZR 54/07, bestätigt, dass es keinen Fehlgebrauch des Ermessens darstellt, wenn der Arzt persönlich-ärztliche Leistungen durchschnittlicher Schwierigkeit mit dem jeweiligen Höchstsatz der Regelspanne, also dem 2,3fachen des Gebührensatzes, berechnet. Gemäß § 5 Abs. 2 Satz 2 GOZ sind Bemessungskriterien außer Acht zu lassen, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt wurden. Soweit daher im Gebührenverzeichnis für bestimmte Leistungen Mindestzeiten vorgesehen sind, kann dieser Zeitaufwand nicht als Kriterium für einen höheren Steigerungssatz herangezogen werden, es sei denn im konkreten Fall würde die vorgesehene Mindestzeit überschritten werden. Handelt es sich um eine Leistung mit erhöhtem Schwierigkeitsgrad, wird in der Regel auch ein erhöhter Zeitaufwand bei der Leistung einhergehen. Es ist ratsam, dass ein erhöhter Zeitaufwand und/oder eine erhöhte Schwierigkeit, die eine Überschreitung des Schwellenwertes begründen, auch in der Dokumentation nachvollziehbar sind.

3. „Umstände bei der Ausführung“

Bei diesem Bemessungskriterium wird der Aufwand berücksichtigt, der bei der Ausführung eines bestimmten Verfahrens auftreten kann. So z. B. bei einer Behandlung eines behinderten Kindes oder aber die Behandlung eines Patienten der der deutschen Sprache nicht mächtig ist. Unter „Aufwendungen“ im Sinne dieser Vorschrift werden nur solche Aspekte verstanden, die nicht bereits durch andere Regelungen aufgefangen werden. Soweit besondere Umstände bereits zu einer erhöhten Schwierigkeit oder zu erhöhtem Zeitaufwand führen, so ist dies bereits in diesen, vorgenannten Kriterien Gebühren steigernd enthalten und kann nicht nochmals berechnet werden.

Nach der Rechtsprechung (VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 17.09.1992, Az: 4 S 2084/91; BVerwG, Urteil vom 17.02.1994, Az: 2 C 12.93), fallen unter § 5 Abs. 2 GOZ nicht nur „patientenbezogene Umstände“ bei den Erschwernisgründen, sondern auch „Besonderheiten des angewandten Verfahrens“ (sog. „verfahrensbezogene Umstände“). Auch diese verfahrensbezogenen Umstände können einen erhöhten Steigerungssatz aufgrund erheblicher Schwierigkeiten und/oder Zeitaufwandes begründen. Es kann jedoch auch hier nicht generell davon ausgegangen werden, dass die Behinderung eines Kindes zu einer Erhöhung des Gebührensatzes berechtigt. Das Verhalten im Einzelfall ist maßgebend. Nicht zu berücksichtigen sind dagegen alle Umstände, die nicht zu einem erhöhten Aufwand des Zahnarztes führen, wie z. B. seine besondere fachliche Qualifikation. Ebenso wenig finden Umstände Berücksichtigung, die sich nicht in einer erhöhten mentalen Anspannung des Zahnarztes, sondern lediglich in erhöhtem materiellem Aufwand niederschlagen. Denn derartige Aufwendungen sind in der Regel durch die Sonderregelungen im Gebührenverzeichnis bzw. durch die § 8 und § 9 GOZ erfasst. Eine Ausnahme besteht, wenn diese Kosten nach der GOZ nicht gesondert berechnet werden können; z. B. bei den in § 4 Abs. 3 GOZ genannten Bereichen sowie bei bestimmten Material- und Laborkosten, für die sich im Verzeichnis Sonderregelungen finden

Der Regelungsinhalt in § 5 Abs. 2 Satz 3 GOZ bildet die höchstrichterliche Rechtsprechung (BGH, Urteil vom 08.11.2007, Az: III ZR 54/07) zur Anwendung des Gebührenrahmens ab. Die Verknüpfung des durchschnittlich schwierigen Falles mit dem 2,3fachen Steigerungssatz bekräftigt die von den Zahnärztekammern vertretene Auslegung des § 5 GOZ und erteilt der zum Teil von Kostenträgern noch vertretenen Auffassung, dass der 1,7fache Steigerungssatz – als rechnerische Mitte der Gebührenspanne – die Honorierung für einen durchschnittlichen Fall darstelle, eine klare Absage.

Eine Überschreitung des 2,3fachen Satzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der Bemessungskriterien dies rechtfertigen. Für diesen Fall ist die Überschreitung gemäß § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ in der Rechnung schriftlich zu begründen.

Der Zahnarzt hat somit in jedem Fall unter Anwendung der Kriterien des § 5 Abs. 2 GOZ das angemessene Honorar zu bestimmen. Er ist durch diese Vorschrift nicht daran gehindert über den 2,3fachen Satz hinaus zu liquidieren, wenn dadurch eine angemessene Vergütung sichergestellt ist. Es wird hierbei nur eine besondere Dokumentationspflicht hinsichtlich der Ermessensentscheidung seitens des Zahnarztes verlangt. Der Umstand, dass der Zahnarzt ohne besondere Begründung Gebühren bis zum 2,3fachen Satz verlangen kann rechtfertigt allerdings noch nicht die gewohnheitsmäßige Anwendung dieses Steigerungssatzes. Vielmehr ist von Seiten des Zahnarztes auch in diesem Fall eine konkrete Entscheidung anhand des Einzelfalles zu treffen. Eine

Überschreitung des Regelsatzes ist nur zulässig, wenn besondere Voraussetzungen dies rechtfertigen. Für eine Überschreitung des Regelsatzes ist keine Vereinbarung im Sinne von § 2 GOZ erforderlich. Sie liegt vielmehr in der Kompetenz des Zahnarztes im Rahmen seiner ermessensfreien Honorarbestimmung. Es kommen hierfür nur Behandlungen in Frage, bei denen sich die Schwierigkeit der Leistungserbringung, aufgrund von Besonderheiten in einem oder mehreren Bemessungskriterien, von der im normalen Rahmen liegenden Schwierigkeit abhebt. Die Überschreitung des 2,3fachen Gebührensatzes ist immer nach § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ schriftlich in der Rechnung zu begründen. Im Streitfall hat der Zahnarzt die Beweislast dahingehend warum eine Überschreitung des Regelsatzes angezeigt war.

Mit dem letzten Satzteil des § 5 Abs. 2 Satz 3 GOZ soll, nach der Begründung des Verordnungsgebers, ausdrücklich klargestellt werden, dass der 2,3fache Gebührensatz nicht schematisch berechnet werden darf (Amtliche Begründung, S.49). Dies entspricht jedoch der bereits bestehenden Regelung und kann daher nur deklaratorischen Charakter haben. Der letzte Halbsatz ist insoweit überflüssig.

Bewertung/Fazit:

Der Verordnungsgeber hat mit der Klarstellung in § 5 Abs. 2 GOZ den 2,3 fachen Gebührensatz als Durchschnittssatz bestätigt und ist damit den Empfehlungen der Kammern und der Rechtssprechung gefolgt.

§ 6 – Gebühren für andere Leistungen

	Verordnungstext
	Absatz 1
GOZ 2012	Selbständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden. Sofern auch eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung im Gebührenverzeichnis dieser Verordnung nicht enthalten ist, kann die selbständige zahnärztliche Leistung entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der in Absatz 2 genannten Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden.
GOZ `88	Bisheriger Absatz 2: Selbständige zahnärztliche Leistungen, die erst nach Inkrafttreten dieser Gebührenordnung auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt werden, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet werden.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Begriff „gleichwertig“ bedeutet nicht, dass es sich um eine gleichartige Leistung handeln muss. Die Gleichwertigkeit besteht darin, dass eine Vergleichbarkeit hinsichtlich des Zeitaufwandes, der Art und der Kosten zwischen der nicht im Gebührenverzeichnis aufgeführten und tatsächlich erbrachten Leistung einerseits und mit der im Gebührenverzeichnis enthaltenen – zur analogen Bewertung herangezogenen – Leistung andererseits besteht.

Kommentierung:

Der bisherige § 6 Abs. 2 GOZ wird neuer Absatz 1. Mit der Änderung in Absatz 1 wird die Analogieregelung entsprechend § 6 Abs. 2 GOÄ in den Verordnungstext übernommen.

Nach § 6 Abs. 1 GOZ können selbständige zahnärztliche Leistungen abgerechnet werden, die in das Gebührenverzeichnis der GOZ nicht aufgenommen worden sind. Im Vergleich zum bisherigen Verordnungstext in der GOZ `88 wird nicht mehr verlangt, dass es sich um Leistungen handelt, die erst nach Inkrafttreten der GOZ auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnis entwickelt wurden, sprich es kommt nicht mehr auf die Anwendungsreife der fraglichen Leistung an, sondern es genügt bereits, dass die betreffende zahnärztliche Leistung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der GOZ bestanden hat, jedoch vergessen wurden in das Gebührenverzeichnis aufzunehmen.

Ebenso spielt es keine Rolle, ob es sich hierbei um eine Leistung handeln, welche sich bereits ganz oder auch nur zum Teil in der GOZ wiederfindet. Selbständig kann auch eine Leistung sein, die bisher entsprechend dem methodischen Stand der Medizin nur als Teil einer anderen Leistung erbracht wurde, die entsprechend dem methodischen Fortschritt nunmehr „selbständig“ losgelöst von dem anderen Teil der bisherigen Leistung erbracht werden kann und ggf. auch muss. Derartige Leistungen sind in aller Regel noch nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen worden. Da sie keine „besondere Ausführung einer anderen Leistung“ darstellen, sind dem Zahnarzt hier die Möglichkeiten der „entsprechenden Bewertung des § 6 GOZ“ eröffnet.

Falls eine vom Zahnarzt erbrachte Leistung nicht im Gebührenverzeichnis aufzufinden ist, spielen die Gründe, weshalb sie in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen wurde, für die „analoge Bewertung“ keine Rolle. Es ist also unerheblich, ob eine Leistung, die zum Zeitpunkt der Abfassung des Gebührenverzeichnisses nicht in dieses aufgenommen wurde, entweder wegen mangelnder wissenschaftlicher Erkenntnisse oder wegen mangelnden Bekanntheitsgrades nicht aufgenommen wurde. Zu prüfen ist allerdings immer, ob eine Leistung, die vom Zahnarzt tatsächlich erbracht wurde

und sich im Gebührenverzeichnis nicht auffinden lässt, nicht als Teil einer anderen im Gebührenverzeichnis enthaltenen Leistung aufgefasst werden muss oder unter einer anderen Leistungslegende – wenn auch inhaltsgleich – bereits im Leistungsverzeichnis steht. Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können einer entsprechenden Bewertung zugeführt werden. Hiermit hat der Verordnungsgeber nicht vorgegeben, dass es sich nur um Leistungen handeln darf, die nach Erlass der Gebührenordnung für Zahnärzte in der Fassung der letzten Änderungsverordnung neu in der Medizin entwickelt wurden. Eine derzeitige Ansicht, wie sie gelegentlich von einzelnen Versicherungsträgern vorgetragen worden ist, wird durch den Wortlaut und durch die Absicht des § 6 Abs. 1 nicht gedeckt. Hier wird lediglich festgestellt, dass es sich um Leistungen handeln muss, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind. Der Verordnungsgeber lässt den Grund hierfür offen. Der Grund kann einerseits sein, dass es auch zum Zeitpunkt des Erlasses einer Änderungsverordnung nicht gelungen ist, einen zu diesem Zeitpunkt lückenloses Gebührenverzeichnis, das dem Entwicklungsstand der Medizin zum Zeitpunkt des Erlasses der Gebührenordnung entsprach, vorzulegen. Andererseits eröffnet der Verordnungsgeber die Möglichkeit, neu entwickelte Verfahren abzurechnen.

Zahnärztliche Leistungen nach § 6 Abs. 1 GOZ sind entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung aus dem Gebührenverzeichnis der GOZ zu berechnen. Der Begriff „gleichwertig“ bedeutet nicht, dass es sich um eine gleichartige Leistung handeln muss. Die Gleichwertigkeit besteht darin, dass eine Vergleichbarkeit hinsichtlich des Zeitaufwandes, der Art und der Kosten zwischen der nicht im Gebührenverzeichnis aufgeführten und tatsächlich erbrachten Leistung einerseits und mit der im Gebührenverzeichnis enthaltenen – zur analogen Bewertung herangezogenen – Leistung andererseits besteht.

Eine freie Berechnung durch den Zahnarzt scheidet hierbei aus. Ebenso ist es nicht möglich, ein anderes Gebührenverzeichnis als das der GOZ bei der Berechnung heranzuziehen. Auch nach der Streichung der Worte „*für zahnärztliche Leistungen*“ ergibt sich auf Grund der Formulierung im Verordnungstext eindeutig, dass es sich vorliegend um das Gebührenverzeichnis der GOZ handelt. Somit scheidet nach dem Wortlaut eigentlich auch eine Heranziehung des Gebührenverzeichnisses der GOÄ aus. Da aber die GOZ selbst nicht alle für den Zahnarzt berechnungsfähigen Leistungen umfasst und deshalb in § 6 Abs. 2 GOZ eine Abrechnungsmöglichkeit bestimmter Leistungen nach der GOÄ vorsieht, wurde in Satz 2 festgelegt, dass auch die über Absatz 2 eröffneten Gebührenziffern der GOÄ für die Analogie herangezogen werden können. Außerhalb dieser geöffneten Gebührenziffern ist jedoch keine Zugriff auf die GOÄ möglich.

Für die Berechnungsfähigkeit der Leistungen kann es aber nicht Voraussetzung sein, dass die drei Voraussetzungen kumulativ und in gleichem Maße gegeben sind. Die drei Kriterien sollen dem Zahnarzt nur als Anhaltspunkte für den anzuwendenden Vergütungsrahmen dienen. Der Zahnarzt hat somit in eigener Verantwortung eine Leistung aus dem Gebührenverzeichnis der GOZ zur Analogiebewertung heranzuziehen, die unter gleichmäßiger Berücksichtigung aller Kriterien mit der neuen Leistung noch am meisten vergleichbar ist.

Die Vergleichbarkeit richtet sich nach:

„Art“: Die Analogleistung soll der Art nach gleichwertig (vergleichbar) sein. Aus diesem Grund kommen nur Leistungen in Betracht, die entweder nach dem „Leistungsziel“ oder nach dem

„Behandlungsverlauf“: der anderen Leistung angenähert sind. Dabei ist insbesondere auf solche Leistungen abzustellen, die dem gleichen Behandlungsspektrum (z. B. prothetische oder kieferorthopädische Leistung) angehören.

„Kostenaufwand“: Es sind hier die bei der betreffenden Leistung anfallenden Behandlungskosten insgesamt den entsprechenden Kosten der möglichen Analogieleistung gegenüberzustellen.

„Zeitaufwand“: Auch hinsichtlich des Zeitaufwandes bei der Erbringung der Leistung muss eine Gleichwertigkeit mit einer bereits im Gebührenverzeichnis der GOZ enthaltenen Leistung gegeben sein.

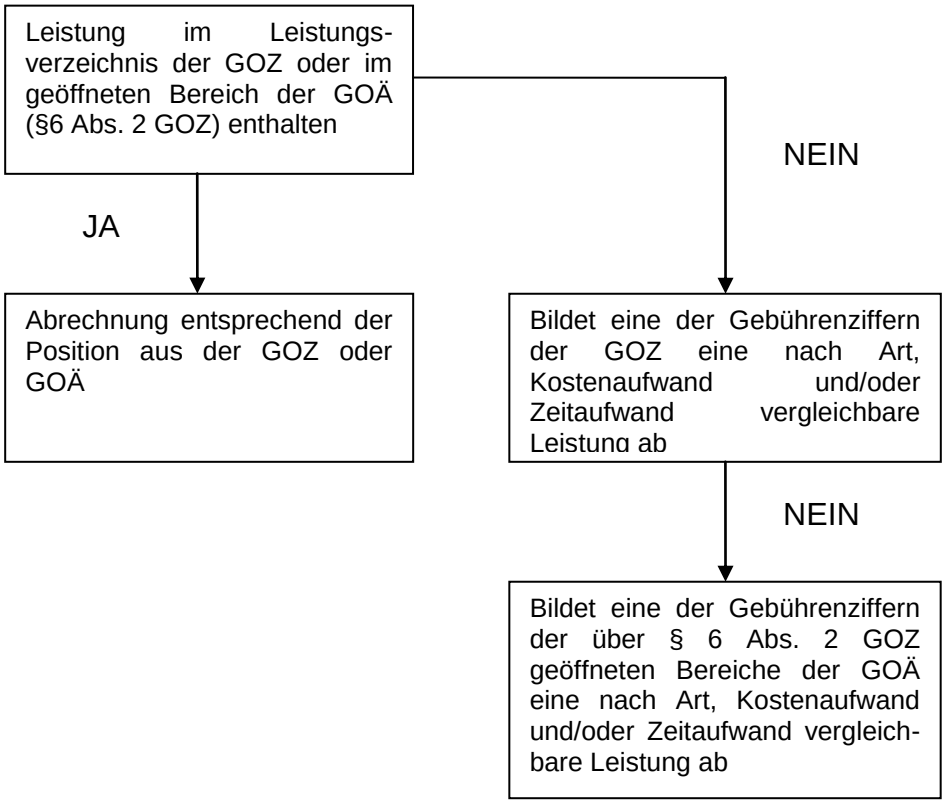
Im Regelfall wird eine bestimmte Analogleistung der betreffenden Leistung nicht in allen drei Bewertungskriterien im gleichen Maße gleichwertig und mithin vergleichbar sein. Der Zahnarzt hat deshalb im Rahmen einer Gesamtbetrachtung diejenigen Leistungen zugrunde zu legen, die der

betreffenden Leistung am nächsten kommt. In der Abrechnung hat der Zahnarzt ein Hinweis auf die zugrunde gelegten Analogberechnung vorzunehmen und die damit berechnete Leistung für den Rechnungsempfänger verständlich zu umschreiben, da es ansonsten an der Erforderlichkeit einer nachprüfbaren Rechnung fehlt.

Als Ablaufraster für eine Analogiebewertung lassen sich abschließend folgende Punkte festmachen:

1. Prüfung, ob die Leistung in einer Gebührenziffer der GOZ oder der über § 6 Abs. 2 GOZ geöffneten Bereiche abgebildet ist
2. Soweit Punkt 1 verneint wird, ist zu prüfen, ob eine der Gebührenziffern der GOZ eine nach Art, Kostenaufwand und/oder Zeitaufwand vergleichbare Leistung abbildet
3. Soweit Punkt 2 verneint wird, ist weiter zu prüfen, ob eine der über § 6 Abs.2 GOZ geöffneten Gebührenziffern der GOÄ eine nach Art, Kostenaufwand und/oder Zeitaufwand vergleichbare Leistung abbildet

PRÜFUNGSSCHEMA



Bewertung/Fazit:

Die Neuregelung der Analogie entsprechend der GOÄ ist von Vorteil, da damit das zeitliche Abgrenzungskriterium – wissenschaftliche Entwicklung erst nach Inkrafttreten der GOZ – entfällt. Es soll künftig nicht mehr darum gehen, ob eine Behandlungsmaßnahme „neu“ ist oder ob der Gesetzgeber sie bewusst oder unbewusst nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen hat, sondern allein darum, ob sie im Gebührenverzeichnis enthalten ist. Die Begrenzung der Analogiefähigkeit der GOÄ Gebührenziffern in § 6 Abs. 2 stellt eine Einschränkung dar, die medizinisch nicht nachvollziehbar ist. Schließlich soll die Analogie unter die vergleichbarste Gebührenziffer gefasst werden. Mit der Limitierung der GOÄ – Positionen ist dieses Ziel unter Umständen nur schwer bis gar nicht erreichbar.

§ 6 – Gebühren für andere Leistungen

	Verordnungstext
	Absatz 2
GOZ 2012	Die Vergütungen sind nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte zu berechnen, soweit die Leistung nicht als selbständige Leistung oder Teil einer anderen Leistung im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte enthalten ist und wenn die Leistungen, die der Zahnarzt erbringt, in den folgenden Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt sind: 1. B I, B II, B III unter den Nummern 30, 31 und 34, B IV bis B VI, 2. C I unter den Nummern 200, 204, 210 und 211, C II, C III bis C VII, C VIII nur soweit eine zugrunde liegende ambulante operative Leistung berechnet wird, 3. E V und E VI, 4. J, 5. L I, L II unter den Nummern 2072 bis 2074, L III, L V unter den Nummern 2253 bis 2256 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VI unter den Nummern 2321, 2355 und 2356 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VII, L IX, 6. M unter den Nummern 3511, 3712, 3714, 3715, 4504, 4530, 4538, 4605, 4606 und 4715, 7. N unter der Nummer 4852 sowie 8. O.
GOZ `88	Bisheriger Absatz 1: Erbringt der Zahnarzt Leistungen, die in den Abschnitten B I und II, C, D, E V und VI, J, L, M unter den Nummern 4113 und 4700, N sowie O des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522) – aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Kommentierung:

Nach § 6 Abs. 2 GOZ hat der Zahnarzt die Möglichkeit, Leistungen, die nicht in der GOZ enthalten sind, nach der GOÄ zu berechnen. Der Katalog der berechenbaren GOÄ-Positionen ist im Vergleich zur GOZ'88 beschnitten worden. Die bisherigen pauschalen Verweisungen auf alle großen Abschnitte des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ besteht nicht mehr.

Die Abgrenzungsthematik des Zielleistungsprinzips wird unmittelbar aufgegriffen. Das bisher nach der GOZ ´88 bestehende Wahlrecht zwischen GOZ und GOÄ wurde aufgehoben. Die Neuregelung in Satz 1, 2. Halbsatz, räumt der GOZ den Vorrang ein und beseitigt das Wahlrecht des Zahnarztes zwischen der GOÄ und der GOZ für in beiden Gebührenverzeichnissen gleich oder ähnlich beschriebene Leistungen.

Nach dem Regelungsinhalt des Absatzes 2 sind für Zahnärzte nur Leistungen aus den ausdrücklich

benannten Abschnitten und Leistungspositionen der GOÄ berechnungsfähig, soweit die Leistung nicht als selbständige Leistung oder Teil einer anderen Leistung im Gebührenverzeichnis der GOZ enthalten ist oder nach Absatz 1 berechnet werden kann. Erbringt der Zahnarzt jedoch die genannten Leistungen der GOÄ, kann er diese nach den Vorschriften der GOÄ berechnen. Dabei sind nicht nur die Punktzahl und der Punktwert, sondern auch die Abrechnungsbestimmungen und die allgemeinen Vorschriften der GOÄ zu beachten. Dabei spielt es keine Rolle, ob sich der Punktwert der GOÄ vom Punktwert der GOZ unterscheiden sollte.

Nachstehend eine Übersicht der Änderungen:

B III – Spezielle Beratungen und Untersuchungen: nunmehr berechenbar, aber nur GOÄ-Pos. 30, 31 und 34
B IV – Visiten, Konsiliartätigkeit etc.: nunmehr berechenbar
B V – Zuschläge zu B IV: nunmehr berechenbar
B VI – Berichte, Briefe: nunmehr berechenbar

C I – Anlegen von Verbänden: nach wie vor berechenbar, aber nur noch GOÄ-Pos. 200, 204, 210 und 211
C II – Blutentnahmen, Injektionen, etc.: nach wie vor berechenbar
C III – Punktionen: nach wie vor berechenbar
C IV – Kontrastmitteleinbringen: nach wie vor berechenbar
C V – Impfungen und Testungen: nach wie vor berechenbar
C VI – Sonographien: nach wie vor berechenbar
C VII – Intensivmedizin: nach wie vor berechenbar
C VIII – Zuschläge zu operativen Leistungen: nach wie vor berechenbar; Zu anästhesiologischen Leistungen: gestrichen

E V – Wärmebehandlung: nach wie vor berechenbar
E VI – Elektrotherapie: nach wie vor berechenbar

J – Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde: nach wie vor berechenbar

L – Chirurgie, Orthopädie (nur noch eingeschränkt berechenbar)
L I – Wundversorgung, Fremdkörperentfernung: nach wie vor berechenbar
L II – Extremitätenchirurgie: nach wie vor berechenbar, aber beschränkt auf GOÄ-Pos. 2072 bis 2074
L III – Gelenkchirurgie: nach wie vor berechenbar
L IV – Gelenkluxation: nicht mehr berechenbar
L V – Knochenchirurgie: nur noch Nrn. 2253 (Knochenspanentnahme), 2254 (Implantation von Knochen), 2255 (Freie Verpflanzung) und 2256 (Knochenaufmeißelung) im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, damit nicht mehr in der Implantologie.
L VI – Frakturbehandlung: nur noch Nrn. 2321 (Einrichtung eines Gesichtsknochens), 2355 (Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs), 2356 (Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs nach Osteotomie mittels Nagelung, Verschraubung und/oder Metallplatten und/oder äußerem Spanner – auch zusätzliches Einpflanzen von Knochenspan)
L VII – Chirurgie der Körperoberfläche: nach wie vor berechenbar
L VIII – Neurochirurgie: gestrichen
L IX – Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie: nach wie vor berechenbar
L X – Halschirurgie: gestrichen
L XI – Gefäßchirurgie: gestrichen
L XII – Thoraxchirurgie: gestrichen
L XIII – Herzchirurgie: gestrichen
L XIV – Ösophaguschirurgie etc.: gestrichen
L XV – Hernienchirurgie: gestrichen
L XVI – Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen: gestrichen

M – Laboratoriumsuntersuchungen: eine Reihe neuer Ziffern

N – Histologie etc.: nur noch 4852 (Zytologische Untersuchung von z. B. Punktaten, Sputum,

Sekreten, Spülflüssigkeiten mit besonderen Aufbereitungsverfahren – gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material –, je Untersuchungsmaterial)

O – Strahlendiagnostik etc: nach wie vor berechenbar

Auch bei Anwendung des § 6 Abs. 2 ist eine Honorarvereinbarung gemäß § 2 GOZ nicht ausgeschlossen. Der Zahnarzt kann hierfür selbstverständlich auch Honorarvereinbarungen treffen. In Nr. 7 im neuen Kapitel L der GOZ wird klargestellt, dass Zuschläge nur entweder nach GOÄ (Nr.440 bis 445) oder nach GOZ (Nr. 0110, 0120 und 0500 bis 0530) berechnungsfähig sind.

Bewertung/Fazit:

Wegen der weit gefassten Analogie kommt im Grunde genommen nur noch dann der Zugriff auf GOÄ-Leistungen in Betracht, wenn sich in der GOZ keine gleichwertige Leistung finden lässt.

§ 7 – Gebühren bei stationärer Behandlung

	Verordnungstext
	Absatz 1
GOZ 2012	Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatzahnärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen und Zuschläge nach Satz 1 von Belegzahnärzten oder niedergelassenen anderen Zahnärzten 15 vom Hundert. Ausgenommen von dieser Minderungspflicht ist der Zuschlag nach Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte.
GOZ `88	Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatzahnärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 von Belegzahnärzten oder niedergelassenen anderen Zahnärzten 15 vom Hundert.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- „Zuschläge nach Abschnitt B V, Buchstabe J“ = Zuschlag zur Visite bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Tag (80 Punkte = 4,66 €).

Kommentierung:

Gemäß § 7 Satz 1 GOZ sind bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatzahnärztlichen Leistungen die nach der GOZ berechneten Gebühren, einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge, zu mindern. In die GOZ 2012 wurde die Regelung aus § 6a Abs. 1 GOÄ in die GOZ übernommen. Dadurch wurde die Minderungspflicht auch auf Zuschläge ausgedehnt. Der Verordnungsgeber ging allerdings bei der Novellierung der GOÄ davon aus, dass die Minderung auch ohne den Zusatz “einschließlich der Zuschläge“ anzuwenden sei. Der Zusatz in der GOÄ erfolgte seinerzeit nur zur Klarstellung. Zu beachten ist, dass die Minderungspflicht nach § 7 Satz 3 GOZ sich nicht auf den Zuschlag nach Abschnitt B V, Buchstabe J, im Gebührenverzeichnis der GOÄ erstreckt.

Hintergrund für den Regelungsinhalt des § 7 GOZ ist die nach dem SGB V bestehende Möglichkeit für Krankenhäuser, Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen für einen beschränkten Zeitraum ohne Unterkunft und Verpflegung zu behandeln (§§ 115 ff SGB V). Auch in diesen Fällen ist vom Zahnarzt eine Minderung der Gebühren vorzunehmen, wobei allerdings nach wie vor nur Leistungen im Rahmen einer, wie auch immer modifizierten, stationären Behandlung erfasst werden. Die Gebührenminderung betrifft daher nur solche Behandlungen, die vom Zahnarzt im Rahmen einer solchen Behandlung im Krankenhaus erbracht werden, da nur in diesen Fällen die nur einmal bei der Behandlung anfallenden Sach- und Personalkosten vom Krankenhaus getragen werden. Der Zahnarzt hat sich deshalb die, durch die Nichtbenutzung seiner eigenen Praxis, erzielten Einsparungen, durch eine Minderung seiner Gebühren – in denen in der Regel auch ein kalkulatorischer Ansatz der Sach- und Personalkosten enthalten ist – anrechnen zu lassen.

Betroffen ist nur die rein stationäre, nicht hingegen die ambulante zahnärztliche Behandlung im Krankenhaus. Maßgebliches Abgrenzungskriterium ist, ob ein Patient von einem Krankenhaus oder einer sonstigen Einrichtung zur stationären Behandlung aufgenommen worden ist. Unerheblich ist in diesem Zusammenhang, ob die Durchführung der zahnärztlichen Behandlung den Grund für die stationäre Aufnahme darstellt. Auch dann, wenn die zahnärztliche Behandlung, in keinem Zusammenhang mit der Krankheit steht, die zur stationären Aufnahme geführt hat, kommt § 7 GOZ zur Anwendung.

Der Höhe des Minderungsbetrages ist davon abhängig, wer die privatzahnärztliche Leistung erbracht hat. Wurde die Leistung von einem beim Krankenhaus angestellten bzw. beamteten Zahnarzt

erbracht, beträgt die Minderung der Gebühr und der darauf entfallenden Zuschläge nach § 7 Satz 1 GOZ 25 %. Wurde die Leistung von einem Belegzahnarzt oder einem niedergelassenen Zahnarzt erbracht, beträgt die Minderung für Leistungen und Zuschläge 15 %. Der Hintergrund für die unterschiedliche Gebührenminderung ist darin zu sehen, dass sich die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der freiberuflichen Zahnärzte wesentlich von denen der beim Krankenhaus angestellten oder verbeamteten liquidationsberechtigten Zahnärzten unterscheidet, die letztlich kein wirtschaftliches Risiko tragen, da sie vom Krankenhausträger ein festes Gehalt bekommen.

Da es sich um eine pauschale und in der Höhe fixierte Gebührenminderung handelt, ist diese stets vorzunehmen, unabhängig davon, ob und in welcher Höhe dem Zahnarzt bei der jeweiligen privatzahnärztlichen Behandlung tatsächlich doch ersatzfähige Kosten, z. B. durch den Einsatz eigenen Personals oder Materials, entstehen. Für derartige Fälle ist anzuraten, in der vertraglichen Vereinbarung mit dem zuständigen Krankenhausträger einen finanziellen Ausgleich durch eine entsprechende Kostenregelung aufzunehmen.

Die Gebührenminderungspflicht nach § 7 GOZ betrifft lediglich die zahnärztlichen Gebühren nach § 4 Abs. 1 GOZ nicht hingegen die Gebühren im Sinne der „Vergütungen“ nach § 3 GOZ. Die in § 3 genannten Vergütungen (Gebühren, Wegegeld und Ersatz von Auslagen) stehen dem Zahnarzt daher auch bei stationären Behandlungen zu. Zu mindern ist lediglich die Summe der für die stationäre Behandlung berechneten zahnärztlichen Gebühren, unabhängig davon, ob sie nach der GOZ oder ggf. über die GOÄ berechnet werden. Die Gebühren sind in der jeweils berechneten Höhe zu mindern.

Eine abweichende Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 Satz 1 GOZ ist bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatzahnärztlichen Leistungen gemäß § 2 Abs. 4, Satz 2 GOZ nur dann zulässig, wenn die Leistung vom Wahlzahnarzt höchstpersönlich erbracht wurde. Liegt eine vom Wahlzahnarzt höchstpersönlich erbrachte Leistung vor, kann aber auch hier nur eine von der GOZ abweichende Höhe der Vergütung in Form eines bestimmten Steigerungssatzes vereinbart werden. Die so vereinbarten Gebühren sind dann aber gemäß § 7 GOZ bei stationärer Behandlung zu mindern um den entsprechenden Prozentsatz.

Durch § 2 Abs. 1 GOZ kann nicht die in § 7 GOZ vorgesehene Minderung der Gebühren ausgeschlossen werden, da nach § 2 Abs. 1 GOZ nur eine Abweichung von der Gebührenhöhe vereinbart werden kann, eine Abweichung von den „Allgemeinen Vorschriften“ der GOZ ist hingegen ausgeschlossen.

In der Rechnung ist der Minderungsbetrag für die vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatzahnärztlichen Leistungen gemäß § 10 Abs. 2, Nr. 3 GOZ gesondert auszuweisen. Dabei genügt es nicht, lediglich den entsprechenden Prozentsatz, 25 % nach Satz 1 bzw. 15 % nach Satz 2 des § 7 GOZ, in die Rechnung aufzunehmen, es muss vielmehr der Minderungsbetrag in Euro und Cent dargestellt werden.

Bewertung/Fazit:

Für den stationären Bereich (vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär) gilt, dass der liquidationsberechtigte Wahlzahnarzt eine „abweichende Vereinbarung nach § 2 GOZ“ nur für Leistungen schließen darf, die er höchstpersönlich erbringt. Abweichend von § 4 Abs. 2 GOZ ist mithin in diesen Fällen zukünftig eine Leistungserbringung unter Aufsicht oder fachlicher Weisung nicht mehr möglich. Erfolgt die Leistungserbringung nicht höchstpersönlich, verbleibt der „normale“ Vergütungsanspruch nach der GOZ.

§ 7 – Gebühren bei stationärer Behandlung

	Verordnungstext
	Absatz 2
GOZ 2012	Neben den nach Absatz 1 geminderten Gebühren darf der Zahnarzt Kosten nicht berechnen; die §§ 8 und 9 bleiben unberührt.
GOZ `88	nicht vorhanden

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Kommentierung:

In § 7 Abs. 2 GOZ wurde die Regelung aus § 6a Abs. 2 GOÄ übernommen.

Es handelt sich hierbei lediglich um eine klarstellende Ergänzung des Verordnungstextes aus dem Grundsatz der Abgeltung der Praxiskosten nach § 4 Abs. 3 GOZ und der Einbeziehung der Kosten des Krankenhausträgers in den Pflegesatz.

Bewertung/Fazit:

Eine Änderung der Rechtslage ist durch § 7 Abs. 2 GOZ nicht eingetreten.

§ 8 – Entschädigungen

	Verordnungstext
	Absatz 1
GOZ 2012	Als Entschädigung für Besuche erhält der Zahnarzt Wegegeld oder Reiseentschädigung; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten.
GOZ `88	Als Entschädigung für Besuche erhält der Zahnarzt Wegegeld; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten. Das Wegegeld umfasst Wegstreckenentschädigung und Aufwandsentschädigung.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Wegegeld ist die Entschädigungsleistung für Fahrtkosten, die aufgewendet werden müssen um außerhalb der Praxisräume oder der Privatwohnung des Zahnarztes Patienten zu versorgen
- Reisentschädigungen sind Entschädigungsleistungen für längere Aufenthalte zur Versorgung von Patienten außerhalb der Praxisräume oder der Privatwohnung des Zahnarztes

Kommentierung:

In Absatz 1 des § 8 GOZ wurde die Systematik und Regelungen aus §§ 7 bis 9 GOÄ übernommen.

Regelungsinhalt des § 8 GOZ ist die Entschädigung des Zahnarztes für ihm durch Patientenbesuche entstandene besondere Kosten, die mit den Gebühren nicht abgegolten sind. Voraussetzung für die Berechnungsfähigkeit der Entschädigungen ist, dass tatsächlich bei einem Patienten ein Besuch abgestattet wird. Der Zahnarzt muss hierzu den Patienten zur zahnärztlichen Behandlung an einem Ort aufsuchen, an dem er üblicherweise seine zahnärztliche Tätigkeit nicht ausübt. Es genügt nicht, dass der Zahnarzt vom Patienten in seiner Wohnung aufgesucht wird. Es genügt auch nicht, dass die Behandlung lediglich außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten durchgeführt wird. Die hiermit verbundenen besonderen Belastungen sind durch eigene Gebührenpositionen für Beratungen (GOÄ-Pos. 1 - 3) und Besuche (GOÄ-Pos. 50 - 52) abgegolten.

Ausschließlich maßgeblich ist, dass die Behandlung an einem anderen Ort stattfindet als üblich. Dies bedeutet für den niedergelassenen Zahnarzt, dass jede zahnärztliche Behandlung, zu der er sich außerhalb seiner Praxis begibt, ein „Besuch“ im Sinne des § 8 Abs. 1 GOZ darstellt und somit berechenbar ist. Dies gilt nicht wenn der Zahnarzt üblicherweise seine Tätigkeit auch außerhalb der Praxis an einem bestimmten Ort (z. B. im Krankenhaus als Belegzahnarzt) ausübt. In diesem Fall stellt das Aufsuchen von stationären Patienten für den Belegzahnarzt zwar eine Visite (GOÄ-Pos. 45) dar, nicht aber einen Besuch im Sinne von § 8 Abs. 1 GOZ. Eine gesonderte Berechnung der Visite über § 8 GOZ ist nicht möglich.

Als Entschädigung für Besuche erhält der Zahnarzt „Wegegeld“ (§ 8 Abs. 2 GOZ) oder „Reiseentschädigung“ (§ 8 Abs. 3 GOZ).

Mit der genannten Entschädigung sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten pauschal abgegolten.

Bewertung/Fazit:

Die Pauschale ist zwar in der Praxis etwas leichter zu handhaben, da keine konkreten Nachweise mehr zu führen sind. Jedoch kommt es durch die Pauschale zu einer deutlichen Absenkung des bisher berechneten Wegegeldes. Denn nach der alten Regelung wurden zurückgelegte Kilometer vergütet und damit Zu- und Abfahrt. Nunmehr bleibt lediglich noch eine Pauschale in fester Höhe.

§ 8 – Entschädigungen

	Verordnungstext
	Absatz 2
GOZ 2012	Der Zahnarzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Zahnarztes von 1. bis zu zwei Kilometern 4,30 Euro, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 8,60 Euro. 2. mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern 8,00 Euro, bei Nacht 12,30 Euro. 3. mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern 12,30 Euro, bei Nacht 18,40 Euro. 4. mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern 18,40 Euro, bei Nacht 30,70 Euro. Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Zahnarztes aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Zahnarztes an die Stelle der Praxisstelle. Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- und Pflegeheim besucht, darf der Zahnarzt das Wegegeld unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versichertenstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.
GOZ `88	Bisheriger Absatz 3: Die Aufwandsentschädigung beträgt für jeden zurückgelegten Kilometer 1,02 Euro, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 1,53 Euro. Bisheriger Absatz 4: Besucht der Zahnarzt auf einem Wege mehrere Patienten, darf er das Wegegeld insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Kommentierung:

§ 8 Abs. 2 GOZ entspricht hinsichtlich seines Regelungsinhaltes nunmehr dem § 8 Abs. 1 GOÄ.

Der Zahnarzt kann für jeden Besuch nach § 8 Abs. 1 GOZ ein „Wegegeld“ berechnen. Das Wegegeld berechnet sich anhand des Radius um die Praxisstelle pro Besuch und ist nach Kilometern gestaffelt. Die Berechnung der Wegstrecken folgt daraus, dass mit § 8 GOZ dem Zahnarzt nicht die allgemeinen Praxiskosten erstattet werden sollen, sondern nur die besonderen, mit dem Besuch verbundenen Aufwendungen. Bei der Berechnung ist grundsätzlich von der Praxisstelle des Zahnarztes als Ausgangsort für den Besuch auszugehen. Ausnahme ist, wenn der Besuch von der Wohnung des Zahnarztes aus erfolgt, dann tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Zahnarztes an die Stelle der Praxisstelle.

Eine abweichende Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 GOZ ist nicht möglich, da diese nur für Gebühren (§ 4 Abs. 1 GOZ), nicht aber, wie in der alten GOZ, für die Vergütung (§ 3 GOZ) eröffnet ist.

In § 8 Abs. 2 GOZ wird beim Anspruch auf Wegegeld keine Unterscheidung hinsichtlich des gewählten Verkehrsmittels vorgenommen.

Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- und Pflegeheim besucht, darf der Zahnarzt gemäß § 8 Abs. 2, Satz 4 GOZ, das Wegegeld für den Besuch, unabhängig von der Anzahl der in diesem Zusammenhang besuchten Patienten, insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

Ein Vergleich der alten und neuen Regelung zeigt eine deutliche Einbuße (erste Zahl tagsüber/zweite Zahl nachts, jeweils in EUR):

Radius in km:	Nach GOZ 1988:	Nach GOZ 2012:
1	2,56 / 3,62	4,30 / 8,60
2	5,12 / 7,24	4,30 / 8,60
3	7,68 / 10,68	8,00 / 12,30
4	10,24 / 14,48	8,00 / 12,30
5	12,80 / 18,10	8,00 / 12,30
6	15,36 / 21,72	12,30 / 18,40
7	17,92 / 25,34	12,30 / 18,40
8	20,48 / 28,96	12,30 / 18,40
9	23,04 / 32,58	12,30 / 18,40
10	25,60 / 36,20	12,30 / 18,40
11	28,16 / 39,82	18,40 / 30,70
12	30,72 / 43,44	18,40 / 30,70
13	33,28 / 47.06	18,40 / 30,70
14	35,84 / 50,68	18,40 / 30,70
15	38,40 / 54,30	18,40 / 30,70
16	40,96 / 57,92	18,40 / 30,70
17	43,52 / 61,54	18,40 / 30,70
18	46,08 / 65,16	18,40 / 30,70
19	48,64 / 68,78	18,40 / 30,70
20	51,20 / 72,40	18,40 / 30,70
21	53,76 / 76,02	18,40 / 30,70
22	56,32 / 79,64	18,40 / 30,70
23	58,88 / 83,26	18,40 / 30,70
24	61,44 / 86,88	18,40 / 30,70
25	64,00 / 90,50	18,40 / 30,70

Der Radius entspricht jeweils zurückgelegten Kilometern für Hin- und Rückfahrt (1Km Radius sind 2 Km Wegstrecke, 2km Radius sind 4 Km Wegstrecke usw.).

Bewertung/Fazit:

Dadurch, dass nicht mehr die konkret zurückgelegte Strecke maßgeblich ist, kommt es zu einer niedrigeren Entschädigung, da in der Pauschale bereits Zu- und Abfahrtsweg enthalten sind.

§ 8 – Entschädigungen

	Verordnungstext
	Absatz 3
GOZ 2012	Bei Besuchen außerhalb eines Radius von 25 Kilometern um die Praxisstelle des Zahnarztes tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung. Als Reiseentschädigung erhält der Zahnarzt 1. 0,42 Euro für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen, 2. bei Abwesenheit bis zu acht Stunden 56 Euro, bei Abwesenheit von mehr als acht Stunden 112,50 Euro je Tag, 3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen. Absatz 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.
GOZ `88	Bisheriger Absatz 2: Die Wegstreckenentschädigung beträgt bei Benutzung eines eigenen Kraftfahrzeuges 26 Cent für jeden zurückgelegten Kilometer, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die unter Berücksichtigung der Umstände angemessenen Fahrtkosten.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- „Kraftwagen“ = Ein Kraftwagen (oder Automobil, kurz Auto) ist ein drei-, vier- oder mehrrädriges zweispuriges Kraftfahrzeug, das von einem Motor angetrieben wird, zur Beförderung von Personen (Personenkraftwagen, Pkw) oder Sachen in eigenem Nutzraum oder auf eigener Ladefläche (Lastkraftwagen, Lkw). Sie unterfallen dem Begriff des „Kraftfahrzeuges“. Nicht erfasst werden von diesem Begriff zweirädrige „Krafträder“.

Kommentierung:

Mit der GOZ 2012 wurde die Regelung des § 9 GOÄ in § 8 Abs. 3 GOZ übernommen.

Ab einer Entfernung von mehr als 25 Km zwischen der Praxisstelle und der Besuchsstelle erhält der Zahnarzt, abweichend von § 8 Abs. 2 GOZ, anstelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung. Als Reiseentschädigung erhält der Zahnarzt:

- Kilometergeld (0,42 EUR je gefahrener Kilometer) für die Benutzung des eigenen Kraftwagens bzw. die Auslagenersatz für die tatsächlichen Aufwendungen für andere Verkehrsmittel.
- Abwesenheitsgeld (bis zu acht Stunden 56 Euro, bei Abwesenheit von mehr als acht Stunden 112,50 Euro je Tag) und
- Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.

Gemäß § 8 Abs. 3, Satz 3 GOZ gelten die Sätze 3 und 4 in § 8 Abs. 2 GOZ entsprechend. Dies bedeutet, dass, wenn der Besuch von der Wohnung des Zahnarztes aus erfolgt, tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Zahnarztes an die Stelle der Praxisstelle.

Die Erstattung des Kilometergeldes ist nach dem Wortlaut des Verordnungstextes davon abhängig, dass die Benutzung des eigenen Kraftwagens erfolgt. Im Gegensatz zur bisherigen Regelung in der GOZ `88, in der von „Kraftfahrzeug“ die Rede war, und mithin keine Unterscheidung nach PKW oder Motorrad erfolgte, ist nunmehr für die Erstattungsfähigkeit der zurückgelegten Wegstrecke, die Nutzung eines Kraftwagens erforderlich. Diese Ausgrenzung der Nutzung von Krafträdern ist verfassungsrechtlich nicht haltbar und muss im Wege der verfassungskonformen Auslegung so verstanden werden, dass eine Wegstreckenentschädigung nach § 8 Abs. 3 GOZ bei der Benutzung

eines eigenen Kraftfahrzeuges erfolgt. Bei der Benutzung anderer Verkehrsmittel (öffentliche Verkehrsmittel, Taxi) werden die tatsächlichen Aufwendungen erstattet.
Bewertung/Fazit: Die Regelungssystematik der GOÄ wurde in die GOZ transferiert. Rechnerisch ergibt sich zur bisherigen Rechtslage jedoch größtenteils ein Minus.

§ 9 – Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen

	Verordnungstext
	Absatz 1
GOZ 2012	Neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnet werden, soweit diese Kosten nicht nach den Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses mit den Gebühren abgegolten sind.
GOZ `88	Neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnet werden, soweit diese Kosten nicht nach den Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses mit den Gebühren abgegolten sind.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Kommentierung:

§ 9 GOZ regelt den Ersatz von Auslagen, welche dem Zahnarzt dadurch entstehen, dass er für die Erbringung der zahnärztlichen Leistungen zahntechnische Leistungen bei einem Zahntechniker in Anspruch nimmt. Hierdurch wird dem Umstand Rechnung getragen, dass der Patient in der Regel nicht in ein Vertragsverhältnis mit dem Zahntechniker tritt, sondern zahnärztliche und zahntechnische Leistungen insgesamt vom Zahnarzt „erhält“ und dieser ihm eine Gesamtrechnung stellt.

Dass der Zahlungspflichtige mit dem Zahntechniker über die Erbringung der zahntechnischen Leistungen nicht direkt einen Vertrag schließt, rechtfertigt sich daraus, dass der Zahlungspflichtige auf die Erstellung der zahntechnische Arbeit keinen Einfluss hat, da diese durch den jeweiligen Therapieplan des Zahnarztes bestimmt wird. Der Zahnarzt muss sich zudem auf eine exakte, hochwertige, seiner Planung entsprechende Ausführung der technischen Leistung verlassen können, so dass er auch ein eigenes Interesse an der Zusammenarbeit mit einem ihm bekannten Zahntechniker hat.

§ 9 GOZ gilt nur bei Auslagen für zahntechnische Leistungen. Sonstige Praxiskosten – insbesondere Materialkosten – werden von § 4 Abs. 3 GOZ oder entsprechende Sonderregelungen im Gebührenverzeichnis erfasst. Entstehen dem Zahnarzt weitergehende Kosten, die nicht von der GOZ oder über § 6 Abs. 2 GOZ in Verbindung mit GOÄ erfasst werden, so hat er die Möglichkeit, diese Aufwendungen über das Auftragsrecht (§§ 670 ff BGB) vom Zahlungspflichtigen ersetzt zu verlangen, da die GOZ insoweit keine abschließende Regelung trifft. § 9 GOZ ist auf alle zahntechnischen Leistungen anwendbar, unabhängig davon, ob diese in einem gewerblichen Labor oder in einem praxiseigenen Labor erstellt wurden. Erforderlich ist nur, dass dem Zahnarzt diese Kosten auch entstanden sind. Erbringt der Zahnarzt die zahntechnischen Leistungen selbst oder lässt er sie durch einen bei ihm angestellten Zahntechniker erbringen, kann er nicht nur die anteiligen Laborkosten in Rechnung stellen, sondern einen entsprechenden Anteil an den gesamten Kosten des praxiseigenen Labors (Personalkosten, Raumkosten, Abschreibung). Hinzu kommt ein kalkulatorischer Gewinnanteil für den Zahnarzt („kalkulatorischer Unternehmerlohn“), da ein solcher Anteil auch in einer entsprechenden Berechnung eines gewerblichen Labors enthalten wäre. Da nur tatsächlich anfallende Kosten in Rechnung gestellt werden können, muss beim praxiseigenen Labor der Zahnarzt die auf den jeweiligen Behandlungsfall entfallenden Kosten seines Labors erfassen. Dabei ist es aber nicht erforderlich, dass eine bis ins einzelne gehende Erfassung aller auf die jeweilige zahntechnische

Leistung entfallenden Kostenbestandteile erfolgt, es genügt eine überschlägige Berechnung nicht oder nur schwer quantifizierbarer Kostenelemente.

Der Zahnarzt ist grundsätzlich berechtigt, jedes ihm geeignet erscheinende gewerbliche Labor einzuschalten, auch wenn dieses im Gegensatz zu anderen Anbietern teurer ist. Berechnet werden können nur zahntechnische Leistungen. Hierzu zählen sowohl die handwerklichen Leistungen als auch die verwendeten Materialien. Die Materialkosten sind zur Erbringung der zahntechnischen Leistung erforderlich und unterfallen aus diesem Grunde nicht den allgemeinen Praxiskosten nach § 4 Abs. 3 GOZ. Dabei spielt es keine Rolle, wer diese Stoffe beschafft, ob der Zahntechniker sich die Materialien selbst besorgt oder ob der Zahnarzt diese ihm zur Verfügung stellt. Stellt der Zahnarzt die Materialien dem Zahntechniker zur Verfügung, kann er diese dem Zahlungspflichtigem selbst in Rechnung stellen.

Die Auslagen für die zahntechnischen Leistung können nur so berechnet werden, wie sie tatsächlich entstanden sind. Die Rechnung des gewerblichen Labors oder die Eigenrechnung des praxiseigenen Labors sind der „Endrechnung“ beizufügen.

Werden dem Zahnarzt Rabatte gewährt, hat er diese an den Zahlungspflichtigen weiterzugeben (§ 667 BGB), da der Zahnarzt gemäß § 9 Abs. 1 GOZ als Auslagen lediglich die ihm „tatsächlich entstandenen“ Kosten für zahntechnische Leistungen berechnen darf. Würden gewährte Preisnachlässe nicht an die Zahlungspflichtigen weitergeben, würde der Zahnarzt mehr als den in § 9 Abs. 1 GOZ vorgesehenen Auslagenersatz – nämlich einen Gewinn – erhalten. An dieser Rechtslage hat auch die Aufhebung des Rabattgesetzes zum 25.07.2001 nichts geändert. Diese Verpflichtung gilt gleichsam für Rückvergütungen, Preisnachlässe, Bonifikationen oder sonstige geldwerte Vorteile.

Diese Weitergabepflicht von Ermäßigungen gilt jedoch nicht für Skonti, welche dem Zahnarzt aufgrund schneller Begleichung der Rechnung eingeräumt werden. Grund hierfür ist, dass dem Zahnarzt in der Regel die Zahntechnikerrechnung vor Beendigung der Behandlung und damit vor der Möglichkeit der Geltendmachung der Auslagen beim Zahlungspflichtigen zugeht. Durch Begleichung dieser Zahntechnikerrechnung tritt der Zahnarzt für den Zahlungspflichtigen in Vorlage (Vorleistung) und es entsteht ihm durch diese Vorfinanzierung ein eigener Zinsverlust. Dieser Zinsverlust soll durch das Skonto ausgeglichen werden. Nachdem es sich also hierbei um eine Vergünstigung für frühzeitige Zahlung handelt, steht diese dem Zahnarzt als Ausgleich zu und mindert nicht seine tatsächlich entstandenen Kosten in Sinne des § 9 Abs. 1 GOZ. Es kommt mithin nicht zu einem zusätzlichen Gewinn auf Seiten des Zahnarztes wenn er das erhaltene Skonto nicht an den Patienten weitergibt. An dieser Möglichkeit des Einräumens wie des Einbehalts eines Barzahlungsrabattes hat sich durch die Aufhebung des Rabattgesetzes keine Änderung ergeben.

Zu den berechnungsfähigen Kosten gehören auch die auf sie jeweils entfallenden Umsatzsteuer-Beträge unabhängig davon, ob die technischen Leistungen im gewerblichen Labor oder im praxiseigenen Labor erbracht wurden, sind sie einschließlich der angefallenen Materialkosten mit 7 % zu versteuern. Eine Umsatzsteuerpflicht ergibt sich jedoch auf Grund der Kleinunternehmerregelung im Umsatzsteuerrecht dann nicht, wenn der Gesamtumsatz des Zahnarztes in den umsatzsteuerpflichtigen Bereichen im vergangenen Jahr den Betrag von EUR 17.500,- und im laufenden Jahr von EUR 50.000,- voraussichtlich nicht übersteigt. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass eine Umsatzsteuerpflicht bereits dann entsteht, wenn eine der zuvor genannten Nichtaufgriffsgrenzen überschritten wird.

Verwendete Fertigteile hat der Zahnarzt unter Beachtung der jeweils geltenden Mehrwertsteuer in Rechnung zu stellen.

Die Beschränkung der Berechnungsfähigkeit auf „tatsächlich entstandene Kosten“ soll bewirken, dass eine Steigerung der Vergütung für zahntechnische Leistungen verhindert wird.

Zu beachten ist, dass nach § 9 Abs. 1 GOZ nur die „tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen“ berechnet werden können. Wie im Auftragsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches (§§ 662 ff BGB) ist auch hier im Einzelfall zu entscheiden, ob die Kosten in einem vernünftigen Verhältnis von Aufwand und Erfolg stehen. Der Umfang der zahntechnischen Leistungen wird vom Therapieplan des Zahnarztes unter Abstimmung mit dem Patienten bestimmt. Die Angemessenheit der Kosten ist aufgrund dessen in der Regel weniger eine Frage des Umfanges der Leistung als vielmehr der dafür berechneten Beträge. Welche Aufwendungen im Einzelfall erforderlich sind, hat der Zahnarzt unter Beachtung zahnmedizinischer Anhaltspunkte sowie unter Bezug auf seine Diagnose- und Therapiefreiheit zu entscheiden und den Umfang der Leistungen durch die

Behandlungsplanung festzulegen.

Die Angemessenheit der Kosten für Zahnersatzleistungen richtet sich nach einem Urteil des LG Mannheim vom 07.12.2007 (Az: 1 S 178/06) jedoch nicht allein danach, welche Leistung erbracht wurde, sondern auch deren Qualität und der Arbeitsaufwand, den das zahntechnische Labor bei der Herstellung des Zahnersatzes aufgewandt habe, spielt eine Rolle. Ein einseitige Vertragsänderung mit neuen Sachkostenlisten z.B. ist nach einer aktuellen Entscheidung des Bundesgerichtshofes mit Urteil vom 23.01.2008 (Az.: IV ZR 169/06) seitens der Privaten Krankenversicherung nicht möglich.

Kosten für zahntechnische Leistungen können nicht berechnet werden, wenn diese zahntechnischen Leistungen im Gebührenverzeichnis mit Gebühren für andere zahnärztliche Leistungen bereits mit abgegolten sind. Daraus folgt, dass die Einzelregelungen im Gebührenverzeichnis als lex spezialis der allgemeinen Regelung des § 9 Abs. 1 GOZ vorgehen.

Problematisch wird es allerdings, wenn neue Materialien oder neue zahntechnische Leistungen auf den Markt kommen, die einen höheren Kostenfaktor verursachen und diese Neuentwicklungen vom Patienten gewünscht werden. In diesem Fall kann es dem Zahnarzt nicht zugemutet werden, diesen Fortschritt in der Neuentwicklung „auf eigene Kosten“ zu übernehmen, wenn die Mehrkosten ebenfalls als durch seine zahnärztliche Gebühr abgegolten anzusehen sind. Dem Zahnarzt verbleibt in diesem Fall die Möglichkeit, den Steigerungssatz nach § 5 Abs. 2 GOZ entsprechend anzuheben, um die Mehrkosten, die bei der Ausführung der Leistung entstehen, auszugleichen. Als Umstände bei der Ausführung können nämlich nicht nur besondere Erschwernisse die in der Person des Patienten liegen („patientenbezogene Besonderheiten“), sondern auch „verfahrensbezogene Besonderheiten“ (vgl. VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 17.09.1992, Az: 4 S 2084/91 und BVerwG, Urteil vom 17.02.1994, Az: 2 C 12.93) sowie auch besondere Wünsche oder besondere Kosten bei der Leistungserbringung, Berücksichtigung finden.

Bewertung/Fazit:

§ 9 Abs. 1GOZ ist inhaltlich unverändert.

§ 9 – Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen

	Verordnungstext
	Absatz 2
GOZ 2012	Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen vor der Behandlung einen Kostenvoranschlag des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über die voraussichtlich entstehenden Kosten für zahntechnische Leistungen anzubieten und auf dessen Verlangen in Textform vorzulegen, sofern die Kosten insgesamt voraussichtlich einen Betrag von 1000 Euro überschreiten. Für Behandlungen, die auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplans für einen Behandlungszeitraum von mehr als zwölf Monaten geplant werden, gilt Satz 1 nur, sofern voraussichtlich bereits innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten Kosten von mehr als 1000 Euro entstehen. Der Kostenvoranschlag muss die voraussichtlichen Gesamtkosten für zahntechnische Leistungen und die dabei verwendeten Materialien angeben. Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen, Berechnungsgrundlage und Herstellungsort der zahntechnischen Leistungen sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern. Ist eine Überschreitung der im Kostenvoranschlag genannten Kosten um mehr als 15 vom Hundert zu erwarten, hat der Zahnarzt den Zahlungspflichtigen hierüber unverzüglich in Textform zu unterrichten.
GOZ `88	nicht vorhanden

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- unverzüglich bedeutet ohne schuldhaftes (vorwerfbares) Zögern, das heißt, dass die Information nach Eintreffen und kurzer Prüfung möglichst zeitnah an den Zahlungspflichtigen weiterzugeben ist
- Art, Umfang und Ausführung der Leistung sind Anhaltspunkte zur näheren Bestimmung einer analog in Betracht zu ziehende Leistung des Gebührenverzeichnisses

Kommentierung:

Der § 9 Abs. 2 GOZ verlangt vom Zahnarzt, anders als bisher, dem Zahlungspflichtigen die Einholung eines Kostenvoranschlages für zahntechnische Leistungen anzubieten und auf dessen Verlangen in Textform vorzulegen. Als Grenze wird der Gesamtkostenbetrag von 1000 Euro gezogen. Unterhalb dieser Grenze ist das Anbieten eines Kostenvoranschlages nicht erforderlich.

Für geplante Behandlungen (auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplans) mit einer Behandlungsdauer von mehr als 12 Monaten entfällt das Anbieten eines Kostenvoranschlages dann, wenn innerhalb der ersten 6 Monate der Behandlung der Betrag von 1000 Euro für zahntechnische Leistungen nicht überschritten wird. Diese Regelung soll insbesondere dem langfristigen Charakter einer kieferorthopädischen Behandlung Rechnung tragen (Amtliche Begründung, S.53).

Wenn der Zahlungspflichtige dies verlangt, so ist ihm nach dem mündlichen Angebot (in den oben bezeichneten Fällen) der Kostenvoranschlag in Textform (§126b BGB) vorzulegen. Dies bedeutet, dass aus dem Schriftstück der Erklärende hervorgehen muss und der Abschluss des Schriftstückes durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar gemacht wird. Inhaltlich hat der Kostenvoranschlag die voraussichtlichen Gesamtkosten für die zahntechnische Leistungen und die dabei verwendeten Materialien aufzuführen.

Mit der Einführung des neuen § 9 Abs. 2 wird dem Zahnarzt ein zusätzlicher verwaltungstechnischer Aufwand auferlegt dessen Notwendigkeit nicht nachvollziehbar ist. Argument für die Einführung dieser Regelung ist der Gewinn an Transparenz, wobei jedoch übersehen wird, dass es sich dabei um eine verordnete Transparenz handelt. Es war bereits in der Praxis unter Geltung der alten GOZ üblich, dass, soweit ein Patient einen Kostenvoranschlag zur Kostenübernahmeanfrage bei seiner Erstattungsstelle benötigte, ihm dieser vom Zahnarzt zur Verfügung gestellt wurde. Mit der neuen Regelung wird ohne Not und dringende Notwendigkeit eine gesetzlich vorgeschriebene Kostenvoranschlagseinholung implementiert, die bei der in der Masse der kleinen Praxen zu erheblichem organisatorischen und personalintensiven Mehraufwand führt. Insbesondere durch die nunmehr festgelegte Aufklärung über die Möglichkeit der Kostenvoranschlagseinholung und dessen Erläuterung muss der Zahnarzt Zeit aufwenden, die ihm nicht vergütet wird und dessen Gewinn an Transparenz äußerst fraglich ist.

Auf Verlangen des Zahlungspflichtigen hat der Zahnarzt Berechnungsgrundlage und Herstellungsort näher zu erläutern. Eine mündliche Erläuterung genügt. Soweit mit der Angabe des Herstellungsortes der zahntechnischen Leistungen Manipulationen vorgebeugt werden soll, so ist der Zahnarzt dafür nicht der richtige Adressat. Der Zahnarzt kann letztendlich nur die Informationen weitergeben, die ihm ein Dritter, nämlich das gewerbliche Labor macht. Eine sinnvolle Kontrolle, kann daher nur beim eigentlichen Leistungserbringer, den gewerblichen Laboren erfolgen. Diese könnten vom Gesetzgeber dazu angehalten werden, dass sie ihren Produkten ein Herstellungszertifikat beilegen. Der Zahnarzt ist in diesem Zusammenhang, wie der Patient auch, auf den wahrheitsgemäßen Gehalt der Aussage des Labors angewiesen. Einzig bei seinem Praxislabor kann der Zahnarzt eine von ihm überprüfte Aussage zur Herstellung machen. Dort ist jedoch durch die Berufsordnung sichergestellt, dass sich das Labor in unmittelbarer räumlicher Nähe zur Praxis befinden muss. Der Herstellungsort ergibt sich damit von selbst. Die Regelung bringt damit unter der pauschalen Aussage der Schaffung von mehr Transparenz und Verbraucherschutz keinen wirklichen Mehrwert, außer der Schaffung von mehr Verwaltungsaufwand.

Die in Satz 4 enthaltene Unterrichtungspflicht bei zu erwartender Überschreitung der im Kostenvoranschlag angegebenen Kosten um mehr als 15 Prozent, entspricht der Regelung in § 650 Abs. 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) und der dazu ergangenen Rechtssprechung.

Die Pflicht zum Angebot der Einholung eines Kostenvoranschlages und dessen Vorlage bezieht sich nur auf zahntechnische Leistungen die als Auslagen geltend gemacht werden können. Soweit die Leistungen Teil einer in einer Gebührenziffer beschriebenen Leistung sind, gilt das Erfordernis der Einholung eines Kostenvoranschlages nicht.

Der § 632 Abs.3 BGB sieht eine Vergütung des Kostenvoranschlag in der Regel nicht vor. Damit ist jedoch eine Vergütung nicht ausgeschlossen. Soweit eine Vergütung des Kostenvoranschlages angestrebt wird, bedarf es der vorherigen Vereinbarung mit dem Zahlungspflichtigen (ggf. in Anlehnung an die BEB).

Bewertung/Fazit:

Allein der pauschale Begründungsansatz des Transparenzgewinns ist eine schwache, wenn auch beliebte Begründung für die Einführung der Kostenvoranschlagsverpflichtung. Transparenz um jeden Preis führt zu Bürokratie zu einem hohen Preis, den der Zahnarzt zusätzlich zu stemmen hat.

Die Regelung ist eine Formvorschrift. Für das Verlangen des Patienten trägt dieser die Beweislast, für die Vorlage des Kostenvoranschlages der Zahnarzt. Erfüllt der Zahnarzt die Formerfordernisse nicht, besteht die Gefahr, auf den Laborkosten sitzen zu bleiben.

§ 10 – Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

	Verordnungstext
	Absatz 1
GOZ 2012	Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung nach der Anlage 2 erteilt worden ist. Künftige Änderungen der Anlage 2 werden durch das Bundesministerium für Gesundheit durch Bekanntmachung veröffentlicht.
GOZ `88	Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- „Fälligkeit“ = Terminbezeichnung für die Einlösungsverpflichtung einer Verbindlichkeit. Mit dem Zeitpunkt der Fälligkeit kann der Gläubiger (Inhaber der Forderung) die Leistung verlangen.

Kommentierung:

Für die Fälligkeit des Vergütungsanspruches des Zahnarztes muss bei der Rechnungslegung den Anforderungen des § 10 GOZ entsprochen werden. Bei dem einer zahnärztlichen Behandlung zugrundeliegenden Vertragsverhältnis zwischen Zahnarzt und Patient handelt es sich grundsätzlich um einen Dienstvertrag nach § 611 BGB. Bei einem Dienstvertrag wird gemäß § 614 BGB der Vergütungsanspruch nach Erbringung der Dienste fällig. Diese Regelung im BGB ist jedoch abdingbar und gegenüber der Sonderregelung des § 10 Abs. 1 GOZ im Rahmen eines Behandlungsvertrages nachrangig. Daraus folgt, dass der Zahnarzt eine Vergütung vom Patienten erst dann fordern kann, wenn er dem Patient eine Rechnung gestellt hat, die den Erfordernissen des § 10 GOZ genügt.

Die privatzahnärztliche Honorarforderung unterliegt der „regelmäßigen Verjährung“ nach § 195 BGB und verjährt nach drei Jahren. Die Dreijahresfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres (31.12., 24.00 Uhr) zu laufen, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den anspruchsbegründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erhalten hat oder hätte erhalten können. Entstanden ist der Anspruch mit dessen Fälligkeit, nicht mit dem Abschluss der Behandlung an sich. Der Zahnarzt kann somit durch den Zeitpunkt der Rechnungslegung den Beginn der Verjährung in gewissen Grenzen selbst bestimmen.

Ein Patient kann einen Honoraranspruch des Zahnarztes nicht dadurch endgültig abwehren, dass er erfolgreich geltend macht, es sei keine ordnungsgemäße Rechnung erteilt worden. Der Zahnarzt hat in diesem Fall die Möglichkeit, eine neue, nunmehr wirksame Rechnung zu stellen, da eine Verjährung des Anspruchs nicht droht. Die Rechnungsstellung kann vom Zahnarzt jedoch nicht beliebig verzögert werden. Durch die Nichtgeltendmachung des Anspruches tritt zwar keine Fälligkeit und damit auch keine Verjährung des Anspruches ein, es besteht jedoch die Gefahr, dass der Anspruch verwirkt ist. Eine Verwirkung kann dann eintreten, wenn von der Möglichkeit ein bestehendes Recht geltend zu machen über längere Zeit hinweg kein Gebrauch gemacht wird und eine verspätete Geltendmachung gegen Treu und Glauben verstoßen würde. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn der Zahnarzt durch sein Verhalten den Eindruck erweckt, er wolle den Anspruch nicht mehr geltend machen; der Patient sich hierauf einrichtet und eine spätere Geltendmachung dem Patienten nicht mehr zugemutet werden kann. Es ist jedoch nicht Aufgabe des Zahnarztes, den Zeitpunkt einer Rechnungslegung nach den Erstattungsmöglichkeiten des Zahlungspflichtigen zu richten. Etwas anderes kann sich allerdings aus vertraglicher Nebenpflicht ergeben, wenn der Zahnarzt vom Zahlungspflichtigen auf dessen besonderes Interesse hingewiesen worden ist. Es empfiehlt sich daher, insbesondere bei einer nicht sehr umfangreichen Behandlung, dass eine Rechnungslegung innerhalb eines Jahres nach Behandlungsabschluss erfolgt.

Die Fälligkeit des Anspruches tritt nur dann ein, wenn die Rechnung dem Zahlungspflichtigen zugegangen ist. Hierfür ist erforderlich, dass die Rechnung in den Herrschaftsbereich (in der Regel Brief-kasten oder Wohnung) des Zahlungspflichtigen gelangt und dieser unter normalen Umständen die
Möglichkeit der Kenntnisnahme hat.

In einem Streitfall hat der Zahnarzt als Rechnungssteller den Zugang der Rechnung zu beweisen. Auch durch die Versendung eines Einschreibebriefes wird die Beweislast nicht erleichtert, da bei Abwesenheit des Patienten der Postbote lediglich einen Benachrichtigungsschein einwirft, der jedoch noch keinen Zugang bewirkt. Die Zustellung der Rechnung mittels Einschreiben mit Rückschein reicht dagegen aus. Sinnvoll ist die Zustellung der Liquidation über Einschreiben mit Rückschein, wenn der Patient bereits in früheren Fällen behauptet hat, er habe keine Rechnung erhalten und konnte deshalb nicht zahlen.

Auch bei einer ordnungsgemäßen Benachrichtigung des Zahlungspflichtigen kann ein Empfang nur fingiert werden, wenn der Brief nicht abgeholt wurde, dies aber nach den Umständen dem Empfänger möglich gewesen wäre. Bei zu erwartenden bzw. bereits eingetretenen Zustellungsschwierigkeiten empfiehlt es sich daher die Rechnung als Einschreiben mit Rückschein zu versenden.

Die Rechnung ist gegenüber dem Zahlungspflichtigen zu erteilen. Bei einem nicht geschäftsfähigen minderjährigen Patienten sind grundsätzlich die Erziehungsberechtigten – gemäß § 1629 BGB (Gesetzliche Vertretung) sind dies in der Regel die Eltern – berechtigt, das Kind gemeinsam zu vertreten und somit auch die Rechnung für das Kind in Empfang zu nehmen.

Der Finanzausschuss des Bundesrates hat in Abstimmung mit dem Bundesgesundheitsministerium eine Vorgabe zur Rechnungslegung eingefügt, die erst zum 01.07.2012 gelten soll. Ab diesem Zeitpunkt sind Rechnungen des Zahnarztes nur noch unter Benutzung des dann als Anlage 2 zur GOZ veröffentlichten Formulars zu stellen. Liquidiert der Zahnarzt ohne Nutzung dieses Formulars, so wird seine Forderung nicht fällig, d.h. er kann seine Forderung nicht gerichtlich oder anderweitig durchsetzen. Damit wird dem Zahnarzt ein Liquidationsvordruck zwingend vorgegeben.

Begründet wird dies vom Finanzausschuss (BR-Drs. 566/11 (Beschluss) vom 04.11.2011) wie folgt:

„ Die Abwicklung von Erstattungsanträgen mit rechnergestützten Programmen hat sich mittlerweile zu einem unverzichtbaren Bestandteil der privaten Krankenversicherung sowie des Systems der Beihilfe entwickelt. Die umfassende maschinelle Unterstützung der Kostenerstattung von Abrechnungen nach der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte scheitert derzeit allerdings weitgehend an der individuellen Gestaltung der Liquidation. Allein dadurch wird derzeit eine automatisierte formale Prüfung mit vertretbaren technischen Aufwand und zu wirtschaftlichen Rahmenbedingungen erschwert.“

Damit finden die Interessen von Institutionen (private Krankenversicherung, Beihilfestelle) Eingang in die GOZ, die keiner der Parteien der Ermächtigungsgrundlage des § 15 Zahnheilkundegesetz zugerechnet werden können.

Der Praxisbogen, auf dem die Rechnung erstellt wird, dient der Individualisierung der einzelnen Zahnarztpraxis und ist damit auch Teil der beruflichen Entfaltungsmöglichkeiten des Zahnarztes. Diese Entfaltungsmöglichkeiten dürften, soweit man sie zur Berufsausübungsfreiheit hinzurechnet, nur durch oder aufgrund eines Gesetzes eingeschränkt werden. Eine Rechtsverordnung erfüllt diese Voraussetzungen nicht.

Bewertung/Fazit:

Die Neuregelung des § 10 Abs. 1 GOZ ab dem 01.07.2012 führt zu einer zwingenden Vorgabe bei der Gestaltung einer Liquidation. Individualisierte Abrechnungen, insbesondere deren äußere Gestaltung, sind damit ab diesem Zeitpunkt nicht mehr möglich.

§ 10 – Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

	Verordnungstext
	Absatz 2
GOZ 2012	Die Rechnung muss insbesondere enthalten: 1. das Datum der Erbringung der Leistung, 2. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer verständlichen Bezeichnung des behandelten Zahnes und einer in der Leistungsbeschreibung oder einer Abrechnungsbestimmung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz, 3. bei Gebühren für stationäre für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatzahnärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 7, 4. bei Entschädigungen nach § 8 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung, 5. bei Ersatz von Auslagen nach § 9 Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen und deren Preis sowie die direkt zurechenbare Materialien und deren Preise, insbesondere Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis der verwendeten Legierungen, 6. bei nach dem Gebührenverzeichnis gesondert berechnungsfähigen Kosten Art, Menge und Preis verwendeter Materialien; die Auslagen sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern.
GOZ `88	Die Rechnung muss insbesondere enthalten: 1. das Datum der Erbringung der Leistung, 2. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer verständlichen Bezeichnung des behandelten Zahnes sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz, 3. bei Gebühren für stationäre privat-zahnärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 7, 4. bei Wegegeld nach § 8 den Betrag und die Berechnung, 5. bei Ersatz von Auslagen nach § 9 den Betrag und die Art der einzelnen Auslage sowie Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis verwendeter Legierungen, 6. bei nach dem Gebührenverzeichnis gesondert berechnungsfähigen Kosten Art, Menge und Preis erwendeter Materialien.
Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*	
Kommentierung: Die Honorarforderung wird erst fällig, wenn bei der Rechnungslegung die Anforderungen des § 10 Abs. 2 – 4 GOZ beachtet wurden. Die Fälligkeit wird nicht davon berührt, dass die Rechnung mit dem materiellen Gebührenrecht nicht übereinstimmt (vgl. Bundesgerichtshofes, Urteil vom 21.12.2006, Az.: III ZR 117/06). Dass heißt, entscheidend für die Fälligkeit ist, dass eine Rechnung nach den formalen Anforderungen des § 10 Abs. 2 GOZ erstellt wurde. Es kommt jedoch nicht darauf an, ob alle Gebührenpositionen auch berechtigt in Ansatz gebracht wurden. Kurz gesagt, die Rechnung muss nach außen aussehen wie eine Rechnung, aber was im Einzelnen abgerechnet wurde, ist für die Fälligkeit der Forderung gegenstandslos.	

Nach dem Wortlaut des § 10 Abs. 2 GOZ („*insbesondere*“) muss die Rechnung bestimmte Angaben enthalten. Durch die gewählte Formulierung wird verdeutlicht, dass es sich hierbei nicht um eine abschließende Aufzählung handelt, sondern, was sich auch aus den Absätzen 3 und 4 ergibt, noch weitere Angaben gefordert werden. § 10 Abs. 2 GOZ regelt mithin nur den von der GOZ geforderten Mindestinhalt einer zahnärztlichen Rechnung.

Die Angabe einer Diagnose wird von der GOZ nicht verlangt, es ist jedoch anerkannt, dass der Zahnarzt eine derartige Angabe aufgrund einer vertraglichen Nebenpflicht zu machen hat. Derartige Nebenpflichten ergeben sich aus dem zivilrechtlichen Grundsatz von Treu und Glauben (Verhalten eines redlichen und anständigen Menschen), die der Erreichung des Vertragszieles und der Vermeidung von Schäden dienen. Da in der Regel auch Privatpatienten nicht reine Selbstzahler sind, sondern auch über eine private Krankenversicherung einen Erstattungsanspruch haben, ist der Zahnarzt verpflichtet, Angaben zur Diagnose zu machen, wenn dadurch dem Patienten ein Erstattungsanspruch gegen seine private Versicherung ermöglicht wird; denn aus einem Vertragsverhältnis wie dem Behandlungsvertrag ergibt sich die Schutzpflicht der Vertragspartner sich so zu verhalten, dass Personen, Eigentum und sonstige Rechtsgüter des anderen nicht verletzt werden. Zu diesen Rechtsgütern zählen auch Rechte, z. B. der Erstattungsanspruch aus einem Versicherungsvertrag. Da sich dieser Anspruch jedoch nicht direkt aus der GOZ ergibt, ist er nur auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten in die Rechnung mit aufzunehmen. Die Verletzung einer vertraglichen Nebenpflicht kann allenfalls zu einem Schadensersatzanspruch des Patienten gegen den Zahnarzt führen, nicht jedoch zu einer Hinausschiebung der Fälligkeit des Vergütungsanspruches.

Unter Umständen kann die Diagnoseangabe seitens des Zahnarztes verweigert werden, wenn es aus therapeutischen Gründen angezeigt ist, dem Patienten gewisse Erkenntnisse vorzuenthalten (BGHZ 106, 146 (150 f)). Dies kann insbesondere bei einer schweren, dem Patienten nicht bekannten Krankheit der Fall sein. Allerdings sollte mit der Vorenthaltung der Diagnose sehr zurückhaltend agiert werden, da das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und damit sein Recht auf Information einen sehr hohen Stellenwert hat. Sie kommt deshalb nur dann in Betracht, wenn eine ernstliche Gefährdung des Lebens und der Gesundheit des Patienten bei Offenbarung der Diagnose zu befürchten ist.

1. Datum der Leistung (§ 10 Abs. 2, Nr. 1 GOZ)

Die Rechnung muss das „Datum der Erbringung der Leistungen“ anzeigen. Für jede einzelne auf der Rechnung aufgeführte Leistung ist das Datum ihrer Erbringung zu vermerken. Erfolgte die Leistung in mehreren unabhängigen Teilleistungen, so genügt es nicht, ein Datum für die Gesamtleistung zu benennen. Es muss in diesem Fall jede Teilleistung mit dem Datum ihrer Erbringung versehen werden.

Wurde eine abgerechnete Leistung an unterschiedlichen Tagen in mehreren Einzelabschnitten erbracht, so sind nicht alle Behandlungsdaten zu vermerken. Es genügt den Tag anzugeben, an dem der letzte Teilabschnitt erbracht wurde. Dieser Grundsatz, dass nur vollständig erbrachte, abrechnungsfähige Leistungen in Rechnung gestellt werden können, wirft Probleme auf, wenn eine Leistungsposition der GOZ eine Vielzahl von Einzelleistungen über einen längeren Zeitraum umfasst. Danach könnte unter Umständen eine Abrechnung erst nach Jahren erfolgen. Eine derartige Vorgehensweise wird jedoch § 10 GOZ nicht gerecht, der das Ziel einer größeren Transparenz der Rechnungslegung verfolgt. Der Vereinbarung von vertraglichen Teil- oder Abschlagszahlungen steht jedoch die Fälligkeitsregelung des § 10 GOZ als zwingende Vorschrift entgegen. Diese Fälligkeitsregelung besagt jedoch nur, dass der Zahnarzt nicht berechtigt ist, vor diesem Fälligkeitszeitpunkt vom Zahlungspflichtigen die Vergütung zu verlangen.

Von der Fälligkeit der Vergütung ist die Erfüllbarkeit zu unterscheiden. Die „Erfüllbarkeit“ regelt den Zeitpunkt, ab dem der Zahlungspflichtige leisten darf, d. h. der Zahlungspflichtige hat das Recht zur Vorauszahlung. Eine entsprechende Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Patient lässt demzufolge die Fälligkeit des Vergütungsanspruches unberührt. Entsprechend einer vertragszahnärztlichen Regelung bei BEMA-Pos. 119, 120 ist eine besondere Teilzahlungsvereinbarung über die Gebühren der Leistungen GOZ-Pos. 605 - 613 zulässig. Eine derartige Vereinbarung ist vor Behandlungsbeginn mit dem Patienten schriftlich abzuschließen. Bei der Abrechnung der Abschlagszahlungen ist in der Rechnung eine Angabe der im Abrechnungszeitraum angefallenen Behandlungsdaten zu machen, um

eine ausreichende Dokumentation des Behandlungsverlaufes zu erzielen.

2. Leistungsbeschreibung (§ 10 Abs. 2, Nr. 2 GOZ)

Die Rechnung muss neben dem Datum der Leistung auch die Gebührennummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung, eine verständliche Bezeichnung des behandelten Zahnes und eine in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz enthalten.

Die Bezeichnung der erbrachten Leistungen kann dann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigefügt ist (§ 10 Abs. 3, Satz 4 GOZ), der die Bezeichnung entnommen werden kann. Eine einmalige Überreichung einer Aufstellung der GOZ-Positionen mit den erläuternden Bezeichnungen beziehungsweise ein Aushang in der Praxis ist nicht ausreichend.

Bei der Angabe der Bezeichnung ist es nicht erforderlich, den kompletten Text aus der GOZ in die Rechnung aufzunehmen. Es ist vielmehr ausreichend, wenn eine für den Laien verständliche Kurzbezeichnung der Leistungsbeschreibung vorgenommen wird. Diese Kurzbezeichnungen können auch Inhalt der Zusammenstellung nach § 10 Abs. 3, Satz 4 GOZ sein, da auch hierdurch dem Erfordernis der Transparenz Rechnung getragen wird. In der Rechtsprechung unstrittig ist, dass eine Rechnung immer nachprüfbar sein muss. Der Zahn, an dem die Behandlung erfolgt ist, ist ebenfalls in verständlicher Weise zu bezeichnen. Die GOZ schreibt hierfür keine bestimmte Art vor. Es genügt mithin, entweder ein Zahnschema aufzuzeichnen oder eine Ziffernbezeichnung nach dem FDI-System. Voraussetzung ist nur, dass es für den Patienten verständlich ist. Dabei kann es jedoch nicht Aufgabe des Zahnarztes sein, die jeweilige Bezeichnung in jeder Rechnung umfassend zu erläutern. Es empfiehlt sich aber in jedem Fall dem Patienten eine der „Zahnbeschreibungen“ an die Hand zu geben.

Die Rechnung muss weiter den auf die jeweilige Gebührennummer bezogenen Betrag und den Steigerungssatz ausweisen. Unter „Betrag“ ist hierbei nicht der Einfachsatz, sondern der für die Leistung durch Multiplikation mit dem Steigerungssatz ermittelte Betrag zu verstehen. Der Einfachsatz muss in der Rechnung nicht angegeben werden. Der Steigerungssatz ist separat für jede einzelne erbrachte und in der Rechnung aufgeführte Leistung anzugeben. Dies muss auch dann erfolgen, wenn für sämtliche Leistungen der gleiche Steigerungssatz verwendet wird. Eine Verweisung auf einen nur einmal angegebenen Steigerungssatz ist aufgrund des Regelungsinhaltes in § 5 Abs. 2 GOZ nicht möglich, da diese Vorschrift verlangt, dass der Steigerungssatz für jede einzelne Leistung gesondert festgesetzt werden muss.

Die Übernahme der Regelung aus § 12 Abs. 2, Nr. 2 GOÄ, wonach eine in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannte Mindestdauer in die Rechnung aufgenommen werden muss, ist aus Gründen der Transparenz sicherlich als sinnlos zu erachten. Dies bedeutet jedoch, dass der Faktor „Zeit“ im Rahmen der Behandlungs- und Abrechnungsdokumentation in der zahnärztlichen Praxis-EDV zukünftig berücksichtigt werden muss.

3. Minderungsbetrag bei stationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Leistungen (§ 10 Abs. 2, Nr. 3 GOZ)

Werden privatzahnärztliche Leistungen während eines stationären, teilstationären oder eines vor- oder nachstationären Krankenhausaufenthaltes erbracht, muss in der Rechnung der Minderungsbetrag nach § 7 Abs. 1 GOZ gesondert ausgewiesen werden. Ein Hinweis auf die Art der Berechnung ist weder erforderlich noch ausreichend.

In § 10 Abs. 2, Nr. 3 GOZ wurde die Regelung aus § 12 Abs. 2, Nr. 3 GOÄ übernommen. Wegen der Reichweite des § 7 GOZ ist eine Ausdehnung der Nennung des Minderungsbetrages im Rahmen der Rechnungserstellung auf „teil-, vor- und nachstationär“ erbrachte Leistungen konsequent und nicht zu beanstanden.

4. Entschädigungen (§ 10 Abs. 2, Nr. 4 GOZ)

Bei Entschädigungen nach § 8 GOZ muss die Rechnung den Endbetrag, die Art der Entschädigung sowie die Berechnungsweise beinhalten.

Fällt eine Reiseentschädigung nach § 8 Abs. 3, Nr. 1, 2. Halbsatz GOZ an, sind die tatsächlichen Aufwendungen für die Nutzung der anderen Verkehrsmittel (z. B. Fahrtkosten für öffentliches Verkehrsmittel) auszuweisen. Die entsprechende Quittung muss jedoch der zahnärztlichen Liquidation nicht beigefügt werden. Wird eine Quittung jedoch üblicherweise erteilt, so ist diese gemäß § 666 i. V. m. § 259 Abs. 1 BGB vorzulegen. Erfolgt eine Reiseentschädigungsberechnung nach § 8 Abs. 2 Satz 4 GOZ – Besuch mehrerer Patienten – so ist in der Rechnung anzugeben, wie viele Patienten besucht wurden und der errechnete Gesamtbetrag ist durch die Anzahl der besuchten Patienten zu dividieren.

5. Auslagen für zahntechnische Leistungen (§ 10 Abs. 2, Nr. 5 GOZ)

Wird in einer Rechnung ein Auslagenersatz für zahntechnische Leistungen (§ 9 GOZ) berechnet, so sind der Betrag und die Art, Umfang sowie Ausführung der einzelnen Leistungen zu benennen. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Auslagen im gewerblichen oder im praxiseigenen Labor angefallen sind. Es müssen die Auslagen im Einzelnen aufgeführt und genau bezeichnet werden.

Für jede einzelne Auslageposition ist der jeweilige Betrag anzugeben, mit der Folge dass Pauschalbeträge für zahntechnische Leistungen nicht ausreichend sind. Hat der Zahnarzt Umsatzsteuer zu berechnen, ist diese in der Rechnung in der jeweiligen Höhe auszuweisen. Bei der Abrechnung von Dentallegierungen sind diese handelsüblich zu bezeichnen sowie das Gewicht und der Tagespreis anzugeben. Da gemäß § 9 GOZ die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen Kosten berechnet werden können, sind nicht nur die in dem fertigen Werkstück enthaltenen Legierungsmengen, sondern alle bei der Anfertigung des Werkstückes tatsächlich verbrauchten Legierungsmengen, einschließlich verlorener Mengen, in Ansatz zu bringen. Bei der Berechnung der Kosten für die Legierung ist nicht auf den Preis zum Zeitpunkt des Einkaufes abzustellen, sondern auf den Tagespreis zum Zeitpunkt der Verarbeitung im Labor.

Gemäß § 10 Abs. 3, Satz 5 GOZ hat der Zahnarzt einen Beleg oder sonstigen Nachweis über die Auslagen der Rechnung beizufügen. Es kann sich hierbei um die Rechnung des gewerblichen Labors oder um einen Eigenbeleg des Zahnarztlabors handeln. Die Rechnung muss aber in jedem Fall den Anforderungen des § 10 Abs. 2, Nr. 5 GOZ entsprechen. Entspricht die Rechnung des gewerblichen Labors diesen Erfordernissen, genügt es gemäß § 10 Abs.3 Satz 6 GOZ, dass der Zahnarzt in seiner Rechnung auf den Gesamtbetrag der angefallenen zahntechnischen Leistungen verweist.

Entspricht die Rechnung des gewerblichen Labors nicht den Anforderungen des § 10 Abs. 2, Nr. 5 GOZ, so ist der Zahnarzt zu einer den Anforderungen genügenden Rechnungslegung verpflichtet.

6. Materialkosten (§ 10 Abs. 2, Nr. 6 GOZ)

Bei gesondert berechnungsfähigen Kosten sind die verwendeten Materialien nach Art, Menge und Preis in der Rechnung zu vermerken. Abrechnungsfähig sind auch hier die tatsächlich entstandenen Kosten.

Zu beachten ist in diesem Zusammenhang sicherlich auch die verschärfte Gangart der Steuerbehörden im Lichte der Entscheidung des Landgericht München I vom 08.02.2008 (Az: 1 HK O 13279/07). Das LG München hat entschieden, dass Pharmaunternehmen Ärzten keine teuren Geschenke machen dürfen. Das Gericht sah in der Zuwendung die Gefahr einer Beeinflussbarkeit der Ärzte und untersagt entsprechende Angebote. Das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gebiete es nach Auffassung des Gerichts, dass der Arzt sich bei der Verschreibung von Medikamenten allein von den Interessen des Patienten leiten lasse und dabei nicht einmal in den Verdacht einer unsachlichen Beeinflussung durch die Hersteller der Medikamente kommen dürfe. Mit derartigen Zuwendungen, das Gericht ging von mehreren hundert Euro aus, werde die Entscheidung der Ärzte bei der Medikation unangemessen und unsachlich beeinflusst und verstoße somit gegen § 4 Nr. 1 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG). Das hohe Gut des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient rechtfertige es, bereits Handlungen, die geeignet seien, den bösen Schein einer unsachlichen Einflussnahme nahezulegen, als nicht mehr mit den guten Sitten im Wettbewerb vereinbar anzusehen. Es ist davon auszugehen, dass Betriebsprüfer im Rahmen der Umsatzsteuerprüfung gezielt nach versteckten Rabatten (z. B.: 150 Implantate gekauft, 30 als Bonus kostenlos bekommen und damit nicht versteuert!) suchen und Strafanzeige wegen Verstoß gegen § 299 StGB (Bestechlichkeit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr) stellen werden, wenn ein Anfangsverdacht besteht.

Die Erläuterungspflicht ist erst auf Nachfrage des Zahlungspflichtigen zu erfüllen. Sie steht damit im Gleichlauf mit der Erläuterungspflicht bei Überschreitung des 2,3fachen des Gebührensatzes in § 10 Abs. 3 Satz 2 GOZ.

Bewertung/Fazit:

Die Änderungen des § 10 Abs. 2 GOZ spiegeln zum großen Teil die Änderungen in den anderen Paragrafen der GOZ wider. Ein beliebtes Instrument des Verordnungsgebers ist inzwischen die Erläuterungspflicht des Zahnarztes, die jetzt auch für Auslagen in § 10 Abs. 2 Nr. 6 GOZ etabliert wurden. Begründet wird dies mit der Sicherstellung der Nachvollziehbarkeit der Rechnung für den Zahlungspflichtigen (Amtliche Begründung, S. 54).

§ 10 – Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

	Verordnungstext
	Absatz 3
GOZ 2012	Überschreitet die berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nr. 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. Soweit im Falle einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 auch ohne die getroffene Vereinbarung ein Überschreiten der in Satz 1 genannten Steigerungssätze gerechtfertigt gewesen wäre, ist das Überschreiten auf Verlangen des Zahlungspflichtigen schriftlich zu begründen; die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend. Die Bezeichnung der Leistung nach Absatz 2 Nr. 2 kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigefügt ist, der die Bezeichnung für die abgerechnete Leistungsnummer entnommen werden kann. Bei Auslagen nach Absatz 2 Nr. 5 ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen. Wurden zahntechnische Leistungen in Auftrag gegeben, ist eine den Erfordernissen des Absatzes 2 Nr. 5 entsprechende Rechnung des Dentallabors beizufügen; insoweit genügt es, in der Rechnung des Zahnarztes den Gesamtbetrag für diese Leistungen anzugeben. Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 Satz 2 und § 2 Abs. 3), sind als solche zu bezeichnen.
GOZ `88	Überschreitet die berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nr. 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies schriftlich zu begründen. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. Die Bezeichnung der Leistung nach Absatz 2 Nr. 2 kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigefügt ist, der die Bezeichnung für die abgerechnete Leistungsnummer entnommen werden kann. Bei Auslagen nach Absatz 2 Nr. 5 ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen. Wurden zahntechnische Leistungen in Auftrag gegeben, ist eine den Erfordernissen des Absatzes 2 Nr. 5 entsprechende Rechnung des Dentallabors beizufügen; insoweit genügt es, in der Rechnung des Zahnarztes den Gesamtbetrag für diese Leistungen anzugeben. Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 Satz 2 und § 2 Abs. 3), sind als solche zu bezeichnen.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Kommentierung:

Gemäß § 10 Abs. 3, Satz 1 GOZ hat der Zahnarzt eine Überschreitung des 2,3fachen Steigerungssatzes bei der berechneten Gebühr für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar in der Rechnung schriftlich zu begründen.

Nach dem Wortlaut des Absatzes 3 Satz 1 ist eine Begründung bei jeder Überschreitung – und zwar bezogen auf jede einzelne Leistung – erforderlich. Dabei wird auch auf eine Überschreitung des Steigerungssatzes unter Zugrundelegung der Bemessungskriterien nach § 5 Abs. 2 GOZ Bezug genommen. Eine Überschreitung ist auch aufgrund einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 GOZ möglich, wobei eine Vereinbarung sowohl über eine Vergütungshöhe innerhalb des Gebührenrahmens des § 5 GOZ, als auch darüber hinaus möglich ist.

Neu ist mit der GOZ-Novellierung die Begründungspflicht im Falle einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 GOZ mit Verordnungstext verankert worden. Die Begründungspflicht ließ sich zwar auch in der Vergangenheit in den Fällen einer abweichenden Vereinbarung als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag ableiten, eine Aufnahme in den Verordnungstext ist allerdings neu. Die Ergänzung des Verordnungstextes entspricht jedoch herrschender Meinung in der Rechtsprechung

und formuliert somit lediglich aus, was bereits heute schon galt. Die Begründungspflicht folgt aus dem Umstand, dass der Patient ggf. einen Anspruch auf höhere Erstattung gegenüber seinem Kostenträger hat, sofern ein Überschreiten der Steigerungssätze gerechtfertigt gewesen wäre. Die Begründung des Zahnarztes benötigt der Zahlungspflichtige insoweit zur Geltendmachung seiner Erstattungsansprüche.

Vorgesehen ist die Pflicht nur für die Fälle, in denen der Steigerungssatz über dem 2,3 fachen Gebührensatz hinaus auch ohne Vereinbarung gerechtfertigt gewesen wäre, sowie der Zahlungspflichtige die Begründung verlangt. Die Begründungspflicht kann aufgrund der Verweisung auf Satz 1 nicht für vereinbarte Steigerungssätze über den 3,5fachen Gebührensatz hinaus gelten. Diese Steigerungssätze wären ohne abweichende Vereinbarung in keinem Fall gerechtfertigt.

Die abweichende Vereinbarung nach § 2 GOZ ist ohne besondere Begründung zulässig. Zum Teil wird in der Rechtsprechung (vgl. Landgericht Hannover, Urteil vom 17.02.1988, Az: 11 S 345/87) vertreten, dass im Falle einer abweichenden Vereinbarung innerhalb des Gebührenrahmens nicht nur in der Rechnung auf die Vereinbarung verwiesen werden könne, es müsse in der Rechnung zusätzlich zum tatsächlich berechneten Steigerungssatz der Steigerungssatz angegeben werden, der ohne die Vereinbarung anzusetzen gewesen wäre, um so dem Zahlungspflichtigen eine möglichst weitgehende Erstattung der Behandlungskosten zu ermöglichen. Hierfür ergibt sich aus der Gebührenordnung jedoch kein Anhaltspunkt. Da gemäß § 5 Abs. 2 GOZ die Gebühren nur innerhalb des Gebührenrahmens unter Berücksichtigung der Bemessungskriterien zu bestimmen sind, beansprucht § 5 Abs. 2 GOZ bei einer darüber hinaus gehenden Gebührenvereinbarung, keine Geltung.

Auch aus § 10 Abs. 3, Satz 1 GOZ ergibt sich keine Verpflichtung des Zahnarztes, zusätzlich zu dem tatsächlich errechneten Steigerungssatz einen hypothetischen Steigerungssatz in der Rechnung anzugeben, der berechnet worden wäre, wenn eine abweichende Vereinbarung nicht getroffen worden wäre. Dies gilt auch dann, wenn die Vereinbarung innerhalb des durch § 5 Abs. 1 GOZ abgebildeten Gebührenrahmens getroffen wird. Hierbei ist zwar eine Berechnung des vereinbarten Steigerungssatzes unter Zugrundelegung der Bemessungskriterien aus § 5 Abs. 2 GOZ denkbar. Grundlage der Berechnung ist aber die Vereinbarung des § 2 GOZ und nicht die einzelnen Bemessungskriterien des § 5 Abs. 2 GOZ.

§ 2 GOZ ist gegenüber § 5 GOZ eine Sonderregelung, die eine Berechnung einer bestimmten Gebühr auch dann zulässt, wenn sie nicht auf den Bemessungskriterien des § 5 Abs. 2 GOZ beruht. Eine derartige Mitteilungspflicht des hypothetischen Steigerungssatzes kann sich gegebenenfalls aus den nebenvertraglichen Pflichten des Behandlungsvertrages ergeben. Unabhängig davon, ob nach § 2 GOZ eine Vergütung innerhalb oder außerhalb des Gebührenrahmens in § 5 Abs. 1 GOZ getroffen wird, kann in jedem Fall bei Überschreitung des 2,3fachen Satzes eine derartige Nebenpflicht bestehen. Wie bereits erwähnt hat der Zahnarzt nach dem Grundsatz von „Treu und Glauben“ die Pflicht, die Interessen des Zahlungspflichtigen zu wahren, die dieser zur Durchsetzung seiner Rechte aus dem Versicherungsvertrag benötigt. Bestünde für den Zahlungspflichtigen unter Umständen die Möglichkeit, wenn der hypothetische Steigerungssatz angegeben wurde, einen größeren Erstattungsanspruch gegenüber seiner Versicherung geltend zu machen, so sollte der Zahnarzt diesen Satz in seiner Rechnung angeben.

Der Anspruch besteht nur bei einem berechtigten Interesse des Patienten. Davon kann nicht ausgegangen werden bei reinen Selbstzahlern, da diese keinen Erstattungsanspruch haben. Da der Zahnarzt ein derartiges berechtigtes Interesse auf Seiten des Patienten jedoch nicht abzuschätzen vermag, ist eine entsprechende Aufforderung durch den Patienten zu verlangen, welche dem Zahnarzt das besondere Interesse aufzeigt. Diese Aufforderung kann durch den Patienten bei Abschluss der Honorarvereinbarung aber auch nach Rechnungslegung ausgesprochen werden. Eine Ausnahme besteht bei Beamten. Nach dem Beihilferecht ist die Beihilfefähigkeit für Behandlungskosten auf den 2,3fachen Satz begrenzt, wenn keine begründeten besonderen Umstände vorliegen. Es ist somit bei Beamten generell davon auszugehen, dass ein berechtigtes Interesse besteht.

Der Begründung müssen die Kriterien zu entnehmen sein, die den Zahnarzt dazu veranlasst haben, den 2,3fachen Gebührensatz zu überschreiten.

Als Begründungen kommen nur solche Kriterien in Betracht, die Bestandteil der Bemessungskriterien des § 5 Abs. 2 GOZ sind. Siehe hierzu die Kommentierung zu § 5 Abs. 2 GOZ. Nur wenn insoweit

Besonderheiten vorliegen, ist eine Überschreitung des Regelsatzes überhaupt zulässig. Der mögliche

Inhalt der Begründung orientiert sich ebenfalls am § 5 Abs. 2 GOZ. Begründungen, die zu einer Überschreitung des 2,3fachen Satzes führen, sind daher bei den einzelnen Leistungen und nicht für die Behandlung insgesamt anzugeben. Eine einheitliche Begründung kann nur dann ausnahmsweise genügen, wenn ein bestimmtes Bemessungskriterium bei allen berechneten Leistungen ausschlaggebend war. Hierbei bleiben Kriterien, die bereits im Gebührenverzeichnis Berücksichtigung gefunden haben, gemäß § 5 Abs. 2 Satz 3 GOZ bei der Gebührenbemessung außer Betracht.

Erforderlich ist eine am konkreten Behandlungsfall orientierte, verständliche Begründung**.** Das heißt die Begründung sollte eine individuelle Formulierung enthalten und sich nicht auf Leerformeln beschränken. Eine bloße Wiederholung der Bemessungskriterien: „erhöhte Schwierigkeit", „erhöhter Zeitaufwand" oder „erschwerte Umstände bei der Ausführung" genügt nicht. Die Begründung hat sich danach zu richten, dass sie für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachprüfbar ist. Umfangreiche, nichtssagende zahnmedizinische Formulierungen sind ebenso wenig erforderlich, wie unverständliche zahnmedizinische Abkürzungen ausreichend.

Allgemein anerkannt ist jedoch die Verwendung von stichwortartigen Kurzbegründungen, vorausgesetzt diese sind für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar.

Nach § 10 Abs. 3, Satz 1 GOZ sind keine besonderen formalen Anforderungen an die Begründung zu stellen. Maßgebliches Kriterium für eine Steigerungssatz erhöhende Begründung bleibt auch hier die Verständlichkeit und Nachprüfbarkeit der Rechnung für den Zahlungspflichtigen. Keine Rolle spielt es, wenn der Begründungstext nicht in der Rechnung selbst enthalten ist, sondern in einer der Rechnung beigefügten Anlage.

Die Verständlichkeit einer Rechnung kann nicht deshalb in Abrede gestellt werden, weil standardisierte Begründungstexte verwendet werden. Auszugehen ist bei der Begründung von § 10 Abs. 3 GOZ und § 5 Abs. 2 GOZ, dass am Einzelfall orientierte Ermessensentscheidungen des Zahnarztes hinsichtlich der einzelnen Gebührennummer Zugrundeliegen müssen, d. h. für jeden einzelnen Patienten muss der Zahnarzt die Gründe für die Überschreitung des Steigerungssatzes neu ausarbeiten.

Die formale Gestaltung der von der Gebührenbemessung sowohl zeitlich als auch administrativ deutlich abgehobenen Rechnungslegung kann allerdings keine Rückschlüsse auf die Art und Weise der Gebührenbemessung zulassen. Der Umstand, dass der Zahnarzt, für jeden einzelnen Patienten die Kriterien individuell ausarbeiten muss, zwingt nicht zu der Interpretation, dass dieser Vorgang sich auch in einer ebenso individuellen und persönlichen Erstellung der Rechnung und Begründung des Steigerungssatzes niederzuschlagen hat. Soweit also bestimmte Besonderheiten bei einer Vielzahl von Patienten immer wieder auftreten, müssen diese Besonderheiten nicht in jeder neuen Rechnung erneut individuell umschrieben werden, sondern auch standardisierte Texte können zur Begründung herangezogen werden. Diese standardisierten Begründungen sind nicht wesentliche Bestandteile der Rechnungen im Sinne von § 10 GOZ. Dies ergibt sich unter anderem aus der Formulierung des Verordnungsgebers in § 10 Abs. 3, Satz 3 GOZ, wonach dem Zahnarzt die Verpflichtung auferlegt wurde: „*unter Umständen die Begründung auf Verlangen näher zu erläutern*". Hieraus ergibt sich, dass der Verordnungsgeber selbst davon ausging, dass die Rechnung nicht von vornherein allen nur denkbaren Erfordernissen gerecht werden könne, um eine Fälligkeit auszulösen.

Da Vertragspartner des Zahnarztes nur der Zahlungspflichtige ist und nicht die Erstattungsstelle, besteht die Erläuterungspflicht nach § 10 Abs. 3, Satz 3 GOZ nur gegenüber dem Zahlungspflichtigen. Verlangt der Zahlungspflichtige jedoch eine Erläuterung auch gegenüber seiner Erstattungsstelle, ist der Zahnarzt hierzu verpflichtet. Ebenso wie bei einer stichwortartigen Begründung in der Rechnung hat der Zahnarzt auch bei detaillierten Erläuterungen die ihm obliegende Schweigepflicht zu beachten. Da die Schweigepflicht jedoch nur dem Schutz des Patienten dient, liegt ein Verstoß nicht vor, wenn der Zahnarzt dem Patienten gegenüber die Erläuterung der Rechnung abgibt, so dass dieser selbst darüber befinden kann.

In der Rechnung sind nach § 10 Abs. 3, Satz 7 GOZ auch solche Leistungen kenntlich zu machen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung gemäß § 1 GOZ hinausgehen und auf Verlangen des Patienten bzw. wenn diese Leistungen gemäß § 2 Abs. 3 GOZ erbracht wurden. Die Notwendigkeit bzw. Nichtnotwendigkeit von Leistungen muss dabei für den

Patienten selbst und nicht für dessen private Krankenversicherung oder Beihilfestelle nachvollziehbar

sein. Hierbei genügt ein Hinweis in der Rechnung bei den von der Vereinbarung betroffenen Leistungspositionen. Der Begriff der „Notwendigkeit“ ist hierbei nicht unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu sehen.

Bewertung/Fazit:

Die Änderung in Satz 1 bedeutet eine höhere Anforderung an die Begründung des Steigerungsfaktors. Die bisherige stichwortartige Begründung kann wohl als nicht mehr ausreichend angesehen werden, da sie für den Zahlungspflichtigen unter Umständen nicht verständlich und mithin nicht nachvollziehbar ist. Die EDV Programme müssen entsprechend geändert werden. Kriterien der Begründung nach § 10 Abs. 3 GOZ:

- Die Begründung muss auf den Behandlungsfall bezogen sein, nicht auf den behandelnden Zahnarzt.
- Die Begründung muss jeder einzelnen Gebührennummer, die überschritten wird, zugeordnet werden.
- Die Begründung muss für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar sein.
- Die Begründung muss über das, was in der Leistungsbeschreibung der einzelnen Gebührenposition enthalten und beschrieben ist, hinausgehen.
- Die Begründung muss gemäß Abs. 3 Satz 3 auf Verlangen näher erläutert werden. Der Patient hat somit Anspruch darauf, die in der kurzgefassten Erstbegründung gemachte Aussage näher dargestellt zu bekommen.

§ 10 – Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

	Verordnungstext
	Absatz 4
GOZ 2012	Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 1 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis "entsprechend" sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.
GOZ `88	Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 2 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis "entsprechend" sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Kommentierung:

§ 10 Abs. 4 GOZ regelt die Berechnung von analog bewerteten zahnärztlichen Leistungen gemäß § 6 Abs. 1 GOZ. Der Zahnarzt hat danach die tatsächlich erbrachte Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben, mit dem Hinweis „*entsprechend*“ zu versehen und die Gebührenposition und -bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung aus dem Gebührenverzeichnis anzugeben.

Da es sich hierbei um eine im Gebührenverzeichnis nicht geregelte Leistung handelt, muss insoweit eine ausführlichere Beschreibung erfolgen als bei geregelten Leistungen. Nicht gefordert wird eine wissenschaftliche Beschreibung, da diese in der Regel für den Patienten auch unverständlich wäre. Dem Rechnungsteller obliegt des Weiteren die Nebenpflicht, die Leistungsbeschreibung auf Wunsch des Patienten nachträglich zusätzlich zu erläutern.

Bewertung/Fazit:

Es ist lediglich eine redaktionelle Anpassung an die neue Absatzfolge des § 6 GOZ vorgenommen worden.

§ 10 – Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

	Verordnungstext
	Absatz 5
GOZ 2012	Durch Vereinbarung mit öffentlichrechtlichen Kostenträgern kann eine von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 abweichende Regelung getroffen werden.
GOZ `88	Durch Vereinbarung mit öffentlichrechtlichen Kostenträgern kann eine von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 abweichende Regelung getroffen werden.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Kommentierung:

§ 10 Abs. 5 GOZ sieht vor, dass mit öffentlich-rechtlichen Kostenträgern von § 10 Abs. 1 bis 4 GOZ abweichende Vereinbarungen getroffen werden können. Das Erfordernis einer Rechnungslegung als Voraussetzung für den Eintritt der Fälligkeit kann somit ebenso wie die Inhalte der Rechnung autonom geregelt werden.

Entsprechend der amtlichen Begründung soll hier für öffentlich-rechtlichen Kostenträger (z. B. Beihilfestellen, Postbeamtenkrankenkasse) die Möglichkeit zur Verwaltungsvereinfachung geschaffen werden. Private Krankenkassen unterfallen nicht dieser Regelung.

Bewertung/Fazit:

Der § 10 Abs. 5 GOZ bleibt unverändert.

§ 10 – Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

	Verordnungstext
	Absatz 6
GOZ 2012	Die Übermittlung von Daten an einen Dritten zum Zwecke der Abrechnung ist nur zulässig, wenn der Betroffene gegenüber dem Zahnarzt in die Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Daten schriftlich eingewilligt und den Zahnarzt insoweit schriftlich von seiner Schweigepflicht entbunden hat.
GOZ `88	nicht vorhanden

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Kommentierung:

Der neue Absatz 6 in § 10 GOZ regelt nunmehr ausdrücklich die Beauftragung einer externen Verrechnungsstelle mit der Rechnungslegung.

Dass sich die Beauftragung eines Dritten mit der Rechnungslegung problematisch darstellt, ergibt sich bereits aus der Tatsache, dass der Zahnarzt, um der Verrechnungsstelle eine Rechnungslegung überhaupt zu ermöglichen, verpflichtet ist, Patientendaten an diese weiterzugeben. Alle Informationen, die der Zahnarzt vom bzw. über seinen Patienten in seiner Eigenschaft als Zahnarzt erlangt, unterliegen aber der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB). Diese Informationen dürfen seitens des Zahnarztes nicht ohne rechtfertigenden Grund an Dritte weitergegeben werden. Bei gesetzlich versicherten Patienten kann durch die Vorlage des Krankenscheines bzw. der Versichertenkarte von einer stillschweigenden, konkludenten Einwilligung ausgegangen werden, dass solche Tatsachen vom Zahnarzt an die Krankenkasse weitergegeben werden, die für die Überprüfung der Berechnung der zahnärztlichen Honorarforderung erforderlich sind (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 22.06.1983, Az: 6 RKa 10/82). Diese Regelung kann jedoch beim Privatpatienten mangels Vorlage eines Krankenscheines oder einer Versichertenkarte nicht gelten. Der Zahnarzt kann nicht wissen, ob der Privatpatient gegenüber seiner Versicherung eine formularmäßige Einwilligung abgegeben hat, in der er seinen behandelnden Zahnarzt seiner Versicherung gegenüber von der Schweigepflicht entbunden hat In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass „Schweigepflichtentbindungs-Klauseln“ wie sie in Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Privaten Versicherungen enthalten sind, Eingriffe in die, durch die ärztliche Schweigepflicht geschützte Privatsphäre des Patienten rechtfertigen.

Die Erhebung und Übermittlung personenbezogener Daten ist im Bundesdatenschutzgesetz einschränkend geregelt. Da ein Patient nicht von Anfang an damit zu rechnen hat, dass eine externe Verrechnungsstelle eingeschaltet wird, bedarf es bei einer derartigen Einschaltung einer besonderen aktuellen Einwilligung vor der Weitergabe der Daten. Der Zahnarzt benötigt für diesen Fall eine schriftliche Einwilligungserklärung des Patienten. Hierbei besteht die Möglichkeit diese formularmäßig zu gestalten; sie muss jedoch dem Patienten die Möglichkeit geben, die Weitergabe seiner Daten auszuschließen.

Zum Teil wird in der Rechtsprechung die Auffassung vertreten, dass die Weitergabe von Patienten-Daten zum Zwecke der Rechnungslegung mittlerweile üblich sei und somit davon ausgegangen werden könne, dass der Patient mit der Weiterleitung einverstanden sei, soweit er nicht ausdrücklich widerspreche. Hierbei wird jedoch übersehen, dass der Patient in der Regel keine Vorstellung darüber hat, wie der Abrechnungsweg vonstatten geht. Zudem bestünde so die Gefahr, dass persönliche Daten des Patienten einem nicht zu überschauenden Personenkreis zugänglich gemacht würden.

Es ist daher der überwiegenden Rechtsprechung zu folgen die davon ausgeht, dass vor einer Weitergabe derartiger personenbezogener Daten in jedem Fall eine schriftliche Einwilligungserklärung seitens des Patienten erforderlich ist (u. a. OLG Karlsruhe, Urteil vom 15.10.1997, Az. 13 U 8/96; LG Stuttgart, Urteil vom 19.02.1997, Az: 13 S 256/96; OLG Karlsruhe, Urteil vom 19.06.1991, Az: 1 U 16/91).

Der BGH hat darüber hinaus in seinem Urteil vom 20.05.1992 (Az: VIII ZR 240/91) ausgeführt, dass auch die Tatsache, dass ein Patient die Behandlung in Anspruch nimmt, nachdem er schon früher Rechnungen des Zahnarztes durch eine externe Verrechnungsstelle erhalten und unbeanstandet beglichen habe, nicht für die Annahme einer stillschweigenden Einwilligung des Patienten in die Weitergabe von Unterlagen an eine gewerbliche Verrechnungsstelle zum Zwecke der Rechnungsstellung und Forderungseinziehung ausreiche. Laut BGH müsse für eine stillschweigende Einwilligung eine im Wesentlichen richtige Vorstellung von der Tragweite der Einwilligung vorliegen. Dies könne jedoch nur dann unterstellt werden, wenn dem Patienten die nach dem Abrechnungs- und Vorfinanzierungssystem bereits im Vertrag selbst vorgesehene Weitergabe von Daten an die Verrechnungsstelle erkennbar gewesen sei. Die bloße Übersendung der Rechnung durch die externe Verrechnungsstelle genüge dafür nicht, auch wenn diese den Hinweis enthalte: „*vom Zahnarzt mit der Abwicklung von Patientenabrechnungen betraut worden zu sein*“.

Fehlt es an einer derartigen schriftlichen Einwilligungserklärung, ist die Abtretung der Forderung des Zahnarztes an die externe Verrechnungsstelle unwirksam, mit der Folge, dass die Forderung durch die Verrechnungsstelle nicht realisiert werden kann. Möglicherweise stehen in diesem Fall dem Patienten auch Schadensersatz- und Schmerzensgeldforderungen gegen den Zahnarzt zu, mit denen der Patient gegen die Honorarforderung aufrechnen kann.

Durch den Begriff des Betroffenen soll sichergestellt werden, dass auch der Patient, der nicht selbst Zahlungspflichtiger ist, geschützt wird (Amtliche Begründung, S. 55). Es ist deshalb zu beachten, dass die Einwilligungserklärung mit dem Patienten geschlossen wird, auch wenn dieser selbst nicht Rechnungsempfänger ist. Zu berücksichtigen ist, dass die Erklärung jederzeit für die Zukunft wiederrufbar ist.

Bewertung/Fazit:

Diese Änderung – auch wenn sie einen erheblichen verwaltungstechnischen Mehraufwand in den Praxen bedeutet – entspricht der einschlägigen höchstrichterlichen Rechtsprechung zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten und steht auch mit der berufsrechtlichen Pflicht eines Zahnarztes in Einklang, die vor einer Weitergabe von Patientendaten an die jeweilige private Abrechnungsstelle eine schriftliche Zustimmung des betreffenden Patienten verlangt.

§ 11 – Übergangsvorschrift

	Verordnungstext
GOZ 2012	Die Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem 01.01.2012 geltenden Fassung gilt weiter 1. für Leistungen, die vor Inkrafttreten der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S.2661) erbracht worden sind, 2. für vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S.2661) begonnene Leistungen nach den Nummern 215 bis 222, 500 bis 523 und 531 bis 534, des Gebührenverzeichnisses der Gebührenverordnung für Zahnärzte in der vor dem 01.01.2012 geltenden Fassung, wenn sie erst nach Inkrafttreten der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S.2661) beendet werden. 3. für Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem 01.01.2012 geltenden Fassung, die aufgrund einer vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S.2661) geplanten und begonnenen kieferorthopädischen Behandlung bis zum Behandlungsabschluss, längstens jedoch bis zum Ablauf von vier Jahren nach Inkrafttreten dieser Verordnung erbracht werde.
GOZ `88	Bisheriger § 12 Absatz 1: Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1988 in Kraft. Bisheriger § 12 Absatz 2: Die Gebührenordnung für Zahnärzte vom 18. März 1965 (BGBl. I, S. 123) gilt weiter 1. für Leistungen, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung erbracht worden sind, 2. für vor Inkrafttreten dieser Verordnung begonnene Leistungen nach den Nummern 15, 18, 20, 91 bis 93, 96 bis 98, 101 bis 104, 119 und 120 des Gebührenverzeichnisses – Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vom 18. März 1965 –, die erst nach Inkrafttreten dieser Verordnung beendet werden.

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Kommentierung:

Der neue § 11 GOZ regelt das Inkrafttreten sowie die Übergangsvorschriften der neuen GOZ 2012.

Danach gilt die GOZ `88 vom 22.10.1987 sowohl weiter für Leistungen, die vor Inkrafttreten der GOZ 2012 erbracht worden sind (§ 11 Nr. 1 GOZ), wie auch für vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom 01.01.2012 begonnene Leistungen nach den Nummern 215 bis 222, 500 bis 523, 531 bis 534 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenverordnung für Zahnärzte in der vor dem 01.01.2012 geltenden Fassung und Leistungen aufgrund eines kieferorthopädischen Behandlungsplanes, wenn sie erst nach Inkrafttreten der Verordnung vom 01.01.2012 beendet werden. Erfasst sind damit von der Übergangsvorschrift Inlays (Pos. 215 bis 222), Zahnersatz (Pos. 500 bis 523), Defektprothesen (Pos. 531 bis 534) und die kieferorthopädische Behandlung.

Damit gilt Folgendes:

1. Grundsätzlich gilt, dass die „alte“ GOZ nur noch für Leistungen zur Anwendung kommt, die bis zum 31.12.2011 erbracht werden. Die Abrechnung der Leistung kann auch noch nach dem 31.12.2011 erfolgen.

2. Ist bei der Versorgung mit Zahnersatz (bzgl. der in § 11 Nr. 2 genannten GOZ-Pos.) ein Heil- und Kostenplan (HKP) genehmigt bzw. freigegeben worden und ist mit der Behandlung noch in 2011 begonnen worden, so gilt für die Behandlung (auch wenn sie erst in 2012 beendet wird) die „alte“ GOZ.

3. Ist für eine Versorgung mit Zahnersatz ein HKP nach „alter“ GOZ genehmigt bzw. freigegeben worden, aber wird die Behandlung erst in 2012 begonnen, so ist der HKP bei der Abrechnung in die GOZ 2012 zu übertragen. Eine nochmalige Erstellung eines HKP in 2012 ist nicht erforderlich, da die Therapie als solche ja auch mit dem bereits erstellten und genehmigten HKP freigegeben wurde. Die Abrechnungsgrundlage des HKP (die GOZ) ist jedoch nicht Teil der Genehmigung, weil diese ja ausschließlich durch den Verordnungsgeber festgelegt wird. Allerdings sollte der Zahlungspflichtige bei einer ggf. dadurch zu erwartenden Erhöhung der Rechnungssumme unbedingt informiert werden und dies möglichst vor Beginn der Behandlung. Die Information des Patienten sollte dokumentiert und möglichst vom Patienten gegengezeichnet werden.

4. Für kieferorthopädische Behandlungen gilt fast dasselbe mit dem Unterschied, dass dort als Bedingung die Planung und der Beginn der Behandlung noch in 2011 erfolgen müssen, um noch nach der „alten“ GOZ abrechnen zu können. Bereits die Abdrucknahme, Modellerstellung und das Röntgen gelten als Beginn der Behandlung. Werden diese Maßnahmen also noch im Jahr 2011 ergriffen und der Behandlungsplan zur Genehmigung eingereicht, kommt die „alte“ GOZ für die gesamte Behandlung noch zur Anwendung. Die Behandlung muss jedoch bis längstens zum 31.12.2015 abgeschlossen sein.

Bewertung/Fazit:

Die Formulierung der Übergangsvorschriften erfolgte ohne die notwendige Berücksichtigung der Abläufe in der Praxis. Dies wird insbesondere im ersten Halbjahr 2012 zu Unsicherheiten führen, die vermeidbar gewesen wären.

§ 12 – Überprüfung

	Verordnungstext
GOZ 2012	Die Bundesregierung prüft die Auswirkungen der Neustrukturierung und –bewertung der Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte. Sie berichtet dem Bundesrat bis spätestens Mitte des Jahres 2015 über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe.
GOZ `88	nicht vorhanden

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Begriffsdefinierung zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Kommentierung:

Auch der § 12 GOZ wurde, wie auch die Änderungen in § 10 Abs. 1 GOZ (Rechnungsvordruck), auf Initiative des Finanzausschusses des Bundesrates eingefügt. Mit dieser Vorschrift soll dem Bundesministerium für Gesundheit eine Berichtspflicht über die finanziellen Auswirkungen der GOZ an den Bundesrat auferlegt werden. Zur Begründung führt der Finanzausschuss des Bundesrates in der Drucksache 566/11 (Beschluss) vom 04.11.2011 auf Seite 6 aus:

„„Die Novellierung führt nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) auf der Basis des nach der aktuellen GOZ abgerechneten Honorarvolumens (Stand: 2008) zu Mehraufwendungen in Höhe von rund 6 Prozent. Dieser Umfang der Erhöhung beruht auf der Annahme des BMG, dass durch die verschiedenen Anhebungen der Punktzahlen die in der Vergangenheit üblichen Überschreitungen des Schwellenwertes (2,3-facher Steigerungsfaktor) nicht mehr auftreten werden. Sollten sich diese Annahmen als nicht praxisgerecht erweisen, ist mit Mehrausgaben über den vom BMG angenommen Wert von 6 Prozent zu rechnen. Diese Mehrausgaben wären von den öffentlichen Kostenträgern der Beihilfe, privaten Krankversicherungsunternehmen, aber auch Privatpersonen (insbesondere Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung bei Inanspruchnahme außervertraglicher Leistungen) zu tragen.

Eine Kostensteigerung über den angenommen Wert von 6 Prozent hinaus wäre nicht sachgerecht.

Auf der Grundlage des von der Bundesregierung zu erstellenden Berichts ist über eine Anpassung der Vorgaben der Gebührenordnung für Zahnärzte zu befinden.“

Mit dem neuen § 12 GOZ soll somit ein Instrumentarium in die GOZ eingeführt werden, mit dem die Abrechnungsvolumen der Zahnärzte evaluiert und überprüft werden. Dies stellt in einer privaten Gebührenordnung für freie Berufe ein Novum dar. Denn grundsätzlich ist eine Gebührenordnung eine Preistaxe, die gemäß § 612 Abs. 2 BGB die Vereinbarung eines individuellen Honorars für definierte Leistungen entbehrlich macht. Zur Ermittlung dieser Preistaxe ist der Verordnungsgeber an die Ermächtigungsgrundlage des § 15 Zahnheilkundegesetz (ZHG) gebunden, in dem festgelegt wird, dass der Verordnungsgeber den berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen hat. Eine allgemeine und undifferenzierte pauschale Begrenzung der Honorarvolumen ist nicht Gegenstand dieser Ermächtigungsgrundlage. Dies ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass ein Honorarvolumenanstieg nicht einzig und allein durch eine Anhebung der durchschnittlichen Steigerungssätze, sondern auch durch eine Ausweitung der Patientenzahlen erfolgen kann. Hier wird auch die demografische Entwicklung bei den Beamten, insbesondere auf Landesebene, in den kommenden Jahren einen bedeutenden Einfluss haben. Insofern ist zumindest nachvollziehbar, dass diese Berichtspflicht auf Initiative der Finanzministerien der Länder erfolgte, die auch den Beihilfestellen der Bundesländer vorstehen.

Bewertung/Fazit:

Der § 12 GOZ stellt ein Novum in einer privaten Gebührenordnung dar und geht deutlich über das ursprüngliche Ziel der Bildung einer Preistaxe hinaus. Ob dies von der Ermächtigungsgrundlage des § 15 ZHG getragen wird, ist zumindest zweifelhaft und wird einer rechtlichen Prüfung unterzogen.

A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Eine Beratungsgebühr nach Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte in der vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522) zuletzt geändert durch die Vierte Änderungsverordnung vom 23. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1861 ff.) geltenden Fassung– darf im Behandlungsfall nur einmal zusammen mit einer Gebühr für eine Leistung nach diesem Gebührenverzeichnis und für eine Leistung aus den Abschnitten C bis O des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen berechnet werden.

   Eine Beratungsgebühr nach Nummer 3 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach Nummer 0010 oder einer Untersuchung nach den Nummern 5 oder 6 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen. Andere weitere Leistungen dürfen neben der Leistung nach Nummer 3 nicht berechnet werden.

   Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Zahnarztes.

2. Das bei Leistungen nach diesem Gebührenverzeichnis verwendete Abformungsmaterial ist gesondert berechnungsfähig.

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

Ä 1

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOÄ	1	Beratung – auch mittels Fernsprecher -	80	2,3 **10,72 €**

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Im Behandlungsfall nur einmal zusammen mit einer Leistung nach der GOZ
- Einmal für eine Leistung aus den Abschnitten C bis O der GOÄ
- Behandlungsfall: für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Zahnarztes

Ä 3

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOÄ	3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher –	150	2,3 **20,11 €**

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Als einzige Leistung berechnungsfähig
- Im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach Nummer 0100 berechnungsfähig
- Im Zusammenhang mit Untersuchungen nach den Nummern 5 oder 6 der GOÄ berechnungsfähig
- Andere Leistungen sind neben Ä3 nicht berechnungsfähig

0010

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**0010**	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes	100	1,0 5,62 € 2,3 **12,94 €** 3,5 19,68 €
GOZ `88	**001**	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes	100	2,3 12,92 €
	Ä 6	Vollständige Untersuchung des stomatognathen Systems	100	2,3 13,41 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**01**	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten einschließlich Beratung		15,92 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben Ä1 oder Ä3 berechnungsfähig
- Kein zeitlicher Mindestabstand zwischen zwei Untersuchungen nach GOZ-Pos. 0010 vorgeschrieben.
- Auch neben GOZ-Pos.1000 (Mundhygienestatus) berechnungsfähig, wenn Untersuchung anderen Zwecken dient und dies in der Rechnung begründet wird.
- Jetzt auch neben GOZ-Pos. 8000 (klin. Funktionsanalyse) berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Indizes und Statuserhebungen sind nicht Leistungsbestandteil.
- GOZ-Pos. 4000 (PAR-Status), 4005 (Gingival-/Parodonatalindex), 6000 (Profil- oder Enfacefotografie) 8000 (klin. Funktionsanalyse) sind daneben berechnungsfähig.

Bewertung/Fazit:

- Ä6 nach wie vor besser bewertet als GOZ-Pos. 0010, da GOÄ-Punktwert höher.
- Bei 2,3 unter BEMA

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,4	1,1	0,9	0,8	0,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	3,2	2,6	2,2	1,8	1,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	4,9	3,9	3,3	2,8	2,5	

0030

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**0030**	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans zur Versorgung nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen	200	1,0 11,25 € 2,3 **25,87 €** 3,5 39,37 €
GOZ `88	**003**	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans zur prothetischen Versorgung nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen	220	2,3 28,45 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Nicht neben GOZ-Pos. 0040 (HKP KFO/FAL/FTL) berechenbar
- Für alle Leistungsbereiche außer KFO und FAL/FTL berechenbar (Prophylaxe, Füllungen, Kronen, Chirurgie, Parodontalbehandlungen, Prothetik, Schienen und implantologische Leistungen.
- Auch für Leistungen nach §6 berechenbar.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Die alten GOZ-Pos. 002 und 003 wurden zusammengefasst

Bewertung/Fazit:

- Geringere Bewertung als alte GOZ-Pos. 003, aber höher als alte GOZ-Pos. 002

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,8	2,2	1,9	1,6	1,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	6,5	5,2	4,3	3,7	3,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	9,8	7,9	6,6	5,6	4,9	

 © LZK BW 12/2011

0040

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**0040**	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans bei kieferorthopädischer Behandlung oder bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen nach Befundaufnahme und Ausarbeitung einer Behandlungsplanung Die Leistungen nach den Nummern 0030 und 0040 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.	250	1,0 14,06 € 2,3 **32,34 €** 3,5 49,21 €
GOZ `88	**004**	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans bei kieferorthopädischer Behandlung nach Befundaufnahme und Ausarbeitung einer Behandlungsplanung	250	2,3 32,34 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**5**	Kieferorthopädischer Behandlungsplan		72,19 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Hinweis: Befundaufnahme bzw. Behandlungsplanung ist gesondert berechnungsfähig.

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Nicht neben GOZ-Pos. 0030 (HKP) berechenbar.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Jetzt auch für FAL/FTL berechenbar, bisher nur für KFO

Bewertung/Fazit:

- Höher bewertet als GOZ-Pos. 0030.
- Bei 2,3 weit unter BEMA

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,5	2,8	2,3	2,0	1,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	8,1	6,5	5,4	4,6	4,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	12,3	9,8	8,2	7,0	6,2	

0050

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**0050**	Abformung oder Teilabformung eines Kiefers für ein Situationsmodell einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung	120	1,0 6,75 € 2,3 **15,52 €** 3,5 23,62 €
GOZ `88	**005**	Abformung eines Kiefers für ein Situationsmodell, auch Teilabformung, einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung	120	2,3 15,52 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Nebeneinanderberechnung neben GOZ-Pos. 0060 ist in der Rechnung zu begründen.
- Nicht neben 0065 (optisch-elektronische Abformung) berechenbar

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Material-und Laborkosten sind zusätzlich berechenbar.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,7	1,3	1,1	1,0	0,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	3,9	3,1	2,6	2,2	1,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	5,9	4,7	3,9	3,4	3,0	

0060

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**0060**	Abformung beider Kiefer für Situationsmodelle und einfache Bissfixierung einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 0050 und 0060 ist in der Regel zu begründen.	260	1,0 14,62 € 2,3 **33,63 €** 3,5 51,18 €
GOZ `88	**006**	Abformung beider Kiefer für Situationsmodelle und einfache Bissfixierung einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung	260	2,3 33,63 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**7b**	Vorbereitende Maßnahmen b) Abformung und Bissnahme für das Erstellen von Modellen des Ober- und Unterkiefers zur diagnostischen Auswertung und Planung sowie schriftliche Niederlegung		14,49 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Modelle, die der Auswertung, Planung oder Dokumentation dienen
- Inklusive einfacher Bissnahme

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Nebeneinanderberechnung neben GOZ-Pos. 0050 ist in der Rechnung zu begründen.
- Gegebenenfalls neben 8010 ff. berechenbar
- Nicht neben 0065 (optisch-elektronische Abformung) berechenbar.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,7	2,9	2,4	2,1	1,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	8,4	6,7	5,6	4,8	4,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	12,8	10,2	8,5	7,3	6,4	

0065

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**0065**	Optisch-elektronische Abformung einschließlich vorbereitender Maßnahmen, einfache digitale Bissregistrierung und Archivierung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich Neben der Leistung nach der Nummer 0065 sind konventionelle Abformungen nach diesem Gebührenverzeichnis für dieselbe Kieferhälfte oder denselben Frontzahnbereich nicht berechnungsfähig.	80	1,0 4,50 € 2,3 **10,35 €** 3,5 15,75 €
GOZ `88		Nicht vorhanden		
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben GOZ-Pos. 0065 können in derselben Sitzung in derselben Kieferhälfte/Frontzahnbereich für die gleiche Präparation keine andere konventionelle Abformung berechnet werden. Damit sind GOZ-Pos. 0050 (Abformung eines Kiefers), 0060 (Abformung beider Kiefer), 5170 (Anatomische Abformung), 5180 (Funktionsabformung OK) und 5190 (Funktionsabformung UK) nicht neben 0065 berechenbar.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Abformmaterialien sind jedoch berechenbar, wenn optisch-elektronische und konventionelle Abformungen gemacht werden.
- Bei digitaler Abformung (z.B. für Cerec-Inlay 35) und ortsgetrennt konventioneller Abformung (für z.B. herkömmliche Kronen 36,37) können beide Verfahren auch in der gleichen Kieferhälfte berechnet werden.

Bewertung/Fazit:

- Abrechnungsvorschrift für nur eine Methode zahnmedizinisch nicht begründbar.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,1	0,9	0,7	0,6	0,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	2,6	2,1	1,7	1,5	1,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	3,9	3,1	2,6	2,2	2,0	

0070

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**0070**	Vitalitätsprüfung eines Zahnes oder mehrerer Zähne einschließlich Vergleichstest, je Sitzung	50	1,0 2,81 € 2,3 **6,47 €** 3,5 9,84 €
GOZ `88	**007**	Vitalitätsprüfung eines Zahnes oder mehrerer Zähne einschließlich Vergleichstest	50	2,3 6,46 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**8**	Sensibilitätsprüfung der Zähne oder eines einzelnen Zahnes		5,31 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Kann durch Kälte, Wärme, elektrischen Strom u. a. erfolgen

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Klarstellung, dass die GOZ-Pos. 0070 je Sitzung nur einmal berechnungsfähig ist, auch bei Anwendung unterschiedlicher Methoden.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,7	0,6	0,5	0,4	0,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	1,6	1,3	1,1	0,9	0,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	2,5	2,0	1,6	1,4	1,2	

0080

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**0080**	Intraorale Oberflächenanästhesie, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	30	1,0 1,69 € 2,3 **3,88 €** 3,5 5,91 €
GOZ `88	**008**	Intraorale Oberflächenanästhesie, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	30	2,3 3,88 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Oberflächenanästhesie ist nicht gleichbedeutend mit Sulcusanästhesie (z.B. mit Oraqix)

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Als alleinige Maßnahme (z.B. Ausschalten von Würgereflex)
- auch zur Minimierung des Einstichschmerzes neben 0090 und 0100

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Bei nachlassender Wirkung auch wiederholt berechenbar.
- Das Anästhesiematerial ist bei der 0080 nicht zusätzlich berechenbar.
- Das Oraquix-Verfahren zur Sulcusanästhesie ist analog nach § 6 Abs.1 abzurechnen

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	1,0	0,8	0,6	0,6	0,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	1,5	1,2	1,0	0,8	0,7	

0090

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**0090**	Intraorale Infiltrationsanästhesie	60	1,0 3,37 € 2,3 **7,76 €** 3,5 11,81 €
GOZ `88	**009** **Ä490**	Intraorale Infiltrationsanästhesie Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke	60 61	2,3 7,76 € 2,3 8,19 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**40**	Infiltrationsanästhesie		7,07 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Ist neben GOZ-Pos. 0100 (Leitungsanästhesie) berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Einmal pro Zahn berechenbar.
- Die mehr als einmalige Berechnung ist in der Rechnung zu begründen.
- Das verwendete Anästhetikum ist gesondert berechnungsfähig.
- Bei langdauernden Eingriffen und nachlassender Wirkung erneut berechenbar.

Bewertung/Fazit:

- Verbesserung durch Berechnung der Materialkosten für das Anästhetikum.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,8	0,7	0,6	0,5	0,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	1,9	1,6	1,3	1,1	1,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	3,0	2,4	2,0	1,7	1,5	

0100

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**0100**	Intraorale Leitungsanästhesie Wird die Leistung nach Nummer 0090 je Zahn mehr als einmal berechnet, ist dies in der Rechnung zu begründen. Bei den Leistungen nach den Nummern 0090 und 0100 sind die Kosten der verwendeten Anästhetika gesondert berechnungsfähig.	70	1,0 3,94 € 2,3 **9,05 €** 3,5 13,78 €
GOZ `88	**010**	Intraorale Leistungsanästhesie	70	2,3 9,05 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**41a**	Leitungsanästhesie a) intraoral		10,61 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Gezielte Ausschaltung eines Nervenastes, z. B. N. Mandibularis, N. Infraorbitalis u.a.

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben GOZ-Pos. 0080 (Oberflächenanästhesie) und 0090 (Infiltrationsanästhesie) berechenbar.
- Bei langdauernden Eingriffen und nachlassender Wirkung erneut berechenbar.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Das verwendete Anästhetikum ist gesondert berechnungsfähig.

Bewertung/Fazit:

- Verbesserung durch Berechnung der Materialkosten für das Anästhetikum.
- Bei 2,3 unter BEMA

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,0	0,8	0,7	0,6	0,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	2,3	1,8	1,5	1,3	1,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	3,4	2,8	2,3	2,0	1,7	

0110

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**0110**	Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei den Leistungen nach den Nummern 2195, 2330, 2340, 2360, 2410, 2440, 3020, 3030, 3040, 3045, 3060, 3110, 3120, 3190, 3200, 4090, 4100, 4130, 4133, 9100, 9110, 9120, 9130 und 9170 Der Zuschlag nach der Nummer 0110 ist je Behandlungstag nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.	400	1,0 **22,50** €
GOZ `88		Nicht vorhanden		
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Als Zuschlag bei folgenden Maßnahmen berechnungsfähig:

GOZ-Pos. 2195: Schraubenaufbau/Glasfaserstift o.Ä.
GOZ-Pos. 2330: indirekte Überkappung
GOZ-Pos. 2340: direkte Überkappung
GOZ-Pos. 2360: Vitalexstirpation
GOZ-Pos. 2410: Wurzelkanalaufbereitung
GOZ-Pos. 2440: Wurzelfüllung
GOZ-Pos. 3020: Entf. tief frakturierter/zerstörter Zahn
GOZ-Pos. 3030: Entfernung durch Osteotomie
GOZ-Pos. 3040: Entf. retinierter, impaktierter o. verlagerter Zahn durch Osteotomie
GOZ-Pos. 3045: umfangreiche Osteotomie
GOZ-Pos. 3060: Blutstillung durch Abbinden/Umstechen/ Knochenbolzung
GOZ-Pos. 3110: Wurzelspitzenresektion Frontzahn
GOZ-Pos. 3120: Wurzelspitzenresektion Seitenzahn
GOZ-Pos. 3190: Zystektomie in Verbindung mit Ost. oder WSR
GOZ-Pos. 3200: Zystektomie, selbst. Leistung
GOZ-Pos. 4090: Lappenoperation, Frontzahn
GOZ-Pos. 4100: Lappenoperation, Seitenzahn
GOZ-Pos. 4130: Auffüllen parodontaler Defekte
GOZ-Pos. 4133: Bindegewebstransplantation
GOZ-Pos. 9100: Aufbau Alveolarfortsatz durch Augmentation
GOZ-Pos. 9110: interner Sinuslift
GOZ-Pos. 9120: externer Sinuslift
GOZ-Pos. 9130: Bone Splitting
GOZ-Pos. 9170: Entf. im Knochen liegender Materialien durch Osteotomie

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Der Zuschlag ist je Behandlungstag nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.
- neben den entsprechenden Zuschlägen nach GOÄ 440 bis 445 für dieselbe Sitzung nicht berechnungsfähig
- neben Zuschlägen nach GOZ-Pos. 0500 bis 0530 berechnungsfähig
- auch neben dem Zuschlag nach GOZ-Pos. 0120 (Zuschlag für Anwendung Laser) berechenbar

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Die Einschränkung auf die oben aufgeführten Positionen ist fachlich nicht nachvollziehbar, da auch im Zusammenhang mit Füllungen, Kronen und anderen Leistungen der Einsatz eines OP-Mikroskops sinnvoll sein kann.
- Bei anderen, nicht gelisteten GOZ-Pos. Berechnung analog nach § 6 Abs. 1

Bewertung/Fazit:

- Bisher machte die Verwendung eines OP-Mikroskops die Hauptleistung zur Analogleistung. Jetzt ist es nur noch Zuschlag, somit erhebliche Verschlechterung.
- Die Ausgrenzung sonstiger Anwendungsgebiete ist medizinisch willkürlich und nicht nachvollziehbar.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung: Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.						**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	5,6	4,5	3,7	3,2	2,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	-	-	-	-	-	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	-	-	-	-	-	

0120

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**0120**	Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei den Leistungen nach den Nummern 2410, 3070, 3080, 3210, 3240, 4080, 4090, 4100, 4130, 4133 und 9160 Der Zuschlag nach der Nummer 0120 beträgt 100 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 68 Euro. Der Zuschlag nach der Nummer 0120 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.	100	100 % des 1-fach Satzes der betreffenden Leistung, max. 68 €
GOZ `88		Nicht vorhanden		
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Als Zuschlag bei folgenden Maßnahmen berechnungsfähig:

GOZ-Pos. 2410: Wurzelkanalaufbereitung
GOZ-Pos. 3070: Exzision von Schleimhaut
GOZ-Pos. 3080: Exzision größeren Umfangs
GOZ-Pos. 3210: Beseitigung störender Schleimhautbänder
GOZ-Pos. 3240: Vestibulumplastik, Mundbodenplastik, Gingivaextensionsplastik
GOZ-Pos. 4080: Gingivektomie
GOZ-Pos. 4090: Lappenoperation, Frontzahn
GOZ-Pos. 4100: Lappenoperation, Seitenzahn
GOZ-Pos. 4130: Schleimhauttransplantation
GOZ-Pos. 4133: Bindegewebstransplantation
GOZ-Pos. 9160: Entfernung unter der Schleimhaut liegender Materialien

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Der Zuschlag beträgt 100 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, nicht mehr als 68 Euro.
- Der Zuschlag ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.
- neben den entsprechenden Zuschlägen nach GOÄ 440 bis 445 für dieselbe Sitzung nicht berechnungsfähig.
- Neben den Zuschlägen nach GOZ-Pos. 0500 bis 0530 berechnungsfähig.
- Neben Zuschlag nach GOZ 0110 (Anwendung OP-Mikroskop) berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Der Zusatz „jedoch nicht mehr als 68 Euro“ ist nicht nachvollziehbar, da der höchstmögliche Zuschlag (zur GOZ-Pos. 4133) nur 49,49 Euro beträgt.
- Bei anderen, nicht gelisteten GOZ-Pos. Berechnung analog nach § 6 Abs. 1 GOZ.

Bewertung/Fazit:

- Die Ausgrenzung sonstiger Anwendungsgebiete ist medizinisch willkürlich und nicht nachvollziehbar.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	-	-	-	-	-	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	-	-	-	-	-	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	-	-	-	-	-	

LANDESZAHNÄRZTEKAMMER
BADEN-WÜRTTEMBERG
LZK Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Kammer
IHR PARTNER

GOZ *INFORM* 2012

Ihr Rüstzeug für die neue GOZ

Kommentierung Gebührenverzeichnis

B Prophylaktische Leistungen

B. Prophylaktische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

1000

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**1000**	Erstellen eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten	200	1,0 11,25 € 2,3 **25,87 €** 3,5 39,37 €
GOZ `88	**100**	Erstellen eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten	200	2,3 25,87 €
Bema 2004 (Pkt.0,9149 €)	**IP 1**	Mundhygienestatus		18,30 €
	IP 2	Mundgesundheitsaufklärung bei Kindern und Jugendlichen		15,04 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- beinhaltet Erhebung von Mundhygiene-Indizes, das Anfärben der Zähne, praktische Unterweisung und Motivierung des Patienten
- Im Zusammenhang mit den GOZ-Pos. 1000 (Mundhygienestatus) und 1010 (Kontrolle des Übungserfolges) sind die GOZ-Pos. 0010 (Eingehende Untersuchung), 4000 (Parodontalstatus) und 8000 (Klinische Funktionsanalyse) sowie Beratungen und Untersuchungen nach der GOÄ nur berechnungsfähig, wenn sie anderen Zwecken dienen und dies in der Rechnung begründet wird.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Dauer mindestens 25 Minuten
- innerhalb eines Jahres einmal berechnungsfähig

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 1988
- Leistung liegt unter BEMA (s. Synopse GOZ/BEMA)
- Ergibt bei Faktor 2,3 einen Stundensatz von 62,09 € und ist betriebswirtschaftlich damit selbst von qualifiziertem Praxispersonal nicht erbringbar.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,8	2,2	1,9	1,6	1,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	6,5	5,2	4,3	3,7	3,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	9,8	7,9	6,6	5,6	4,9	

 © LZK BW 12/2011

1010

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**1010**	Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten	100	1,0 5,62 € 2,3 **12,94 €** 3,5 19,68 €
GOZ `88	**101**	Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten	100	2,3 12,93 €
Bema 2004 (Pkt.0,9149 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Im Zusammenhang mit den GOZ-Pos. 1000 (Mundhygienestatus) und 1010 (Kontrolle des Übungserfolges) sind die GOZ-Pos. 0010 (Eingehende Untersuchung), 4000 (Parodontalstatus) und 8000 (Klinische Funktionsanalyse) sowie Beratungen und Untersuchungen nach der GOÄ nur berechnungsfähig, wenn sie anderen Zwecken dienen und dies in der Rechnung begründet wird.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Dauer mindestens 15 Minuten
- innerhalb eines Jahres dreimal berechnungsfähig

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 1988
- Ergibt bei Faktor 2,3 einen Stundensatz von 51,72 € und ist betriebswirtschaftlich damit selbst von qualifiziertem Praxispersonal nicht erbringbar.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,4	1,1	0,9	0,8	0,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	3,2	2,6	2,2	1,8	1,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	4,9	3,9	3,3	2,8	2,5	

1020

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**1020**	Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und –behandlung, mit Lack oder Gel, je Sitzung Die Leistung nach der Nummer 1000 ist innerhalb eines Jahres einmal, die Leistung nach der Nummer 1010 innerhalb eines Jahres dreimal berechnungsfähig. Die Leistungen umfassen die Erhebung von Mundhygiene-Indizes, das Anfärben der Zähne, die praktische Unterweisung mit individuellen Übungen und die Motivierung des Patienten. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 1000 und 1010 sind Leistungen nach den Nummern 0010, 4000 und 8000 sowie Beratungen und Untersuchungen nach der Gebührenordnung für Ärzte nur dann berechnungsfähig, wenn diese Leistungen anderen Zwecken dienen und dies in der Rechnung begründet wird. Die Leistung nach der Nummer 1020 ist innerhalb eines Jahres höchstens viermal berechnungsfähig.	50	1,0 2,81 € 2,3 **6,47 €** 3,5 9,84 €
GOZ `88	**102**	Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, je Sitzung	50	2,3 6,46 €
Bema 2004 (Pkt.0,9149 €)	**IP 4**	Lokale Fluoridierung der Zähne		10,98 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- GOZ-Pos. 1020 ist neben GOZ-Pos. 1040 (PZR) nicht berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- innerhalb eines Jahres viermal berechnungsfähig

Bewertung/Fazit:

- Fast unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 1988
- Erhöhung der maximalen Berechnungsfrequenz auf viermal (statt dreimal) im Jahr
- bei Anwendung des Regelsatzes deutlich niedriger bewertet als im BEMA mit aktuellem Punktwert (s. Synopse GOZ/BEMA)

 © LZK BW 12/2011

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung: Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.						**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,7	0,6	0,5	0,4	0,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	1,6	1,3	1,1	0,9	0,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	2,5	2,0	1,6	1,4	1,2	

1030

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**1030**	Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger, je Kiefer 1. Die Herstellung einer individuellen Schiene als Medikamententräger (z. B. Tiefziehschiene) ist gesondert berechnungsfähig. 2. Mit der Gebühr sind die Kosten für das verwendete Medikament abgegolten. 3. Die Anwendung eines konfektionierten Löffels als Medikamententräger erfüllt nicht den Inhalt der Leistung nach der Nummer 1030. 4. Bei Anwendung einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger für Fluoridierungsmittel ist die mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 1030 innerhalb eines Jahres in der Rechnung zu begründen.	90	1,0 5,06 € 2,3 **11,64 €** 3,5 17,72 €
GOZ `88	**§ 6 (2)**	Neue Leistung		2,3 €
Bema 2004 (Pkt.0,9149€)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Anwendung von Medikamenten zusammen mit einer individuellen Trägerschiene zur Intensivprophylaxe/Kariesbehandlung insbesondere bei Kariesrisikopatienten

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Herstellung der Schiene ist gesondert berechnungsfähig
- Mit der Gebühr sind die Kosten für das verwendete Medikament abgegolten.
- Anwendung eines konfektionierten Löffels erfüllt nicht den Inhalt der GOZ-Pos. 1030
- Bei Anwendung der Schiene als Medikamententräger für Fluoridierungsmittel ist die mehr als viermalige Berechnung innerhalb eines Jahres in der Rechnung zu begründen.

Bewertung/Fazit:

- unklare Formulierung „Anwendung“: welche Maßnahme fällt hierunter?

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,3	1,0	0,8	0,7	0,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	2,9	2,3	1,9	1,7	1,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	4,4	3,5	3,0	2,5	2,2	

 © LZK BW 12/2011

1040

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**1040**	Professionelle Zahnreinigung Die Leistung umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn oder Implantat oder Brückenglied Die Leistung nach Nummer 1040 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1020, 4050, 4055, 4060, 4070, 4075, 4090 und 4100 nicht berechnungsfähig.	28	1,0 1,57 € 2,3 **3,62 €** 3,5 5,51 €
GOZ `88	**405** **407** **oder § 6(2)**	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren, je Zahn Subgingivale Konkremententfernung, Wurzelglättung und Gingivakürettage als parodontalchirurgische Maßnahme, je Zahn	10,9 110	2,3 1,40 € 2,3 14,23 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Professionelle Zahnreinigung = Schaffung hygienefähiger Verhältnisse in der Mundhöhle durch Grob-, Fein- und Feinstreinigung der Zahnoberfläche/Zahnzwischenräume

Biofilm = festsitzender Belag aus Bakterien und deren Stoffwechselprodukten

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

beinhaltet:

- Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen
- Reinigung der Zahnzwischenräume
- Entfernen des Biofilms
- Oberflächenpolitur
- geeignete Fluoridierungsmaßnahmen

- nicht berechenbar neben 1020 (Fluoridierung), 4050 (Entfernung Zahnbeläge einwurzeliger Zahn), 4055 (Entfernung Zahnbeläge mehrwurzeliger Zahn), 4060 (Kontrolle nach Entfernung Zahnbeläge), 4070 (PAR einwurzeliger Zahn, Implantat), 4075 (PAR mehrwurzeliger Zahn), 4090 (Lappenoperation Frontzahn) und 4100 (Lappenoperation Seitenzahn)

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- je Zahn, Implantat oder Brückenglied
- subgingivale PZR kann analog berechnet werden

Bewertung/Fazit:

- Aus einer häufig analog berechneten zahnmedizinisch notwendigen Maßnahme wurde eine eigene Position
- im Vergleich zu gängigen gewählten Analogpositionen nunmehr deutliche Abwertung
- eine PZR wird hinsichtlich der Punktzahl als ca. 2,5 mal so aufwändig als eine Zahnsteinentfernung angesehen

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung: Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.						**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	0,9	0,7	0,6	0,5	0,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	1,4	1,1	0,9	0,8	0,7	

GOZ *INFORM*

Ihr Rüstzeug für die neue GOZ

Kommentierung Gebührenverzeichnis

C Konservierende Leistungen

C. Konservierende Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

Nur einmal verwendbare Nickel-Titan-Instrumente zur Wurzelkanalaufbereitung sind gesondert berechnungsfähig.

2000

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2000**	Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, auch Glattflächenversiegelung, je Zahn	90	1,0 5,06 € 2,3 **11,64 €** 3,5 17,72 €
GOZ `88	**200**	Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, je Zahn	90	2,3 11,64 €
Bema 2004 (Pkt.0,9149€)	**IP 5**	Versiegelung von kariesfreien Fissuren und Grübchen der bleibenden Molaren (Zähne 6 und 7) mit aushärtenden Kunststoffen, je Zahn		14,64 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Betrifft alle Zähne, ggf. auch Frontzähne

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Versiegelungen sind neben den GOZ-Pos. 2060 ff. berechnungsfähig *(Anmerkung zur Erklärung: z.B. hintere palatinal-occlusale Querfissur oberer 6er und 7er)*
- Die Nummer ist zweimal je Zahn berechnungsfähig bei sitzungsgleicher Vornahme einer Fissuren- und einer Glattflächenversiegelung
- Die Versiegelung der von Band, Bracket oder Attachment bedeckten Zahnfläche bei Entfernen eines Bandes, eines Brackets oder eines Attachments ist Bestandteil der GOZ-Pos. 6110 bzw. 6130
- Die Versiegelung einer von Band, Bracket oder Attachment nicht bedeckten Zahnfläche bei Entfernen eines Bandes, eines Brackets oder eines Attachments ist nach dieser Nummer berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Die bisher analog berechenbare Glattflächenversiegelung ist nunmehr Leistungsbestandteil.

Bewertung/Fazit:

- Bewertung liegt bei 2,3fachem Faktor unter Bema-Bewertung (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:					
Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,3	1,0	0,8	0,7	0,6
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	2,9	2,3	1,9	1,7	1,5
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	4,4	3,5	3,0	2,5	2,2

2010

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2010**	Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, je Kiefer	50	1,0 2,81 € 2,3 **6,47 €** 3,5 9,84 €
GOZ `88	**201**	Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, je Kiefer	50	2,3 6,46 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**10**	Behandlung überempfindlicher Zähne, für jede Sitzung		5,31 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Materialkosten sind mit der Leistung abgegolten

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Die Anzahl der behandelten Zahnflächen wirkt sich auf den Steigerungsfaktor aus
- Leistungsinhalt auch mit einem Laser erbringbar, dann aber analog nach § 6 Abs. 1 zu berechnen, da Laserzuschlag hierzu nicht möglich

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,7	0,6	0,5	0,4	0,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	1,6	1,3	1,1	0,9	0,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	2,5	2,0	1,6	1,4	1,2	

2020

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2020**	Temporärer speicheldichter Verschluss einer Kavität	98	1,0 5,51 € 2,3 **12,68 €** 3,5 19,29 €
GOZ `88	**202**	Exkavieren und temporärer Verschluss einer Kavität, als selbständige Leistung	100	2,3 12,92 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**11**	Exkavieren und provisorischer Verschluss einer Kavität als alleinige Leistung, auch unvollendete Füllung		16,81 €

2020

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Leistungsinhalt ist die Verwendung eines temporären oder semipermanenten Materials, das jedoch speicheldicht sein muss.

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Beschränkung der Leistung auf eine selbständige Leistung entfällt
- kann daher auch neben anderen Leistungen erbracht werden
- kann im Zusammenhang mit der Vitalerhaltung der Pulpa und mit endodontischen Leistungen erbracht werden
- Die provisorische Versorgung von Inlay-Kavitäten wird nach den GOZ-Pos. 2260 oder 2270 (Provisorien) berechnet.
- Präendodontische Kavitätenversorgungen werden analog nach § 6 Abs.1 berechnet.
- Wenn z. B. im Rahmen endodontischer Behandlungen ein speicheldichter Verschluss adhäsiv befestigt wird, kann die GOZ-Pos. 2197 zusätzlich berechnet werden.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Die Beschränkung der Leistung auf eine selbständige Leistung im Vergleich zur GOZ 88 entfällt
- Die provisorische Kavitätenversorgung ohne weitere Maßnahmen, z.B. im Rahmen einer Notfallversorgung, kann unter dieser Nummer berechnet werden.

Bewertung/Fazit:

- Liegt bei 2,3 unter Bema (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:
Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,4	1,1	0,9	0,8	0,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	3,2	2,5	2,1	1,8	1,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	4,8	3,9	3,2	2,8	2,4	

 © LZK BW 02/2015

2030

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2030**	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten (z. B. Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich Die Leistung nach Nummer 2030 ist je Sitzung für eine Kieferhälfte oder einen Frontzahnbereich höchstens einmal für besondere Maßnahmen beim Präparieren und höchstens einmal für besondere Maßnahmen beim Füllen von Kavitäten berechnungsfähig.	65	1,0 3,66 € 2,3 **8,41 €** 3,5 12,80 €
GOZ `88	**203**	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten (z. B. Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	65	2,3 8,41 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**12**	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen (Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Anlegen von Spanngummi, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich		8,84 €

2030

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Betrifft auch alle anderen „besonderen Maßnahmen“, die Aufzählung im Leistungstext ist nur beispielhaft.

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je Sitzung für eine Kieferhälfte oder Frontzahnbereich einmal für besondere Maßnahmen beim Präparieren, einmal für besondere Maßnahmen beim Füllen berechnungsfähig
- Auch für kieferorthopädische Separationsmaßnahmen berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Berechnung der GOZ-Pos. 2030 neben GOZ-Pos. 2040 (Anlegen von Spanngummi) ist möglich
- Auch in der KFO berechnungsfähig

Bewertung/Fazit:

- Liegt bei 2,3 unter Bema (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:
Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,9	0,7	0,6	0,5	0,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	2,1	1,7	1,4	1,2	1,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	3,2	2,6	2,1	1,8	1,6	

2040

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2040**	Anlegen von Spanngummi, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	65	1,0 3,66 € 2,3 **8,41 €** 3,5 12,80 €
GOZ `88	**204**	Anlegen von Spanngummi, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	65	2,3 8,41 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848)	**12**	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen (Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Anlegen von Spanngummi, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich		8,84 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Ist neben GOZ-Pos. 2030 (bMF) berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Die GOZ-Pos. 2040 (Anlegen von Spanngummi) ist unabhängig von der Zahl der vom Spanngummi betroffenen Zähne lediglich je Sitzung einmal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechenbar.

Bewertung/Fazit:

- Liegt bei 2,3 unter Bema (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:
Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,9	0,7	0,6	0,5	0,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	2,1	1,7	1,4	1,2	1,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	3,2	2,6	2,1	1,8	1,6	

 © LZK BW 02/2015

2050

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2050**	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, einflächig	213	1,0 11,98 € 2,3 **27,55 €** 3,5 41,93 €
GOZ `88	**205**	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, einflächig	150	2,3 19,41 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**13a**	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschl. Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren a) einflächig		28,29 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Für nicht adhäsive Füllungen

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2130 sind Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 (Kronen) nicht berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Liegt bei 2,3 unter Bema (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:
Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,0	2,4	2,0	1,7	1,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	6,9	5,5	4,6	3,9	3,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	10,5	8,4	7,0	6,0	5,2	

2060

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2060**	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), einflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	527	1,0 29,64 € 2,3 **68,17 €** 3,5 103,74 €
GOZ `88	**§ 6 (2)**	Neue Leistung		
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**§ 28 SGB V**			

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Nur für adhäsive Kompositfüllungen
- Für Front- und Seitenzähne

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2130 sind Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 nicht berechnungsfähig.
- Nach einem Urteil des Amtsgericht Bonn vom 28.07.2014, Az. 116 C 148/13 ist die GOZ-Pos. 2197 zusätzlich zu den GOZ-Pos. 2060, 2080, 2100, 2120 berechnungsfähig. Gegen diese Berechnungsmöglichkeit haben sich bisher die Urteile des Verwaltungsgerichts Stuttgart vom 18.11.2014, Az. 13 K 757/13; des Amtsgerichts Celle vom 11.11.2014, Az. 13 C 1449/13 5.2 und des Landgerichts Hildesheim vom 24.07.2014, Az. 1 S 15/14, ausgesprochen. Eine obergerichtliche Rechtsprechung existiert zu dieser Frage bisher noch nicht. Bei der Wahl dieser Berechnungsmöglichkeit kann daher derzeit auf keine gesicherte Rechtsposition zurückgegriffen werden. Die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Erhebliche Abwertung im Vergleich zu den Analogpositionen der GOZ 88 -> ggf. Abdingung nach § 2 GOZ

Bewertung/Fazit:

- Bewertung wird den wissenschaftlichen Grundforderungen für DAR (dentinadhäsive Restaurationen) nicht gerecht

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:
Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	7,4	5,9	4,9	4,2	3,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	17,0	13,6	11,4	9,7	8,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	25,9	20,7	17,3	14,8	13,0	

2070

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2070**	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, zweiflächig	242	1,0 13,61 € 2,3 **31,30 €** 3,5 47,64 €
GOZ `88	**207**	Präparieren einer Kavität, … zweiflächig	210	2,3 27,16 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**13b**	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschl. Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren b) zweiflächig		34,48 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Für nicht adhäsive Füllungen

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2130 sind Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 (Kronen) nicht berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Liegt bei 2,3 unter Bema (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:					
Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,4	2,7	2,3	1,9	1,7
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	7,8	6,3	5,2	4,5	3,9
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	11,9	9,5	7,9	6,8	6,0

2080

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2080**	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), zweiflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	556	1,0 31,27 € 2,3 **71,92 €** 3,5 109,45 €
GOZ `88	**§ 6 (2)**	Neue Leistung		
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**§ 28 SGB V**			

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Nur für adhäsive Kompositfüllungen
- Für Front- und Seitenzähne

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2130 sind Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 (Kronen) nicht berechnungsfähig.
- Nach einem Urteil des Amtsgericht Bonn vom 28.07.2014, Az. 116 C 148/13 ist die GOZ-Pos. 2197 zusätzlich zu den GOZ-Pos. 2060, 2080, 2100, 2120 berechnungsfähig. Gegen diese Berechnungsmöglichkeit haben sich bisher die Urteile des Verwaltungsgerichts Stuttgart vom 18.11.2014, Az. 13 K 757/13; des Amtsgerichts Celle vom 11.11.2014, Az. 13 C 1449/13 5.2 und des Landgerichts Hildesheim vom 24.07.2014, Az. 1 S 15/14, ausgesprochen. Eine obergerichtliche Rechtsprechung existiert zu dieser Frage bisher noch nicht. Bei der Wahl dieser Berechnungsmöglichkeit kann daher derzeit auf keine gesicherte Rechtsposition zurückgegriffen werden. Die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Erhebliche Abwertung im Vergleich zu den Analogpositionen der GOZ 88 -> ggf. Abdingung nach § 2 GOZ

Bewertung/Fazit:

- Bewertung wird den wissenschaftlichen Grundforderungen für DAR (dentinadhäsive Restaurationen) nicht gerecht

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:
Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	7,8	6,3	5,2	4,5	3,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	18,0	14,4	12,0	10,3	9,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	27,4	21,9	18,2	15,6	13,7	

2090

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2090**	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, dreiflächig	297	1,0 16,70 € 2,3 **38,42 €** 3,5 58,46 €
GOZ `88	**209**	Präparieren einer Kavität,….dreiflächig	300	2,3 38,80 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**13c**	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschl. Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren c) dreiflächig		43,33 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Für nicht adhäsive Füllungen

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2130 sind Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 (Kronen) nicht berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Liegt bei 2,3 unter Bema (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:					
Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	4,2	3,3	2,8	2,4	2,1
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	9,6	7,7	6,4	5,5	4,8
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	14,6	11,7	9,7	8,4	7,3

2100

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2100**	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), dreiflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	642	1,0 36,11 € 2,3 **83,05 €** 3,5 126,38 €
GOZ `88	**§ 6 (2)**	Neue Leistung		
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**§ 28 SGB V**			

2100

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Nur für adhäsive Kompositfüllungen
- Für Front- und Seitenzähne

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2130 sind Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 (Kronen) nicht berechnungsfähig.
- Nach einem Urteil des Amtsgericht Bonn vom 28.07.2014, Az. 116 C 148/13 ist die GOZ-Pos. 2197 zusätzlich zu den GOZ-Pos. 2060, 2080, 2100, 2120 berechnungsfähig. Gegen diese Berechnungsmöglichkeit haben sich bisher die Urteile des Verwaltungsgerichts Stuttgart vom 18.11.2014, Az. 13 K 757/13; des Amtsgerichts Celle vom 11.11.2014, Az. 13 C 1449/13 5.2 und des Landgerichts Hildesheim vom 24.07.2014, Az. 1 S 15/14, ausgesprochen. Eine obergerichtliche Rechtsprechung existiert zu dieser Frage bisher noch nicht. Bei der Wahl dieser Berechnungsmöglichkeit kann daher derzeit auf keine gesicherte Rechtsposition zurückgegriffen werden. Die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Erhebliche Abwertung im Vergleich zu den Analogpositionen der GOZ 88 -> ggf. Abdingung nach § 2 GOZ

Bewertung/Fazit:

- Bewertung wird den wissenschaftlichen Grundforderungen für DAR (dentinadhäsive Restaurationen) nicht gerecht

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:
Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	9,0	7,2	6,0	5,2	4,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	20,8	16,6	13,8	11,9	10,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	31,6	25,3	21,1	18,1	15,8	

2110

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2110**	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, mehr als dreiflächig	319	1,0 17,94 € 2,3 **41,26 €** 3,5 62,79 €
GOZ `88	**211**	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, mehr als dreiflächig	380	2,3 49,15 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**13d**	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschl. Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren d) mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante		51,28 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Für nicht adhäsive Füllungen

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2130 sind Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 (Kronen) nicht berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Liegt bei 2,3 unter Bema (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

						Praxisindividuelle Kalkulation:
Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	4,5	3,6	3,0	2,6	2,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	10,3	8,3	6,9	5,9	5,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	15,7	12,6	10,5	9,0	7,8	

2120

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2120**	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), mehr als dreiflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	770	1,0 43,31 € 2,3 **99,60 €** 3,5 151,57 €
GOZ `88	**§ 6 (2)**	Neue Leistung		
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**§ 28 SGB V**			

2120

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Nur für adhäsive Kompositfüllungen
- Für Front- und Seitenzähne

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2130 sind Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 (Kronen) nicht berechnungsfähig.
- Nach einem Urteil des Amtsgericht Bonn vom 28.07.2014, Az. 116 C 148/13 ist die GOZ-Pos. 2197 zusätzlich zu den GOZ-Pos. 2060, 2080, 2100, 2120 berechnungsfähig. Gegen diese Berechnungsmöglichkeit haben sich bisher die Urteile des Verwaltungsgerichts Stuttgart vom 18.11.2014, Az. 13 K 757/13; des Amtsgerichts Celle vom 11.11.2014, Az. 13 C 1449/13 5.2 und des Landgerichts Hildesheim vom 24.07.2014, Az. 1 S 15/14, ausgesprochen. Eine obergerichtliche Rechtsprechung existiert zu dieser Frage bisher noch nicht. Bei der Wahl dieser Berechnungsmöglichkeit kann daher derzeit auf keine gesicherte Rechtsposition zurückgegriffen werden. Die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Erhebliche Abwertung im Vergleich zu den Analogpositionen der GOZ 88 -> ggf. Abdingung nach § 2 GOZ

Bewertung/Fazit:

- Bewertung wird den wissenschaftlichen Grundforderungen für DAR (dentinadhäsive Restaurationen) nicht gerecht

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:
Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	10,8	8,7	7,2	6,2	5,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	24,9	19,9	16,6	14,2	12,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	37,9	30,3	25,3	21,7	18,9	

2130

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2130**	Kontrolle, Finieren/Polieren einer Restauration in separater Sitzung, auch Nachpolieren einer vorhandenen Restauration	104	1,0 5,85 € 2,3 **13,45 €** 3,5 20,47 €
GOZ `88	**206**	Polieren einer einflächigen Amalgamfüllung in einer folgenden Sitzung	30	2,3 3,88 €
	208	Polieren einer zweiflächigen Amalgamfüllung, in einer folgenden Sitzung	40	2,3 5,17 €
	210	Polieren einer dreiflächigen Amalgamfüllung in einer folgenden Sitzung	50	2,3 6,46 €
	212	Polieren einer mehr als dreiflächigen Amalgamfüllung in einer folgenden Sitzung	60	2,3 7,76 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2130 sind Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 (Kronen) nicht berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Leistungsinhalt wird unabhängig vom Füllungsmaterial und Anzahl der Füllungsflächen erfüllt
- Gilt auch für indirekte Restaurationen
- Gilt für jede Kontroll-, Finier- bzw. Poliermaßnahme an einer Restauration in einer nachfolgenden Sitzung

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,5	1,2	1,0	0,8	0,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	3,4	2,7	2,2	1,9	1,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	5,1	4,1	3,4	2,9	2,6	

2150

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2150**	Einlagefüllung, einflächig	1.141	1,0 64,17 € 2,3 **147,60 €** 3,5 224,60 €
GOZ `88	**215**	Einlagefüllung, einflächig	550	2,3 71,14 €
Bema 2004 (Pkt.0,98848 €)	**§ 28 SGB V**			

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Gilt sowohl für direkte als auch für indirekte oder CAD/CAM Inlays

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den GOZ-Pos. 2150 bis 2170 (Einlagefüllungen) sind die Leistungen nach den GOZ-Pos. 2180 (Aufbaufüllung), 2190 (gegossener Aufbau mit Stiftverankerung) oder 2195 (Schraubenaufbau oder Glasfaserstift o.ä.) nicht berechnungsfähig.
- Die GOZ-Pos. 2197 (adhäsive Befestigung) kann zusätzlich berechnet werden.
- Durch die Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 und 2220 bis 2220 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten:

  Präparieren des Zahnes oder Implantats, Relationsbestimmungen, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder der Krone oder der Teilkrone oder des Veneers, Nachkontrolle und Korrekturen.

- Die provisorische Versorgung von Inlay-Kavitäten wird nach den GOZ-Pos. 2260 oder 2270 berechnet.
- Die opto-elektronische Abformung ist nach GOZ-Pos. 0065 gesondert berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Die zeitgleiche Aufbaufüllung (auch adhäsiv) ist mit dem Leistungsinhalt abgegolten.
- Eine (Aufbau)Füllung in einer Vorsitzung der Inlaypräparation ist jedoch nicht ausgeschlossen.

Bewertung/Fazit:

- Im Vergleich zur GOZ 88 höhere Bewertung

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	16,0	12,8	10,7	9,2	8,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	36,9	29,5	24,6	21,1	18,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	56,2	44,9	37,4	32,1	28,1	

2160

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2160**	Einlagefüllung, zweiflächig	1.356	1,0 76,26 € 2,3 **175,41 €** 3,5 266,93 €
GOZ `88	**216**	Einlagefüllung, zweiflächig	820	2,3 106,07 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**§ 28 SGB V**			

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Gilt sowohl für direkte als auch für indirekte oder CAD/CAM Inlays

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den GOZ-Pos. 2150 bis 2170 (Einlagefüllungen) sind die Leistungen nach den GOZ-Pos. 2180 (Aufbaufüllung), 2190 (gegossener Aufbau mit Stiftverankerung) oder 2195 (Schraubenaufbau oder Glasfaserstift o.ä.) nicht berechnungsfähig.
- Die GOZ-Pos. 2197 (adhäsive Befestigung) kann zusätzlich berechnet werden.
- Durch die Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 und 2220 bis 2220 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten:

  Präparieren des Zahnes oder Implantats, Relationsbestimmungen, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder der Krone oder der Teilkrone oder des Veneers, Nachkontrolle und Korrekturen.

- Die provisorische Versorgung von Inlay-Kavitäten wird nach den GOZ-Pos. 2260 oder 2270 berechnet.
- Die opto-elektronische Abformung ist nach GOZ-Pos. 0065 gesondert berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Die zeitgleiche Aufbaufüllung (auch adhäsiv) ist mit dem Leistungsinhalt abgegolten.
- Eine (Aufbau)Füllung in einer Vorsitzung der Inlaypräparation ist jedoch nicht ausgeschlossen.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	19,1	15,3	12,7	10,9	9,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	43,9	35,1	29,2	25,1	21,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	66,7	53,4	44,5	38,1	33,4	

2170

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2170**	Einlagefüllung, mehr als zweiflächig	1.709	1,0 96,12 € 2,3 **221,07 €** 3,5 336,41 €
GOZ `88	**217**	Einlagefüllung, mehr als zweiflächig	1.200	2,3 155,22 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**§ 28 SGB V**			

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Gilt sowohl für direkte als auch für indirekte oder CAD/CAM Inlays

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den GOZ-Pos. 2150 bis 2170 (Einlagefüllungen) sind die Leistungen nach den GOZ-Pos. 2180 (Aufbaufüllung), 2190 (gegossener Aufbau mit Stiftverankerung) oder 2195 (Schraubenaufbau oder Glasfaserstift o.ä.) nicht berechnungsfähig.
- Die GOZ-Pos. 2197 (adhäsive Befestigung) kann zusätzlich berechnet werden.
- Durch die Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 und 2220 bis 2220 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten:

  Präparieren des Zahnes oder Implantats, Relationsbestimmungen, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder der Krone oder der Teilkrone oder des Veneers, Nachkontrolle und Korrekturen.

- Die provisorische Versorgung von Inlay-Kavitäten wird nach den GOZ-Pos. 2260 oder 2270 berechnet.
- Die opto-elektronische Abformung ist nach GOZ-Pos. 0065 gesondert berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Die zeitgleiche Aufbaufüllung (auch adhäsiv) ist mit dem Leistungsinhalt abgegolten.
- Eine (Aufbau)Füllung in einer Vorsitzung der Inlaypräparation ist jedoch nicht ausgeschlossen.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	24,0	19,2	16,0	13,7	12,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	55,3	44,2	36,8	31,6	27,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	84,1	67,3	56,1	48,1	42,1	

2180

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2180**	Vorbereiten eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone	150	1,0 8,44 € 2,3 **19,40 €** 3,5 29,53 €
GOZ `88	**218**	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone	150	2,3 19,40 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**13a** **13b**	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschl. Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder die Benutzung anderer hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren a) einflächig b) zweiflächig		28,29 € 34,48 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Leistungsinhalt ist unabhängig vom Aufbaumaterial
- Gilt nur im zeitlich unmittelbaren Zusammenhang mit einer Überkronung

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den GOZ-Pos. 2150 bis 2170 (Einlagefüllungen) sind die Leistungen nach den GOZ-Pos. 2180 (Aufbaufüllung), 2190 (gegossener Aufbau mit Stiftverankerung) oder 2195 (Schraubenaufbau oder Glasfaserstift o.ä.) nicht berechnungsfähig.
- Die GOZ-Pos. 2197 (adhäsive Befestigung) kann bei adhäsiven Aufbaufüllungen zusätzlich berechnet werden.
- GOZ-Pos. 2180 (Aufbaufüllung) ist neben GOZ-Pos. 2190 (gegossener Aufbau mit Stiftverankerung) nicht berechnungsfähig.
- GOZ-Pos. 2195 (Schraubenaufbau, Glasfaserstift o.ä.) ist neben GOZ-Pos. 2180 (Aufbaufüllung) berechnungsfähig.
- Die Leistungen nach den GOZ-Pos. 2180, 2190 und/oder 2195 sind je Zahn nur jeweils einmal berechnungsfähig.
- Präendodontische Kavitätenversorgungen werden nicht nach dieser Nummer sondern analog nach § 6 Abs.1 berechnet.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Das Amtsgericht Charlottenburg lässt in seinem Urteil vom 08.05.2014 (Az. 205 C 13/12) die Analogberechnung nach der Nummer 2120 für einen dentinadhäsiven, mehrfach geschichteten Aufbau eines Zahnes 2120 zu.

Bewertung/Fazit:

- Liegt bei 2,3 unter Bema (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,1	1,7	1,4	1,2	1,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	4,9	3,9	3,2	2,8	2,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	7,4	5,9	4,9	4,2	3,7	

2190

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2190**	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch gegossenen Aufbau mit Stiftverankerung zur Aufnahme einer Krone	450	1,0 25,31 € 2,3 **58,21 €** 3,5 88,58 €
GOZ `88	**219**	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch gegossenen Aufbau mit Stiftverankerung oder Schraubenaufbau zur Aufnahme einer Krone	450	2,3 58,21 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**18a** **18b**	Vorbereiten eines endodontisch behandelten Zahnes zur Aufnahme einer Krone, mit Verankerung im Wurzelkanal a) durch einen konfektionierten Stift- oder Schraubenaufbau, einzeitig b) durch einen gegossenen Stiftaufbau, zweizeitig		 38,10 € 60,96 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Gilt für direkten (im Mund modellierten) oder indirekten (abgeformten) gegossenen Stiftaufbau

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den GOZ-Pos. 2150 bis 2170 (Einlagefüllungen) sind die Leistungen nach den GOZ-Pos. 2180 (Aufbaufüllung), 2190 (gegossener Aufbau mit Stiftverankerung) oder 2195 (Schraubenaufbau oder Glasfaserstift o.ä.) nicht berechnungsfähig.
- Die GOZ-Pos. 2197 (adhäsive Befestigung) kann bei adhäsiven Stiften zusätzlich berechnet werden.
- GOZ-Pos. 2180 (Aufbaufüllung) ist neben GOZ-Pos. 2190 (gegossener Aufbau mit Stiftverankerung) nicht berechnungsfähig.
- Die Leistungen nach den GOZ-Pos. 2180, 2190 und/oder 2195 sind je Zahn nur jeweils einmal berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Kosten für Verankerungselemente (Stifte) sind gesondert berechnungsfähig.
- Die Präparation des Wurzelkanals für den Stift ist Leistungsinhalt

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:					
Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	6,3	5,1	4,2	3,6	3,2
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	14,6	11,6	9,7	8,3	7,3
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	22,1	17,7	14,8	12,7	11,1

2195

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2195**	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch einen Schraubenaufbau oder Glasfaserstift o. ä. zur Aufnahme einer Krone Die Leistungen nach den Nummern 2180, 2190 oder 2195 sind neben den Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 2180 ist neben der Leistung nach Nummer 2190 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 2195 ist neben der Leistung nach Nummer 2180 berechnungsfähig. Die Leistungen nach Nummer 2180, 2190 und/oder die Leistung nach Nummer 2195 ist je Zahn nur jeweils einmal berechnungsfähig. Die Kosten für die Verankerungselemente sind gesondert berechnungsfähig.	300	1,0 16,87 € 2,3 **38,81 €** 3,5 59,05 €
GOZ `88	**219**	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch gegossenen Aufbau mit Stiftverankerung oder Schraubenaufbau zur Aufnahme einer Krone	450	2,3 58,21 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**18a** **18b**	Vorbereiten eines endodontisch behandelten Zahnes zur Aufnahme einer Krone, mit Verankerung im Wurzelkanal a) durch einen konfektionierten Stift- oder Schraubenaufbau, einzeitig b) durch einen gegossenen Stiftaufbau, zweizeitig		38,10 € 60,96 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Nur in direktem Zusammenhang mit einer bevorstehenden Überkronung

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den GOZ-Pos. 2150 bis 2170 (Einlagefüllungen) sind die Leistungen nach den GOZ-Pos. 2180 (Aufbaufüllung), 2190 (gegossener Aufbau mit Stiftverankerung) oder 2195 (Schraubenaufbau oder Glasfaserstift o.ä.) nicht berechnungsfähig.
- Die GOZ-Pos. 2197 (adhäsive Befestigung) kann bei adhäsiven Stiften zusätzlich berechnet werden.
- GOZ-Pos. 2195 (Schraubenaufbau, Glasfaserstift o.ä.) ist neben GOZ-Pos. 2180 (Aufbaufüllung) berechnungsfähig.
- Die Leistungen nach den GOZ-Pos. 2180, 2190 und/oder 2195 sind je Zahn nur jeweils einmal berechnungsfähig.
- GOZ-Pos. 2197 ist für jede adhäsive Befestigung je einmal berechnungsfähig.
- Bei der Anwendung eines OP-Mikroskops ist zusätzlich die Nummer 0110 berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Kosten für Verankerungselemente sind gesondert berechnungsfähig.
- Die Präparation des Wurzelkanals für den Stift ist Leistungsinhalt.
- Betrifft auch keramische Stifte.
- Stifte bei vorhandenen Kronen können nach § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet werden.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung: Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.						**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	4,2	3,4	2,8	2,4	2,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	9,7	7,8	6,5	5,5	4,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	14,8	11,8	9,8	8,4	7,4	

2197

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2197**	Adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Krone, Teilkrone, Veneer etc.)	130	1,0 7,31 € 2,3 **16,82 €** 3,5 25,59 €
GOZ `88	**§ 6 (2)**	Neue Leistung		
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- GOZ-Pos. 2197 ist zusätzlich berechnungsfähig zu den GOZ-Pos. 2150 bis 2170 (Inlays), 2180 (plastischer Aufbau), 2190 (gegossener Aufbau mit Stiftverankerung), 2195 (Schraubenaufbau, Glasfaserstift o.ä.), 2200 bis 2220 (Krone, Teilkrone, Veneer), 5000 bis 5040 (Brücken- oder Prothesenanker)
- Die Nummer ist an demselben Zahn für jedes der in der Aufzählung der Leistungsbeschreibung genannten Versorgungselemente einmal berechnungsfähig
- Nach einem Urteil des Amtsgericht Bonn vom 28.07.2014, Az. 116 C 148/13 und des AG Düsseldorf vom 01.07.2016, Az. 25 C 2953/14 ist die GOZ-Pos. 2197 zusätzlich zu den GOZ-Pos. 2060, 2080, 2100, 2120 berechnungsfähig. Gegen diese Berechnungsmöglichkeit haben sich bisher die Urteile des Verwaltungsgerichts Stuttgart vom 18.11.2014, Az. 13 K 757/13, des Amtsgerichts Celle vom 11.11.2014, Az. 13 C 1449/13 5.2, des Landgerichts Hildesheim vom 24.07.2014, Az. 1 S 15/14 und des AG Stuttgart vom 19.07.2016, Az. 9C 1059/16 ausgesprochen. Eine obergerichtliche Rechtsprechung existiert zu dieser Frage bisher noch nicht. Bei der Wahl dieser Berechnungsmöglichkeit kann daher derzeit auf keine gesicherte Rechtsposition zurückgegriffen werden. Die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten.
- Die Nummer ist neben der Nummer 6100 berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Die Aufzählung in der Leistungsbeschreibung ist nicht abschließend. Daher können auch andere adhäsive Befestigungsmaßnahmen nach dieser Nummer berechnet werden.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,8	1,5	1,2	1,0	0,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	4,2	3,4	2,8	2,4	2,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	6,4	5,1	4,3	3,7	3,2	

2200

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2200**	Versorgung eines Zahnes oder Implantats durch eine Vollkrone (Tangentialpräparation)	1.322	1,0 74,35 € 2,3 **171,01 €** 3,5 260,23 €
GOZ `88	**220**	Versorgung eines Zahnes oder Implantats durch eine Vollkrone (Tangentialpräparation)	900	2,3 116,42 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**20a**	Versorgung eines Einzelzahnes durch a) eine metallische Vollkrone Mit einer Leistung nach Nr. 20 sind folgende Leistungen abgegolten: Präparation, ggf. Farbbestimmung, Bissnahme, Abformung, Einprobe, Einzementieren, Kontrolle und Adjustierung der statischen und dynamischen Okklusion		112,78 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Betrifft auch die implantatgetragene Einzelkrone

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 sind Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2130 nicht berechnungsfähig.
- Die Leistung nach der Nummer 2210 ist im Zusammenhang mit Implantaten nicht berechnungsfähig.
- Durch die Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 und 2200 bis 2220 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten:

  Präparieren des Zahnes oder Implantats, Relationsbestimmungen, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder der Krone oder der Teilkrone oder des Veneers, Nachkontrolle und Korrekturen.

- Die Leistung nach Nummer 2200 umfasst auch die Verschraubung und Abdeckung mit Füllungsmaterial bei Implantatkronen.
- Zu den Kronen nach Nummer 2200 bis 2220 gehören Kronen (Voll- und Teilkronen) jeder zahntechnischen Ausführung.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Implantat- bzw. abutmentgetragene Einzelkronen sind grundsätzlich nach dieser Nummer zu berechnen
- Kronen neben Brücken oder Brückenankern werden nach den Nummern 2200, 2210 oder 2220 berechnet, wenn sie nicht unmittelbar mit Brückengliedern verbunden sind

Bewertung/Fazit:

- Deutlich höhere Bewertung als in der GOZ 88

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	18,6	14,9	12,4	10,6	9,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	42,8	34,2	28,5	24,4	21,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	65,1	52,0	43,4	37,2	32,5	

2210

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2210**	Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkehl- oder Stufenpräparation)	1.678	1,0 94,37 € 2,3 **217,06 €** 3,5 330,31 €
GOZ `88	**221**	Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkehl- oder Stufenpräparation)	1.300	2,3 168,16 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**20b**	Versorgung eines Einzelzahnes durch b) eine vestibulär verblendete Verblendkrone Mit einer Leistung nach Nr. 20 sind folgende Leistungen abgegolten: Präparation, ggf. Farbbestimmung, Bissnahme, Abformung, Einprobe, Einzementieren, Kontrolle und Adjustierung der statischen und dynamischen Okklusion		120,40 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 sind Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2130 (definitive Füllungen) nicht berechnungsfähig.
- Die Leistung nach der Nummer 2210 ist im Zusammenhang mit Implantaten nicht berechnungsfähig.
- Durch die Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 und 2200 bis 2220 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten:

  Präparieren des Zahnes oder Implantats, Relationsbestimmungen, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder der Krone oder der Teilkrone oder des Veneers, Nachkontrolle und Korrekturen.

- Zu den Kronen nach Nummer 2200 bis 2220 gehören Kronen (Voll- und Teilkronen) jeder zahntechnischen Ausführung.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Kronen neben Brücken oder Brückenankern werden nach den Nummern 2200, 2210 oder 2220 berechnet, wenn sie nicht unmittelbar mit Brückengliedern verbunden sind

Bewertung/Fazit:

- Deutlich höhere Bewertung als in der GOZ 88

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	23,6	18,9	15,7	13,5	11,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	54,3	43,4	36,2	31,0	27,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	82,6	66,1	55,1	47,2	41,3	

2220

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2220**	Versorgung eines Zahnes durch eine Teilkrone mit Retentionsrillen oder –kästen oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der gesamten Kaufläche, auch Versorgung eines Zahnes durch ein Veneer o. ä. Neben den Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 sind Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2130 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach der Nummer 2210 ist im Zusammenhang mit Implantaten nicht berechnungsfähig. Durch die Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 und 2200 bis 2220 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantats, Relationsbestimmungen, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder der Krone oder der Teilkrone oder des Veneers, Nachkontrolle und Korrekturen. Die Leistung nach Nummer 2200 umfasst auch die Verschraubung und Abdeckung mit Füllungsmaterial. Zu den Kronen nach Nummer 2200 bis 2220 gehören Kronen (Voll- und Teilkronen) jeder zahntechnischen Ausführung.	2.067	1,0 116,25 € 2,3 **267,38 €** 3,5 406,88 €
GOZ `88	**222**	Versorgung eines Zahnes durch eine Teilkrone mit Retentionsrillen oder –kasten oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der gesamten Kaufläche	1.550	2,3 200,51 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**20c**	Versorgung eines Einzelzahnes durch c) eine metallische Teilkrone		142,49 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 sind Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2130 (definitive Füllungen) nicht berechnungsfähig.
- Die Leistung nach der Nummer 2210 ist im Zusammenhang mit Implantaten nicht berechnungsfähig.
- Durch die Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 und 2200 bis 2220 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten:

  Präparieren des Zahnes oder Implantats, Relationsbestimmungen, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder der Krone oder der Teilkrone oder des Veneers, Nachkontrolle und Korrekturen.

- Die Leistung nach Nummer 2200 umfasst auch die Verschraubung und Abdeckung mit Füllungsmaterial.
- Zu den Kronen nach Nummer 2200 bis 2220 gehören Kronen (Voll- und Teilkronen) jeder zahntechnischen Ausführung.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Kronen neben Brücken oder Brückenankern werden nach den Nummern 2200, 2210 oder 2220 berechnet, wenn sie nicht unmittelbar mit Brückengliedern verbunden sind

Bewertung/Fazit:

- Deutlich höhere Bewertung als in der GOZ 88

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	29,1	23,3	19,4	16,6	14,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	66,8	53,5	44,6	38,2	33,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	101,7	81,4	67,8	58,1	50,9	

2230

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2230**	Teilleistungen nach den Nummern 2200 bis 2220: Enden die Leistungen mit der Präparation eines Zahnes oder Abdrucknahme beim Implantat so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.		**Hälfte der jeweiligen Gebühr nach 2200 bis 2220**
GOZ `88	**223**	Teilleistung nach den Nummern 220 bis 222: Enden die Leistungen mit der Präparation eines Zahnes, so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig		
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**22**	Teilleistungen bei nicht vollendeten Leistungen nach den Nrn. 18 und 20: a) Präparation eines Zahnes b) weitere Maßnahmen c) gegebenenfalls bereits erbrachte Leistungen		½ x Nr.18/20 ¾ x Nr.20 Bew.-Zahl nach Nr. 18

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Die Leistungen nach den Nummern 2230 oder 2240 sind nur berechnungsfähig, wenn es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen oder eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.
- Ist nicht in Zusammenhang mit GOZ-Pos. 7080 berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Objektive Gründe für eine nicht mögliche Weiterbehandlung können sein: Z.B. Tod, Umzug, Praxiswechsel, Nichterscheinen des Patienten.
- Medizinische Gründe für eine nicht mögliche Weiterbehandlung können sein: Z.B. bei längerer Unterbrechung der Behandlung, die u.U. zu veränderten intraoralen Verhältnissen geführt hat, wie z.B. nach längerer Krankheit, Unfall, Abwesenheit des Patienten oder medizinisch bedingten Behandlungspausen, wie z.B. Ausheilung einer PA-Behandlung oder Beobachtung von KG-Problemen bei CMD o.ä.
- Handelt es sich um die Versorgung eines Implantats, muss zur Erfüllung des Leistungsinhaltes eine Abformung mit Abdruckpfosten erfolgt sein.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	-	-	-	-	-	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	-	-	-	-	-	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	-	-	-	-	-	

2240

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2240**	Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig. Die Leistungen nach den Nummern 2230 oder 2240 sind nur berechnungsfähig, wenn es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen oder eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.		**Drei Viertel der jeweiligen Gebühr nach 2220 bis 2240**
GOZ `88	**224**	Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel…		
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**22**	Teilleistungen bei nicht vollendeten Leistungen nach den Nrn. 18 und 20: a) Präparation eines Zahnes b) weitere Maßnahmen c) gegebenenfalls bereits erbrachte Leistungen		½ x Nr.18/20 ¾ x Nr.20 Bew.-Zahl nach Nr. 18

2240

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Die Leistungen nach den Nummern 2230 oder 2240 sind nur berechnungsfähig, wenn es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen oder eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.
- Ist nicht in Zusammenhang mit GOZ-Pos. 7080 berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Objektive Gründe für eine nicht mögliche Weiterbehandlung können sein: Z.B. Tod, Umzug, Praxiswechsel, Nichterscheinen des Patienten.
- Medizinische Gründe für eine nicht mögliche Weiterbehandlung können sein: Z.B. bei längerer Unterbrechung der Behandlung, die u.U. zu veränderten intraoralen Verhältnissen geführt hat, wie z.B. nach längerer Krankheit, Unfall, Abwesenheit des Patienten oder medizinisch bedingten Behandlungspausen, wie z.B. Ausheilung einer PA-Behandlung oder Beobachtung von KG-Problemen bei CMD o.ä.
- Handelt es sich um die Versorgung eines Implantats, muss zur Erfüllung des Leistungsinhaltes eine Abformung mit Abdruckpfosten erfolgt sein.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	-	-	-	-	-	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	-	-	-	-	-	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	-	-	-	-	-	

2250

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2250**	Eingliederung einer konfektionierten Krone in der pädiatrischen Zahnheilkunde Die Kosten für konfektionierte Kronen sind gesondert berechnungsfähig.	210	1,0 11,81 € 2,3 27,16 € 3,5 41,34 €
GOZ `88	**225**	Eingliederung einer konfektionierten Krone in der pädiatrischen Zahnheilkunde Die Kosten für konfektionierte Kronen sind gesondert berechnungsfähig.	210	2,3 27,16 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**14**	Konfektionierte Krone (im Seitenzahnbereich in der Regel aus Metall) einschl. Material- und Laboratoriumskosten in der pädiatrischen Zahnheilkunde		44,24 €

2250

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Kann sowohl Milch- als auch bleibende Zähne betreffen, es muss sich jedoch um eine Behandlung von Kindern handeln.

Bewertung/Fazit:

- Liegt bei 2,3 weit unter Bema (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,0	2,4	2,0	1,7	1,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	6,8	5,4	4,5	3,9	3,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	10,3	8,3	6,9	5,9	5,2	

2260

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2260**	Provisorium im direkten Verfahren ohne Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung	100	1,0 5,62 € 2,3 **12,94 €** 3,5 19,68 €
GOZ `88	**226**	Schutz eines präparierten oder frakturierten Zahnes durch eine konfektionierte Hülse	100	2,3 12,94 €
	227	Eingliederung einer provisorischen Krone, einschließlich Entfernung	270	2,3 34,93 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**19**	Schutz eines beschliffenen Zahnes und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone oder provisorischer Ersatz eines fehlenden Zahnes durch ein Brückenglied.		14,48 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Betrifft das „Sofortprovisorium“, das nicht im zahntechnischen Labor hergestellt wird, ggf. unter Verwendung konfektionierter (Form)Teile

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- GOZ-Pos. 2260 und 2270 (Provisorien) können auch für die provisorische Versorgung bei den GOZ-Pos. 2150 bis 2170 (Einlagefüllungen) berechnet werden.
- Die Kosten eines konfektionierten Provisoriums sind gesondert berechnungsfähig.
- Die Entfernung und Wiedereingliederung sind mit den GOZ-Pos. 2260/2270 abgegolten.
- Für die Entfernung notwendigerweise fest zementierter Provisorien kann die Nummer 2290 berechnet werden.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Provisorien nach dieser Nummer können auch für die Versorgung von Inlaykavitäten im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen nach den Nummern 2150, 2160 oder 2170 oder für die sofortprovisorische Versorgung von Veneers berechnet werden.
- Die Wiedereingliederung eines alio loco angefertigten Provisoriums ist analog berechnungsfähig.
- Die Anfertigung einer provisorischen Stiftkrone ist in den Leistungsbeschreibungen der GOZ nicht aufgeführt und wird daher analog nach § 6 Abs. 1 berechnet.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,4	1,1	0,9	0,8	0,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	3,2	2,6	2,2	1,8	1,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	4,9	3,9	3,3	2,8	2,5	

2270

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2270**	Provisorium im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung Bei Verwendung eines konfektionierten Provisoriums sind die Kosten hierfür gesondert berechnungsfähig. Das Wiedereingliedern derselben Provisoriums, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung, ist mit der Gebühr nach Nummer 2260 oder 2270 abgegolten.	270	1,0 15,19 € 2,3 **34,93 €** 3,5 53,15 €
GOZ `88	**227**	Eingliederung einer provisorischen Krone, einschließlich Entfernung	270	2,3 34,93 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**19**	Schutz eines beschliffenen Zahnes und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone oder provisorischer Ersatz eines fehlenden Zahnes durch ein Brückenglied.		14,48 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Betrifft das sofortige „Kurzzeitprovisorium“ mit Abformung, das entweder am Behandlungsstuhl oder im zahntechnischen Labor (Praxislabor oder gewerbliches Labor) mit Hilfe einer zuvor durchgeführten Abformung oder eines Formteils (z. B. vorbereitete Tiefziehfolie) hergestellt wird.

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- GOZ-Pos. 2260 und 2270 (Provisorien) können auch für die provisorische Versorgung bei den GOZ-Pos. 2150 bis 2170 (Einlagefüllungen) berechnet werden.
- Die Kosten eines konfektionierten Provisoriums sind gesondert berechnungsfähig.
- Es können Laborkosten für zahntechnische Leistungen nach § 9 GOZ anfallen.
- Die Entfernung und Wiedereingliederung sind mit den GOZ-Pos. 2260/2270 abgegolten.
- Für die Entfernung notwendigerweise fest zementierter Provisorien kann die Nummer 2290 berechnet werden.
- Für die Entfernung notwendigerweise fest zementierter Provisorien kann die Nummer 2290 berechnet werden.
- Ein im indirekten Verfahren hergestelltes, laborgefertigtes Provisorium wird je Zahn oder Implantat nach der Nummer 7080 berechnet, wenn eine Tragezeit von mindestens drei Monaten erreicht wird.
- Provisorische Brückenanker im indirekten Verfahren, die unmittelbar an eine Lücke angrenzen und als Provisorium für Brückenpfeiler oder Prothesenanker dienen, werden nach der Nummer 5120 berechnet.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Provisorien nach dieser Nummer können auch für die Versorgung von Inlaykavitäten im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen nach den Nummern 2150, 2160 oder 2170 oder für die provisorische Versorgung von Veneers berechnet werden.
- Die Wiedereingliederung eines alio loco angefertigten Provisoriums ist analog berechnungsfähig.
- Die Anfertigung einer provisorischen Stiftkrone ist in der Leistungsbeschreibung der GOZ nicht aufgeführt und wird daher analog nach § 6 Abs. 1 berechnet.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung: Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.						**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,8	3,0	2,5	2,2	1,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	8,7	7,0	5,8	5,0	4,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	13,3	10,6	8,9	7,6	6,6	

2290

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2290**	Entfernung einer Einlagefüllung, einer Krone, eines Brückenankers, Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges oder Ähnliches	180	1,0 10,12 € 2,3 **23,28 €** 3,5 35,43 €
GOZ `88	**229**	Entfernung einer Einlagefüllung, einer Krone, eines Brückenankers, Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges	180	2,3 23,28 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**23**	Entfernen einer Krone bzw. eines Brückenankers oder eines abgebrochenen Wurzelstiftes bzw. das Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges, je Trennstelle		15,04 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Betrifft nicht das Entfernen von Restaurationen aus plastischem Material

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Die Nummer ist je Trennstelle berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Der Leistungsinhalt wird sowohl für zementierte als auch adhäsiv befestigte indirekte Restaurationen bzw. Rekonstruktionen erfüllt.
- Das Entfernen eines notwendigerweise definitiv befestigten Provisoriums kann nach dieser Nummer berechnet werden

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,5	2,0	1,7	1,4	1,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	5,8	4,7	3,9	3,3	2,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	8,9	7,1	5,9	5,1	4,4	

2300

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2300**	Entfernung eines Wurzelstiftes	270	1,0 15,19 € 2,3 **34,93 €** 3,5 53,15 €
GOZ `88	**230**	Entfernen eines Wurzelstifts	270	2,3 34,93 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**23**	Entfernen einer Krone bzw. eines Brückenankers oder eines abgebrochenen Wurzelstiftes bzw. das Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges, je Trennstelle		15,04 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Betrifft sowohl geschraubte, zementierte als auch adhäsiv befestigte Wurzelstifte

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Unter diese Nummer fallen sowohl gegossene Stiftaufbauten und Wurzelstifte als auch konfektionierte Schraubenaufbauten oder Glasfaserstifte, sowohl konventionell als auch adhäsiv befestigt.
- Die Entfernung frakturierter Wurzelkanalinstrumente ist nicht Inhalt dieser Nummer.
- Die Entfernung vorhandener Wurzelfüllungen (Revisionsbehandlung) ist nicht Inhalt dieser Nummer, sondern ist nach § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,8	3,0	2,5	2,2	1,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	8,7	7,0	5,8	5,0	4,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	13,3	10,6	8,9	7,6	6,6	

2310

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2310**	Wiedereingliederung einer Einlagefüllung, einer Teilkrone, eines Veneers oder einer Krone oder Wiederherstellung einer Verblendschale an herausnehmbarem Zahnersatz	145	1,0 8,16 € 2,3 **18,76 €** 3,5 28,54 €
GOZ `88	**231**	Wiedereingliederung einer Einlagefüllung oder Krone oder Wiederherstellung einer Verblendschale an herausnehmbarem Zahnersatz	145	2,3 18,76 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**24a**	Maßnahmen zur Widerherstellung der Funktion von Kronen a) Wiedereinsetzen einer Krone oder dergleichen		19,05 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Bei adhäsiver Befestigung ist zusätzlich die Nummer 2197 berechnungsfähig.
- Die Wiederbefestigung von alio loco angefertigten provisorischen Kronen, provisorischen Stiftkronen oder Einlagefüllungen werden analog nach § 6 Abs. 1 berechnet.
- Die Wiedereingliederung eines gelösten Stiftaufbaus oder einer Wurzelstiftkappe ist nicht Bestandteil der Leistung und nicht anderweitig beschrieben. Sie muss deshalb nach § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet werden.
- Maßnahmen zur Wiederherstellung der Restauration (einschließlich Wiedereingliederung) werden nach der Nummer 2320 berechnet.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Es können Kosten für zahntechnische Maßnahmen nach § 9 GOZ anfallen.

Bewertung/Fazit:

- Liegt bei 2,3 unter Bema (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,0	1,6	1,4	1,2	1,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	4,7	3,8	3,1	2,7	2,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	7,1	5,7	4,8	4,1	3,6	

2320

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2320**	Wiederherstellung einer Krone, einer Teilkrone, eines Veneers, eines Brückenankers, einer Verblendschale oder einer Verblendung an festsitzendem Zahnersatz, gegebenenfalls einschließlich Wiedereingliederung und Abformung	350	1,0 19,68 € 2,3 **45,27 €** 3,5 68,90 €
GOZ `88	**232**	Wiederherstellung einer Krone, eines Brückenankers, einer Verblendschale oder Verblendung an fest sitzendem Zahnersatz, gegebenenfalls einschließlich Wiedereingliederung und Abformung	350	2,3 45,27 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620€)	**24b**	Maßnahmen zur Widerherstellung der Funktion von Kronen b) Erneuerung oder Wiedereinsetzen einer Facette, einer Verblendschale oder dergleichen		32,77 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Verblendungsreparaturen an herausnehmbarem Zahnersatz werden nach GOZ-Pos. 2310 berechnet.
- Eine ggf. erforderliche Abnahme der Rekonstruktion wird zusätzlich nach GOZ-Pos. 2290 berechnet.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Es können Kosten für zahntechnische Maßnahmen nach § 9 GOZ anfallen.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	4,9	3,9	3,3	2,8	2,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	11,3	9,1	7,5	6,5	5,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	17,2	13,8	11,5	9,8	8,6	

2330

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2330**	Maßnahmen zur Erhaltung der vitalen Pulpa bei Caries profunda (Exkavieren, indirekte Überkappung), je Kavität	110	1,0 6,19 € 2,3 **14,23 €** 3,5 21,65 €
GOZ `88	**233**	Maßnahmen zur Erhaltung der vitalen Pulpa bei Caries profunda (Exkavieren, indirekte Überkappung, gegebenenfalls temporärer Verschluss)	110	2,3 14,23 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**25**	Indirekte Überkappung zur Erhaltung der gefährdeten Pulpa ggf. einschl. des provisorischen oder temporären Verschlusses der Kavität		5,31 €

Begriffsbestimmung: (nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)

- Gilt nur für vitale Zähne

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- GOZ-Pos. 2020 (Temporärer speicheldichter Verschluss) ist zusätzlich berechnungsfähig.
- Bei der Anwendung eines OP-Mikroskops ist zusätzlich GOZ-Pos. 0110 berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,5	1,2	1,0	0,9	0,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	3,6	2,8	2,4	2,0	1,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	5,4	4,3	3,6	3,1	2,7	

2340

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2340**	Maßnahmen zur Erhaltung der freiliegenden vitalen Pulpa (Exkavieren, direkte Überkappung), je Kavität	200	1,0 11,25 € 2,3 **25,87 €** 3,5 39,37 €
GOZ `88	**234**	Maßnahmen zur Erhaltung der freiliegenden vitalen Pulpa (Exkavieren, direkte Überkappung, gegebenenfalls temporärer Verschluss)	200	2,3 25,87 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**26**	Direkte Überkappung, je Zahn		5,314 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Gilt nur für vitale Zähne

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- GOZ-Pos. 2020 (Temporärer speicheldichter Verschluss) ist zusätzlich berechnungsfähig.
- Bei der Anwendung eines OP-Mikroskops ist zusätzlich GOZ-Pos. 0110 berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,8	2,2	1,9	1,6	1,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	6,5	5,2	4,3	3,7	3,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	9,8	7,9	6,6	5,6	4,9	

2350

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2350**	Amputation und Versorgung der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren	290	1,0 16,31 € 2,3 **37,51 €** 3,5 57,09 €
GOZ `88	**235**	Amputation und Versorgung der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren und gegebenenfalls temporärem Verschluss	290	2,3 37,51 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**27**	Pulpotomie		25,66 €

2350

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- GOZ-Pos. 2020 (Temporärer speicheldichter Verschluss) ist zusätzlich berechnungsfähig.
- Bei der Anwendung eines OP-Mikroskops ist zusätzlich GOZ-Pos. 0110 berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Die Mortalamputation der Pulpa ist nicht beschrieben und ist daher nach § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnen.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	4,1	3,3	2,7	2,3	2,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	9,4	7,5	6,3	5,4	4,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	14,3	11,4	9,5	8,2	7,1	

2360

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2360**	Exstirpation der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren, je Kanal	110	1,0 6,19 € 2,3 **14,23 €** 3,5 21,65 €
GOZ `88	**236**	Exstirpation der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren und temporärem Verschluss, je Kanal	110	2,3 14,23 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**28**	Exstirpation der vitalen Pulpa, je Kanal		15,93 €

2360

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- GOZ-Pos. 2020 (Temporärer speicheldichter Verschluss) ist zusätzlich berechnungsfähig.
- Die Nummer 2390 (Trepanation) ist sitzungsgleich berechnungsfähig.
- Nur einmal verwendbare Nickel-Titan-Instrumente zur Wurzelkanalaufbereitung, nicht Exstirpation, sind gesondert berechnungsfähig
- Auch in Verbindung mit der GOZ-Pos. 2410 (Wurzelkanalaufbereitung) berechnungsfähig.
- Bei der Anwendung eines OP-Mikroskops ist zusätzlich die GOZ-Pos. 0110 berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Liegt bei 2,3 unter Bema (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,5	1,2	1,0	0,9	0,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	3,6	2,8	2,4	2,0	1,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	5,4	4,3	3,6	3,1	2,7	

2380

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2380**	Amputation und endgültige Versorgung der avitalen Milchzahnpulpa	160	1,0 9,00 € 2,3 **20,70 €** 3,5 31,50 €
GOZ `88	**238**	Amputation und endgültige Versorgung der devitalisierten Milchzahnpulpa	160	2,3 20,69 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

2380

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Gilt nur für Milchzähne

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Das Exkavieren ist nicht Leistungsinhalt.
- Der temporäre, speicheldichte Verschluss der Kavität ist gesondert berechnungsfähig (2020).
- Das Devitalisieren der Pulpa ist nicht in der GOZ beschrieben und daher nach§ 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnen.
- Die Mortalamputation am bleibenden Zahn ist nicht in der GOZ beschrieben und daher nach§ 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnen.
- Auch neben GOZ-Pos. 2390 (Trepanation) berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,2	1,8	1,5	1,3	1,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	5,2	4,1	3,4	3,0	2,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	7,9	6,3	5,2	4,5	3,9	

2390

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2390**	Trepanation eines Zahnes, als selbständige Leistung	65	1,0 3,66 € 2,3 **8,41 €** 3,5 12,80 €
GOZ `88	**239**	Trepanation eines Zahnes	65	2,3 8,41 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**31**	Trepanation eines pulpentoten Zahnes		9,73 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Betrifft sowohl vitale als auch avitale Zähne.

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- GOZ-Pos. 2390 (Trepanation) ist nur als selbständige Leistung berechnungsfähig. Weitere eigenständige Leistungen können sich am selben Zahn in derselben Sitzung an eine Trepanation anschließen.
- Die Nummer ist als selbständige Maßnahme berechnungsfähig, d.h. sie ist entweder alleine oder neben weiteren endodontischen Leistungen (z.B. nach den Nummern 2350, 2360, 2380, 2400, 2420 bzw. 2430) in derselben Sitzung berechnungsfähig.
- Die Nummer ist nach Interpretation der amtlichen Begründung nicht neben weiteren endodontischen Leistungen nach den Nummern 2410 (Wurzelkanalaufbereitung) und 2440 (Wurzelfüllung) in derselben Sitzung berechnungsfähig.
- Weitere endodontische Maßnahmen an diesem Zahn sind in Folgesitzungen berechnungsfähig.
- Andere, nicht endodontische Leistungen an diesem Zahn und in derselben Sitzung sind berechnungsfähig
- Die Wiedereröffnung eines definitiv verschlossenen Zahnes zur weitergehenden Wurzelkanalbehandlung oder zur Revision einer vorhandenen Wurzelkanalfüllung kann erneut nach dieser Gebührennummer berechnet werden.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

In der Begründung zur GOZ des Bundesministeriums findet sich eine nicht nachvollziehbare Auslegung der Leistungsbeschreibung mittels einer Missinterpretation des § 4 Abs. 2 GOZ (Zielleistung). Die Trepanation wird weder von der Vitalexstirpation noch von der Wurzelkanalaufbereitung oder einer anderen endodontischen Leistung umfasst. Sie ist auch nicht zwingend methodisch notwendiger Bestandteil einer Wurzelbehandlung. Z. B. fällt bei bereits eröffneter Pulpa durch großflächige Karies oder bei entsprechenden Zahnfrakturen keine Trepanation an.

Bewertung/Fazit:

- Die Leistungsbeschreibung wird der modernen Endodontie mit Refill- und Reentrymaßnahmen nicht gerecht.
- Liegt bei 2,3 unter Bema (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,9	0,7	0,6	0,5	0,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	2,1	1,7	1,4	1,2	1,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	3,2	2,6	2,1	1,8	1,6	

2400

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2400**	Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals Die Leistung nach Nummer 2400 ist je Wurzelkanal höchstens zweimal je Sitzung berechnungsfähig.	70	1,0 3,94 € 2,3 **9,05 €** 3,5 13,78 €
GOZ `88	**240**	Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals	70	2,3 9,05 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Betrifft nur die Längenbestimmung des Wurzelkanals über elektrometrische Widerstandsmessung.

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- GOZ-Pos. 2400 ist je Wurzelkanal höchstens zweimal je Sitzung berechnungsfähig.
- Auch neben Röntgenaufnahmen zur Längenmessung berechnungsfähig.
- In Folgesitzungen erneut berechnungsfähig.
- Auch neben GOZ-Pos. 2390 (Trepanation) berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,0	0,8	0,7	0,6	0,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	2,3	1,8	1,5	1,3	1,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	3,4	2,8	2,3	2,0	1,7	

2410

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2410**	Aufbereitung eines Wurzelkanals auch retrograd, je Kanal, gegebenenfalls in mehreren Sitzungen Die Leistung nach Nummer 2410 ist für denselben Wurzelkanal nur dann erneut berechnungsfähig, wenn der Wurzelkanal nach der ersten Aufbereitung definitiv versorgt worden ist. Wenn aufgrund anatomischer Besonderheiten eine Aufbereitung in einer Sitzung nicht erfolgen kann, ist die Leistung nach Nummer 2410 für denselben Wurzelkanal erneut berechnungsfähig. Dies ist in der Rechnung zu begründen. Je Aufbereitung eines Wurzelkanals ist die Leistung in diesem Fall höchstens zweimal berechnungsfähig.	392	1,0 22,05 € 2,3 **50,71 €** 3,5 77,16 €
GOZ `88	**241**	Aufbereitung eines Wurzelkanals	280	2,3 36,22 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**32**	Aufbereiten des Wurzelkanalsystems, je Kanal		25,66 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Betrifft auch die retrograde Aufbereitung des Wurzelkanals im Rahmen einer WSR.

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- GOZ-Pos. 2410 ist für denselben Wurzelkanal nur dann erneut berechnungsfähig, wenn der Wurzelkanal nach der ersten Aufbereitung definitiv versorgt worden ist.
- Auch bei Durchführung in mehreren Sitzungen nur einmal berechnungsfähig.
- Bei anatomischen Besonderheiten des Zahnes/Wurzelkanals ist die Nummer höchstens zweimal berechnungsfähig und muss in diesem Fall auf der Liquidation begründet werden.
- Die endodontische Revision einer Wurzelfüllung ist nicht in der GOZ beschrieben und daher nach § 6 Abs. 1 analog zu berechnen.
- Auch in Verbindung mit der GOZ-Pos. 2360 (Vitalexstirpation) berechnungsfähig.
- Die GOZ-Pos. 2390 (Trepanation) ist unter Berücksichtigung der amtlichen Begründung nicht neben dieser Nummer berechnungsfähig.
- Bei der Anwendung eines OP-Mikroskops ist zusätzlich die GOZ-Pos. 0110 berechnungsfähig.
- Bei der Anwendung eines Lasers ist zusätzlich die GOZ-Pos. 0120 berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Nur einmal verwendbare Nickel-Titan-Instrumente sind gesondert berechnungsfähig.
- Die Entfernung vorhandener Wurzelfüllungen (Revisionsbehandlung) ist nicht Inhalt dieser Nummer sondern ist nach § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnungsfähig.

Bewertung/Fazit:

- Die zweifache Berechnungsmöglichkeit in anatomisch schwierigen Fällen ist begrüßenswert.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung: Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.						**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	5,5	4,4	3,7	3,1	2,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	12,7	10,1	8,5	7,2	6,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	19,3	15,4	12,9	11,0	9,6	

2420

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2420**	Zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden, je Kanal	70	1,0 3,94 € 2,3 **9,05 €** 3,5 13,78 €
GOZ `88	**242**	Zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden, je Kanal	70	2,3 9,05 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Leistung ist nur einmal je Sitzung und Wurzelkanal berechnungsfähig.

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- In Verbindung mit allen endodontsichen Maßnahmen berechnungsfähig.
- Auch neben GOZ-Pos. 2390 (Trepanation) berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0						
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3						
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5						

2430

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2430**	Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nummern 2360, 2380 und 2410, je Zahn und Sitzung	204	1,0 11,47 € 2,3 **26,39 €** 3,5 40,16 €
GOZ `88	**243**	Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nummern 236 bis 238 und 241 einschließlich temporärem Verschluss, je Zahn und Sitzung	130	2,3 16,81 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**34**	Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nrn. 28, 29, 32, ggf. einschl. eines provisorischen Verschlusses, je Zahn und Sitzung		13,27 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- GOZ-Pos. 2020 (Temporärer speicheldichter Verschluss) ist zusätzlich berechnungsfähig.
- Die Leistung ist nur berechenbar im Anschluss an eine Vitalexstirpation der Pulpa, in Verbindung mit einer Amputation einer devitalisierten Milchzahnpulpa oder nach Aufbereiten eines Wurzelkanals.
- Die GOZ-Pos. 2430 kann nach der Vornahme einer Trepanation berechnet werden.
- Die Leistung ist nicht je Kanal sondern nur je Zahn berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,9	2,3	1,9	1,6	1,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	6,6	5,3	4,4	3,8	3,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	10,0	8,0	6,7	5,7	5,0	

2440

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**2440**	Füllung eines Wurzelkanals	258	1,0 14,51 € 2,3 **33,37 €** 3,5 50,79 €
GOZ `88	**244**	Füllung eines Wurzelkanals einschließlich temporärem Verschluss	200	2,3 25,87 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**35**	Wurzelkanalfüllung einschl. eines evtl. provisorischen Verschlusses, je Kanal		15,04 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Die retrograde Wurzelfüllung wird ebenfalls unter dieser Nummer berechnet.
- Ein provisorischer Verschluss ist nicht Leistungsinhalt.
- Ein speichelddichter temporärer Verschluss ist ebenso wie eine definitive Versorgung gesondert berechnungsfähig.
- GOZ-Pos. 2390 (Trepanation) ist unter Berücksichtigung der amtlichen Begründung nicht neben dieser Nummer berechnungsfähig.
- Bei der Anwendung eines OP-Mikroskops ist zusätzlich die GOZ-Pos. 0110 berechnungsfähig.
- Bei einer dentinadhäsiven Verankerung der Wurzelfüllung im Kanal ist die GOZ-Pos. 2197 zusätzlich berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,6	2,9	2,4	2,1	1,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	8,3	6,7	5,6	4,8	4,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	12,7	10,2	8,5	7,3	6,3	

LANDESZAHNÄRZTEKAMMER
BADEN-WÜRTTEMBERG
LZK Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Kammer
IHR PARTNER

GOZ *INFORM* 2012

Ihr Rüstzeug für die neue GOZ

Kommentierung Gebührenverzeichnis

D Chirurgische Leistungen

D. Chirurgische Leistungen

Allgemeine Bestimmung:

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

2. Die Schaffung des operativen Zugangs ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt D und nicht gesondert berechnungsfähig.

3. Knochenersatzmaterial sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder der Geweberegeneration (z. B. Membranen) sowie zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen oder, wenn dies zum Schutz wichtiger anatomischer Strukturen (z. B. Nerven) erforderlich ist, sowie atraumatisches Nahtmaterial oder nur einmal verwendbare Explantationsfräsen, sind gesondert berechnungsfähig.

Neu:

- Definition der Maßnahmen, die zur primären Wundversorgung gehören; muco-gingivale Wundversorgung z. B. gehört nicht dazu
- Aufnahme von Satz 2 als logische Konsequenz der Betonung der Zielleistung in § 4, 2 GOZ
- Aufnahme moderner Materialien als gesondert berechnungsfähig (Knochenersatzmaterial, GTR-Material, Einmalfräsen zur Explantation) sowie des atraumatischen Nahtmaterials

3000

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3000**	Entfernung eines einwurzeligen Zahnes oder eines enossalen Implantats	70	1,0 3,94 € 2,3 **9,05 €** 3,5 13,78 €
GOZ `88	**300**	Entfernung eines einwurzeligen Zahnes oder eines enossalen Implantats	70	2,3 9,05 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**43**	Entfernung eines einwurzeligen Zahnes einschl. Wundversorgung. Als einwurzelige Zähne gelten: - bei den bleibenden Zähnen: alle Frontzähne, im Oberkiefer Zahn 5, im Unterkiefer Zahn 4, Zahn 5 - bei den Milchzähnen: alle Frontzähne		8,85 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,0	0,8	0,7	0,6	0,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	2,3	1,8	1,5	1,3	1,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	3,4	2,8	2,3	2,0	1,7	

 © LZK BW 12/2011

3010

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3010**	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes	110	1,0 6,19 € 2,3 **14,23 €** 3,5 21,65 €
GOZ `88	**301**	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes	110	2,3 14,23 €
Bema 2004 (Pkt.0,98848 €)	**44**	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes einschl. Wundversorgung. Als mehrwurzelige Zähne gelten: - bei den bleibenden Zähnen: alle Molaren, im Oberkiefer Zahn 4 - bei den Milchzähnen: alle Milchmolaren		13,27 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,5	1,2	1,0	0,9	0,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	3,6	2,8	2,4	2,0	1,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	5,4	4,3	3,6	3,1	2,7	

3020

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3020**	Entfernung eines tief frakturierten oder tief zerstörten Zahnes	270	1,0 15,19 € 2,3 **34,93 €** 3,5 53,15 €
GOZ `88	**302**	Entfernung eines tief frakturierten oder tief zerstörten Zahnes	270	2,3 34,93 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**45**	Entfernen eines tief frakturierten Zahnes einschl. Wundversorgung		35,39 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Zuschlag GOZ-Position 0500 möglich

Bewertung/Fazit:

- unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88
- bei Anwendung des Regelsatzes niedriger bewertet als im BEMA mit aktuellem Punktwert (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,8	3,0	2,5	2,2	1,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	8,7	7,0	5,8	5,0	4,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	13,3	10,6	8,9	7,6	6,6	

 © LZK BW 12/2011

3030

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3030**	Entfernung eines Zahnes oder eines enossalen Implantats durch Osteotomie	350	1,0 19,68 € 2,3 **45,27 €** 3,5 68,90 €
GOZ `88	**303**	Entfernung eines Zahnes oder eines enossalen Implantats durch Osteotomie	350	2,3 45,27 €
Bema 2004 (Pkt.0,98848 €)	**47a**	Entfernen eines Zahnes durch Osteotomie einschl. Wundversorgung		51,32 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Zuschlag GOZ-Position 0500 möglich

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88
- bei Anwendung des Regelsatzes niedriger bewertet als im BEMA mit aktuellem Punktwert (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	4,9	3,9	3,3	2,8	2,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	11,3	9,1	7,5	6,5	5,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	17,2	13,8	11,5	9,8	8,6	

3040

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3040**	Entfernung eines retinierten, impaktierten oder verlagerten Zahnes durch Osteotomie	540	1,0 30,37 € 2,3 **69,85 €** 3,5 106,30 €
GOZ `88	**304**	Entfernung eines retinierten, impaktierten oder tief verlagerten Zahnes durch Osteotomie	540	2,3 69,85 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**48**	Entfernen eines verlagerten und/oder retinierten Zahnes, Zahnkeimes oder impaktierten Wurzelrestes durch Osteotomie einschl. Wundversorgung		69,01 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Streichen des Wortes „tief“ vor „verlagert“ zur Abgrenzung von der neuen GOZ-Position 3045

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Zuschlag GOZ-Position 0510 möglich

Bewertung/Fazit:

- Faktisch unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	7,6	6,1	5,1	4,3	3,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	17,5	14,0	11,6	10,0	8,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	26,6	21,3	17,7	15,2	13,3	

 © LZK BW 12/2011

3045

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3045**	Entfernen eines extrem verlagerten und/oder extrem retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen	767	1,0 43,14 € 2,3 **99,22 €** 3,5 150,98 €
GOZ `88	**Ä2650**	Entfernen eines extrem verlagerten oder retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen	740	2,3 99,20 €
	Ä443	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 500 bis 799 Punkten bewertet sind	750	1,0 43,72 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**GKV Ä2650**	Entfernung eines extrem verlagerten oder retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen		73,44 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Bedingung: extreme Verlagerung oder Retention, umfangreiche Osteotomie, gefährdete Strukturen in der Nachbarschaft (z.B. Nerven, Kieferhöhle, Bichat-Propf u.v.m.)

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Übernahme der GOÄ-Position 2650 in die GOZ
- Zuschlag GOZ-Position 0510 möglich

Bewertung/Fazit:

- Gleiche Honorarhöhe wie GOÄ-Pos. 2650

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	10,8	8,6	7,2	6,2	5,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	24,8	19,8	16,5	14,2	12,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	37,7	30,2	25,2	21,6	18,9	

3050

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3050**	Stillung einer übermäßigen Blutung im Mund- und/oder Kieferbereich, als selbständige Leistung	110	1,0 6,19 € 2,3 **14,23 €** 3,5 21,65 €
GOZ `88	**305**	Stillung einer übermäßigen Blutung im Mund- und/oder Kieferbereich, als selbstständige Leistung	110	2,3 14,23 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**36**	Stillung einer übermäßigen Blutung		13,27 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,5	1,2	1,0	0,9	0,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	3,6	2,8	2,4	2,0	1,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	5,4	4,3	3,6	3,1	2,7	

3060

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3060**	Stillung einer Blutung durch Abbinden oder Umstechen des Gefäßes oder durch Knochenbolzung	140	1,0 7,87 € 2,3 **18,11 €** 3,5 27,56 €
GOZ `88	**306**	Stillung einer übermäßigen Blutung durch Abbinden oder Umstechen eines Gefäßes oder durch Knochenbolzung	140	2,3 18,10 €
	Ä2660	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich durch Freilegung und Abbinden oder Umstechung des Gefäßes oder durch Knochenbolzung, als selbständige Leistung	400	2,3 53,61 €
	Ä442	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 250 bis 499 Punkten bewertet sind	400	1,0 23,31 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**37**	Stillung einer übermäßigen Blutung durch Abbinden oder Umstechen eines Gefäßes oder durch Knochenbolzung		25,66 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben GOZ-Pos. 3060 (Blutstillung) und 3310 (Chirurgische Wundrevision) ist GOZ-Pos. 3300 (Nachbehandlung) nicht berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88
- bei Anwendung des Regelsatzes niedriger bewertet als im BEMA mit aktuellem Punktwert(s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,0	1,6	1,3	1,1	1,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	4,5	3,6	3,0	2,6	2,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	6,9	5,5	4,6	3,9	3,4	

3070

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3070**	Exzision von Schleimhaut oder Granulationsgewebe, als selbständige Leistung	45	1,0 2,53 € 2,3 **5,82 €** 3,5 8,86 €
GOZ `88	**307**	Exzision von Schleimhaut oder Granulationsgewebe, als selbständige Leistung	45	2,3 5,82 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**49**	Exzision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe für das Gebiet eines Zahnes		8,85 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- als selbständige Leistung berechenbar (jedoch nicht als einzige oder alleinige Leistung)

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88
- bei Anwendung des Regelsatzes niedriger bewertet als im BEMA mit aktuellem Punktwert (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,6	0,5	0,4	0,4	0,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	1,5	1,2	1,0	0,8	0,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	2,2	1,8	1,5	1,3	1,1	

 © LZK BW 12/2011

3080

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3080**	Exzision einer Schleimhautwucherung größeren Umfangs (z. B. lappiges Fibrom, Epulis)	150	1,0 8,44 € 2,3 **19,40 €** 3,5 29,53 €
GOZ `88	**308**	Exzision einer Schleimhautwucherung größeren Umfangs (z. B. lappiges Fibrom, Epulis)	150	2,3 19,40 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**50**	Exzision von Schleimhautwucherungen (z. B. lappiges Fibrom, Epulis)		32,74 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88
- bei Anwendung des Regelsatzes deutlich niedriger bewertet als im BEMA mit aktuellem Punktwert (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,1	1,7	1,4	1,2	1,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	4,9	3,9	3,2	2,8	2,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	7,4	5,9	4,9	4,2	3,7	

3090

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3090**	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle	370	1,0 20,81 € 2,3 **47,86 €** 3,5 72,83 €
GOZ `88	**309**	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle	370	2,3 47,86 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**51a**	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle durch Zahnfleischplastik als selbständige Leistung oder in Verbindung mit einer Extraktion		70,78 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Zuschlag GOZ-Position 0500 möglich

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88
- bei Anwendung des Regelsatzes deutlich niedriger bewertet als im BEMA mit aktuellem Punktwert (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	5,2	4,2	3,5	3,0	2,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	12,0	9,6	8,0	6,8	6,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	18,2	14,6	12,1	10,4	9,1	

3100

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3100**	Plastische Deckung im Rahmen einer Wundversorgung einschließlich einer Periostschlitzung, je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnittführung) Die Leistung nach der Nummer 3100 ist für dasselbe Operationsgebiet nicht neben der Leistung nach der Nummer 3090 berechnungsfähig.	270	1,0 15,19 € 2,3 **34,93 €** 3,5 53,15 €
GOZ `88	**Ä 2381**	Einfache Hautlappenplastik	370	2,3 21,57 €
	Ä 2382	Schwierige Hautlappenplastik	739	2,3 43,07 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

3100

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Plastische Deckung = weichgewebliche chirurgische Technik, die nach dem eigentlichen Eingriff dem spannungsfreien Wundverschluss ("Deckung") dient, z.B. in Form eines Mucoperiostlappens oder eines reinen Schleimhautlappens.

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- GOZ-Pos. 3100 ist für dasselbe Operationsgebiet nicht neben GOZ-Pos. 3090 (Plastischer Verschluss einer Kieferhöhle) berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Zuschlag GOZ-Position 0500 möglich

Bewertung/Fazit:

- bei Anwendung des Regelsatzes deutlich niedriger bewertet als früher nach GOÄ

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,8	3,0	2,5	2,2	1,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	8,7	7,0	5,8	5,0	4,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	13,3	10,6	8,9	7,6	6,6	

3110

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3110**	Resektion einer Wurzelspitze an einem Frontzahn	460	1,0 25,87 € 2,3 **59,50 €** 3,5 90,55 €
GOZ `88	**311**	Resektion einer Wurzelspitze an einem Frontzahn	460	2,3 59,50 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**54**	Wurzelspitzenresektion a) an einem Frontzahn		63,71 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- je Frontzahn
- Zuschlag GOZ-Position 0500 möglich

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88
- bei Anwendung des Regelsatzes niedriger bewertet als im BEMA mit aktuellem Punktwert (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	6,5	5,2	4,3	3,7	3,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	14,9	11,9	9,9	8,5	7,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	22,6	18,1	15,1	12,9	11,3	

3120

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3120**	Resektion einer Wurzelspitze an einem Seitenzahn Die Kosten für konfektionierte apikale Stiftsysteme sind gesondert berechnungsfähig.	580	1,0 32,62 € 2,3 **75,03 €** 3,5 114,17 €
GOZ `88	**312**	Resektion einer Wurzelspitze an einem Seitenzahn	580	2,3 75,02 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**54**	Wurzelspitzenresektion b) an einem Seitenzahn, einschl. der ersten resezierten Wurzelspitze		84,94 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- je Wurzelspitze
- Zuschlag GOZ-Position 0510 möglich

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88
- bei Anwendung des Regelsatzes niedriger bewertet als im BEMA mit aktuellem Punktwert (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	8,2	6,5	5,4	4,7	4,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	18,8	15,0	12,5	10,7	9,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	28,5	22,8	19,0	16,3	14,3	

3130

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3130**	Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes	280	1,3 15,75 € 2,3 **36,22 €** 3,5 55,11 €
GOZ `88	**313**	Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes	280	2,3 36,22 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**47b**	Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes		63,71 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Zuschlag GOZ-Position 0500 möglich

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88
- bei Anwendung des Regelsatzes extrem niedriger bewertet als im BEMA mit aktuellem Punktwert (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,9	3,1	2,6	2,2	2,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	9,1	7,2	6,0	5,2	4,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	13,8	11,0	9,2	7,9	6,9	

 © LZK BW 12/2011

3140

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3140**	Reimplantation eines Zahnes einschließlich einfacher Fixation	550	1,0 30,93 € 2,3 **71,15 €** 3,5 108,27 €
GOZ `88	**314**	Reimplantation eines Zahnes einschließlich einfacher Fixation	550	2,3 71,15 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**55**	Reimplantation eines Zahnes, ggf. einschl. einfacher Fixation an den benachbarten Zähnen		63,71 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Zuschlag GOZ-Position 0510 möglich

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 1988

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	7,7	6,2	5,2	4,4	3,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	17,8	14,2	11,9	10,2	8,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	27,1	21,7	18,0	15,5	13,5	

3160

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3160**	Transplantation eines Zahnes einschließlich operativer Schaffung des Knochenbettes	650	1,0 36,56 € 2,3 **84,08 €** 3,5 127,95 €
GOZ `88	**316**	Transplantation eines Zahnes einschließlich operativer Schaffung des Knochenbettes	650	2,3 84,08 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Zuschlag GOZ-Position 0510 möglich

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	9,1	7,3	6,1	5,2	4,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	21,0	16,8	14,0	12,0	10,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	32,0	25,6	21,3	18,3	16,0	

3190

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3190**	Operation einer Zyste durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	270	1,0 15,19 € 2,3 **34,93 €** 3,5 53,15 €
GOZ `88	**319**	Operation einer Zyste durch orale Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	270	2,3 34,93 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**56**	Operation einer Zyste c) durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion		42,47 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Auskratzen von Granulationsgewebe oder kleinen Zysten in Verbindung mit Extraktionen, Osteotomien oder Wurzelspitzenresektionen kann nicht nach GOZ-Pos. 3190 (Zystektomie in Verbindung mit Ost oder WSR) 3200 (Zystektomie als selbst. Leistung) oder 3310 (Chirurgische Wundrevision) berechnet werden.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Zuschlag GOZ-Position 0500 möglich

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88
- bei Anwendung des Regelsatzes niedriger bewertet als im BEMA mit aktuellem Punktwert (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,8	3,0	2,5	2,2	1,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	8,7	7,0	5,8	5,0	4,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	13,3	10,6	8,9	7,6	6,6	

3200

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3200**	Operation einer Zyste durch Zystektomie, als selbständige Leistung Das Auskratzen von Granulationsgewebe oder kleinen Zysten in Verbindung mit Extraktionen, Osteotomien oder Wurzelspitzenresektionen kann nicht nach den Nummern 3190 bis 3200 sowie 3310 berechnet werden.	500	1,0 28,12 € 2,3 **64,68 €** 3,5 98,42 €
GOZ `88	**320**	Operation einer Zyste durch Zystektomie, als selbständige Leistung	500	2,3 64,67 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**56**	Operation einer Zyste a) durch Zystektomie		106,18 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Auskratzen von Granulationsgewebe oder kleinen Zysten in Verbindung mit Extraktionen, Osteotomien oder Wurzelspitzenresektionen kann nicht nach GOZ-Pos. 3190 (Zystektomie in Verbindung mit Ost oder WSR) 3200 (Zystektomie als selbst. Leistung) oder 3310 (Chirurgische Wundrevision) berechnet werden.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Zuschlag GOZ-Position 0510 möglich

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88
- bei Anwendung des Regelsatzes extrem niedriger bewertet als im BEMA mit aktuellem Punktwert (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	7,0	5,6	4,7	4,0	3,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	16,2	12,9	10,8	9,2	8,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	24,6	19,7	16,4	14,1	12,3	

 © LZK BW 12/2011

3210

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3210**	Beseitigung störender Schleimhautbänder, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	140	1,0 7,87 € 2,3 **18,11 €** 3,5 27,56 €
GOZ `88	**321**	Beseitigung störender Schleimhautbänder, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	140	2,3 18,10 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**57**	Beseitigen störender Schleimhautbänder, Muskelansätze oder eines Schlotterkammes im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte, je Sitzung		42,47 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88
- bei Anwendung des Regelsatzes extrem niedriger bewertet als im BEMA mit aktuellem Punktwert (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,0	1,6	1,3	1,1	1,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	4,5	3,6	3,0	2,6	2,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	6,9	5,5	4,6	3,9	3,4	

3230

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3230**	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers, als selbständige Leistung, je Kiefer	440	1,0 24,75 € 2,3 **56,92 €** 3,5 86,61 €
GOZ `88	**323**	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers als selbstständige Leistung, je Kiefer	440	2,3 56,92 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**58**	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte, als selbständige Leistung, je Sitzung		42,47 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je Kiefer

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Zuschlag GOZ-Position 0500 möglich

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	6,2	4,9	4,1	3,5	3,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	14,2	11,4	9,5	8,1	7,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	21,7	17,3	14,4	12,4	10,8	

3240

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3240**	Vestibulumplastik oder Mundbodenplastik kleineren Umfangs auch Gingivaextensionsplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, für einen Bereich bis zu zwei nebeneinander liegenden Zähnen, ggf. auch am zahnlosen Kieferabschnitt	550	1,0 30,93 € 2,3 **71,15 €** 3,5 108,27 €
GOZ `88	**324**	Vestibulumplastik oder Mundbodenplastik kleineren Umfangs, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	550	2,3 71,14 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**59**	Mundboden- oder Vestibulumplastik im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte		106,18 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Neuaufnahme der Gingivaextensionsplastik (ehemals in GOZ-Position 413 enthalten) = Verbreiterung der fixierten Gingiva

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich für einen Bereich bis zu zwei nebeneinander liegenden Zähnen oder vergleichbaren Bereich am zahnlosen Kieferabschnitt
- auch für Gingivaextensionsplastik berechenbar
- Definition der „kleineren Umfangs“ = bis zu zwei Zähnen oder ein entsprechendes zahnloses Gebiet
- Wenn Gebiet größer sind die GOÄ-Positionen 2675, 2676, 2677 berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Zuschlag GOZ-Position 0510 möglich

Bewertung/Fazit:

- Begrüßenswerte genaue Definition des „kleineren Umfangs“
- bei Anwendung des Regelsatzes deutlich niedriger bewertet als im BEMA mit aktuellem Punktwert (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	7,7	6,2	5,2	4,4	3,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	17,8	14,2	11,9	10,2	8,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	27,1	21,7	18,0	15,5	13,5	

3250

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3250**	Tuberplastik, einseitig	270	1,0 15,19 € 2,3 **34,93 €** 3,5 53,15 €
GOZ `88	**325**	Tuberplastik, einseitig	270	2,3 34,93 €
	Ä2675	Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuberplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	850	2,3 113,94 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**60**	Tuberplastik, einseitig		70,78 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Zuschlag GOZ-Position 0500 möglich

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88
- bei Anwendung des Regelsatzes extrem niedriger bewertet als im BEMA mit aktuellem Punktwert (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,8	3,0	2,5	2,2	1,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	8,7	7,0	5,8	5,0	4,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	13,3	10,6	8,9	7,6	6,6	

3260

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3260**	Freilegen eines retinierten oder verlagerten Zahnes zur orthopädischen Einstellung	550	1,0 30,93 € 2,3 **71,15 €** 3,5 108,27 €
GOZ `88	**326**	Freilegung eines retinierten oder verlagerten Zahnes zur orthopädischen Einstellung	550	2,3 71,15 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**63**	Freilegung eines retinierten und/oder verlagerten Zahnes zur kieferorthopädischen Einstellung		70,78 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Zuschlag GOZ-Position 0510 möglich

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	7,7	6,2	5,2	4,4	3,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	17,8	14,2	11,9	10,2	8,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	27,1	21,7	18,0	15,5	13,5	

3270

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3270**	Germektomie	590	1,0 33,18 € 2,3 **76,32 €** 3,5 116,14 €
GOZ `88	**327**	Germektomie	590	2,3 76,32 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**48**	Entfernen eines verlagerten und/oder retinierten Zahnes, Zahnkeimes oder impaktierten Wurzelrestes durch Osteotomie einschl. Wundversorgung		69,01 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Zuschlag GOZ-Position 0510 möglich

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	8,3	6,6	5,5	4,7	4,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	19,1	15,3	12,7	10,9	9,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	29,0	23,2	19,4	16,6	14,5	

3280

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3280**	Lösen, Verlegen und Fixieren des Lippenbändchens und Durchtrennen des Septums bei echtem Diastema	270	1,0 15,19 € 2,3 **34,93 €** 3,5 53,15 €
GOZ `88	**328**	Lösen, Verlegen und Fixieren des Lippenbändchens und Durchtrennen des Septums bei echtem Diastema	270	2,3 34,93 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**61**	Korrektur des Lippenbändchens bei echtem Diastema mediale		63,71 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Zuschlag GOZ-Position 0500 möglich

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88
- bei Anwendung des Regelsatzes extrem niedriger bewertet als im BEMA mit aktuellem Punktwert (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,8	3,0	2,5	2,2	1,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	8,7	7,0	5,8	5,0	4,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	13,3	10,6	8,9	7,6	6,6	

3290

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3290**	Kontrolle nach chirurgischem Eingriff, als selbständige Leistung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	55	1,0 3,09 € 2,3 **7,11 €** 3,5 10,83 €
GOZ `88	**329**	Kontrolle nach chirurgischem Eingriff, als selbständige Leistung	55	2,3 7,11 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**Ä1**	Beratung eines Kranken		7,96 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- als selbständige Leistung je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich (bedeutet nicht als einzige Leistung) berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- neu aufgenommene Begrenzung der Berechnung (nur noch einmal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich)

Bewertung/Fazit:

- neu aufgenommene fachlich ungerechtfertigte Leistungseinschränkung

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,8	0,6	0,5	0,4	0,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	1,8	1,4	1,2	1,0	0,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	2,7	2,2	1,8	1,5	1,4	

3300

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3300**	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff (z. B. Tamponieren), als selbständige Leistung, je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnittführung) Die Leistung nach Nummer 3300 ist höchstens zweimal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 3300 sind die Leistungen nach den Nummern 3060 oder 3310 nicht berechnungsfähig.	65	1,0 3,66 € 2,3 **8,41 €** 3,5 12,80 €
GOZ `88	**330**	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff (z.B. Tamponieren) als selbständige Leistung	65	2,3 8,41 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**38**	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung, je Sitzung		8,85€

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- höchstens zweimal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich
- GOZ-Pos. 3300 (Nachbehandlung) ist neben GOZ-Pos. 3060 (Blutstillung) und 3310 (Chirurgische Wundrevision) nicht berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Definition des OP-Gebietes = Raum eines zusammenhängenden Schnittführung

Bewertung/Fazit:

- neu aufgenommene fachlich ungerechtfertigte Leistungseinschränkung
- bei Anwendung des Regelsatzes niedriger bewertet als im BEMA mit aktuellem Punktwert

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,9	0,7	0,6	0,5	0,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	2,1	1,7	1,4	1,2	1,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	3,2	2,6	2,1	1,8	1,6	

3310

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**3310**	Chirurgische Wundrevision (z. B. Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht), je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnittführung) Die Leistung nach Nummer 3310 ist höchstens zweimal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechnungsfähig. Neben der Leistung nach der Nummer 3310 sind die Leistungen nach den Nummern 3060 oder 3300 nicht berechnungsfähig.	100	1,0 5,62 € 2,3 **12,94 €** 3,5 19,68 €
GOZ `88	**331**	Chirurgische Wundrevision (z. B. Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht), als selbständige Leistung	100	2,3 12,93 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**46**	Chirurgische Wundrevision (z. B. Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht), als selbstständige Leistung in einer besonderen Sitzung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich		18,58 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Auskratzen von Granulationsgewebe oder kleinen Zysten in Verbindung mit Extraktionen, Osteotomien oder Wurzelspitzenresektionen kann nicht nach GOZ-Pos. 3190 (Zystektomie in Verbindung mit Ost oder WSR) 3200 (Zystektomie als selbst. Leistung) oder 3310 (Chirurgische Wundrevision) berechnet werden.
- Neben GOZ-Pos. 3060 (Blutstillung) und 3310 (Chirurgische Wundrevision) ist GOZ-Pos. 3300 (Nachbehandlung) nicht berechnungsfähig.
- höchstens zweimal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Definition des OP-Gebietes = Raum eines zusammenhängenden Schnittführung
- Selbständige Leistung entfällt im Vergleich zur GOZ 88

Bewertung/Fazit:

- neu aufgenommene fachlich ungerechtfertigte Leistungseinschränkung
- bei Anwendung des Regelsatzes deutlich niedriger bewertet als im BEMA mit aktuellem Punktwert (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,4	1,1	0,9	0,8	0,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	3,2	2,6	2,2	1,8	1,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	4,9	3,9	3,3	2,8	2,5	

 © LZK BW 12/2011

LANDESZAHNÄRZTEKAMMER
BADEN-WÜRTTEMBERG
LZK Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Kammer
IHR PARTNER

GOZ *INFORM* 2012

Ihr Rüstzeug für die neue GOZ

Kommentierung Gebührenverzeichnis

E Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums

E. Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums

Allgemeine Bestimmungen:

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

2. Knochenersatzmaterialien sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder der Geweberegeneration (z. B. Membranen) sowie zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen oder, wenn dies zum Schutz wichtiger anatomischer Strukturen (z. B. Nerven) erforderlich ist, sowie atraumatisches Nahtmaterial und Materialien zur Fixierung von Membranen sind gesondert berechnungsfähig.

Neu:

- Definition der Maßnahmen, die zur primären Wundversorgung gehören; Klarstellung, dass alle Wundverschlüsse mit Lappenbildung nicht Leistungsinhalt der parodontologischen Positionen sind.
- Aufnahme moderner Materialien als gesondert berechnungsfähig (Knochenersatzmaterial, GTR-Material) sowie des atraumatischen Nahtmaterials

4000

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**4000**	Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus Die Leistung nach Nummer 4000 ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig.	160	1,0 9,00 € 2,3 **20,70 €** 3,5 31,50 €
GOZ `88	**400**	Erstellen eines Parodontalstatus nach vorgeschriebenem Formblatt	160	2,3 20,70 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**4**	Befundaufnahme und Erstellen eines Heil- und Kostenplanes bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums		34,51 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Faktisch unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88
- bei Anwendung des Regelsatzes deutlich niedriger bewertet als im BEMA mit aktuellem Punktwert (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,2	1,8	1,5	1,3	1,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	5,2	4,1	3,4	3,0	2,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	7,9	6,3	5,2	4,5	3,9	

 © LZK BW 12/2011

4005

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**4005**	Erhebung mindestens eines Gingivalindex und/oder eines Parodontalindex (z. B. des Parodontalen Screening Index PSI) Die Leistung nach Nummer 4005 ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig	80	1,0 4,50 € 2,3 **10,35 €** 3,5 15,75 €
GOZ `88	**§ 6 (2)**	Neue Leistung		
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**04**	Erhebung des PSI-Code		8,85 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Erhebung eines (oder mehrerer) Vorsorgeindexes hinsichtlich Parodontalerkrankungen (z.B. PSI)

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- neu in die GOZ aufgenommene, aus dem BEMA entlehnte Leistung
- nicht nur für den PSI, sondern auch für andere Indizes berechnungsfähig

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,1	0,9	0,7	0,6	0,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	2,6	2,1	1,7	1,5	1,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	3,9	3,1	2,6	2,2	2,0	

4020

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**4020**	Lokalbehandlung von Mundschleimhauterkrankungen gegebenenfalls einschließlich Taschenspülung, je Sitzung	45	1,0 2,53 € 2,3 **5,82 €** 3,5 8,86 €
GOZ `88	**402**	Lokalbehandlung von Mundschleimhauterkrankungen, je Sitzung	45	2,3 5,82 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**105**	Lokale medikamentöse Behandlung von Schleimhauterkrankungen, Aufbringung von auf der Schleimhaut haftenden Medikamenten und/oder lokale medikamentöse Behandlung von Prothesendruckstellen, je Sitzung		7,08 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- ggf. einschließlich Taschenspülung

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- gesonderte Aufnahme der „Taschenspülung“ in die Leistungslegende

Bewertung/Fazit:

- Faktisch unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88
- bei Anwendung des Regelsatzes niedriger bewertet als im BEMA mit aktuellem Punktwert (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,6	0,5	0,4	0,4	0,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	1,5	1,2	1,0	0,8	0,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	2,2	1,8	1,5	1,3	1,1	

 © LZK BW 12/2011

4025

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**4025**	Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation, je Zahn Die verwendeten antibakteriellen Materialien sind gesondert berechnungsfähig.	15	1,0 0,84 € 2,3 **1,94 €** 3,5 2,95 €
GOZ `88	**415** **§ 6 (2)**	Nachbehandlung nach parodontalchirurgischen Maßnahmen, je Zahn Local delivery systems	6,4	2,3 0,82 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**111**	Nachbehandlung im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien, je Sitzung		8,85 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je Zahn
- verwendete antibakterielle Materialien sind gesondert berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- neu aufgenommene Leistung
- Keine Festlegung auf Art oder Wirkstoffe bei der Behandlung

Bewertung/Fazit:

- für aufwändige Behandlungsansätze (z.B. Periochip®) ohne Anwendung des § 2 GOZ keine betriebswirtschaftlich zumutbare Basis gegeben

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	0,5	0,4	0,3	0,3	0,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	0,7	0,6	0,5	0,4	0,4	

4030

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**4030**	Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenränder und Fremdreizen am Parodontium, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	35	1,0 1,97 € 2,3 **4,53** € 3,5 6,89 €
GOZ `88	**403**	Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	35	2,3 4,53 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**106**	Beseitigen scharfer Zahnkanten oder störender Prothesenränder oder Ähnliches, je Sitzung		8,85 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88
- bei Anwendung des Regelsatzes niedriger bewertet als im BEMA mit aktuellem Punktwert (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,5	0,4	0,3	0,3	0,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	1,1	0,9	0,8	0,6	0,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	1,7	1,4	1,1	1,0	0,9	

 © LZK BW 12/2011

4040

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**4040**	Beseitigung grober Vorkontakte der Okklusion und Artikulation durch Einschleifen des natürlichen Gebisses oder bereits vorhandenen Zahnersatzes, je Sitzung	45	1,0 2,53 € 2,3 **5,82 €** 3,5 8,86 €
GOZ `88	**404**	Beseitigung grober Vorkontakte der Okklusion und Artikulation durch Einschleifen des natürlichen Gebisses oder bereits vorhandenen Zahnersatzes, je Sitzung	45	2,3 5,82 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**108**	Einschleifen des natürlichen Gebisses oder des bereits vorhandenen Zahnersatzes zum Kauebenenausgleich und zur Entlastung, je Sitzung		5,31 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je Sitzung

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,6	0,5	0,4	0,4	0,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	1,5	1,2	1,0	0,8	0,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	2,2	1,8	1,5	1,3	1,1	

4050

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**4050**	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, auch Brückenglied	10,0	1,0 0,56 € 2,3 **1,29 €** 3,5 1,97 €
GOZ `88	**405**	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren, je Zahn	10,9	2,3 1,40 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**107**	Entfernen harter Zahnbeläge, je Sitzung		14,16 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je einwurzeligen Zahn oder Implantat oder Brückenglied
- innerhalb von 30 Tagen für denselben Zahn nur einmal berechnungsfähig
- neben GOZ-Pos. 4050 (Entfernung Zahnbeläge einwurzeliger Zahn) und 4055 (Entfernung Zahnbeläge mehrwurzeliger Zahn) ist GOZ-Pos. 4060 (Kontrolle nach Entfernung) nicht berechnungsfähig
- nicht neben GOZ-Pos. 1040

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Trennung in einwurzelige und mehrwurzelige Zähne (GOZ-Position 4055)
- Implantate und Brückenglieder sind den einwurzeligen Zähnen gleichgesetzt

Bewertung/Fazit:

- bei Behandlung von weniger als 11 Zähnen ist die BEMA-Leistung im Verhältnis zum Regelsatz höher honoriert
- Neutrale Umrechnung für vollbezahntes Gebiss bedeutet Abwertung für alle Lückengebisse, da fast immer prozentual mehr mehrwurzelige als einwurzelige Zähne fehlen.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	0,5	0,4	0,3	0,3	0,2	

4055

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**4055**	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem mehrwurzeligen Zahn Die Leistungen nach den Nummern 4050 und 4055 sind für denselben Zahn innerhalb von 30 Tagen nur einmal berechnungsfähig	13,0	1,0 0,73 € 2,3 **1,68 €** 3,5 2,56 €
GOZ `88	**405**	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren, je Zahn	10,9	2,3 1,40 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**107**	Entfernen harter Zahnbeläge, je Sitzung		14,16 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je mehrwurzeligen Zahn
- innerhalb von 30 Tagen für denselben Zahn nur einmal berechnungsfähig
- neben GOZ-Pos. 4050 (Entfernung Zahnbeläge einwurzeliger Zahn) und 4055 (Entfernung Zahnbeläge mehrwurzeliger Zahn) ist GOZ-Pos. 4060 (Kontrolle nach Entfernung) nicht berechnungsfähig
- nicht neben GOZ-Position 1040 (PZR)

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Trennung in einwurzelige (GOZ-Position 4050) und mehrwurzelige Zähne
- Implantate und Brückenglieder sind den einwurzeligen Zähnen gleichgesetzt

Bewertung/Fazit:

- Neutrale Umrechnung für vollbezahntes Gebiss bedeutet Abwertung für alle Lückengebisse, da fast immer prozentual mehr mehrwurzelige als einwurzelige Zähne fehlen.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	0,6	0,5	0,4	0,4	0,3	

4060

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**4060**	Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge oder professioneller Zahnreinigung nach Nummer 1040 mit Nachreinigung einschließlich Polieren, je Zahn, oder Implantat, auch Brückenglied Die Leistung nach der Nummer 4060 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1040, 4050 und 4055 nicht berechnungsfähig.	7,0	1,0 0,39 € 2,3 **0,91 €** 3,5 1,38 €
GOZ `88	**406**	Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge mit Nachreinigung einschließlich Polieren, je Zahn	6,4	2,3 0,82 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- einschließlich Nachreinigung nach den GOZ-Positionen 4050, 4055, 1040 (PZR)
- je Zahn oder Implantat oder Brückenglied
- neben GOZ-Pos. 1040 (PZR), 4050 (Entfernung Beläge einwurzeliger Zahn) und 4055 (Entfernung Beläge mehrwurzeliger Zahn) nicht berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Erweiterung der Leistungslegende um Implantate und Brückenglieder

Bewertung/Fazit:

- Faktisch unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	

4070

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**4070**	Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremente und Wurzelglättung) an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, geschlossenes Vorgehen	100	1,0 5,62 € 2,3 **12,94 €** 3,5 19,68 €
GOZ `88	**407**	Subgingivale Konkremententfernung, Wurzelglättung und Gingivakürettage als parodontalchirurgische Maßnahme, je Zahn	110	2,3 14,23 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**P200**	Systematische Behandlung von Parodontopathien (supra- und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen je behandeltem einwurzeligen Zahn		12,39 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je einwurzeliger Zahn oder Implantat
- nicht neben GOZ-Position 1040 (PZR)

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Trennung in einwurzelige und mehrwurzelige Zähne (GOZ-Position 4075)
- Aufnahme der Implantate in die Leistungslegende
- Aufnahme des Fachterminus „geschlossenes Vorgehen“

Bewertung/Fazit:

- fachlich nicht nachvollziehbarer gleichzeitiger Leistungsausschluss der PZR
- Neutrale Umrechnung für vollbezahntes Gebiss bedeutet Abwertung für alle Lückengebisse, da fast immer prozentual mehr mehrwurzelige als einwurzelige Zähne fehlen.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,4	1,1	0,9	0,8	0,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	3,2	2,6	2,2	1,8	1,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	4,9	3,9	3,3	2,8	2,5	

4075

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**4075**	Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremente und Wurzelglättung) an einem mehrwurzeligen Zahn, geschlossenes Vorgehen	130	1,0 7,31 € 2,3 **16,82 €** 3,5 25,59 €
GOZ `88	**407**	Subgingivale Konkremententfernung, Wurzelglättung und Gingivakürettage als parodontalchirurgische Maßnahme, je Zahn	110	2,3 14,23 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**P201**	Systematische Behandlung von Parodontopathien (supra- und subgingivales Debridement), geschlossenes Vorgehen je behandeltem mehrwurzeligem Zahn		23,00 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je mehrwurzeliger Zahn
- nicht neben GOZ-Position 1040 (PZR)

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Trennung in einwurzelige (GOZ-Position 4070) und mehrwurzelige Zähne
- Aufnahme des Fachterminus „geschlossenes Vorgehen“

Bewertung/Fazit:

- fachlich nicht nachvollziehbarer gleichzeitiger Leistungsausschluss der PZR
- bei Anwendung des Regelsatzes deutlich niedriger bewertet als im BEMA mit aktuellem Punktwert (s. Synopse GOZ/BEMA)
- Neutrale Umrechnung für vollbezahntes Gebiss bedeutet Abwertung für alle Lückengebisse, da fast immer prozentual mehr mehrwurzelige als einwurzelige Zähne fehlen.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,8	1,5	1,2	1,0	0,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	4,2	3,4	2,8	2,4	2,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	6,4	5,1	4,3	3,7	3,2	

4080

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**4080**	Gingivektomie, Gingivoplastik, je Parodontium	45	1,0 2,53 € 2,3 **5,82 €** 3,5 8,86 €
GOZ `88	**408**	Gingivektomie, Gingivoplastik, je Parodontium	45	2,3 5,82 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	49	Excision von Mundschleimhaut oder Granulationsgewebe für das Gebiet eines Zahnes		8,85 €
	50	Excision von Schleimhautwucherungen (z.B. lappige Fibrom, Epulis)		32,74 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je Parodontium

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,6	0,5	0,4	0,4	0,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	1,5	1,2	1,0	0,8	0,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	2,2	1,8	1,5	1,3	1,1	

4090

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**4090**	Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Frontzahn, je Parodontium	180	1,0 10,12 € 2,3 **23,28 €** 3,5 35,43 €
GOZ `88	**409**	Lappenoperation, offene Kürettage, einschließlich Osteoplastik an einem Frontzahn, je Parodontium	180	2,3 23,28 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**P202**	Systematische Behandlung von Parodontopathien, (Chirurgische Therapie) offenes Vorgehen je behandeltem einwurzeligen Zahn		19,47 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- OP-Zuschlag 0500 ist einmal ansetzbar (unabhängig von der Anzahl der behandelten Zähne)
- Neben GOZ-Pos. 4090 und 4100 sind GOZ-Pos. 4050 bis 4080 (Entfernung Beläge, Kontrolle nach Entfernung, Parodontalchirurgische Therapie, Gingivektomie) nicht berechnungsfähig
- nicht neben GOZ-Position 1040 (PZR) berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- fachlich nicht nachvollziehbarer gleichzeitiger Leistungsausschluss der PZR

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,5	2,0	1,7	1,4	1,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	5,8	4,7	3,9	3,3	2,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	8,9	7,1	5,9	5,1	4,4	

 © LZK BW 12/2011

4100

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**4100**	Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Seitenzahn, je Parodontium Neben den Leistungen nach den Nummern 4090 und 4100 sind Leistungen nach den Nummern 4050 bis 4080 in der gleichen Sitzung nicht berechnungsfähig.	275	1,0 15,47 € 2,3 **35,57 €** 3,5 54,13 €
GOZ `88	**410**	Lappenoperation, offene Kürettage, einschließlich Osteoplastik an einem Seitenzahn, je Parodontium	275	2,3 35,58 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**P203**	Systematische Behandlung von Parodontopathien (Chirurgische Therapie, offenes Vorgehen je behandeltem mehrwurzeligen Zahn		30,08 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- OP-Zuschlag 0500 ist einmal ansetzbar (unabhängig von der Anzahl der behandelten Zähne)
- Neben GOZ-Pos. 4090 und 4100 sind GOZ-Pos. 4050 bis 4080 (Entfernung Beläge, Kontrolle nach Entfernung, Parodontalchirurgische Therapie, Gingivektomie) nicht berechnungsfähig
- nicht neben GOZ-Position 1040 (PZR)

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- fachlich nicht nachvollziehbarer gleichzeitiger Leistungsausschluss der PZR

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,9	3,1	2,6	2,2	1,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	8,9	7,1	5,9	5,1	4,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	13,5	10,8	9,0	7,7	6,8	

4110

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**4110**	Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Aufbaumaterial (Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial), auch Einbringen von Proteinen, zur regenerativen Behandlung parodontaler Defekte, ggf. einschließlich Materialentnahme im Aufbaugebiet, je Zahn oder Parodontium oder Implantat Die Leistung nach Nummer 4110 ist auch im Rahmen einer chirurgischen Behandlung berechnungsfähig. Die Kosten eines einmal verwendbaren Knochenkollektors oder –schabers sind gesondert berechnungsfähig.	180	1,0 10,12 € 2,3 **23,28 €** 3,5 35,43 €
GOZ `88	**411**	Auffüllen parodontaler Knochendefekte mit autologem oder alloplastischem Material, je Zahn	180	2,3 23,28 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- auch im Rahmen einer chirurgischen Behandlung berechnungsfähig
- auch Einbringen von Proteinen in Knochendefekten kann nach GOZ-Pos. 4110 berechnet werden
- einmal verwendbarer Knochenkollektor oder Knochenschaber ist gesondert berechnungsfähig
- neben GOZ-Pos. 4110 kann auch GOZ-Pos. 4138 (Verwendung einer Membran) berechnet werden
- je Zahn / Parodontium / Implantat

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- alte GOZ-Pos. 411 incl. deren Unterbewertung übernommen
- für echte GTR-Aufbaumaßnahmen ist diese Leistung ohne Anwendung des § 2 GOZ betriebswirtschaftlich sinnvoll kaum erbringbar

Bewertung/Fazit:

- Abkehr von der Einzelleistungsvergütung, indem viele selbstständige Leistungen zu einer Sammelposition aller Eventualitäten zusammengewürfelt werden.
- Fehlen adäquater Differenzierung stark variablen Aufwandes
- Bewertung ohne nachvollziehbare Basis weckt den Eindruck der Beliebigkeit

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,5	2,0	1,7	1,4	1,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	5,8	4,7	3,9	3,3	2,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	8,9	7,1	5,9	5,1	4,4	

4120

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**4120**	Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	275	1,0 15,47 € 2,3 **35,57 €** 3,5 54,13 €
GOZ `88	**412**	Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	275	2,3 35,58 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Zuschlag GOZ-Position 0500 möglich

Bewertung/Fazit:

- Faktisch unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,9	3,1	2,6	2,2	1,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	8,9	7,1	5,9	5,1	4,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	13,5	10,8	9,0	7,7	6,8	

4130

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**4130**	Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut, gegebenenfalls einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Transplantat	180	1,0 10,12 € 2,3 **23,28 €** 3,5 35,43 €
GOZ `88	**Ä2386**	Schleimhauttransplantation einschließlich operativer Unterminierung der Entnahmestelle und plastischer Deckung	688	2,3 92,23 €
	Ä443	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 500 bis 799 Punkten bewertet sind	750	1,0 43,72 €
	414	Entnahme eines freien Schleimhauttransplantats	90	2,3 11,64 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- OP-Zuschlag 0500 ist ansetzbar
- Je Transplantat berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- ersetzt die alte GOZ-Pos. 414

Bewertung/Fazit:

- „Versorgung“ der Entnahmestelle ist ein fachlich unklarer Begriff
- Maßnahmen, die über die primäre Wundversorgung auch der Entnahmestelle hinausgehen, sind gesondert berechnungsfähig.
- deutlich niedriger bewertet im Vergleich zur Berechnung nach der GOZ 88 (GOÄ-Pos. 2386)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,5	2,0	1,7	1,4	1,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	5,8	4,7	3,9	3,3	2,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	8,9	7,1	5,9	5,1	4,4	

4133

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**4133**	Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Zahnzwischenraum	880	1,0 49,49 € 2,3 **113,83 €** 3,5 173,23 €
GOZ `88	**Ä2382 analog**	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation	739	2,3 99,07 €
	Ä2386 analog	Schleimhauttransplantation einschließlich operativer Unterminierung der Entnahmestelle und plastischer Deckung	688	2,3 92,23 €
	Ä443	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 500 bis 799 Punkten bewertet sind	750	1,0 43,72 €
	414	Entnahme eines freien Schleimhauttransplantats	90	2,3 11,64 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Bindegewebstransplantat = ein Transplantat solitär auch Bindegewebe oder auch mit Schleimhaut. Vor allem Einsatz bei der Deckung freiliegender Zahnhälse (Rezessionsdeckung) oder Implantat, darüber aber z.B. auch bei der socket oder ridge-preservation.

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- OP-Zuschlag 0520 ist berechenbar
- je Zahnzwischenraum berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Problem beim Ansatz der Berechnungshäufigkeit, da je „Zahnzwischenraum“ vorgegeben

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:					
Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	12,4	9,9	8,2	7,1	6,2
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	28,5	22,8	19,0	16,3	14,2
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	43,3	34,6	28,9	24,7	21,7

4136

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**4136**	Osteoplastik auch Kronenverlängerung, Tunnelierung oder Ähnliches je Zahn oder Parodontium, auch Implantat, als selbstständige Leistung	200	1,0 11,25 € 2,3 **25,87 €** 3,5 39,37 €
GOZ `88		Nicht vorhanden		
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Leistung beinhaltet verschiedene Parodotalmaßnahmen wie z.B. parodontale Osteoplastik als resektive PAR-Chirurgie, Hygienisierungs-OPs (Tunnelierung), präprothetische klinische Kronenverlängerung

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- selbständige knöcherne parodontalchirurgische Leistung, nicht alleinige Leistung
- nicht neben GOZ-Pos. 4090, 4100 (Lappen-OP)
- auch an Implantaten
- extrem niedrige Bewertung entspricht nicht annähernd dem Aufwand, -> ggf. Abdingung nach § 2 GOZ

Bewertung/Fazit:

- schließt die Lücke einer 1988 vergessenen Leistung (klinische Kronenverlängerung)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,8	2,2	1,9	1,6	1,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	6,5	5,2	4,3	3,7	3,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	9,8	7,9	6,6	5,6	4,9	

 © LZK BW 12/2011

4138

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**4138**	Verwendung einer Membran zur Behandlung eines Knochendefektes einschließlich Fixierung, je Zahn, je Implantat	220	1,0 12,37 € 2,3 **28,46 €** 3,5 43,31 €
GOZ `88	**§6 (2)**	Neue Leistung		
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Verwendung einer Membran bei der GTR-Technik (guided tissue regenration) im Bereich der Parodontologie, Implantologie, Chirurgie

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je Zahn
- je Implantat

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- zusätzlich zur GOZ-Pos. 4110 berechnungsfähig
- Membraneinbringung häufig in der periimplantären Chirurgie nicht gesondert berechnungsfähig, da dort in Komplexleistungen mit beinhaltet
- extrem niedrige Bewertung entspricht nicht annähernd dem Aufwand, -> ggf. Abdingung nach § 2 GOZ

Bewertung/Fazit:

- Bepunktung deutlich unzureichend im Verhältnis zum gegebenen Aufwand
- deutlich niedriger bewertet im Vergleich zur bislang üblichen analogen Berechnung

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,1	2,5	2,1	1,8	1,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	7,1	5,7	4,7	4,1	3,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	10,8	8,7	7,2	6,2	5,4	

4150

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**4150**	Kontrolle/Nachbehandlung nach parodontalchirurgischen Maßnahmen, je Zahn, Implantat oder Parodontium	7,0	1,0 0,39 € 2,3 **0,91 €** 3,5 1,38 €
GOZ `88	**415**	Nachbehandlung nach parodontalchirurgischen Maßnahmen, je Zahn	6,4	2,3 0,82 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**111**	Nachbehandlung im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien, je Sitzung		8,85 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je Zahn, Implantat oder Parodontium

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Aufnahme der Kontrolle in die Leistungslegende, daher nun keine Nachbehandlung mehr zwingend
- Aufnahme von Implantaten in die Leistungslegende

Bewertung/Fazit:

- Faktisch unveränderte Leistung im Vergleich zur GOZ 88
- Bei Kontrolle/Behandlung von weniger als 10 Zähnen ist die Leistung im BEMA besser bewertet

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	

 © LZK BW 12/2011

LANDESZAHNÄRZTEKAMMER
BADEN-WÜRTTEMBERG
LZK Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Kammer
IHR PARTNER

GOZ *INFORM* 2012

Ihr Rüstzeug für die neue GOZ

Kommentierung Gebührenverzeichnis

F Prothetische Leistungen

F. Prothetische Leistungen

5000

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5000**	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Tangentialpräparation)	1.016	1,0 57,14 € 2,3 **131,43 €** 3,5 200,00 €
GOZ `88	**500**	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese, je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Tangentialpräparation)	820	2,3 106,07 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**91a**	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke, bei Verwendung von Teleskopkronen im Zusammenhang mit einer herausnehmbaren Prothese, - je Pfeilerzahn – a) Metallische Vollkrone		89,92 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Durch die Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten:

  Präparieren des Zahnes oder Implantates, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Krone, Teilkrone o. a., Nachkontrolle und Korrekturen.

- Die Leistungen nach den Nummer 5000 und 5030 umfassen auch die Verschraubung und Abdeckung mit Füllungsmaterial bei implantatgestützten Kronen.
- Zu den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 gehören Brücken- oder Prothesenanker mit Verbindungselementen jeder Ausführung.
- Zu den Kronen nach den Nummern 5000 bis 5040 gehören Kronen (Voll-, Teil- und Teleskopkronen, sowie Wurzelstiftkappen) jeder zahntechnischen Ausführung.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Für die adhäsive Befestigung ist zusätzlich die GOZ-Pos. 2197 berechnungsfähig.

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: unverändert
- Bewertung: im Vergleich zu 1988 um ~ 23% angehoben
- Bei Implantatkronen ist die Verschraubung und Abdeckung mit Füllungsmaterial jetzt beinhaltet

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	14,3	11,4	9,5	8,2	7,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	32,9	26,3	21,9	18,8	16,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	50,0	40,0	33,3	28,6	25,0	

5010

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5010**	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Hohlkehl- und Stufenpräparation) oder Einlagefüllung	1.483	1,0 83,41 € 2,3 **191,84 €** 3,5 291,92 €
GOZ `88	**501**	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese, je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Hohlkehl- und Stufenpräparation) oder Einlagefüllung	1.100	2,3 142,30 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**91b**	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke, bei Verwendung von Teleskopkronen im Zusammenhang mit einer herausnehmbaren Prothese, - je Pfeilerzahn – b) Vestibulär verblendete Verblendkrone		97,54 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Durch die Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten:

  Präparieren des Zahnes oder Implantates, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Krone, Teilkrone o. a., Nachkontrolle und Korrekturen.

- Zu den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 gehören Brücken- oder Prothesenanker mit Verbindungselementen jeder Ausführung.
- Die Leistungen nach den Nummern 5010 und 5020 sind im Zusammenhang mit Implantaten nicht berechnungsfähig.
- Zu den Kronen nach den Nummern 5000 bis 5040 gehören Kronen (Voll-, Teil- und Teleskopkronen, sowie Wurzelstiftkappen) jeder zahntechnischen Ausführung.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Für die adhäsive Befestigung ist zusätzlich die GOZ-Pos. 2197 berechnungsfähig.

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: unverändert
- Bewertung: im Vergleich zu 1988 um ~ 35% angehoben

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	20,9	16,7	13,9	11,9	10,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	48,0	38,4	32,0	27,4	24,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	73,0	58,4	48,7	41,7	36,5	

5020

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5020**	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teilkrone mit Retentionsrillen oder -kasten oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der Kaufläche	1.997	1,0 112,32 € 2,3 **258,33 €** 3,5 393,10 €
GOZ `88	**502**	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese, je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teilkrone mit Retentionsrillen oder -kasten oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der Kaufläche	1.300	2,3 168,15 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**91c**	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke, bei Verwendung von Teleskopkronen im Zusammenhang mit einer herausnehmbaren Prothese, - je Pfeilerzahn – c) Metallische Teilkrone		103,63 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Durch die Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten:

  Präparieren des Zahnes oder Implantates, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Krone, Teilkrone o. a., Nachkontrolle und Korrekturen.

- Zu den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 gehören Brücken- oder Prothesenanker mit Verbindungselementen jeder Ausführung.
- Die Leistungen nach den Nummern 5010 und 5020 sind im Zusammenhang mit Implantaten nicht berechnungsfähig.
- Zu den Kronen nach den Nummern 5000 bis 5040 gehören Kronen (Voll-, Teil- und Teleskopkronen, sowie Wurzelstiftkappen) jeder zahntechnischen Ausführung.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Für die adhäsive Befestigung ist zusätzlich die GOZ-Pos. 2197 berechnungsfähig.

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: im Vergleich zu 1988 unverändert.
- Bewertung: im Vergleich zu 1988 um ~53% angehoben; damit gerade eben Ausgleich für die Forderung, 2,3 statt bislang 3,5 abzurechnen.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	28,1	22,5	18,7	16,0	14,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	64,6	51,7	43,1	36,9	32,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	98,3	78,6	65,5	56,2	49,1	

 © LZK BW 12/2011

5030

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5030**	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Wurzelkappe mit Stift, gegebenenfalls zur Aufnahme einer Verbindungsvorrichtung oder anderer Verbindungselemente	1.483	1,0 83,41 € 2,3 **191,84 €** 3,5 291,92 €
GOZ `88	**503**	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Wurzelkappe mit Stift, gegebenenfalls zur Aufnahme einer Verbindungsvorrichtung	1.100	2,3 142,29 €
Bema 2004 (Pkt.0,7260 €)	**90**	Versorgung eines Zahnes durch eine Wurzelstiftkappe mit Verankerung im Wurzelkanal mit Kugelknopfanker		117,35 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Durch die Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten:

  Präparieren des Zahnes oder Implantates, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Krone, Teilkrone o. a., Nachkontrolle und Korrekturen.

- Die Leistungen nach den Nummer 5000 und 5030 umfassen auch die Verschraubung und Abdeckung mit Füllungsmaterial.
- Zu den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 gehören Brücken- oder Prothesenanker mit Verbindungselementen jeder Ausführung.
- Zu den Kronen nach den Nummern 5000 bis 5040 gehören Kronen (Voll-, Teil- und Teleskopkronen, sowie Wurzelstiftkappen) jeder zahntechnischen Ausführung.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Für die adhäsive Befestigung ist zusätzlich die GOZ-Pos. 2197 berechnungsfähig.

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: im Vergleich zu 1988 um Implantat und andere Verbindungselemente erweitert
- Bewertung: im Vergleich zu 1988 um ~ 35% angehoben; damit kein Ausgleich für Faktor 2,3-Forderung
- Bei Implantatkronen ist die Verschraubung und Abdeckung mit Füllungsmaterial jetzt beinhaltet

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	20,9	16,7	13,9	11,9	10,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	48,0	38,4	32,0	27,4	24,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	73,0	58,4	48,7	41,7	36,5	

5040

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5040**	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teleskopkrone, auch Konuskrone Die Leistung nach Nummer 5040 ist neben der Leistung nach Nummer 5080 nicht berechnungsfähig. Durch die Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantates, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Krone, der Einlagefüllung, der Teilkrone o. a., Nachkontrolle und Korrekturen. Die Leistungen nach den Nummer 5000 und 5030 umfassen auch die Verschraubung und Abdeckung mit Füllungsmaterial. Zu den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 gehören Brücken- oder Prothesenanker mit Verbindungselementen jeder Ausführung. Die Leistungen nach den Nummern 5010 und 5020 sind im Zusammenhang mit Implantaten nicht berechnungsfähig. Zu den Kronen nach den Nummern 5000 bis 5040 gehören Kronen (Voll-, Teil- und Teleskopkronen, sowie Wurzelstiftkappen) jeder zahntechnischen Ausführung.	2.605	1,0 146,51 € 2,3 **336,97 €** 3,5 512,79 €
GOZ `88	**504**	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese, je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teleskopkrone, auch Konuskrone	1.400	2,3 181,10 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**91d**	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke, bei Verwendung von Teleskopkronen im Zusammenhang mit einer herausnehmbaren Prothese, - je Pfeilerzahn – d) Teleskop-/Konuskrone		144,78 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Durch die Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten:

  Präparieren des Zahnes oder Implantates, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Krone, der Einlagefüllung, der Teilkrone o. a., Nachkontrolle und Korrekturen.

- Zu den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 gehören Brücken- oder Prothesenanker mit Verbindungselementen jeder Ausführung.
- Zu den Kronen nach den Nummern 5000 bis 5040 gehören Kronen (Voll-, Teil- und Teleskopkronen, sowie Wurzelstiftkappen) jeder zahntechnischen Ausführung.
- Die Leistung nach der Nummer 5080 ist neben der Leistung mit der Nummer 5040 nicht berechnungsfähig.

 © LZK BW 12/2011

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Für die adhäsive Befestigung ist zusätzlich die GOZ-Pos. 2197 berechnungsfähig.

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: deutlich verändert, insbes. einschränkend
- Bewertung: im Vergleich zu 1988 um ~60 % angehoben - 2605 statt 1630 Punkte bei Nr. 5040 (alt 504 + 508!); damit Ausgleich für Forderung nach Faktor 2,3 statt bislang 3,5.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	36,6	29,3	24,4	20,9	18,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	84,2	67,4	56,2	48,1	42,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	128,2	102,6	85,5	73,3	64,1	

5050

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5050**	Teilleistungen nach den Nummern 5000 bis 5040: Enden die Leistungen mit der Präparation der Brückenpfeiler oder Prothesenanker mit Verbindungselementen oder der Abdrucknahme beim Implantat, so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.		**1/2 der jeweiligen Gebühr**
GOZ `88	**505** **506**	Teilleistung nach den Nummern 500 bis 504: Enden die Leistungen mit der Präparation eines Brückenpfeilers, so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.		
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**94a**	Teilleistungen bei nicht vollendeten Leistungen nach den Nrn. 90 bis 92: a) Präparation eines Ankerzahnes nach den Nrn. 90 und 91 (Brückenpfeilers) b) Präparation eines Ankerzahnes mit darüber hinausgehenden Maßnahmen c) Sind nach der Funktionsprüfung der Brückenanker weitere Maßnahmen erfolgt		½ x Nr.90/91 ¾ x Nr.90/91 ¾ x Nr.92

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Die Leistungen nach den Nummern 5050 und 5060 sind nur berechnungsfähig, wenn es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen oder eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.
- Nicht im Zusammenhang mit GOZ-Pos. 7080/7090 (Langzeitprovisorium) berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Objektive Gründe für eine nicht mögliche Weiterbehandlung können sein: z.B. Tod, Umzug, Praxiswechsel, Nichterscheinen des Patienten.
- Medizinische Gründe für eine nicht mögliche Weiterbehandlung können sein: z.B. bei längerer Unterbrechung der Behandlung, die u.U. zu veränderten intraoralen Verhältnissen geführt hat, wie z.B. nach längerer Krankheit, Unfall, Abwesenheit des Patienten oder medizinisch bedingten Behandlungspausen, wie z.B. Ausheilung einer PA-Behandlung oder Beobachtung von KG-Problemen bei CMD o.ä.
- Handelt es sich um die Versorgung eines Implantats, muss zur Erfüllung des Leistungsinhaltes eine Abformung mit Abdruckpfosten erfolgt sein.

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: im Vergleich zu 1988 deutlich erweitert
- Einschränkung auf Fälle, die auf Dauer nicht versorgt werden können.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	-	-	-	-	-	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	-	-	-	-	-	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	-	-	-	-	-	

 © LZK BW 12/2011

5060

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5060**	Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig. Die Leistungen nach den Nummern 5050 und 5060 sind nur berechnungsfähig, wenn es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen oder eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.		**3/4 der jeweiligen Gebühr**
GOZ `88	**506**	Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.		
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**94a**	Teilleistungen bei nicht vollendeten Leistungen nach den Nrn. 90 bis 92: a) Präparation eines Ankerzahnes nach den Nrn. 90 und 91 (Brückenpfeilers) b) Präparation eines Ankerzahnes mit darüber hinausgehenden Maßnahmen c) Sind nach der Funktionsprüfung der Brückenanker weitere Maßnahmen erfolgt		½ x Nr.90/91 ¾ x Nr.90/91 ¾ x Nr.92

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Die Leistungen nach den Nummern 5050 und 5060 sind nur berechnungsfähig, wenn es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen oder eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Objektive Gründe für eine nicht mögliche Weiterbehandlung können sein: z.B. Tod, Umzug, Praxiswechsel, Nichterscheinen des Patienten.
- Medizinische Gründe für eine nicht mögliche Weiterbehandlung können sein: z.B. bei längerer Unterbrechung der Behandlung, die u.U. zu veränderten intraoralen Verhältnissen geführt hat, wie z.B. nach längerer Krankheit, Unfall, Abwesenheit des Patienten oder medizinisch bedingten Behandlungspausen, wie z.B. Ausheilung einer PA-Behandlung oder Beobachtung von KG-Problemen bei CMD o.ä.
- Handelt es sich um die Versorgung eines Implantats, muss zur Erfüllung des Leistungsinhaltes eine Abformung mit Abdruckpfosten erfolgt sein.
- Nicht im Zusammenhang mit GOZ-Pos. 7080/7090 (Langzeitprovisorium) berechnungsfähig

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: im Vergleich zu 1988 deutlich erweitert
- Einschränkung auf Fälle, die auf Dauer nicht versorgt werden können.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	-	-	-	-	-	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	-	-	-	-	-	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	-	-	-	-	-	

5070

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5070**	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: Verbindung von Kronen oder Einlagefüllungen durch Brückenglieder, Prothesenspannen oder Stege, je zu überbrückende Spanne oder Freiendsattel	400	1,0 22,50€ 2,3 **51,74 €** 3,5 78,74 €
GOZ `88	**507**	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese, Verbindung von Kronen oder Einlagefüllungen durch Brückenglieder oder Stege, je zu überbrückende Spanne oder Freiendsattel	400	2,3 51,74 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**92**	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke, je Spanne		47,24 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Auch bei Cover-denture-Prothesen berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: im Vergleich zu 1988 um Prothesenspannen erweitert
- Bewertung: unverändert.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	5,6	4,5	3,7	3,2	2,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	12,9	10,3	8,6	7,4	6,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	19,7	15,7	13,1	11,2	9,8	

5080

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5080**	Versorgung eines Lückengebisses durch eine zusammengesetzte Brücke oder Prothese, je Verbindungselement Matrize und Patrize gelten als ein Verbindungselement. Die Leistung nach Nummer 5080 ist neben der Leistung nach Nummer 5040 nicht berechnungsfähig.	230	1,0 12,94 € 2,3 **29,75 €** 3,5 45,27 €
GOZ `88	**508**	Versorgung eines Lückengebisses durch eine zusammengesetzte Brücke oder Prothese, je Verbindungselement	230	2,3 29,75 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**91e**	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke, bei Verwendung von Teleskopkronen im Zusammenhang mit einer herausnehmbaren Prothese, - je Pfeilerzahn – e) Verwendung eines Geschiebes bei geteilten Brücken mit disparallelen Pfeilern zusätzlich zu den Nrn. 91a bis c		32,77 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Die Leistung nach der Nummer 5080 ist neben der Leistung mit der Nummer 5040 nicht berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: im Vergleich zu 1988 um einschränkende Erläuterungen erweitert
- Bewertung: unverändert.
- Nichtberechenbarkeit der Verbindungsfunktion spezieller Teleskopformen medizinisch nicht nachvollziehbar

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,2	2,6	2,2	1,8	1,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	7,4	6,0	5,0	4,3	3,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	11,3	9,1	7,5	6,5	5,7	

5090

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5090**	Wiederherstellung der Funktion eines Verbindungselements nach Nummer 5080	110	1,0 6,19 € 2,3 **14,23 €** 3,5 21,65 €
GOZ `88	**509**	Wiederherstellung der Funktion eines Verbindungselements nach Nummer 508	110	2,3 14,22 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: unverändert
- Bewertung: unverändert

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,5	1,2	1,0	0,9	0,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	3,6	2,8	2,4	2,0	1,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	5,4	4,3	3,6	3,1	2,7	

5100

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5100**	Erneuern des Sekundärteils einer Teleskopkrone einschließlich Abformung	450	1,0 25,31 € 2,3 **58,21 €** 3,5 88,58 €
GOZ `88	**510**	Erneuern des Sekundärteil einer Teleskopkrone einschließlich Abformung	450	2,3 58,21 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: unverändert
- Bewertung: unverändert

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	6,3	5,1	4,2	3,6	3,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	14,6	11,6	9,7	8,3	7,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	22,1	17,7	14,8	12,7	11,1	

5110

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5110**	Wiedereingliederung einer endgültigen Brücke nach Wiederherstellung der Funktion	360	1,0 20,25 € 2,3 **46,57 €** 3,5 70,87 €
GOZ `88	**511**	Wiedereingliederung einer endgültigen Brücke nach Wiederherstellung der Funktion	360	2,3 46,57 €
Bema 2004 (Pkt.0,7260 €)	**95a**	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Brücken und provisorischen Brücken a) Wiedereinsetzen einer Brücke mit zwei Ankern		25,91 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: unverändert
- Bewertung: unverändert

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	5,1	4,0	3,4	2,9	2,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	11,6	9,3	7,8	6,7	5,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	17,7	14,2	11,8	10,1	8,9	

5120

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5120**	Provisorische Brücke im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung	240	1,0 13,50 € 2,3 **31,05 €** 3,5 47,24 €
GOZ `88	**512**	Eingliederung einer provisorischen Brücke einschließlich Entfernung, je provisorische Krone	180	2,3 23,27 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**19**	Schutz eines beschliffenen Zahnes und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone oder provisorischer Ersatz eines fehlenden Zahnes durch ein Brückenglied.		14,48 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Für provisorische Brückenanker im indirekten Verfahren, die unmittelbar an eine Lücke angrenzen und als Provisorium für Brückenpfeiler oder Prothesenanker dienen.

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Das Wiedereingliedern derselben provisorischen Brücke, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 5120 bis 5140 abgegolten.
- Es können Laborkosten für zahntechnische Leistungen nach § 9 GOZ anfallen.
- Für die Entfernung notwendigerweise fest zementierter Provisorien kann die Nummer 2290 berechnet werden.
- Ein im indirekten Verfahren hergestelltes, laborgefertigtes Provisorium wird je Zahn oder Implantat nach GOZ-Pos. 7080 berechnet, wenn eine Tragezeit von mindestens drei Monaten erreicht wird.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Die Wiedereingliederung eines alio loco angefertigten Provisoriums ist analog berechnungsfähig.
- Die Anfertigung einer provisorischen Stiftkrone als Brückenanker ist in der Leistungsbeschreibung der GOZ nicht aufgeführt und wird daher analog nach § 6 Abs. 1 berechnet.

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: um Implantat erweitert
- Bewertung: 560 statt 520 Punkte für eine 3-gliedrige Brücke (~ 8% Erhöhung)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,4	2,7	2,2	1,9	1,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	7,8	6,2	5,2	4,4	3,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	11,8	9,4	7,9	6,7	5,9	

5140

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5140**	Provisorische Brücke im direkten Verfahren mit Abformung, je Brückenspanne oder Freiendsattel, einschließlich Entfernung Das Wiedereingliedern derselben provisorischen Brücke, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 5120 bis 5140 abgegolten.	80	1,0 4,50 € 2,3 **10,35 €** 3,5 15,75 €
GOZ `88	**514**	Eingliederung einer provisorischen Brücke einschließlich Entfernung, je zu überbrückende Spanne oder Freiendsattel	160	2,3 20,70 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**19**	Schutz eines beschliffenen Zahnes und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone oder provisorischer Ersatz eines fehlenden Zahnes durch ein Brückenglied.		14,48 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Für provisorische Brückenglieder im indirekten Verfahren.

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Das Wiedereingliedern derselben provisorischen Brücke, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 5120 bis 5140 abgegolten.
- Es können Laborkosten für zahntechnische Leistungen nach § 9 GOZ anfallen. Für die Entfernung notwendigerweise fest zementierter Provisorien kann die Nummer 2290 berechnet werden.
- Ein im indirekten Verfahren hergestelltes, laborgefertigtes Provisorium wird je Zahn oder Implantat nach GOZ-Pos. 7090 berechnet, wenn eine Tragezeit von mindestens drei Monaten erreicht wird.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Die Wiedereingliederung eines alio loco angefertigten Provisoriums ist analog nach § 6 Abs. 1 berechnungsfähig.

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: im Wesentlichen unverändert
- Bewertung: 560 statt 520 Punkte für eine 3-gliedrige Brücke (~ 8% Erhöhung)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,1	0,9	0,7	0,6	0,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	2,6	2,1	1,7	1,5	1,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	3,9	3,1	2,6	2,2	2,0	

5150

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5150**	Versorgung eines Lückengebisses mit Hilfe einer durch Adhäsivtechnik befestigten Brücke, für die erste zu überbrückende Spanne	730	1,0 41,06 € 2,3 **94,43 €** 3,5 143,70 €
GOZ `88	**515**	Versorgung eines Lückengebisses mit Hilfe einer durch Adhäsivtechnik befestigten Brücke, für die erste zu überbrückende Spanne	730	2,3 94,43 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**93**	Adhäsivbrücke mit Metallgerüst im Frontzahnbereich einschließlich der Präparation von Retentionen an den Pfeilerzähnen, Abformung, Farbbestimmung, Bissnahme, Einprobe und Befestigung in Säure-Ätz-Technik, Kontrolle und ggf. Korrekturen der Okklusion und Artikulation		255,27 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Nur auf die Spanne bezogen
- Präparation der Pfeiler zusätzlich berechnungsfähig nach GOZ-Pos. 5020

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: unverändert
- Bewertung: unverändert

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	10,3	8,2	6,8	5,9	5,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	23,6	18,9	15,7	13,5	11,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	35,9	28,7	23,9	20,5	18,0	

5160

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5160**	Versorgung eines Lückengebisses nach Nummer 5150, für jede weitere zu überbrückende Spanne	360	1,0 20,25 € 2,3 **46,57 €** 3,5 70,87 €
GOZ `88	**516**	Versorgung eines Lückengebisses nach Nummer 515, für jede weitere zu überbrückende Spanne	360	2,3 46,57 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**93**	Adhäsivbrücke mit Metallgerüst im Frontzahnbereich einschließlich der Präparation von Retentionen an den Pfeilerzähnen, Abformung, Farbbestimmung, Bissnahme, Einprobe und Befestigung in Säure-Ätz-Technik, Kontrolle und ggf. Korrekturen der Okklusion und Artikulation		255,27 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Nur auf die Spanne bezogen
- Präparation der Pfeiler zusätzlich berechnungsfähig nach GOZ-Pos. 5020

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: unverändert
- Bewertung: unverändert

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	5,1	4,0	3,4	2,9	2,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	11,6	9,3	7,8	6,7	5,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	17,7	14,2	11,8	10,1	8,9	

5170

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5170**	Anatomische Abformung des Kiefers mit individuellem Löffel bei ungünstigen Zahnbogen- und Kieferformen und/oder tief ansetzenden Bändern oder spezielle Abformung zur Remontage, je Kiefer	250	1,0 14,06 € 2,3 **32,34 €** 3,5 49,21 €
GOZ `88	**517**	Anatomische Abformung des Kiefers mit individuellem Löffel bei ungünstigen Zahnbogen- und Kieferformen und/oder tief ansetzenden Bändern oder spezielle Abformung zur Remontage, je Kiefer	250	2,3 32,33 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**98a**	Abformung mit individuellem oder individualisiertem Löffel, je Kiefer		22,10 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Zusatzleistung zu bei den Präparationen einbezogenen Abdrucknahmen

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Technische Herstellung im Labor zusätzlich berechenbar
- Auch für individualisierte Konfektionslöffel

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: unverändert
- Bewertung: unverändert

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,5	2,8	2,3	2,0	1,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	8,1	6,5	5,4	4,6	4,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	12,3	9,8	8,2	7,0	6,2	

5180

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5180**	Funktionelle Abformung des Oberkiefers mit individuellem Löffel	450	1,0 25,31 € 2,3 **58,21 €** 3,5 88,58 €
GOZ `88	**518**	Funktionelle Abformung des Oberkiefers mit individuellem Löffel	450	2,3 58,21 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**98b**	Funktionsabformung mit individuellem Löffel, Oberkiefer		43,43 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Löffelherstellung separat berechnungsfähig (Material- und Laborkosten)

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: unverändert
- Bewertung: unverändert

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	6,3	5,1	4,2	3,6	3,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	14,6	11,6	9,7	8,3	7,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	22,1	17,7	14,8	12,7	11,1	

 © LZK BW 12/2011

5190

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5190**	Funktionelle Abformung des Unterkiefers mit individuellem Löffel	540	1,0 30,37 € 2,3 **69,85 €** 3,5 106,30 €
GOZ `88	**519**	Funktionelle Abformung des Unterkiefers mit individuellem Löffel	540	2,3 69,85 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**98c**	Funktionsabformung mit individuellem Löffel, Unterkiefer		57,91 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Löffelherstellung separat berechnungsfähig (Material- und Laborkosten)

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: unverändert
- Bewertung: unverändert

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	7,6	6,1	5,1	4,3	3,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	17,5	14,0	11,6	10,0	8,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	26,6	21,3	17,7	15,2	13,3	

5200

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5200**	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Teilprothese mit einfachen, gebogenen Halteelementen einschließlich Einschleifen der Auflagen	700	1,0 39,37 € 2,3 **90,55 €** 3,5 137,79 €
GOZ `88	**520**	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Teilprothese mit einfachen, gebogenen Halteelementen einschl. Einschleifen der Auflagen	700	2,3 90,55 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**96a** **96b** **96c**	Versorgung eines Lückengebisses durch eine partielle Prothese einschließlich einfacher Haltevorrichtungen a) zum Ersatz von 1 bis 4 fehlenden Zähnen b) zum Ersatz von 5 bis 8 fehlenden Zähnen c) zum Ersatz von mehr als 8 fehlenden Zähnen. Mit einer Leistung nach Nr. 96 sind folgende Leistungen abgegolten: Anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Bissnahme, Farbbestimmung, Einprobe, Eingliederung, Nachbehandlung		43,43 € 63,25 € 87,63 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Durch die Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5230 sind folgende Leistungen abgegolten:

  Anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Bestimmung der Kieferrelation, Einproben, Einpassen bzw. Einfügen, Nachkontrolle und Korrekturen.

- Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5340 abgegolten.
- Die GOZ-Pos. 5070 für die Spannen ist zusätzlich berechenbar
- Die GOZ-Pos. 5170, ggf. auch 5180 oder 5190 sind zusätzlich berechenbar
- Die Materialkosten für den individuellen Löffel sind zusätzlich berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: unverändert
- Bewertung: unverändert

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	9,8	7,9	6,6	5,6	4,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	22,6	18,1	15,1	12,9	11,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	34,4	27,6	23,0	19,7	17,2	

5210

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5210**	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Modellgussprothese mit gegossenen Halte- und Stützelementen einschließlich Einschleifen der Auflagen	1.400	1,0 78,74 € 2,3 **181,10 €** 3,5 275,59 €
GOZ `88	**521**	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Modellgussprothese mit gegossenen Halte- und Stützelementen einschließlich Einschleifen der Auflagen	1.400	2,3 181,10 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**96a** **96b** **96c**	Versorgung eines Lückengebisses durch eine partielle Prothese einschließlich einfacher Haltevorrichtungen a) zum Ersatz von 1 bis 4 fehlenden Zähnen b) zum Ersatz von 5 bis 8 fehlenden Zähnen c) zum Ersatz von mehr als 8 fehlenden Zähnen. Mit einer Leistung nach Nr. 96 sind folgende Leistungen abgegolten: Anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Bissnahme, Farbbestimmung, Einprobe, Eingliederung, Nachbehandlung		43,43 € 63,25 € 87,63 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Durch die Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5230 sind folgende Leistungen abgegolten:

  Anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Bestimmung der Kieferrelation, Einproben, Einpassen bzw. Einfügen, Nachkontrolle und Korrekturen.

- Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5340 abgegolten.
- Die GOZ-Pos. 5070 für die Spannen ist zusätzlich berechenbar
- Die GOZ-Pos. 5170, ggf. auch 5180 oder 5190 sind zusätzlich berechenbar
- Die Materialkosten für den individuellen Löffel sind zusätzlich berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Die Auflagenpräparation ist Leistungsinhalt

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: unverändert
- Bewertung: unverändert

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	19,7	15,7	13,1	11,2	9,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	45,3	36,2	30,2	25,9	22,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	68,9	55,1	45,9	39,4	34,4	

5220

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5220**	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese oder Deckprothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Oberkiefer Eine Deckprothese setzt eine Basisgestaltung wie bei einer totalen Prothese voraus. Durch die Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5230 sind folgende Leistungen abgegolten: Anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Bestimmung der Kieferrelation, Einproben, Einpassen bzw. Einfügen, Nachkontrolle und Korrekturen.	1.850	1,0 104,05 € 2,3 **239,31 €** 3,5 364,17 €
GOZ `88	**522**	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Oberkiefer	1.850	2,3 239,31 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**97a**	Totale Prothese/Cover-Denture-Prothese im Oberkiefer Mit einer Leistung nach Nr.97 sind folgende Leistungen abgegolten: Anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Bissnahme, Farbbestimmung, Einprobe, Eingliedern, Nachbehandlung		190,50 €
	98e	Verwendung einer Metallbasis in besonderen Ausnahmefällen, zu den Bewertungszahlen nach den Nrn.97a oder b zusätzlich		12,19 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- „Zahnloser Kiefer“ und „Deckprothese“ ist semantischer Unfug.

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Durch die Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5230 sind folgende Leistungen abgegolten:

  Anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Bestimmung der Kieferrelation, Einproben, Einpassen bzw. Einfügen, Nachkontrolle und Korrekturen.

- Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5340 abgegolten.
- GOZ-Pos. 5070 für die Spannen ist neben GOZ-Pos. 5220 berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Stützstiftregistrat oder sonstige zentrische Registrierverfahren sind nicht Leistungsinhalt

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: um Deckprothese erweitert
- Bewertung: unverändert

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	26,0	20,8	17,3	14,9	13,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	59,8	47,9	39,9	34,2	29,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	91,0	72,8	60,7	52,0	45,5	

 © LZK BW 12/2011

5230

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5230**	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese oder Deckprothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Unterkiefer Eine Deckprothese setzt eine Basisgestaltung wie bei einer totalen Prothese voraus. Durch die Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5230 sind folgende Leistungen abgegolten: Anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Bestimmung der Kieferrelation, Einproben, Einpassen bzw. Einfügen, Nachkontrolle und Korrekturen.	2.200	1,0 123,73 € 2,3 **284,59 €** 3,5 433,06 €
GOZ `88	**523**	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Unterkiefer	2.200	2,3 284,58 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**97b**	Totale Prothese/Cover-Denture-Prothese im Unterkiefer Mit einer Leistung nach Nr.97 sind folgende Leistungen abgegolten: Anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Bissnahme, Farbbestimmung, Einprobe, Eingliedern, Nachbehandlung		220,98 €
	98e	Verwendung einer Metallbasis in besonderen Ausnahmefällen, zu den Bewertungszahlen nach den Nrn.97a oder b zusätzlich		12,19 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Durch die Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5230 sind folgende Leistungen abgegolten:

  Anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Bestimmung der Kieferrelation, Einproben, Einpassen bzw. Einfügen, Nachkontrolle und Korrekturen.

- Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5340 abgegolten.
- GOZ-Pos. 5070 für die Spannen ist neben GOZ-Pos. 5230 berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Stützstiftregistrat oder sonstige zentrische Registrierverfahren sind nicht Leistungsinhalt

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: um Deckprothese erweitert
- Bewertung: unverändert

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	30,9	24,7	20,6	17,7	15,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	71,1	56,9	47,4	40,7	35,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	108,3	86,6	72,2	61,9	54,1	

5240

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5240**	Teilleistungen nach den Nummern 5200 und 5230: Für Maßnahmen bis einschließlich Bestimmung der Kieferrelation ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig; bei weitergehenden Maßnahmen sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.		**½ bzw. ¾ der jeweiligen Gebühr**
GOZ `88	**524**	Teilleistungen nach den Nummern 520 bis 523 Für Maßnahmen bis einschließlich Bestimmung der Kieferrelation ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig; bei weiteren Maßnahmen sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.		
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**99**	Teilleistungen nach den Nrn.96, 97 und 98 bei nicht vollendeten Leistungen a) Anatomischer Abdruck zur Prothetischen Versorgung eines Kiefers b) Maßnahmen einschließlich der Ermittlung der Bissverhältnisse c) Weitergehende Maßnahmen		14,48 € ½ x Nr.96/97 ¾

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5340 abgegolten.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: unverändert
- Bewertung: unverändert

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	-	-	-	-	-	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	-	-	-	-	-	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	-	-	-	-	-	

 © LZK BW 12/2011

5250

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5250**	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (ohne Abformung)	140	1,0 7,87 € 2,3 **18,11 €** 3,5 27,56 €
GOZ `88	**525**	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (ohne Abformung)	140	2,3 18,10 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**100**	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese a) kleinen Umfanges (ohne Abformung)		22,86 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 dürfen Leistungen nach den Nummern 5250 und 5260 nur berechnet werden, wenn es sich um zeitlich getrennte Verrichtungen handelt.
- Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5340 abgegolten.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: unverändert
- Bewertung: unverändert
- Bewertung beim 2,3-fachen Satz ~ 20% unter BEMA

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,0	1,6	1,3	1,1	1,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	4,5	3,6	3,0	2,6	2,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	6,9	5,5	4,6	3,9	3,4	

5260

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5260**	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (mit Abformung) einschließlich Halte- und Stützvorrichtungen	270	1,0 15,19 € 2,3 **34,93 €** 3,5 53,15 €
GOZ `88	**526**	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (mit Abformung) einschließlich Halte- und Stützvorrichtungen.	270	2,3 34,93 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**100**	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese b) größeren Umfanges (mit Abformung)		38,10 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 dürfen Leistungen nach den Nummern 5250 und 5260 nur berechnet werden, wenn es sich um zeitlich getrennte Verrichtungen handelt.
- Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5340 abgegolten.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: unverändert
- Bewertung: unverändert
- Bewertung beim 2,3-fachen Satz ~ 8% unter BEMA

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,8	3,0	2,5	2,2	1,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	8,7	7,0	5,8	5,0	4,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	13,3	10,6	8,9	7,6	6,6	

5270

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5270**	Teilunterfütterung einer Prothese	180	1,0 10,12 € 2,3 **23,28 €** 3,5 35,43 €
GOZ `88	**527**	Teilunterfütterung einer Prothese	180	2,3 23,28 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**100**	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese c) Teilunterfütterung einer Prothese		33,53 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 dürfen Leistungen nach den Nummern 5250 und 5260 nur berechnet werden, wenn es sich um zeitlich getrennte Verrichtungen handelt.
- Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 sind nur als Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion einer abnehmbaren Prothese berechnungsfähig.
- Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5340 abgegolten.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: unverändert
- Bewertung: unverändert
- Bewertung beim 2,3-fachen Satz ~ 30% unter BEMA

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,5	2,0	1,7	1,4	1,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	5,8	4,7	3,9	3,3	2,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	8,9	7,1	5,9	5,1	4,4	

5280

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5280**	Vollständige Unterfütterung einer Prothese	270	1,0 15,19 € 2,3 **34,93 €** 3,5 53,15 €
GOZ `88	**528**	Vollständige Unterfütterung einer Prothese	270	2,3 34,93 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**100**	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese c) Teilunterfütterung einer Prothese d) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren		33,53 € 41,91 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 dürfen Leistungen nach den Nummern 5250 und 5260 nur berechnet werden, wenn es sich um zeitlich getrennte Verrichtungen handelt.
- Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 sind nur als Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion einer abnehmbaren Prothese berechnungsfähig.
- Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5340 abgegolten.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: unverändert
- Bewertung: unverändert
- Bewertung beim 2,3-fachen Satz ~ 17% unter BEMA

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,8	3,0	2,5	2,2	1,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	8,7	7,0	5,8	5,0	4,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	13,3	10,6	8,9	7,6	6,6	

5290

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5290**	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Oberkiefer	450	1,0 25,31 € 2,3 **58,21 €** 3,5 88,58 €
GOZ `88	**529**	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung im Oberkiefer	450	2,3 58,21 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**100**	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese e) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren einschließlich funktioneller Randgestaltung im Oberkiefer		61,72 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 dürfen Leistungen nach den Nummern 5250 und 5260 nur berechnet werden, wenn es sich um zeitlich getrennte Verrichtungen handelt.
- Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 sind nur als Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion einer abnehmbaren Prothese berechnungsfähig.
- Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5340 abgegolten.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: unverändert
- Bewertung: unverändert

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	6,3	5,1	4,2	3,6	3,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	14,6	11,6	9,7	8,3	7,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	22,1	17,7	14,8	12,7	11,1	

5300

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5300**	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Unterkiefer	540	1,0 30,37 € 2,3 **69,85 €** 3,5 106,30 €
GOZ `88	**530**	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Unterkiefer	540	2,3 69,85 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**100**	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese f) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren einschließlich funktioneller Randgestaltung im Unterkiefer		61,72 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 dürfen Leistungen nach den Nummern 5250 und 5260 nur berechnet werden, wenn es sich um zeitlich getrennte Verrichtungen handelt.
- Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 sind nur als Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion einer abnehmbaren Prothese berechnungsfähig.
- Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5340 abgegolten.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: unverändert
- Bewertung: unverändert

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	7,6	6,1	5,1	4,3	3,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	17,5	14,0	11,6	10,0	8,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	26,6	21,3	17,7	15,2	13,3	

5310

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5310**	Vollständige Unterfütterung bei einer Defektprothese einschließlich funktioneller Randgestaltung Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 dürfen Leistungen nach den Nummern 5250 und 5260 nur berechnet werden, wenn es sich um zeitlich getrennte Verrichtungen handelt. Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 sind nur als Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion einer abnehmbaren Prothese berechnungsfähig.	730	1,0 41,06 € 2,3 **94,43 €** 3,5 143,70 €
GOZ `88	**531**	Vollständige Unterfütterung bei einer Defektprothese einschließlich funktioneller Randgestaltung	730	2,3 94,43 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**100**	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese e) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren einschließlich funktioneller Randgestaltung im Oberkiefer f) Vollständige Unterfütterung einer Prothese im indirekten Verfahren einschließlich funktioneller Randgestaltung im Unterkiefer		61,72 € 61,72 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 dürfen Leistungen nach den Nummern 5250 und 5260 nur berechnet werden, wenn es sich um zeitlich getrennte Verrichtungen handelt.
- Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 sind nur als Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion einer abnehmbaren Prothese berechnungsfähig.
- Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5340 abgegolten.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: unverändert
- Bewertung: unverändert

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	10,3	8,2	6,8	5,9	5,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	23,6	18,9	15,7	13,5	11,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	35,9	28,7	23,9	20,5	18,0	

5320

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5320**	Eingliederung eines Obturators zum Verschluss von Defekten des Gaumens	2.200	1,0 123,73 € 2,3 **284,59 €** 3,5 433,06 €
GOZ `88	**532**	Eingliederung eines Obturators zum Verschluss von Defekten des Gaumens	2.200	2,3 284,58 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**102**	Eingliederung eines Obturators zum Verschluss von defekten des weichen Gaumens, zu den Bewertungszahlen nach Nr.96, gegebenenfalls in Verbindung mit Nr. 98 oder nach Nr. 97, zusätzlich		182,88 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5340 abgegolten.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: unverändert
- Bewertung: unverändert

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	30,9	24,7	20,6	17,7	15,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	71,1	56,9	47,4	40,7	35,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	108,3	86,6	72,2	61,9	54,1	

5330

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5330**	Eingliederung einer Resektionsprothese zum Verschluss und zum Ausgleich von Defekten der Kiefer	2.800	1,0 157,48 € 2,3 **362,20 €** 3,5 551,17 €
GOZ `88	**533**	Eingliederung einer Resektionsprothese zum Verschluss und Ausgleich von Defekten der Kiefer	2.800	2,3 362,20 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**103**	Resektionsprothesen: a) Eingliedern einer temporären Verschlussprothese nach Resektion oder bei großen Defekten des Oberkiefers, zu den Bewertungszahlen nach Nr.96, gegebenenfalls in Verbindung mit Nr. 98 oder nach Nr.97, zusätzlich b) Ergänzungsmaßnahmen im Anschluss an Leistungen nach Buchstabe a) c) Eingliedern einer Dauerprothese zu den Bewertungszahlen nach Nr.96, gegebenenfalls in Verbindung mit Nr.98 oder nach Nr.97, zusätzlich		121,92 € 60,96 € 228,60 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5340 abgegolten.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: unverändert
- Bewertung: unverändert

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	39,4	31,5	26,2	22,5	19,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	90,5	72,4	60,4	51,7	45,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	137,8	110,2	91,9	78,7	68,9	

5340

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**5340**	Eingliederung einer Prothese oder Epithese zum Verschluss extraoraler Weichteildefekte oder zum Ersatz fehlender Gesichtsteile einschließlich Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5340 abgegolten.	7.300	1,0 410,57 € 2,3 **944,30 €** 3,5 1.436,99 €
GOZ `88	**534**	Eingliederung einer Prothese oder Epithese zum Verschluss extraoraler Weichteildefekte oder zum Ersatz fehlender Gesichtsteile einschließlich Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen	7.300	2,3 944,30 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**104**	Eingliedern einer Prothese oder Epithese zum Verschluss extraoraler Weichteildefekte oder zum Ersatz fehlender Gesichtsteile a) kleineren Umfanges b) größeren Umfanges		228,60€ 381,00 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5340 abgegolten.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Leistungstext: unverändert
- Bewertung: unverändert

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	102,6	82,1	68,4	58,7	51,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	236,1	188,9	157,4	134,9	118,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	359,2	287,4	239,5	205,3	179,6	

LANDESZAHNÄRZTEKAMMER
BADEN-WÜRTTEMBERG
LZK Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Kammer
IHR PARTNER

GOZ *INFORM* 2012

Ihr Rüstzeug für die neue GOZ

Kommentierung Gebührenverzeichnis

G Kieferorthopädische Leistungen

G. Kieferorthopädische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 6100, 6120, 6140, 6150 und 6160 beinhalten auch die Material- und Laborkosten für Standardmaterialien wie zum Beispiel unprogrammierte Edelstahlbrackets, unprogrammierte Attachments und Edelstahlbänder.

Werden darüber hinausgehende Materialien verwendet, können die Mehrkosten für diese Materialien gesondert berechnet werden, wenn dies vor der Verwendung mit dem Zahlungspflichtigen nach persönlicher Absprache schriftlich vereinbart worden ist. Diese Vereinbarung hat Angaben über die voraussichtliche Höhe der einzelnen Material- und Laborkosten und die Material- und Laborkosten der in Abzug zu bringenden Standardmaterialien zu enthalten. In der Vereinbarung ist darauf hinzuweisen, dass eine Erstattung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht im vollen Umfang gewährleistet ist.

6000

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6000**	Profil- oder Enfacefotografie einschließlich kieferorthopädischer Auswertung Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach der Nummer 6000 im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung ist in der Rechnung zu begründen.	80	1,0 4,50 € 2,3 **10,35 €** 3,5 15,75 €
GOZ '88	**600**	Profil- oder Enfacefotografie einschließlich kieferorthopädischer Auswertung	80	2,3 10,35 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**116**	Fotografie Profil- oder En- face- Fotografie mit diagnostischer Auswertung, je Aufnahme		11,40 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- GOZ-Pos. 6000 wird für die Aufnahme und Auswertung eines Profil- oder Enfacefotos angesetzt.

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Die mehr als viermalige Berechnung im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung ist zu begründen.
- Sofern eine erneute Planung im Rahmen einer Therapie-Umstellung erforderlich ist, kann die Nummer abermals berechnet werden.
- Intraorale Aufnahmen entsprechen nicht dieser Nummer sondern sind analog nach § 6 Absatz 1 oder als Verlangensleistung nach § 2 Absatz 3 zu berechnen.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Fotografie des Kopfes in der Frontal-, Halbseiten- oder Seitenansicht gleich welcher Aufnahmetechnik
- Die Aufnahmen sind je Projektion berechnungsfähig.
- Die kieferorthopädische Auswertung der Fotografie ist Bestandteil der Leistung.

Bewertung/Fazit:

- Die Leistungshäufigkeit soll aus Sicht des Verordnungsgebers gegenüber der GOZ 88 reduziert werden.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,1	0,9	0,7	0,6	0,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	2,6	2,1	1,7	1,5	1,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	3,9	3,1	2,6	2,2	2,0	

 © LZK BW 03/2015

6010

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6010**	Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale, graphische oder metrische Analysen, Diagramme), je Leistung nach Nummer 0060	180	1,0 10,12 € 2,3 **23,28 €** 3,5 35,43 €
GOZ `88	**601**	Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale, graphische oder metrische Analysen, Diagramme)	180	2,3 23,28 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**117**	Modellanalyse		26,60 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Bei der Auswertung von Kiefermodellen werden Form und Größe der Zahnbögen in drei Dimensionen metrisch gemessen oder grafisch erfasst und dokumentiert, sowie ihre Interkuspidation bestimmt. Welche Messungen erforderlich sind, richtet sich nach den Erfordernissen des Einzelfalls. Sofern unterschiedliche wissenschaftlich beschriebene Analysen angewandt werden, können sie einzeln berechnet werden. Wird die Auswertung grafisch oder metrisch durchgeführt, setzt dies die Erstellung von Modellen nach der Nummer 0060 voraus. Erfolgt sie nach anderen Verfahren, oder über digitale erzeugte Datensätze der intraoralen Lageverhältnisse, wird sie nach § 6 Abs. 1 berechnet.

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Die GOZ-Pos. 6010 ist im Zusammenhang mit GOZ-Pos. 0060 (Abformung beider Kiefer für Situationsmodelle) berechenbar, sofern die Auswertung aus einer dreidimensionalen, grafischen, oder metrischen Analyse besteht.
- Bei anderen, oder der elektronischen Auswertung von digitalen Darstellungen intraoraler Verhältnisse werden die entsprechenden zahnärztlichen Leistungen analog nach § 6 Absatz 1 berechnet.
- Die Auswertung nach GOZ-Pos. 6010 bedingt bei ungünstigen Zahnbogen- und Kieferformen eine anatomische Abformung eines oder beider Kiefer mit individuellem Löffel nach GOZ-Pos. 5170.
- Die Auswertungen von Modellen nicht im Zusammenhang mit der GOZ-Pos. 0060 (z. B. bei Überlassung durch den Vorbehandler nach Umzug des Patienten) können nach GOZ-Pos. 6010 berechnet werden, sofern sie dreidimensional, grafisch oder metrisch erfolgen.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Besondere Schwierigkeit

- bei ausgeprägter Deformation des Zahnbogens oder der Kieferbasis
- bei Fehlen eines oder mehrerer Referenzzähne
- bei Fehlen genauer Referenzpunkte durch Füllungsgrad der Zähne
- beim Feststellen der Medianebene durch deforme raphe palati
- beim Feststellen der Medianebene durch Fehlen eines oder beider mittleren Schneidezähne
- u. v. m.

Bewertung/Fazit:

- Die Leistungshäufigkeit soll aus Sicht des Verordnungsgebers gegenüber der GOZ 88 reduziert werden

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,5	2,0	1,7	1,4	1,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	5,8	4,7	3,9	3,3	2,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	8,9	7,1	5,9	5,1	4,4	

6020

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6020**	Anwendung von Methoden zur Untersuchung des Gesichtsschädels (zeichnerische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels, Wachstumsanalysen)	360	1,0 20,25 € 2,3 **46,57 €** 3,5 70,87 €
GOZ `88	**602**	Anwendung von Methoden zur Untersuchung des Gesichtsschädels (zeichnerische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels, Wachstumsanalysen)	360	2,3 46,57 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**118**	Kephalometrische Auswertung		22,04 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Sofern mehrere unterschiedliche Methoden erforderlich sind und zur Anwendung kommen, können sie einzeln berechnet werden
- Die Leistung kann im Verlauf einer Behandlung ggf. mehrfach erforderlich werden

Bewertung/Fazit:

- Keine Änderung gegenüber der GOZ 88

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	5,1	4,0	3,4	2,9	2,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	11,6	9,3	7,8	6,7	5,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	17,7	14,2	11,8	10,1	8,9	

 © LZK BW 03/2015

6030

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6030**	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, geringer Umfang	1.350	1,0 75,93 € 2,3 **174,63 €** 3,5 265,74 €
GOZ `88	**603**	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, geringer Umfang	1.350	2,3 174,63 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**119a**	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention a) einfach durchführbarer Art		100,31 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 sind die Leistungen nach den Nummern 6190 bis 6260 nicht berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Die Maßnahmen umfassen alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss innerhalb von vier Jahren, unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden und den verwendeten Therapiegeräten.
- Die Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 umfassen alle im Therapie- und Kostenplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren.
- Treten nach Durchführung der im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen und vor Ablauf des Vierjahreszeitraumes neue Indikationsstellungen auf (z. B. nach einer Frühbehandlung), so sind im Rahmen eines neuen Therapie- und Kostenplanes erneut die Nummern 6030 bis 6080 anzusetzen.
- Treten während der Durchführung der im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen neue Indikationsstellungen auf, sind die Nummern 6030 bis 6080 ggf. umzustufen.
- Für die Liquidation kann vereinbart werden, die Nummern 6030 bis 6080 auf einmal, oder in beliebigen Teilsummen in Ansatz zu bringen.

Bewertung/Fazit:

Die Anpassung der Nummern 6030 bis 6080 an die wirtschaftlichen Erfordernisse (Medizinproduktegesetz, Hygieneaufwand, u. v. m.) über die Anhebung der Punktzahl ist gegenüber der GOZ 88 nicht erfolgt.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	19,0	15,2	12,7	10,8	9,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	43,7	34,9	29,1	24,9	21,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	66,4	53,1	44,3	38,0	33,2	

6040

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6040**	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, mittlerer Umfang	2.100	1,0 118,11 € 2,3 **271,65 €** 3,5 413,38 €
GOZ `88	**604**	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, mittlerer Umfang	2.100	2,3 271,65 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**119b**	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention b) mittelschwer durchführbarer Art		155,02 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 sind die Leistungen nach den Nummern 6190 bis 6260 nicht berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Die Maßnahmen umfassen alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss innerhalb von vier Jahren, unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden und den verwendeten Therapiegeräten.
- Die Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 umfassen alle im Therapie- und Kostenplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren.
- Treten nach Durchführung der im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen und vor Ablauf des Vierjahreszeitraumes neue Indikationsstellungen auf (z. B. nach einer Frühbehandlung), so sind im Rahmen eines neuen Therapie- und Kostenplanes erneut die Nummern 6030 bis 6080 anzusetzen.
- Treten während der Durchführung der im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen neue Indikationsstellungen auf, sind die Nummern 6030 bis 6080 ggf. umzustufen.
- Für die Liquidation kann vereinbart werden, die Nummern 6030 bis 6080 auf einmal, oder in beliebigen Teilsummen in Ansatz zu bringen.

Bewertung/Fazit:

Die Anpassung der Nummern 6030 bis 6080 an die wirtschaftlichen Erfordernisse (Medizinproduktegesetz, Hygieneaufwand, u. v. m.) über die Anhebung der Punktzahl ist gegenüber der GOZ 88 nicht erfolgt.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	29,5	23,6	19,7	16,9	14,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	67,9	54,3	45,3	38,8	34,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	103,3	82,7	68,9	59,1	51,7	

 © LZK BW 03/2015

6050

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6050**	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, hoher Umfang Bei Maßnahmen von mittlerem Umfang nach der Nummer 6040 müssen mindestens drei, bei Maßnahmen von hohem Umfang mindestens vier der Kriterien nach den Buchstaben a) bis e) erfüllt sein: a) Zahl der bewegten Zahngruppen: zwei und mehr Zahngruppen b) Ausmaß der Zahnbewegung: mehr als 2 Millimeter c) Art der Zahnbewegung: körperlich mehr als 2 Millimeter, kontrollierte Wurzelbewegung, direkte Veränderung der Bisshöhe, Zahndrehung mehr als 30 Grad, d) Richtung der Zahnbewegung: entgegen Wanderungstendenz, e) Verankerung: mit zusätzlichen intra- oder extraoralen Maßnahmen.	3.600	1,0 202,47 € 2,3 **465,68 €** 3,5 708,65 €
GOZ `88	**605**	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, hoher Umfang	3.600	2,3 465,68 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**119**	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention c) schwierig durchführbarer Art d) besonders schwierig durchführbarer Art		 209,73 € 255,33 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 sind die Leistungen nach den Nummern 6190 bis 6260 nicht berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Die Maßnahmen umfassen alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss innerhalb von vier Jahren, unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden und den verwendeten Therapiegeräten.
- Die Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 umfassen alle im Therapie- und Kostenplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren.
- Treten nach Durchführung der im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen und vor Ablauf des Vierjahreszeitraumes neue Indikationsstellungen auf (z. B. nach einer Frühbehandlung), so sind im Rahmen eines neuen Therapie- und Kostenplanes erneut die Nummern 6030 bis 6080 anzusetzen.
- Treten während der Durchführung der im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen neue Indikationsstellungen auf, sind die Nummern 6030 bis 6080 ggf. umzustufen.
- Für die Liquidation kann vereinbart werden, die Nummern 6030 bis 6080 auf einmal, oder in beliebigen Teilsummen in Ansatz zu bringen.

Bewertung/Fazit:

Die Anpassung der Nummern 6030 bis 6080 an die wirtschaftlichen Erfordernisse (Medizinproduktegesetz, Hygieneaufwand, u. v. m.) über die Anhebung der Punktzahl ist gegenüber der GOZ 88 nicht erfolgt.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung: Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.						**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	50,6	40,5	33,7	28,9	25,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	116,4	93,1	77,6	66,5	58,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	177,2	141,7	118,1	101,2	88,6	

6060

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6060**	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, geringer Umfang	1.800	1,0 101,24 € 2,3 **232,84 €** 3,5 354,33 €
GOZ `88	**606**	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, geringer Umfang	1.800	2,3 232,84 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**120a**	Maßnahmen zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss in sagittaler oder lateraler Richtung einschließlich Retention a) einfach durchführbarer Art		155,02 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 sind die Leistungen nach den Nummern 6190 bis 6260 nicht berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Die Maßnahmen umfassen alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss innerhalb von vier Jahren, unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden und den verwendeten Therapiegeräten.
- Die Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 umfassen alle im Therapie- und Kostenplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren.
- Treten nach Durchführung der im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen und vor Ablauf des Vierjahreszeitraumes neue Indikationsstellungen auf (z. B. nach einer Frühbehandlung), so sind im Rahmen eines neuen Therapie- und Kostenplanes erneut die Nummern 6030 bis 6080 anzusetzen.
- Treten während der Durchführung der im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen neue Indikationsstellungen auf, sind die Nummern 6030 bis 6080 ggf. umzustufen.
- Für die Liquidation kann vereinbart werden, die Nummern 6030 bis 6080 auf einmal, oder in beliebigen Teilsummen in Ansatz zu bringen.

Bewertung/Fazit:

Die Anpassung der Nummern 6030 bis 6080 an die wirtschaftlichen Erfordernisse (Medizinproduktegesetz, Hygieneaufwand, u. v. m.) über die Anhebung der Punktzahl ist gegenüber der GOZ 88 nicht erfolgt.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	25,3	20,2	16,9	14,5	12,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	58,2	46,6	38,8	33,3	29,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	88,6	70,9	59,1	50,6	44,3	

6070

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6070**	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, mittlerer Umfang	2.600	1,0 146,23 € 2,3 **336,33 €** 3,5 511,80 €
GOZ `88	**607**	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, mittlerer Umfang	2.600	2,3 336,33 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**120b**	Maßnahmen zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss in sagittaler oder lateraler Richtung einschließlich Retention b) mittelschwer durchführbarer Art		173,26 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 sind die Leistungen nach den Nummern 6190 bis 6260 nicht berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Die Maßnahmen umfassen alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss innerhalb von vier Jahren, unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden und den verwendeten Therapiegeräten.
- Die Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 umfassen alle im Therapie- und Kostenplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren.
- Treten nach Durchführung der im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen und vor Ablauf des Vierjahreszeitraumes neue Indikationsstellungen auf (z. B. nach einer Frühbehandlung), so sind im Rahmen eines neuen Therapie- und Kostenplanes erneut die Nummern 6030 bis 6080 anzusetzen.
- Treten während der Durchführung der im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen neue Indikationsstellungen auf, sind die Nummern 6030 bis 6080 ggf. umzustufen.
- Für die Liquidation kann vereinbart werden, die Nummern 6030 bis 6080 auf einmal, oder in beliebigen Teilsummen in Ansatz zu bringen.

Bewertung/Fazit:

Die Anpassung der Nummern 6030 bis 6080 an die wirtschaftlichen Erfordernisse (Medizinproduktegesetz, Hygieneaufwand, u. v. m.) über die Anhebung der Punktzahl ist gegenüber der GOZ 88 nicht erfolgt.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	36,6	29,2	24,4	20,9	18,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	84,1	67,3	56,1	48,0	42,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	128,0	102,4	85,3	73,1	64,0	

 © LZK BW 03/2015

6080

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6080**	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, hoher Umfang	3.600	1,0 202,47 € 2,3 **465,68 €** 3,5 708,65 €
GOZ `88	**608**	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, hoher Umfang	3.600	2,3 465,68 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**120**	Maßnahmen zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss in sagittaler oder lateraler Richtung einschließlich Retention c) schwierig durchführbarer Art d) besonders schwierig durchführbarer Art		 209,73 € 255,33 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 sind die Leistungen nach den Nummern 6190 bis 6260 nicht berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Die Maßnahmen umfassen alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss innerhalb von vier Jahren, unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden und den verwendeten Therapiegeräten.
- Die Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 umfassen alle im Therapie- und Kostenplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren.
- Treten nach Durchführung der im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen und vor Ablauf des Vierjahreszeitraumes neue Indikationsstellungen auf (z. B. nach einer Frühbehandlung), so sind im Rahmen eines neuen Therapie- und Kostenplanes erneut die Nummern 6030 bis 6080 anzusetzen.
- Treten während der Durchführung der im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen neue Indikationsstellungen auf, sind die Nummern 6030 bis 6080 ggf. umzustufen.
- Für die Liquidation kann vereinbart werden, die Nummern 6030 bis 6080 auf einmal, oder in beliebigen Teilsummen in Ansatz zu bringen.

Bewertung/Fazit:

Die Anpassung der Nummern 6030 bis 6080 an die wirtschaftlichen Erfordernisse (Medizinproduktegesetz, Hygieneaufwand, u. v. m.) über die Anhebung der Punktzahl ist gegenüber der GOZ 88 nicht erfolgt.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	50,6	40,5	33,7	28,9	25,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	116,4	93,1	77,6	66,5	58,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	177,2	141,7	118,1	101,2	88,6	

Bei Maßnahmen von mittlerem Umfang muss mindestens ein Kriterium nach den Buchstaben a) bis c) erfüllt sein, bei Maßnahmen von hohem Umfang müssen mindestens zwei Kriterien erfüllt sein:

a) Ausmaß der Bissverschiebung: mehr als 4 Millimeter,
b) Richtung der durchzuführenden Bissverschiebung, Unterkiefer relativ zum Oberkiefer: dorsal,
c) Skelettale Bedingungen: ungünstige Wachstumsvoraussetzungen.

Die Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren.

Die Maßnahmen im Sinne der Nummern 6030 bis 6080 umfassen alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss, unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden oder den verwendeten Therapiegeräten.

Neben den Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 sind Leistungen nach den Nummern 6190 bis 6260 nicht berechnungsfähig.

6090

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6090**	Maßnahmen zur Einstellung der Okklusion durch alveolären Ausgleich bei abgeschlossener Wachstumsphase einschließlich Retention, je Kiefer	700	1,0 39,37 € 2,3 **90,55 €** 3,5 137,79 €
GOZ `88	**609**	Maßnahmen zur Einstellung der Okklusion durch alveolären Ausgleich bei abgeschlossener Wachstumsphase einschließlich Retention	700	2,3 90,55 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Auch neben den GOZ-Pos. 6030 bis 6080 zusätzlich berechnungsfähig.
- Auch neben den GOZ-Pos. 6190 bis 6260 zusätzlich berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- GOZ-Pos. 6090 ist je Kiefer berechnungsfähig.
- Maximal zweimal je Sitzung berechnungsfähig
- Keine Begrenzung bezüglich der Häufigkeit
- Die GOZ-Pos. 6090 honoriert die Feineinstellung der Okklusion nach sowie auch zwischen den einzelnen Wachstumsphasen

Bewertung/Fazit:

- Die Leistungsbeschreibung ist im Sinne einer Klarstellung zur GOZ 88 zu verstehen

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	9,8	7,9	6,6	5,6	4,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	22,6	18,1	15,1	12,9	11,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	34,4	27,6	23,0	19,7	17,2	

6100

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6100**	Eingliederung eines Klebebrackets zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	165	1,0 9,28 € 2,3 **21,34 €** 3,5 32,48 €
GOZ `88	**610**	Eingliederung eines Klebebrackets zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	165	2,3 21,34 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**126a**	Eingliedern eines Brackets oder Attachments einschließlich Material- und Laboratoriumskosten		13,68 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Die GOZ-Pos. 6100 beinhaltet die Materialkosten für das unprogrammierte Edelstahlbracket.
- Neben der GOZ-Pos 6100 kommt die GOZ-Pos. 2197 für die adhäsive Befestigung zum Ansatz.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Auch mehrfach je Zahn.
- Gültig auch für Attachments, Abutments u. v. m.
- Bei Verwendung anderer Materialien kann vor dem Eingliedern eine Materialmehrkostenvereinbarung gemäß den allgemeinen Bestimmungen in der Präambel zum Teil G dieser GOZ vereinbart werden.
- Alternativ kann bei Verwendung anderer Materialien vor dem Eingliedern eine Vereinbarung nach § 2 Abs. 2 der GOZ 2012 getroffen werden.

Bewertung/Fazit:

Die Erstattungsstellen erhalten durch die Beschränkung der GOZ-Pos. 6100 auf das unprogrammierte Edelstahlbracket gegenüber der GOZ 88 die Möglichkeit, ihre Erstattungshöhe zu senken.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,3	1,9	1,5	1,3	1,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	5,3	4,3	3,6	3,0	2,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	8,1	6,5	5,4	4,6	4,1	

 © LZK BW 03/2015

6110

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6110**	Entfernung eines Klebebrackets einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes	70	1,0 3,94 € 2,3 **9,05 €** 3,5 13,78 €
GOZ `88	**611**	Entfernung eines Klebebrackets einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes	70	2,3 9,06 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**126d**	Entfernung eines Bandes, eines Brackets oder eines Attachments		4,56 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Kein Ausschluss gleichzeitig erbrachter prophylaktischer Maßnahmen nach den GOZ-Pos. 1000 ff. und 2000 ff., sofern diese an Arealen der Zahnoberfläche erbracht werden, die nicht zur Klebefläche zählen.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Gilt für das Entfernen von allen Arten von Attachments oder Abutments
- Eingeschlossen ist die Reinigung und Politur des Klebefeldes, jedoch nicht der Areale des Zahnes außerhalb der ursprünglichen Klebefläche.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,0	0,8	0,7	0,6	0,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	2,3	1,8	1,5	1,3	1,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	3,4	2,8	2,3	2,0	1,7	

6120

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6120**	Eingliederung eines Bandes zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	230	1,0 12,94 € 2,3 **29,75 €** 3,5 45,27 €
GOZ `88	**612**	Eingliederung eines Bandes zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	230	2,3 29,76 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**126b**	Eingliedern eines Bandes einschließlich Material- und Laboratoriumskosten		31,92 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Die GOZ-Pos. 6120 beinhaltet die Materialkosten für ein Edelstahlband zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel (Brackets, Röhrchen u. v. m.)
- Neben der GOZ-Pos 6120 kommt die GOZ-Pos. 2197 zum Ansatz.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Bei Verwendung anderer Materialien kann vor dem Eingliedern eine Materialmehrkostenvereinbarung gemäß den allgemeinen Bestimmungen in der Präambel zum Teil G dieser GOZ vereinbart werden.
- Alternativ kann bei Verwendung anderer Materialien vor dem Eingliedern eine Vereinbarung nach § 2 Abs. 2 der GOZ 2012 getroffen werden.

Bewertung/Fazit:
Die Erstattungsstellen erhalten durch die Beschränkung der GOZ-Pos. 6120 auf das Edelstahlband zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel gegenüber der GOZ 88 die Möglichkeit, ihre Erstattungshöhe zu senken.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:
Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,2	2,6	2,2	1,8	1,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	7,4	6,0	5,0	4,3	3,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	11,3	9,1	7,5	6,5	5,7	

 © LZK BW 03/2015

6130

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6130**	Entfernung eines Bandes einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes	20	1,0 1,12 € 2,3 **2,59 €** 3,5 3,94 €
GOZ `88	**613**	Entfernung eines Bandes einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes	20	2,3 2,57 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**126d**	Entfernung eines Bandes, eines Brackets oder eines Attachments		4,56 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Kein Ausschluss gleichzeitig erbrachter prophylaktischer Maßnahmen nach den GOZ-Pos. 1000 ff. und 2000 ff., sofern diese an Arealen der Zahnoberfläche erbracht werden, die nicht vom Band bedeckt gewesen sind.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- An einem Zahn auch mehrfach im Laufe der Behandlung
- Berechenbar vor Wiedereingliedern eines gelösten Bandes
- Eingeschlossen ist die Reinigung und Politur des vom Band bedeckten Areals, jedoch nicht der Areale des Zahnes, die nicht vom Band bedeckt gewesen sind.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	0,6	0,5	0,4	0,4	0,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	1,0	0,8	0,7	0,6	0,5	

6140

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6140**	Eingliederung eines Teilbogens	210	1,0 11,81 € 2,3 **27,16 €** 3,5 41,34 €
GOZ `88	**614**	Eingliederung eines Teilbogens	210	2,3 27,16 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**127a**	Eingliederung eines Teilbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten		19,00 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Die GOZ-Pos. 6140 beinhaltet die Materialkosten für den unprogrammierten Edelstahlteilbogen.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Erneut berechnungsfähig bei Wiedereingliederung des Teilbogens
- Berechnungsfähig bei Eingliedern eines dauerhaft fixierten Retainerdrahtes
- Bei Verwendung anderer Materialien kann vor dem Eingliedern eine Materialmehrkostenvereinbarung gemäß den allgemeinen Bestimmungen in der Präambel zum Teil G dieser GOZ vereinbart werden.
- Alternativ kann bei Verwendung anderer Materialien vor dem Eingliedern eine Vereinbarung nach § 2 Abs. 2 der GOZ 2012 getroffen werden.
- Die Entfernung des Teilbogens wird durch die GOÄ-Pos. 2290 beschrieben

Bewertung/Fazit:

Die Erstattungsstellen erhalten durch die Beschränkung der GOZ-Pos. 6140 auf den unprogrammierten Edelstahlteilbogen gegenüber der GOZ 88 die Möglichkeit, ihre Erstattungshöhe zu senken.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,0	2,4	2,0	1,7	1,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	6,8	5,4	4,5	3,9	3,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	10,3	8,3	6,9	5,9	5,2	

 © LZK BW 03/2015

6150

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6150**	Eingliederung eines ungeteilten Bogens, alle Zahngruppen umfassend, je Kiefer	500	1,0 28,12 € 2,3 **64,68 €** 3,5 98,42 €
GOZ `88	**615**	Eingliederung eines ungeteilten Bogens, alle Zahngruppen umfassend	500	2,3 64,67 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**128a**	Eingliederung eines konfektionierten Vollbogens einschließlich Material- und Laboratoriumskosten		24,32 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Die GOZ-Pos. 6150 beinhaltet die Materialkosten für den unprogrammierten, ungeteilten Edelstahlbogen.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Auch mehrfach in einer Sitzung in einem Kiefer berechnungsfähig.
- Auch neben der GOZ-Pos. 6140 im selben Kiefer berechnungsfähig
- Bei Wiedereingliederung des ungeteilten Vollbogens erneut berechnungsfähig.
- Bei Verwendung anderer Materialien kann vor dem Eingliedern eine Materialmehrkostenvereinbarung gemäß den allgemeinen Bestimmungen in der Präambel zum Teil G dieser GOZ vereinbart werden.
- Alternativ kann bei Verwendung anderer Materialien vor dem Eingliedern eine Vereinbarung nach § 2 Abs. 2 der GOZ 2012 getroffen werden.
- Die Entfernung des Bogens wird durch die GOÄ-Pos. 2290 beschrieben.

Bewertung/Fazit:

Die Erstattungsstellen erhalten durch die Beschränkung der GOZ-Pos. 6150 auf den unprogrammierten, ungeteilten Edelstahlteilbogen gegenüber der GOZ 88 die Möglichkeit, ihre Erstattungshöhe zu senken.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	7,0	5,6	4,7	4,0	3,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	16,2	12,9	10,8	9,2	8,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	24,6	19,7	16,4	14,1	12,3	

6160

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6160**	Eingliederung einer intra-/extraoralen Verankerung (z. B. Headgear)	370	1,0 20,81 € 2,3 **47,86 €** 3,5 72,83 €
GOZ `88	**616**	Eingliederung einer intra-extraoralen Verankerung(z.B. Headgear)	370	2,3 47,86 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**130**	Eingliederung ergänzender festsitzender Apparaturen (Palatinal- oder Transversalbogen, Quadhelix, Lingualbogen, Lipbumper, Headgear über je zwei Ankerbändern) einschließlich Material- und Laborkosten		54,71 €
	131a	Eingliederung und Ausgliederung einer Gaumennahterweiterungsapparatur		37,99 €
	131b	Eingliederung und Ausgliederung einer festsitzenden Apparatur zur Bisslagekorrektur (Herbstscharnier) bei spätem Behandlungsbeginn, wenn der Wachstumshöhepunkt überschritten ist und die Bisslagekorrektur mit konventionellen Maßnahmen nicht erreicht werden kann		37,99 €
	131c	Eingliederung einer Gesichtsmaske		37,99 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Die Kosten für die eingegliederten Hilfsmittel bei der GOZ-Pos. 6160 sind gesondert berechnungsfähig.
- Ankerbänder sind nach GOZ-Pos. 6120 bzw. Ankerattachments nach GOZ-Pos. 6100 zusätzlich berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Auch mehrfach je Sitzung.
- GOZ-Pos. 6160 erneut berechnungsfähig bei Reparatur als Ersatzleistung.
- Bei Entfernen einer Band / Attachment getragenen Apparatur kommen die GOZ-Pos. 6110 bzw. 6130 zum Ansatz.
- Die Entfernung einer fixen intra-/ extraoralen Verankerung wird durch die GOÄ-Pos. 2702 analog beschrieben.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	5,2	4,2	3,5	3,0	2,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	12,0	9,6	8,0	6,8	6,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	18,2	14,6	12,1	10,4	9,1	

 © LZK BW 03/2015

6170

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6170**	Eingliederung einer Kopf-Kinn-Kappe Die Kosten für die eingegliederten Hilfsmittel nach den Nummern 6160 und 6170 sind gesondert berechnungsfähig.	500	1,0 28,12 € 2,3 **64,68 €** 3,5 98,42 €
GOZ `88	**617**	Eingliederung einer Kopf-Kinn-Kappe	500	2,3 64,67 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**130**	Eingliederung ergänzender festsitzender Apparaturen (Palatinal- oder Transversalbogen, Quadhelix, Lingualbogen, Lipbumper, Headgear über je zwei Ankerbändern) einschließlich Material- und Laborkosten		54,71 €
	131a	Eingliederung und Ausgliederung einer Gaumennahterweiterungsapparatur		37,99 €
	131b	Eingliederung und Ausgliederung einer festsitzenden Apparatur zur Bisslagekorrektur (Herbstscharnier) bei spätem Behandlungsbeginn, wenn der Wachstumshöhepunkt überschritten ist und die Bisslagekorrektur mit konventionellen Maßnahmen nicht erreicht werden kann		37,99 €
	131c	Eingliederung einer Gesichtsmaske		37,99 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Die Kosten für die eingegliederten Hilfsmittel bei der GOZ-Pos. 6170 sind gesondert berechnungsfähig.
- Ankerbänder sind nach GOZ-Pos. 6120 bzw. Ankerattachments nach GOZ-Pos. 6100 zusätzlich berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- GOZ-Pos. 6160 erneut berechnungsfähig bei Reparatur als Ersatzleistung.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	7,0	5,6	4,7	4,0	3,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	16,2	12,9	10,8	9,2	8,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	24,6	19,7	16,4	14,1	12,3	

6180

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6180**	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit und/oder Erweiterung von herausnehmbaren Behandlungsgeräten einschließlich Abformung und Wiedereinfügen, je Kiefer und je Sitzung einmal berechnungsfähig	270	1,0 15,19 € 2,3 **34,93 €** 3,5 53,15 €
GOZ `88	**618**	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit und/oder Erweiterung von herausnehmbaren Behandlungsgeräten einschließlich Abformung und Wiedereinfügen, je Kiefer und je Sitzung einmal berechnungsfähig	270	2,3 34,93 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**125**	Maßnahmen zur Wiederherstellung von Behandlungsmitteln einschließlich Wiedereinfügen, je Kiefer		22,78 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Nicht berechenbar ist die GOZ-Pos. 0500 neben der GOZ-Pos. 6180 zum Zweck der Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit eines herausnehmbaren Geräts.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Gilt ausschließlich für Wiederherstellungsmaßnahmen oder Erweiterungsmaßnahmen von herausnehmbaren kieferorthopädischen Geräten.
- Eine ggf. erforderliche Abformung ist mit abgegolten.
- Als Wiederherstellungsmaßnahme gilt das Zurückdrehen einer Dehnschraube, Readaptieren eines Drahtelements, Beseitigen einer Druckstelle, die Freigabe eines durchbrechenden Zahnes durch Einschleifen oder das Entfernen von Halte- und Bewegungselementen, u. v. m.
- Wiederherstellungsmaßnahmen an festsitzenden Geräten erfolgt analog nach § 6 Absatz 1.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,8	3,0	2,5	2,2	1,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	8,7	7,0	5,8	5,0	4,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	13,3	10,6	8,9	7,6	6,6	

 © LZK BW 03/2015

6190

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6190**	Beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen Neben der Leistung nach Nummer 6190 ist die Leistung nach Nummer 0010 in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig.	140	1,0 7,87 € 2,3 **18,11 €** 3,5 27,56 €
GOZ `88	**619**	Beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen	140	2,3 18,10 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**121**	Beseitigung von Habits bei einem habituellen Distalbiss oder bei einem habituell offenen Biss, je Sitzung		12,92 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- GOZ-Pos. 6190 ist neben GOZ-Pos. 0010 (Eingehende Untersuchung) in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig.
- Neben den GOZ-Pos. 6030 bis 6080 ist eine Leistung nach den GOZ-Pos. 6190 nicht berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Nicht beschränkt auf kieferorthopädische Behandlungen
- Berechenbar z. B. bei Kiefergelenkstörungen, verminderter Haftung prothetischer Versorgungen u. v. m.
- Eine Beratung zu anderen Fragestellungen kann jedoch nach der Nummer Ä 1 daneben erfolgen.
- Die Leistung kann im Behandlungsverlauf mehrfach berechnet werden.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,0	1,6	1,3	1,1	1,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	4,5	3,6	3,0	2,6	2,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	6,9	5,5	4,6	3,9	3,4	

6200

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6200**	Eingliedern von Hilfsmitteln zur Beseitigung von Funktionsstörungen (z. B. Mundvorhofplatte) einschließlich Anweisung zum Gebrauch und Kontrollen	450	1,0 25,31 € 2,3 **58,21 €** 3,5 88,58 €
GOZ `88	**620**	Eingliedern von Hilfsmitteln zur Beseitigung von Funktionsstörungen (z. B. Mundvorhofplatte) einschließlich Anweisung zum Gebrauch und Kontrollen	450	2,3 58,21 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**121**	Beseitigung von Habits bei habituellen Distalbiss oder bei einem habituell offenen Biss, je Sitzung		12,92 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den GOZ-Pos. 6030 bis 6080 ist eine Leistung nach den GOZ-Pos. 6200 nicht berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Berechenbar für die Eingliederung von individuell angefertigten oder konfektionierten Hilfsmitteln, die geeignet sind, Funktions- bzw. Verhaltenstörungen (Habits) abzustellen.
- Neben der Eingliederung ist auch die Anleitung zum Gebrauch sowie die Verlaufskontrolle Leistungsbestandteil.
- Die Kosten für die verwendeten Hilfsmittel sind als Zahntechnikosten nach § 9 bzw. als Auslage nach § 4 Absatz 3 berechnungsfähig.
- Weiteres kieferorthopädisches Gerät zur aktiven Behandlung oder zur Retention berechenbar, sofern es einem anderen Zweck dient.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	6,3	5,1	4,2	3,6	3,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	14,6	11,6	9,7	8,3	7,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	22,1	17,7	14,8	12,7	11,1	

 © LZK BW 03/2015

6210

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6210**	Kontrolle des Behandlungsverlaufs oder Weiterführung der Retention einschließlich kleiner Änderungen der Behandlungs- oder Retentionsgeräte, Therapiekontrolle der gesteuerten Extraktion, je Sitzung	90	1,0 5,06 € 2,3 **11,64 €** 3,5 17,72 €
GOZ `88	**621**	Kontrolle des Behandlungsverlaufs oder Weiterführung der Retention einschließlich kleiner Änderungen der Behandlungs- oder Retentionsgeräte, Therapiekontrolle der gesteuerten Extraktion, je Sitzung	90	2,3 11,63 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**122a**	Kieferorthopädische Verrichtungen als alleinige Leistung a) Kontrolle des Behandlungsverlaufs einschließlich kleiner Änderungen für Behandlungsmittel, für jede Sitzung		15,96 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den GOZ-Pos. 6030 bis 6080 ist eine Leistung nach den GOZ-Pos. 6210 nicht berechnungsfähig.
- Jedoch berechenbar neben der GOZ-Pos. 6090

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Berechenbar für das Nach- oder Einstellen von Behandlungs- oder Retentionsgeräten.
- Anzusetzen für Kontrollen zu den Behandlungen nach den Nummern 6200 und 6230 bis 6260.
- Für die Kontrolle eines Behandlungsverlaufes.
- Für die Überwachung der Retention.
- Für die Kontrolle im Rahmen der gesteuerten Extraktionstherapie.
- Für Kontrollen im Rahmen einer Urlaubsvertretung.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,3	1,0	0,8	0,7	0,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	2,9	2,3	1,9	1,7	1,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	4,4	3,5	3,0	2,5	2,2	

6220

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6220**	Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln (z.B. Abformung, Bissnahme), je Kiefer	180	1,0 10,12 € 2,3 **23,28 €** 3,5 35,43 €
GOZ `88	**622**	Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln (z.B. Abformung, Bissnahme), je Kiefer	180	2,3 23,27 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**122b**	Kieferorthopädische Verrichtungen als alleinige Leistung b) Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer		32,68 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den GOZ-Pos. 6030 bis 6080 ist eine Leistung nach den GOZ-Pos. 6220 nicht berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Berechenbar bei der Abformung je Kiefer und der einfachen Bissnahme.
- Zweimal berechenbar für ein bimaxillär wirkendes Gerät.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,5	2,0	1,7	1,4	1,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	5,8	4,7	3,9	3,3	2,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	8,9	7,1	5,9	5,1	4,4	

6230

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6230**	Eingliederung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer	180	1,0 10,12 € 2,3 **23,28 €** 3,5 35,43 €
GOZ `88	**623**	Eingliederung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer	180	2,3 23,27 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**122c**	Kieferorthopädische Verrichtungen als alleinige Leistung c) Einfügen von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer		20,52 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den GOZ-Pos. 6030 bis 6080 ist eine Leistung nach den GOZ-Pos. 6230 nicht berechnungsfähig.
- Auch neben den GOZ-Pos. 6200 (z. B. bei einer myofunktionellen Störung) berechnungsfähig.
- Unabhängig vom Behandlungsgerät wird die Kontrolle des Behandlungsablaufs nach GOZ-Pos. 6210 und 6090 berechnet.
- Auch neben den GOZ-Pos. 7010 (Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche) berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Die Kosten für die verwendeten herausnehmbaren Geräte sind als Zahntechnikosten nach § 9 berechnungsfähig.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,5	2,0	1,7	1,4	1,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	5,8	4,7	3,9	3,3	2,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	8,9	7,1	5,9	5,1	4,4	

6240

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6240**	Maßnahmen zur Verhütung von Folgen vorzeitigen Zahnverlustes (Offenhalten einer Lücke)	270	1,0 15,19 € 2,3 **34,93 €** 3,5 53,15 €
GOZ `88	**624**	Maßnahmen zur Verhütung von Folgen vorzeitigen Zahnverlustes (Offenhalten einer Lücke)	270	2,3 34,93 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)	**123a**	Kieferorthopädische Maßnahmen mit herausnehmbaren Geräten zum Offenhalten von Lücken infolge vorzeitigem Milchzahnverlust, je Kiefer		30,40 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den GOZ-Pos. 6030 bis 6080 ist eine Leistung nach den GOZ-Pos. 6234 nicht berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Umfasst Maßnahmen, die geeignet sind, die Folgen von vorzeitigem Zahnverlust entgegen zu wirken und dem Einbruch von Stützzonen, Zahnkippungen, -wanderungen, -drehungen und Elongationen zu vermeiden.
- Die Leistung kann mit festsitzenden oder abnehmbaren Gerät erfolgen.
- Die Nummer ist je offen zu haltender Lücke anzusetzen.
- Unabhängig vom Behandlungsgerät wird die Kontrolle des Behandlungsablaufs nach GOZ-Pos. 6210 und 6090 berechnet.
- Die Kosten für die verwendeten herausnehmbaren Geräte sind als Zahntechnikosten nach § 9 berechnungsfähig.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,8	3,0	2,5	2,2	1,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	8,7	7,0	5,8	5,0	4,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	13,3	10,6	8,9	7,6	6,6	

6250

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6250**	Beseitigung des Diastemas, als selbständige Leistung	450	1,0 25,31 € 2,3 **58,21 €** 3,5 88,58 €
GOZ `88	**625**	Beseitigung des Diastemas als selbständige Leistung	450	2,3 58,21 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**61**	Korrektur des Lippenbändchens bei echtem Diastema mediale		63,71 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den GOZ-Pos. 6030 bis 6080 ist eine Leistung nach den GOZ-Pos. 6250 nicht berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Umfasst alle Maßnahmen, die geeignet sind, Lücken zwischen zwei Zähnen mittels kieferorthopädischer Maßnahmen zu verringern oder zu beseitigen.
- Unabhängig vom Behandlungsgerät wird die Kontrolle des Behandlungsablaufs nach GOZ-Pos. 6210 und 6090 berechnet.
- Die Kosten für die verwendeten herausnehmbaren Geräte sind als Zahntechnikosten nach § 9 berechnungsfähig.
- Die chirurgische Vorbehandlung wird nach der Nummer 3280 berechnet.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	6,3	5,1	4,2	3,6	3,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	14,6	11,6	9,7	8,3	7,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	22,1	17,7	14,8	12,7	11,1	

6260

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**6260**	Maßnahmen zur Einordnung eines verlagerten Zahnes in den Zahnbogen, als selbständige Leistung	1.100	1,0 61,87 € 2,3 **142,29 €** 3,5 216,53 €
GOZ `88	**626**	Maßnahmen zur Einordnung eines verlagerten Zahnes in den Zahnbogen, als selbständige Leistung	1.100	2,3 142,30 €
Bema 2004 (Pkt.0,7599 €)				

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Neben den GOZ-Pos. 6030 bis 6080 ist eine Leistung nach GOZ-Pos. 6260 nicht berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Beschreibt Maßnahmen, die geeignet sind, die Einordnung eines verlagerten Zahnes in den Zahnbogen zu erreichen.
- Unabhängig vom Behandlungsgerät wird die Kontrolle des Behandlungsablaufs nach GOZ-Pos. 6210 und 6090 berechnet.
- Die Kosten für die verwendeten herausnehmbaren Geräte sind als Zahntechnikosten nach § 9 berechnungsfähig.
- Das chirurgische Vorgehen wird gesondert berechnet.

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	15,5	12,4	10,3	8,8	7,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	35,6	28,5	23,7	20,3	17,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	54,1	43,3	36,1	30,9	27,1	

 © LZK BW 03/2015

LANDESZAHNÄRZTEKAMMER
BADEN-WÜRTTEMBERG
LZK Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Kammer
IHR PARTNER

GOZ *INFORM* 2012

Ihr Rüstzeug für die neue GOZ

Kommentierung Gebührenverzeichnis

H Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen

H. Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen

Allgemeine Bestimmungen

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

7000

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**7000**	Eingliederung eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche	270	1,0 15,19 € 2,3 **34,93 €** 3,5 53,15 €
GOZ `88	**700**	Eingliederung eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche	270	2,3 34,93 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**K2**	Eingliedern eines Aufbissbehelfs zur Unterbrechung der Okklusionskontakte ohne adjustierte Oberfläche		39,82 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Einfache Aufbissschiene, z.B. Tiefziehschiene oder Autopolymerisat ohne Anpassung an die Gegenbezahnung.

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Material-und Laborkosten sind gesondert berechnungsfähig.
- Einschleifkorrekturen bei der Eingliederung sind mit der Leistung abgegolten.

Bewertung/Fazit:

- Unverändert übernommen
- Bei 2,3 unter BEMA (s. Synopse GOZ/BEMA)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,8	3,0	2,5	2,2	1,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	8,7	7,0	5,8	5,0	4,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	13,3	10,6	8,9	7,6	6,6	

 © LZK BW 12/2011

7010

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**7010**	Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche	800	1,0 44,99 € 2,3 **103,49 €** 3,5 157,48 €
GOZ `88	**701**	Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche	800	2,3 103,47 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**K1**	Eingliedern eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche a) zur Unterbrechung der Okklusionskontakte b) als Aufbissschiene bei Parodontalbehandlung c) als Bissführungsplatte bei der Versorgung mit Zahnersatz		93,79 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Alle Aufbisschienen mit exakt an die Gegenbezahnung angepassten Okklusions- und Artikulationsflächen, z. B. Bissführungsschienen, Bisshebungsschienen, Knirscherschienen etc.
- Adjustierung an Gegenbezahnung kann intraoral oder laborseitig erfolgen

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- GOZ-Pos. 8000ff. zusätzlich zur okklusalen Adjustierung berechenbar.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Material- und Laborkosten sind zusätzlich berechnungsfähig.
- Einschleifkorrekturen bei der Eingliederung sind mit der Leistung abgegolten.

Bewertung/Fazit:

- Unverändert übernommen

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	11,2	9,0	7,5	6,4	5,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	25,9	20,7	17,2	14,8	12,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	39,4	31,5	26,2	22,5	19,7	

7020

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**7020**	Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf	450	1,0 25,31 € 2,3 **58,21 €** 3,5 88,58 €
GOZ `88	**702**	Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf	450	2,3 58,21 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**K3**	Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf zur Unterbrechung der Okklusionskontakte mit adjustierter Oberfläche		53,97 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Nur für Umarbeitung eines abnehmbaren Zahnersatzes, nicht für Kronen und Brücken.

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Kann additiv oder subtraktiv erfolgen
- Material-und Laborkosten sind zusätzlich berechnungsfähig.

Bewertung/Fazit:

- Unverändert übernommen.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	6,3	5,1	4,2	3,6	3,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	14,6	11,6	9,7	8,3	7,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	22,1	17,7	14,8	12,7	11,1	

 © LZK BW 12/2011

7030

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**7030**	Wiederherstellung der Funktion eines Aufbissbehelfs, z. B. durch Unterfütterung	370	1,0 20,81 € 2,3 **47,86 €** 3,5 72,83 €
GOZ `88	**703**	Wiederherstellung der Funktion eines Aufbissbehelfs, z. B. durch Unterfütterung	370	2,3 47,86 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**K6**	Wiederherstellung und/oder Unterfütterung eines Aufbissbehelfs		26,54 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Reparaturen (Bruch, Sprung u. a.), Unterfütterungen, Anbringen von Halteelementen etc.

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Auch neben GOZ-Pos. 7040, 7050, 7060 berechenbar.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Material-und Laborkosten sind zusätzlich berechnungsfähig.

Bewertung/Fazit:

- Unverändert übernommen.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	5,2	4,2	3,5	3,0	2,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	12,0	9,6	8,0	6,8	6,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	18,2	14,6	12,1	10,4	9,1	

7040

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**7040**	Kontrolle eines Aufbissbehelfs	65	1,0 3,66 € 2,3 **8,41 €** 3,5 12,80 €
GOZ `88	**704**	Kontrolle eines Aufbissbehelfs	65	2,3 8,41 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**K7**	Kontrollbehandlung ggf. mit einfachen Korrekturen des Aufbissbehelfs oder der Fixierung		5,31 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Kontrolle ohne Vornahme von Änderungen

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Nicht neben GOZ-Pos. 7050 und 7060 berechenbar.
- Neben GOZ-Pos. 7030 berechenbar.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Unverändert übernommen.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,9	0,7	0,6	0,5	0,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	2,1	1,7	1,4	1,2	1,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	3,2	2,6	2,1	1,8	1,6	

 © LZK BW 12/2011

7050

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**7050**	Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche: subtraktive Maßnahmen, je Sitzung	180	1,0 10,12 € 2,3 **23,28 €** 3,5 35,43 €
GOZ `88	**705**	Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche: subtraktive Maßnahmen, je Sitzung	180	2,3 23,27 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**K8**	Kontrollbehandlung mit Einschleifen des Aufbissbehelfs oder der Schienung (subtraktive Methode)		10,62 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Subtraktive Maßnahmen: Korrektur der Schienenoberfläche durch Einschleifmaßnahmen.

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Auch neben GOZ-Pos. 7030 und/oder 7060 berechenbar
- Je Sitzung

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Material-und Laborkosten sind zusätzlich berechnungsfähig.

Bewertung/Fazit:

- Unverändert übernommen.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,5	2,0	1,7	1,4	1,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	5,8	4,7	3,9	3,3	2,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	8,9	7,1	5,9	5,1	4,4	

7060

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**7060**	Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche: additive Maßnahmen, je Sitzung	410	1,0 23,06 € 2,3 **53,04 €** 3,5 80,71 €
GOZ `88	**706**	Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche: additive Maßnahmen, je Sitzung	410	2,3 53,03 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**K9**	Kontrollbehandlung mit Aufbau einer neuen adjustierten Oberfläche (additive Methode)		30,97 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Additive Maßnahmen: Auftragen von Kunststoff zur Anpassung an die Gegenbezahnung.

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Auch neben GOZ-Pos. 7030 und/oder 7050 berechenbar
- Je Sitzung

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Material-und Laborkosten sind zusätzlich berechnungsfähig.

Bewertung/Fazit:

- Unverändert übernommen.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	5,8	4,6	3,8	3,3	2,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	13,3	10,6	8,8	7,6	6,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	20,2	16,1	13,5	11,5	10,1	

 © LZK BW 12/2011

7070

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**7070**	Semipermanente Schiene unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum	90	1,0 5,06 € 2,3 **11,64 €** 3,5 17,72 €
GOZ `88	**707**	Semipermanente Schiene unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum	90	2,3 11,63 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)	**K4**	Semipermanente Schienung unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum		9,73 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Schienung mittels Ätztechnik und Komposit bei gelockerten Zähnen (durch Parodontalerkrankungen, Trauma etc.) oder zur Vermeidung von Zahnwanderungen etc.

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Kofferdam (GOZ-Pos. 2040) zusätzlich berechenbar
- Reine Schmelz-Ätztechnik

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

- Unverändert übernommen

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,3	1,0	0,8	0,7	0,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	2,9	2,3	1,9	1,7	1,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	4,4	3,5	3,0	2,5	2,2	

7080

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**7080**	Versorgung eines Kiefers mit einem festsitzenden laborgefertigten Provisorium (einschließlich Vorpräparation) im indirekten Verfahren, je Zahn oder je Implantat, einschließlich Entfernung	600	1,0 33,75 € 2,3 **77,61 €** 3,5 118,11 €
GOZ `88	**708**	Interimszahnersatz als Langzeitprovisorium, je Krone	450	2,3 58,21 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**19**	Schutz eines beschliffenen Zahnes und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone oder provisorischer Ersatz eines fehlenden Zahnes durch ein Brückenglied.		14,49 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Indirektes Verfahren: über Abdrucknahme und Modellherstellung

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nummern 7080 oder 7090 sind die Leistungen nach den Nummern 2230, 2240, 5050 oder 5060 (Teilleistungen) nicht berechnungsfähig.
- Das Langzeitprovisorium muss eine Tragezeit von mindestens drei Monaten haben.
- Beträgt die Tragezeit unter drei Monaten, so sind anstelle der GOZ-Pos. 7080/7090 die GOZ-Pos. 2260, 2270 oder 5120 und 5140 berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Die Wiedereingliederung, gegebenenfalls auch mehrfach, einschließlich Entfernung ist mit der Leistung abgegolten.
- Wird ein Langzeitprovisorium jedoch fest einzementiert, wird die Entfernung nach GOZ-Pos. 2290 je Zahn berechnet.
- Präzisierung, dass Langzeitprovisorium im indirekten Verfahren (über Abdruck) im Labor gefertigt sein muss.
- Kurzzeitprovisorien im indirekten Verfahren sind nach GOZ-Pos. 2270/5120 zu berechnen, die Laborkosten sind zusätzlich berechnungsfähig.

Bewertung/Fazit:

- Vordergründig höhere Bewertung als bisher, aber in Wahrheit Verschlechterung durch Ausschluss der Teilleistungen und Beschränkung auf Tragezeit von mindestens 3 Monaten.
- 3-Monats-Frist willkürlich festgesetzt ohne medizinischen Bezug

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	8,4	6,7	5,6	4,8	4,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	19,4	15,5	12,9	11,1	9,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	29,5	23,6	19,7	16,9	14,8	

7090

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**7090**	Versorgung eines Kiefers mit einem laborgefertigten Provisorium im indirekten Verfahren, je Brückenglied, einschließlich Entfernung Die Berechnung der Leistungen nach den Nummern 7080 und 7090 setzt voraus, dass es sich bei dem festsitzenden laborgefertigten Provisorium um ein Langzeitprovisorium mit einer Tragezeit von mindestens drei Monaten handelt. Beträgt die Tragezeit des festsitzenden laborgefertigten Langzeitprovisoriums unter drei Monaten, so sind anstelle der Leistungen nach den Nummern 7080 und 7090 die Leistungen nach den Nummern 2260, 2270 oder 5120 und 5140 berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nummern 7080 oder 7090 sind die Leistungen nach den Nummern 2230, 2240, 5050 oder 5060 nicht berechnungsfähig.	270	1,0 15,19 € 2,3 **34,93 €** 3,5 53,15 €
GOZ `88	**709**	Interimszahnersatz als Langzeitprovisorium, je Spanne	270	2,3 34,93 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)	**19**	Schutz eines beschliffenen Zahnes und Sicherung der Kaufunktion durch eine provisorische Krone oder provisorischer Ersatz eines fehlenden Zahnes durch ein Brückenglied.		14,49 €

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nummern 7080 oder 7090 sind die Leistungen nach den Nummern 2230, 2240, 5050 oder 5060 (Teilleistungen) nicht berechnungsfähig.
- Das Langzeitprovisorium muss eine Tragezeit von mindestens drei Monaten haben.
- Beträgt die Tragezeit unter drei Monaten, so sind anstelle der GOZ-Pos. 7080/7090 die GOZ-Pos. 2260, 2270 oder 5120 und 5140 berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Kurzzeitprovisorien im indirekten Verfahren sind nach GOZ-Pos. 2270/5120/5140 zu berechnen, die Laborkosten sind zusätzlich berechnungsfähig.

Bewertung/Fazit:

- Unveränderte Bewertung, aber Verschlechterung durch Beschränkung auf Tragezeit von mindestens 3 Monaten.
- 3-Monats-Frist willkürlich festgesetzt ohne medizinischen Bezug

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung: Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.						**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,8	3,0	2,5	2,2	1,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	8,7	7,0	5,8	5,0	4,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	13,3	10,6	8,9	7,6	6,6	

7100

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**7100**	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion eines Langzeitprovisoriums, je Krone, Spanne oder Freiendbrückenglied Die Wiedereingliederung desselben festsitzenden laborgefertigten Provisoriums nach den Nummern 7080 oder 7090, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 7080 bis 7100 abgegolten.	200	1,0 11,25 € 2,3 **25,87 €** 3,5 39,37 €
GOZ `88	**710**	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion eines Interimszahnersatzes, je Krone, Spanne oder Freiendsattel Die Wiedereingliederung desselben Interimszahnersatzes, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 708 bis 710 abgegolten.	200	2,3 25,87 €
Bema 2004 (Pkt.0,7620 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Für Reparaturmaßnahmen
- Für Anpassungsmaßnahmen nach Nachpräparation zur Weiterverwendung des Provisoriums

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Auch neben GOZ-Pos. 7050 oder 7060 berechenbar.
- Auch neben der Wiederherstellung einer Interimsprothese (5250 – 5310) berechenbar.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Material- und Laborkosten sind zusätzlich berechnungsfähig.

Bewertung/Fazit:

- Redaktionelle Änderung, unveränderte Bewertung.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,8	2,2	1,9	1,6	1,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	6,5	5,2	4,3	3,7	3,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	9,8	7,9	6,6	5,6	4,9	

LANDESZAHNÄRZTEKAMMER
BADEN-WÜRTTEMBERG
LZK Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Kammer
IHR PARTNER

GOZ *INFORM* 2012

Ihr Rüstzeug für die neue GOZ

Kommentierung Gebührenverzeichnis

J Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

8000

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**8000**	Klinische Funktionsanalyse einschließlich Dokumentation Die Leistung nach der Nummer 8000 umfasst auch folgende zahnärztliche Leistungen: Prophylaktische, prothetische, parodontologische und okklusale Befunderhebung, funktionsdiagnostische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels und der Halswirbelsäule, klinische Reaktionstests (z. B. Resilienztest, Provokationstest).	500	1,0 28,12 € 2,3 **64,68 €** 3,5 98,42 €
GOZ `88	**800**	Befunderhebung des stomatognathen Systems nach vorgeschriebenem Formblatt	500	2,3 64,67 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- klinische Funktionsanalyse, unabhängig vom angewendeten Verfahren

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Das frühere (GOZ 88) Abrechnungsverbot von Untersuchungsleistungen neben der klinischen Funktionsanalyse besteht nicht mehr.
- Klinische Reaktionstests sind Bestandteil der GOZ-Pos.8000.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Einbeziehung von primär nicht funktionsdiagnostisch relevanten Befunderhebungen; wissenschaftlich-zahnmedizinisch unbegründete Abrechnungsbestimmung.
- Eingeschlossen sind nur kursorische Befundungen.

Bewertung/Fazit:

- komplexe Fälle erzwingen für Gesamtbefundung verschiedene Termine
- Leistungsinhalt und Bewertung unverändert.
- Die Vorschrift eines Formblattes wurde gestrichen.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	7,0	5,6	4,7	4,0	3,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	16,2	12,9	10,8	9,2	8,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	24,6	19,7	16,4	14,1	12,3	

8010

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**8010**	Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers, auch Stützstiftregistrierung, je Registrat Die Leistung nach Nummer 8010 ist je Sitzung höchstens zweimal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach der Nummer 8010 sind die Material- und Laborkosten für die Bissnahme und die Lieferung und Anbringung des Stützstiftbestecks gesondert berechnungsfähig.	180	1,0 10,12 € 2,3 **23,28 €** 3,5 35,43 €
GOZ `88	**801**	Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers, je Registrat	180	2,3 23,27 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Bestimmung der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers
- auch für Stützstiftregistrierung

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je Sitzung maximal zweimal berechnungsfähig
- Material- und Laborkosten zusätzlich berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Bewertung unverändert

Bewertung/Fazit:

- Begrenzung auf zwei Registrate pro Sitzung faktisch meist ausreichend
- Notwendigkeit mehrerer Kontrollregistrate nur über Faktor berechenbar
- Einheitsleistung, auch bei fehlenden Stützzonen; Ausgleich nur über Faktor

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	2,5	2,0	1,7	1,4	1,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	5,8	4,7	3,9	3,3	2,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	8,9	7,1	5,9	5,1	4,4	

8020

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**8020**	Arbiträre Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die arbiträre Scharnierachsenbestimmung, das Anlegen eines Übertragungsbogens, das Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator)	300	1,0 16,87 € 2,3 **38,81 €** 3,5 59,05 €
GOZ `88	**802**	Modellmontage nach arbiträrer Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die arbiträre Scharnierachsenbestimmung, Anlegen eines Übertragungsbogens, Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator und Modellmontage) einschließlich Material- und Laborkosten	400	2,3 51,74 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- nur für arbiträre Achsbestimmung

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- nicht bei individueller Achsenbestimmung
- Montagekosten nicht Leistungsinhalt

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- abgesenkte Punktzahl
- Material- und Laborkosten (Modellmontage) zusätzlich berechenbar, auch für Montage Gegenkiefer

Bewertung/Fazit:

- Trennung von zahnärztlicher und labortechnischer Leistung
- Abzug von 25% (100 Punkte) der früheren Bewertung
- Abzug übersteigt vielfach die gängigen Montagekosten der gewerblichen Labors

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	4,2	3,4	2,8	2,4	2,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	9,7	7,8	6,5	5,5	4,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	14,8	11,8	9,8	8,4	7,4	

 © LZK BW 12/2011

8030

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**8030**	Kinematische Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die kinematische Scharnierachsenbestimmung, das definitive Markieren der Referenzpunkte, das Anlegen eines Übertragungsbogens, das Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator)	550	1,0 30,93 € 2,3 **71,15 €** 3,5 108,27 €
GOZ `88	**803**	Modellmontage nach kinematischer Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die kinematische Scharnierachsenbestimmung, definitives Markieren der Referenzpunkte, Anlegen eines Übertragungsbogens, Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator und Modellmontage) einschließlich Material- und Laborkosten	550	2,3 71,13 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- nur für kinematische Scharnierachsenbestimmung

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- nicht für arbiträres Vorgehen
- Montagekosten nicht Leistungsinhalt

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Material- und Laborkosten (Modellmontage) zusätzlich berechenbar, auch für Montage Gegenkiefer

Bewertung/Fazit:

- Trennung von zahnärztlicher und labortechnischer Leistung
- unveränderte Punktzahl

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	7,7	6,2	5,2	4,4	3,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	17,8	14,2	11,9	10,2	8,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	27,1	21,7	18,0	15,5	13,5	

8035

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**8035**	Kinematischer Scharnierachsenbestimmung mittels elektronischer Aufzeichnung (eingeschlossen sind die kinematische Scharnierachsenbestimmung, das definitive Markieren der Referenzpunkte, ggf. das Anlegen eines Übertragungsbogens, ggf. das Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator) Neben den Leistungen nach den Nummern 8020 bis 8035 sind die Material- und Laborkosten für die Artikulation des Ober- und Unterkiefermodells im (halb)individuellen Artikulator gesondert berechnungsfähig.	550	1,0 30,93 € 2,3 **71,15 €** 3,5 108,27 €
GOZ `88	**803**	Modellmontage nach kinematischer Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die kinematische Scharnierachsenbestimmung, definitives Markieren der Referenzpunkte, Anlegen eines Übertragungsbogens, Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator und Modellmontage) einschließlich Material- und Laborkosten	550	2,3 71,13 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- nur für kinematische Scharnierachsenbestimmung mittels elektronischer Aufzeichnung

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- nicht für Verfahren ohne elektronische Hilfsmittel
- Montagekosten nicht Leistungsinhalt

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- gleiche Punktzahl wie GOZ-Pos. 8030
- Material- und Laborkosten (Modellmontage) zusätzlich berechenbar, auch für Montage Gegenkiefer

Bewertung/Fazit:

- Trennung von zahnärztlicher und labortechnischer Leistung
- gleiche Punktzahl wie für kinematische Scharnierachsbestimmung
- apparativer Mehraufwand ohne Berücksichtigung bei Honorierung

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	7,7	6,2	5,2	4,4	3,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	17,8	14,2	11,9	10,2	8,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	27,1	21,7	18,0	15,5	13,5	

 © LZK BW 12/2011

8050

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**8050**	Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung halbindividueller Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, je Sitzung	500	1,0 28,12 € 2,3 **64,68 €** 3,5 98,42 €
GOZ `88	**805**	Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung halbindividueller Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten	350	2,3 45,27 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Registrieren von Unterkieferbewegungen
- Zur Einstellung halbindividueller Artikulatoren

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Berechnung nur noch einmal je Sitzung
- Material- und Laborkosten für die Einstellung zusätzlich berechenbar

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Berechnung je Sitzung
- nur für halbindividuelle Artikulatoren
- Durchschnittsmessung mit Registraten

Bewertung/Fazit:

- Die Punktzahl wurde angehoben
- Limitierung der Berechenbarkeit auf einmal je Sitzung
- Punktzahlerhöhung gleicht bisherige Abrechnungsweise je Registrat nicht aus.
- Abrechnung je Sitzung statt je Registrat widerspricht dem aktuellen Stand der Wissenschaft und berücksichtigt in keiner Weise die Individualität und Komplexität des einzelnen Behandlungsfalles.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	7,0	5,6	4,7	4,0	3,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	16,2	12,9	10,8	9,2	8,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	24,6	19,7	16,4	14,1	12,3	

8060

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**8060**	Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, je Sitzung	750	1,0 42,18 € 2,3 **97,02 €** 3,5 147,64 €
GOZ `88	**806**	Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten	500	2,3 64,67 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Registrieren von Unterkieferbewegungen
- zur Einstellung individueller Artikulatoren

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Berechnung nur noch einmal je Sitzung
- Material- und Laborkosten für die Einstellung zusätzlich berechenbar

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- nicht für Registrate
- nicht für elektronisches Registrieren
- Scharnierachsenbestimmung nach GOZ-Nr. 8030 zusätzlich berechnungsfähig

Bewertung/Fazit:

- Die Punktzahl wurde angehoben
- Limitierung der Berechenbarkeit auf einmal je Sitzung
- Punktzahlerhöhung gleicht bisherige Abrechnungsweise je Registrierung nicht aus.
- Abrechnung je Sitzung statt je Registrierung widerspricht dem aktuellen Stand der Wissenschaft und berücksichtigt in keiner Weise die Individualität und Komplexität des einzelnen Behandlungsfalles.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:					
Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	10,5	8,4	7,0	6,0	5,3
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	24,3	19,4	16,2	13,9	12,1
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	36,9	29,5	24,6	21,1	18,5

8065

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**8065**	Registrieren von Unterkieferbewegungen mittels elektronischer Aufzeichnung zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, je Sitzung Neben den Leistungen nach den Nummern 8050 bis 8065 sind Material- und Laborkosten für die Einstellung des (halb)individuellen Artikulators nach den gemessenen Werten gesondert berechnungsfähig.	850	1,0 47,81 € 2,3 **109,95 €** 3,5 167,32 €
GOZ `88	**806**	Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten	500	2,3 64,67 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- elektronisches Registrieren von Unterkieferbewegungen
- zur Einstellung individueller Artikulatoren

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Berechnung nur noch einmal je Sitzung
- Material- und Laborkosten für die Einstellung zusätzlich berechenbar

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Nur für Registrierungen mittels elektronischer Aufzeichnung
- Scharnierachsenbestimmung nach GOZ-Pos. 8030/8035 zusätzlich berechnungsfähig

Bewertung/Fazit:

- Die Punktzahl wurde angehoben
- Limitierung der Berechenbarkeit auf einmal je Sitzung
- Punktzahlerhöhung gleicht bisherige Abrechnungsweise je Registrierung und die apparativen Investitionskosten nicht aus.
- Abrechnung je Sitzung statt je Registrierung widerspricht dem aktuellen Stand der Wissenschaft und berücksichtigt in keiner Weise die Individualität und Komplexität des einzelnen Behandlungsfalles.
- Zementierung des Kenntnisstandes von 1987, keine Berücksichtigung z.B. myelografischer Methoden o.ä.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	12,0	9,6	8,0	6,8	6,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	27,5	22,0	18,3	15,7	13,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	41,8	33,5	27,9	23,9	20,9	

8080

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**8080**	Diagnostische Maßnahmen an Modellen im Artikulator einschließlich subtraktiver oder additiver Korrekturen, Befundauswertung und Behandlungsplanung, je Sitzung	250	1,0 14,06 € 2,3 **32,34 €** 3,5 49,21 €
GOZ `88	**808**	Diagnostische Maßnahmen an Modellen im Artikulator einschließlich subtraktiver oder additiver Korrekturen, Befundauswertung und Behandlungsplanung	200	2,3 25,87 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- für Modelldiagnostik
- Befundauswertung, Planung und Modellkorrekturen Leistungsinhalt

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Berechnung nur einmal je Sitzung
- Material- und Laborkosten zusätzlich berechenbar

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- nur für diagnostische Maßnahmen
- additive und/oder subtraktive Korrekturen

Bewertung/Fazit:

- Erhöhung um 25%
- unveränderter Leistungsinhalt

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,5	2,8	2,3	2,0	1,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	8,1	6,5	5,4	4,6	4,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	12,3	9,8	8,2	7,0	6,2	

 © LZK BW 12/2011

8090

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**8090**	Diagnostischer Aufbau von Funktionsflächen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Sitzung	250	1,0 14,06 € 2,3 **32,34 €** 3,5 49,21 €
GOZ `88	**809**	Diagnostischer Aufbau von Funktionsflächen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz	200	2,3 25,87 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- für diagnostische Aufbauten

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je Sitzung, unabhängig von der Anzahl der Aufbauten

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- keine zahnbezogene Abrechnung mehr

Bewertung/Fazit:

- Punktzahl um 25% angehoben
- Abrechnung je Sitzung, nicht je Funktionsfläche, widerspricht dem aktuellen Stand der Wissenschaft und berücksichtigt in keiner Weise die Individualität und Komplexität des einzelnen Behandlungsfalles.
- nur für diagnostische Aufbauten
- definitive Aufbauten werden hiermit nicht geregelt

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	3,5	2,8	2,3	2,0	1,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	8,1	6,5	5,4	4,6	4,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	12,3	9,8	8,2	7,0	6,2	

8100

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**8100**	Systematische subtraktive Maßnahmen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Zahnpaar	20	1,0 1,12 € 2,3 **2,59 €** 3,5 3,94 €
GOZ `88	**810**	Systematische subtraktive Maßnahmen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Zahnpaar Die Leistung nach der Nummer 810 ist je Sitzung höchstens fünfmal berechnungsfähig.	15	2,3 1,93 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- systematisches Einschleifen
- von Zähnen oder Zahnersatz

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je Zahnpaar
- nicht für Remontage (Laborleistung)

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Begrenzung auf fünfmal/Sitzung entfällt.
- Bewertung spiegelt nicht die Komplexität der höchst diffizilen Systemveränderung wieder

Bewertung/Fazit:

- Punktzahl angehoben
- Zahnpaar als Bezugsparameter zahnmedizinisch obsolet
- präzise durchgeführt eine der schwierigsten und langwierigsten Behandlungsmaßnahmen
- für hochpräzise Einschleifmaßnahmen auf Shim-Stock-Basis völlig unterbewertet. (Eine Umrechnung auf den bis 1987 gültigen bayerischen Maßnahmekatalog ergäbe [ohne Inflationsausgleich!] für einen mittelschweren Fall ca. den 30-fachen Gebührensatz!)

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	0,6	0,5	0,4	0,4	0,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	1,0	0,8	0,7	0,6	0,5	

 © LZK BW 12/2011

LANDESZAHNÄRZTEKAMMER
BADEN-WÜRTTEMBERG
LZK Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Kammer
IHR PARTNER

GOZ *INFORM* 2012

Ihr Rüstzeug für die neue GOZ

Kommentierung Gebührenverzeichnis

K Implantologische Leistungen

K. Implantologische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen:

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

2. Die bei den Leistungen nach Abschnitt K verwendeten Implantate, Implantatteile und nur einmal verwendbare Implantatfräsen sind gesondert berechnungsfähig.

   Knochenersatzmaterial sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder der Geweberegeneration (z. B. Membranen), zur Fixierung von Membranen, zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen oder, wenn dies zum Schutz wichtiger anatomischer Strukturen (z. B. Nerven) erforderlich ist, sowie atraumatisches Nahtmaterial oder nur einmal verwendbare Explantationsfräsen, sind gesondert berechnungsfähig.

Kommentar: Der eingeschlossene Wundverschluss wurde klarer definiert; z. B. muco-gingivale Lappenbildung gehört nicht dazu
Die Materialkostenberechnung wurde den GOÄ-Bestimmungen angenähert, entspricht aber immer noch nicht den ärztlichen Regelungen des § 10 GOÄ.

9000

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**9000**	Implantatbezogene Analyse und Vermessung des Alveolarfortsatzes, des Kieferkörpers und der angrenzenden knöchernen Strukturen sowie der Schleimhaut, einschließlich metrischer Auswertung von radiologischen Befundunterlagen, Modellen und Fotos zur Festlegung der Implantatposition, ggf. mit Hilfe einer individuellen Schablone zur Diagnostik, einschließlich Implantatauswahl, je Kiefer Bei Verwendung einer Röntgenmessschablone sind die Material- und Laborkosten gesondert berechnungsfähig.	884	1,0 49,72 € 2,3 **114,35 €** 3,5 174,01 €
GOZ `88	**900**	Implantatbezogene Analyse und Vermessung des Alveolarfortsatzes des Kieferkörpers und der Schleimhaut einschließlich metrischer Auswertung von Röntgenaufnahmen zur Festlegung der Implantatposition mit Hilfe einer individuellen Schablone, je Kiefer	540	2,3 69,85 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- implantatbezogene Analyse, metrisch, morphologisch, röntgenologisch ausgewertet
- auch ohne nachfolgende Implantation

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Röntgenmessschablonen sind Leistungsbestandteil
- Material- und Laborkosten dafür sind gesondert berechnungsfähig.
- auch bei verschiedenen Systemen nur einmal je Kiefer

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- Punktzahlanhebung, aber noch erheblich unter dem Entwurf von 2008, wird dem diagnostisch erforderlichen Aufwand nicht gerecht
- Klarstellung des Einschlusses ausschließlich von (diagnostischen) Röntgenmessschablonen
- früheres Abrechnungsverbot für datumsgleichen Allgemeinbefund entfällt

Bewertung/Fazit:

- Punktzahlanhebung unter Entwurf von 2008
- klarere Beschreibung des Leistungsinhaltes
- Definition des ausschließlichen Einschlusses diagnostischer Röntgenschablonen zur Behebung der bisherigen Rechtsunsicherheit

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	12,4	9,9	8,3	7,1	6,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	28,6	22,9	19,1	16,3	14,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	43,5	34,8	29,0	24,9	21,8	

9003

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**9003**	Verwendung einer Orientierungsschablone/Positionierungsschablone zur Implantation, je Kiefer Bei Verwendung einer Orientierungsschablone sind die Material- und Laborkosten gesondert berechnungsfähig.	100	1,0 5,62 € 2,3 **12,94 €** 3,5 19,68 €
GOZ `88	**§ 6 (2)**	Neue Leistung		
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Verwendung einer Orientierungs-/Positionierungsschablone im Rahmen der chirurgischen Implantation

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Material- und Laborkosten für die Schablone sind gesondert berechnungsfähig
- nicht für Röntgenmessschablonen

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- neue Leistung
- gegenüber bisheriger, akzeptierter Analogabrechnung (nach GOZ 700 oder GOÄ 2700) massiv abgewertet
- je Operations-Sitzung, bei zweizeitiger Implantatinsertion an verschiedenen Tagen ggf. auch ein zweites Mal

Bewertung/Fazit:

- Abwertung wird dem Aufwand prä und intra operationem nicht gerecht

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	1,4	1,1	0,9	0,8	0,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	3,2	2,6	2,2	1,8	1,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	4,9	3,9	3,3	2,8	2,5	

9005

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**9005**	Verwendung einer auf dreidimensionale Daten gestützten Navigationsschablone/chirurgischen Führungsschablone zur Implantation, ggf. einschließlich Fixierung, je Kiefer Die verwendeten Fixierungselemente sowie die Material- und Laborkosten der Navigationsschablone sind gesondert berechnungsfähig.	300	1,0 16,87 € 2,3 **38,81 €** 3,5 59,05 €
GOZ `88	**§6 (2)**	Neue Leistung		
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Verwendung einer auf dreidimensionale Daten gestützten Navigations-/Führungsschablone im Rahmen der chirurgischen Implantation

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Die verwendeten Fixierungselemente sind gesondert berechnungsfähig.
- Die Material- und Laborkosten der Navigationsschablone sind gesondert berechnungsfähig.
- nicht für einfache Orientierungsschablonen

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- neue Leistung
- noch unterhalb der bisherigen Analogabrechnung für einfache Orientierungsschablonen rausnehmen, da Analogberechnung nur GOZ 88 betrifft

Bewertung/Fazit:

- Bewertung unter bisheriger Analogabrechnung nicht sachgerecht
- Abwertung wird dem Aufwand prä und intra operationem nicht gerecht

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	4,2	3,4	2,8	2,4	2,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	9,7	7,8	6,5	5,5	4,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	14,8	11,8	9,8	8,4	7,4	

9010

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**9010**	Implantatinsertion, je Implantat Präparieren einer Knochenkavität für ein enossales Implantat, Einsetzen einer Implantatschablone zur Überprüfung der Knochenkavität (z. B. Tiefenlehre), ggf. einschließlich Knochenkondensation, Knochenglättung im Bereich des Implantates, Einbringen eines enossalen Implantates, einschließlich Verschlussschraube und ggf. Einbringen von Aufbauelementen bei offener Einheilung sowie Wundverschluss	1.545	1,0 86,89 € 2,3 **199,86 €** 3,5 304,13 €
GOZ `88	**901**	Präparieren einer Knochenkavität für ein enossales Implantat	480	2,3 62,10 €
	902	Einsetzen einer Implantatschablone zur Überprüfung der Knochenkavität	90	2,3 11,63 €
	903	Einbringen eines enossalen Implantats	480	2,3 62,10 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- chirurgische Implantatinsertion
- einfacher Nahtverschluss

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Zusammenfassung der bisherigen GOZ-Pos. 901, 902, 903
- Einschluss des Einbringens von Aufbauelementen bei z.B. einzeitigem Vorgehen bei der Sofortimplantation

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- neue Leistung
- Anhebung der Punktzahl über die Summe der enthaltenen Einzelleistungen hinaus
- Komplexbildung sachlich nachvollziehbar
- Einbeziehung des Einbringens von Aufbauteilen beim einzeitigem Vorgehen nicht sachgerecht
- Zuschlag nach GOZ-Pos. 0530 möglich

Bewertung/Fazit:

- Schlechterstellung des Sofortimplantates sachlich nicht berechtigt
- Bei gleichzeitiger Abdrucknahme muss GOZ-Pos. 9050 abrechenbar sein.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	21,7	17,4	14,5	12,4	10,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	50,0	40,0	33,3	28,6	25,0	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	76,0	60,8	50,7	43,4	38,0	

9020

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**9020**	Insertion eines Implantates zum temporären Verbleib, auch orthodontisches Implantat	515	1,0 28,96 € 2,3 **66,62 €** 3,5 101,38 €
GOZ `88	**901**	Präparieren einer Knochenkavität für ein enossales Implantat	480	2,3 62,10 €
	902	Einsetzen einer Implantatschablone zur Überprüfung der Knochenkavität	90	2,3 11,63 €
	903	Einbringen eines enossalen Implantats	480	2,3 62,10 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Insertion von Hilfsimplantaten zur temporären Versorgung
- Insertion von orthodontischen Implantaten
- ggf. einfacher Nahtverschluss

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- nicht für persistierende Implantate

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- neue Leistung
- in der Regel vereinfachte Insertion transgingival
- deutlich niedrigere Bewertung als bisher
- Zuschlag nach GOZ-Pos. 0500 möglich

Bewertung/Fazit:

- deutlich schlechtere Bewertung als bislang nach GOZ-Pos. 901-903 alt.
- nur bei vereinfachtem transgingivalem Vorgehen oder als Begleitmaßnahme bei Insertion definitiver Implantate akzeptabel

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	7,2	5,8	4,8	4,1	3,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	16,7	13,3	11,1	9,5	8,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	25,3	20,3	16,9	14,5	12,7	

 © LZK BW 12/2011

9040

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**9040**	Freilegen eines Implantats und Einfügen eines oder mehrerer Aufbauelemente (z. B. Gingivaformer) bei einem zweiphasigen Implantatsystem	626	1,0 35,21 € 2,3 **80,98 €** 3,5 123,23 €
GOZ `88	**904**	Freilegen eines Implantats und Einfügen von Sekundärteilen bei einem zweiphasigen Implantationssystem	320	2,3 41,40 €
	Ä2381	Einfache Hautlappenplastik	370	2,3 49,61 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Freilegung bei zweizeitigen Implantaten
- einschließlich Einfügen von Aufbauelementen
- einfacher Nahtverschluss

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Einschluss des Einfügens auch mehrerer Aufbauelemente

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- höhere Bewertung
- Gingivaformer sind keine Aufbauelemente
- Einschluss des Einfügens von ggf. auch mehreren Aufbauelementen

Bewertung/Fazit:

- angehobene Punktzahl berücksichtigt den hohen Behandlungsaufwand
- Bei zusätzlicher Abdrucknahme für Langzeitprovisorium muss das zusätzliche Einfügen von Abformhilfen berechenbar bleiben.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	8,8	7,0	5,9	5,0	4,4	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	20,2	16,2	13,5	11,6	10,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	30,8	24,6	20,5	17,6	15,4	

9050

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**9050**	Entfernen und Wiedereinsetzen sowie Auswechseln eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem während der rekonstruktiven Phase 1. Die Leistung nach Nummer 9050 ist nicht neben den Leistungen nach den Nummern 9010 und 9040 berechnungsfähig. 2. Die Leistung nach Nummer 9050 ist je Implantat höchstens dreimal und nur höchstens einmal je Sitzung berechnungsfähig.	313	1,0 17,60 € 2,3 **40,49 €** 3,5 61,61 €
GOZ `88	**905**	Auswechseln eines Sekundärteils bei einem zusammengesetzten Implantat	320	2,3 41,40 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848€)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Entfernen, Wiedereinsetzen und Auswechseln von Aufbauelementen beim zweiphasigen Implantatsystem
- während der Rekonstruktionsphase

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- nicht neben den GOZ-Pos. 9010 (Implantatinsertion) und 9040 (Freilegen) berechnungsfähig.
- je Implantat höchstens dreimal und nur einmal je Sitzung berechnungsfähig
- nicht im Reparaturfall

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- neue Leistung
- abgesenkte Punktzahl
- auch für Entfernen und Wiedereinsetzen der gleichen Aufbauelemente
- ein Gingivaformer ist kein Aufbauelement
- Begrenzung auf dreimal je Implantat und Rekonstruktionsphase willkürlich ohne fachlichen Bezug
- zusätzliches Einbringen von Abformhilfen bei Sofortimplantaten für z.B. Langzeitprovisorien sollte auch in der Insertionssitzung aus fachlichen Gründen nach GOZ-Pos. 9050 berechnungsfähig sein.

Bewertung/Fazit:

- Übernahme der einst freiwilligen Selbstbeschränkung lt. BDIZ-Empfehlung („je Implantat“) unter gleichzeitige Absenkung der Bewertung ist nicht sachgerecht.
- Begrenzung auf dreimal je Implantat absolut willkürlich ohne jeden fachlichen Bezug
- Abrechnungsbeschränkungen werden komplexen Sanierungsfällen auch nicht ansatzweise gerecht.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	4,4	3,5	2,9	2,5	2,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	10,1	8,1	6,7	5,8	5,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	15,4	12,3	10,3	8,8	7,7	

 © LZK BW 12/2011

9060

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**9060**	Auswechseln von Aufbauelementen (Sekundärteilen) im Reparaturfall Die Leistung nach Nummer 9060 ist für ein Implantat höchstens einmal je Sitzung berechnungsfähig.	313	1,0 17,60 € 2,3 **40,49 €** 3,5 61,61 €
GOZ `88	**905**	Auswechseln eines Sekundärteils bei einem zusammengesetzten Implantat	320	2,3 41,40 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Auswechseln von Sekundärteilen
- im Reparaturfall

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- nur einmal je Sitzung und Implantat berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- neue Leistung
- abgesenkte Punktzahl
- klare Trennung von Rekonstruktions- und Erhaltungsphase

Bewertung/Fazit:

- Übernahme der einst freiwilligen Selbstbeschränkung lt. BDIZ-Empfehlung („je Implantat“) unter gleichzeitige Absenkung der Bewertung ist nicht sachgerecht.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	4,4	3,5	2,9	2,5	2,2	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	10,1	8,1	6,7	5,8	5,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	15,4	12,3	10,3	8,8	7,7	

9090

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**9090**	Knochengewinnung (z. B. Knochenkollektor oder Knochenschaber), Knochenaufbereitung und –implantation, auch zur Weichteilunterfütterung Die Kosten eines einmal verwendbaren Knochenkollektors oder –schabers sind gesondert berechnungsfähig.	400	1,0 22,50 € 2,3 **51,74 €** 3,5 78,74 €
GOZ `88	**Ä 2254**	Implantation von Knochen	739	43,07 €
Bema 2004 (Pkt.0,88483 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Knochengewinnung, -aufbereitung und –implantation
- mit Knochenschabern, Kollektoren, Filtern o.ä.
- auch zur Weichteilunterfütterung
- Gewinnung auch aus dem gleichen Operationsgebiet (z.B. Implantatbohrung)

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- Die Materialosten (einmal verwendbarer Knochenkollektor, Knochenschaber o.ä.) sind gesondert berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- neue Leistung
- neue Gebührenposition, bisher über den Faktor der Implantatbohrung (Gewinnung) und über GOÄ 2254 (Knochenimplantation) berechnet
- deutliche Punktzahlabwertung gegenüber GOÄ-Bewertung
- Aufhebung der GOÄ-Trennung in Gewinnung, Transplantation und Gewinnung mit Transplantation
- Zuschlag nach GOZ-Pos. 0500 möglich

Bewertung/Fazit:

- Abwertung sachlich nicht gerechtfertigt
- Sammelleistung für Knochengewinnung, -aufbereitung und –implantation

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:					
Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	5,6	4,5	3,7	3,2	2,8
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	12,9	10,3	8,6	7,4	6,5
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	19,7	15,7	13,1	11,2	9,8

9100

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**9100**	Aufbau des Alveolarfortsatzes durch Augmentation ohne zusätzliche Stabilisierungsmaßnahmen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich Mit der Leistung nach Nummer 9100 sind folgende Leistungen abgegolten: Lagerbildung, Glätten des Alveolarfortsatzes, ggf. Entnahme von Knochen innerhalb des Aufbaugebietes, Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial) und Wundverschluss mit vollständiger Schleimhautabdeckung, ggf. einschließlich Einbringung und Fixierung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren 1. Die Leistung nach Nummer 9100 ist für die Glättung des Alveolarfortsatzes im Bereich des Implantatbettes nicht berechnungsfähig. 2. Neben der Leistung nach Nummer 9100 sind die Leistungen nach der Nummer 9130 nicht berechnungsfähig. 3. Wird die Leistung nach Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach Nummer 9110 erbracht, so ist die Hälfte der Gebühr der Nummer 9100 berechnungsfähig. 4. Wird die Leistung nach Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach Nummer 9120 erbracht, so ist ein Drittel der Gebühr der Nummer 9100 berechnungsfähig.	2.694	1,0 151,52 € 2,3 **348,49 €** 3,5 530,31 €
GOZ `88	**Ä2730**	Operative Maßnahmen zur Lagerbildung beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	500	2,3 67,02 €
	Ä2254	Implantation von Knochen – bei Verwendung von Filterknochen –	739	2,3 99,06 €
		oder		
	Ä2255	Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen (Knochenspäne) – bei Knochengewinnung aus zweitem OP-Gebiet –	1.480	2,3 198,41 €
		oder		
	Ä2442	Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbständige Leistung - bei ausschließlich alloplastischer Augmentation –	900	2,3 120,66 €
	Ä443 – 444	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, je nach höchstbewerteter GOÄ-Leistung	750 bis 1.300	1,0 43,72 € bis 75,77 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Aufbau des Alveolarfortsatzes ohne Stabilisierungsmaßnahmen, mit Knochen oder Knochenersatzmaterial
- ggf. mit Lagerbildung und Glättung des Alveolarfortsatzes
- ggf. einschließlich Knochengewinnung im OP-Gebiet
- ggf. einschließlich Einbringen von resorbierbaren oder nicht resorbierbaren Barrieren
- mit vollständiger Schleimhautabdeckung

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich
- nicht für Glättung des Alveolarfortsatzes im Implantationsbereich berechenbar
- nicht neben GOZ-Pos. 9130 (Bone Splitting) berechnungsfähig.
- bei GOZ-Pos. 9110 (interner Sinuslift) in gleicher Kieferhälfte ist nur die Hälfte der Gebühr der GOZ-Pos. 9100 berechnungsfähig.
- bei GOZ-Pos. 9120 (externer Sinuslift) in gleicher Kieferhälfte ist nur ein Drittel der Gebühr nach GOZ-Pos. 9100 berechnungsfähig.

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- neue Leistung
- deutliche Abwertung bisheriger GOÄ- und GOZ-/GOÄ-Analogpositionen
- Sammelleistung mit Einschluss selbstständiger Leistungen als mögliche Eventualitäten lässt keine sachgerechte Bewertung des jeweiligen Aufwandes zu
- Bei Osteosynthesemaßnahmen im Rahmen der Augmentation ist zusätzlich die GOZ-Pos. 9150 berechnungsfähig.
- Bei Knochenentnahme außerhalb des Augmentationsgebietes ist zusätzlich GOZ-Pos. 9140 berechenbar, bei Entnahme eines Knochenblocks doppelt.
- Zuschlag nach GOZ-Pos. 0530 möglich

Bewertung/Fazit:

- Sammelleistung mit Einschluss selbstständiger Leistungen als mögliche Eventualitäten bedeutet Abkehr vom Prinzip der Einzelleistungsvergütung und lässt keine sachgerechte Differenzierung des jeweilig stark variablen Aufwandes zu und weckt den Eindruck der Beliebigkeit.
- Abwertungen neben GOZ-Pos. 9110 (interner Sinuslift) und GOZ-Pos. 9120 (externer Sinuslift) willkürlich und fachlich nicht nachvollziehbar, da die Augmentation in einer anderen Ebene neben den Sinuselevationsoperationen genauso schwierig und zeitaufwendig ist wie ohne Sinuslift.
- Bewertung ohne nachvollziehbare Kalkulationsbasis weckt den Eindruck der Beliebigkeit

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	37,9	30,3	25,3	21,6	18,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	87,1	69,7	58,1	49,8	43,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	132,6	106,1	88,4	75,8	66,3	

9110

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**9110**	Geschlossene Sinusbodenelevation vom Kieferkamm aus (interner Sinuslift) Mit einer Leistung nach Nummer 9110 sind folgende Leistungen abgegolten: Schaffung des Zugangs durch die Alveole oder das Implantatfach, Anhebung des Kieferhöhlenbodens durch knochenverdrängende oder knochenverdichtende Maßnahmen und der Kieferhöhlenmembran, Entnahme von Knochenspänen innerhalb des Aufbaugebietes des Implantatfaches und Einbringen von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial) Die Leistung nach der Nummer 9110 ist für dieselbe Implantatkavität nicht neben den Leistungen nach den Nummern 9120 und 9130 berechnungsfähig.	1.500	1,0 84,36 € 2,3 **194,04 €** 3,5 295,27 €
GOZ `88	**Ä2699a**	Anlegen und Fixation einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer	2.200	2,3 294,93 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- geschlossene Sinusbodenelevation über Alveole oder Implantatbohrung
- einschließlich Anhebung von Kieferhöhlenboden und Kieferhöhlenmembran
- einschließlich Knochenentnahme innerhalb des Aufbaugebietes und Einbringen von Knochen oder Knochenersatzmaterial.
- je Alveole/Implantat

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- nicht neben GOZ-Pos. 9120 (externer Sinuslift) und GOZ-Pos. 9130 (Bone Splitting) für dieselbe Implantatkavität berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- neue Leistung
- Komplexbildung für Standardeingriff nachvollziehbar
- deutliche Abwertung gegenüber bisherige BZÄK-Empfehlung der Abrechnung nach GOÄ 2699 analog
- Bei Knochenentnahme außerhalb des Augmentationsgebietes ist zusätzlich GOZ-Pos. 9140 berechenbar, bei Entnahme eines Knochenblocks doppelt
- Zuschlag nach GOZ-Pos. 0530 möglich

Bewertung/Fazit:

- Abwertung (wie Gesamtbewertung der GOZ) ohne betriebswirtschaftlichen Background und Berechnungen
- Bewertung ohne nachvollziehbare Kalkulationsbasis weckt den Eindruck der Beliebigkeit

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung: Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.						**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	21,1	16,9	14,1	12,1	10,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	48,5	38,8	32,3	27,7	24,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	73,8	59,1	49,2	42,2	36,9	

9120

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**9120**	Sinusbodenelevation durch externe Knochenfensterung (externer Sinuslift), je Kieferhälfte Mit einer Leistung nach Nummer 9120 sind folgende Leistungen abgegolten: Schaffung des Zugangs zur Kieferhöhle durch Knochenfensterung (auch Knochendeckel), Präparation der Schneider'schen Membran, Anhebung des Kieferhöhlenbodens und der Kieferhöhlenmembran, Lagerbildung, ggf. Entnahme von Knochenspänen innerhalb des Aufbaugebietes, Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial), ggf. Einbringung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren – einschließlich Fixierung -, ggf. Reposition des Knochendeckels, Verschluss der Kieferhöhle und Wundverschluss	3.000	1,0 168,73 € 2,3 **388,07 €** 3,5 590,54 €
GOZ `88	**Ä2706a**	Sinuslift-OP; entsprechend: „Osteotomie nach disloziert verheilter Fraktur im Unterkiefer – einschließlich Osteosynthese"	1.300	2,3 179,28 €
		zusammen mit:		
	Ä2712a	Sinuslift-OP, entsprechend: „Halbseitenresektion des Ober- oder Unterkiefers"	3.000	2,3 402,18 €
	GOZ 413	Membraneinbringung, einfach; entsprechend: „Chirurgische Maßnahmen zur Verbreiterung der unverschieblichen Gingiva..."	450	2,3 58,21 €
	oder Ä2442a	Membraneinbringung, schwierig; entsprechend: „Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung"	900	2,3 120,66 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Sinusbodenelevation durch externe Knochenfensterung
- einschließlich Anhebung von Kieferhöhlenboden und Kieferhöhlenmembran, Präparation der Schneider´schen Membran
- ggf. einschließlich Entnahme von Knochenspänen innerhalb des Aufbaugebietes und Einbringen von Knochen oder Knochenersatzmaterial zum Aufbau
- ggf. einschließlich Einbringen resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren, ggf. einschließlich deren Fixierung
- einschließlich Verschluss der Kieferhöhle, ggf. durch Reponieren des Knochendeckels
- einschließlich Wundverschluss

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je Kieferhälfte

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- neue Leistung
- starke Abwertung gegenüber bisheriger BZÄK-Empfehlung der Abrechnung nach GOÄ 2706 analog + 2712 analog
- Komplexbildung nur für Standardeingriff nachvollziehbar
- Sammelleistung mit Einschluss mehrerer selbstständiger Leistungen als mögliche Eventualitäten bedeutet Abkehr vom Prinzip der Einzelleistungsvergütung und lässt keine sachgerechte Differenzierung des jeweilig stark variablen Aufwandes zu.
- bei Knochenentnahme außerhalb des Augmentationsgebietes ist zusätzlich GOZ-Pos. 9140 berechenbar, bei Entnahme eines Knochenblocks doppelt
- Zuschlag nach GOZ-Pos. 0530 möglich

Bewertung/Fazit:

- Abkehr von der Einzelleistungsvergütung, indem viele selbstständige Leistungen zu einer Sammelposition aller Eventualitäten zusammengewürfelt werden.
- Fehlen adäquater Differenzierung stark variablen Aufwandes
- Bewertung ohne nachvollziehbare Basis weckt den Eindruck der Beliebigkeit

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	42,2	33,7	28,1	24,1	21,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	97,0	77,6	64,7	55,4	48,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	147,6	118,1	98,4	84,4	73,8	

9130

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**9130**	Spaltung und Spreizung von Knochensegmenten (Bone Splitting) ggf. mit Auffüllung der Spalträume mittels Knochen oder Knochenersatzmaterial, ggf. einschließlich zusätzlicher Osteosynthesemaßnahmen, ggf. einschließlich Einbringung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren – einschließlich Fixierung - je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, oder vertikale Distraktion des Alveolarfortsatzes einschließlich Fixierung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich Neben der Leistung nach der Nummer 9130 ist die Leistung nach der Nummer 9100 nicht berechnungsfähig.	1.540	1,0 86,61 € 2,3 **199,21 €** 3,5 303,14 €
GOZ `88	**Ä2250**	Keilförmige oder lineare Osteotomie eines kleinen Knochens (Finger-, Zehen-, Mittelhand-, Mittelfußknochen) oder Probeausmeißelung aus einem Knochen	463	2,3 62,08 €
	Ä2254	Implantation von Knochen – bei Verwendung von Filterknochen –	739	2,3 99,06 €
		oder		
	Ä2255	Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen (Knochenspäne) – bei Knochengewinnung aus zweitem OP-Gebiet –	1.480	2,3 147,48 €
		oder		
	Ä2442	Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbständige Leistung	900	2,3 120,66 €
	Ä443-444	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, je nach Punktzahl der höchstbewerteten GOÄ-Leistung	750 bis 1.300	1,0 43,72 € bis 75,77 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Knochenspaltung und –spreizung (Bone Splitting), Auffüllen der Spalträume mit Knochen oder Knochenersatzmaterial
- einschließlich Osteosynthesemaßnahmen
- einschließlich Einbringen resorbierbarer und nicht resorbierbarer Barrieren, ggf. einschließlich deren Fixierung
- auch vertikale Distraktionsosteotomie

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich
- nicht neben Alveolarkammaugmentation nach GOZ-Pos. 9100
- auch umgekehrt: GOZ-Pos. 9100 nicht neben GOZ-Pos. 9130

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- neue Leistung
- erhebliche Abwertung gegenüber bisherigen GOÄ- oder GOÄ-Analog-Positionen
- Komplexbildung nur für Standardeingriff nachvollziehbar
- Sammelleistung mit Einschluss mehrerer selbstständiger Leistungen als mögliche Eventualitäten bedeutet Abkehr vom Prinzip der Einzelleistungsvergütung und lässt keine sachgerechte Differenzierung des jeweilig stark variablen Aufwandes zu.
- Zusammenfassung so unterschiedlicher Leistungen wie Bone-Splitting (mit Barrieren) und vertikale Distraktionsosteotomie (Barrieren fachlich kontraindiziert) in einer Gebührenposition ist nicht sachgerecht und weckt den Eindruck der Beliebigkeit
- Materialkosten für Distraktoren vergessen, müssen nach GOZ-Systematik aber zusätzlich berechenbar sein.
- Zuschlag nach GOZ-Pos. 0530 möglich

Bewertung/Fazit:

- Abkehr von der Einzelleistungsvergütung, indem viele selbstständige Leistungen zu einer Sammelposition aller Eventualitäten zusammengewürfelt werden.
- Fehlen adäquater Differenzierung stark variablen Aufwandes
- Bewertung ohne nachvollziehbare Basis weckt den Eindruck der Beliebigkeit

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	21,7	17,3	14,4	12,4	10,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	49,8	39,8	33,2	28,5	24,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	75,8	60,6	50,5	43,3	37,9	

9140

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**9140**	Intraorale Entnahme von Knochen außerhalb des Aufbaugebietes ggf. einschließlich Aufbereitung des Knochenmaterials und/oder der Aufnahmeregion einschließlich der notwendigen Versorgung der Entnahmestelle, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich Bei Entnahme von einem oder mehreren Knochenblöcken ist das Doppelte der Gebühr der Leistung nach der Nummer 9140 berechnungsfähig. Von einem Knochenblock im Sinne dieser Abrechnungsbestimmung ist auszugehen, wenn dieser bei der Implantation eigenständig fixiert werden muss.	650	1,0 36,56 € 2,3 **84,08 €** 3,5 127,95 €
GOZ `88	**Ä2253**	Knochenspanentnahme	647	2,3 86,73 €
	Ä443	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 500 bis 750 Punkten bewertet sind	740	1,0 43,72 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- reine Knochenentnahme, oral, aber außerhalb des Aufbaugebietes
- einschließlich ggf. Aufbereitung
- einschließlich Vorbereitung der Aufnahmeregion
- einschließlich Versorgung des Entnahmegebietes
- auch für Knochenblöcke (doppelte Gebühr)

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich
- doppelte Gebühr bei Entnahme von einem oder mehreren Knochenblöcken
- Zuschlag nach GOZ-Pos. 0510 möglich

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- neue Leistung
- Gebühr entspricht in etwa der Knochenspanentnahme nach GOÄ 2253.
- Differenzierung zwischen Entnahme von Knochenspänen und von Knochenblöcken

Bewertung/Fazit:

- Knochenentnahme aus getrenntem (oralen) OP-Gebiet sinnvoll
- Entnahmebewertung ähnlich wie bisherige GOÄ-Gebühr nach 2253, Implantation des Knochens war aber bisher als selbstständige Leistung neben der Entnahme berechnungsfähig.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	**Praxisindividuelle Kalkulation:**
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	9,1	7,3	6,1	5,2	4,6	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	21,0	16,8	14,0	12,0	10,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	32,0	25,6	21,3	18,3	16,0	

9150

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**9150**	Fixation oder Stabilisierung des Augmentates durch Osteosynthesemaßnahmen (z. B. Schrauben- oder Plattenosteosynthese oder Titannetze), zusätzlich zu der Leistung nach der Nummer 9100, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	675	1,0 37,96 € 2,3 **87,32 €** 3,5 132,87 €
GOZ `88	**Ä2688**	Fixation bei nicht dislozierter Kieferfraktur durch Osteosynthese oder Aufhängung	750	2,3 100,56 €
	Ä443	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 500 bis 799 Punkten bewertet sind	750	1,0 43,72 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Zusatzleistung bei Fixierung oder Stabilisierung eines Augmentates

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- nur zusätzlich zu GOZ-Pos. 9100 (Augmentation)
- je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- neue Leistung
- Bisherige Analogabrechnung (z.B. analog GOÄ 2688) deutlich besser bewertet
- Fixierungsmaßnahmen nicht auf Schrauben/Platten o.ä. beschränkt, nur beispielhaft
- Beschränkung auf Zusatzleistung zu GOZ-Pos. 9100 fachlich nicht sachgerecht
- Materialkosten Schrauben, Platten, Netze etc. vergessen, müssen nach GOZ-Systematik aber zusätzlich berechenbar sein.
- Zuschlag nach GOZ-Pos. 0510 möglich

Bewertung/Fazit:

- Bewertung herabgesetzt
- Zusatzleistung berücksichtigt das begrenzte Knochenangebot im Aufbaugebiet.
- Zuschlagsbegrenzung aber nicht sachgerecht.

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	9,5	7,6	6,3	5,4	4,7	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	21,8	17,5	14,6	12,5	10,9	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	33,2	26,6	22,1	19,0	16,6	

 © LZK BW 12/2011

9160

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**9160**	Entfernung unter der Schleimhaut liegender Materialien (z. B. Barrieren – einschließlich Fixierung -, Osteosynthesematerial), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	330	1,0 18,56 € 2,3 **42,69 €** 3,5 64,96 €
GOZ `88	**Ä2009**	Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers	100	2,3 13,41 €
		oder:		
	Ä2010	Entfernung eines tief sitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen	379	2,3 50,81 €
		Nur bei Ä2010:		
	Ä442	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 250 bis 499 Punkten bewertet sind	400	1,0 23,31 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Entfernung von unter der Schleimhaut liegenden Fremdkörpern
- auch von einfach, ohne Bearbeitung des Knochens zu entfernendem Osteosynthesematerial

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- neue Leistung
- ähnlich bisheriger GOÄ-Pos. 2009, aber höher bewertet
- Zuschlag nach GOZ-Pos. 0500 möglich

Bewertung/Fazit:

- Übernahme einer GOÄ-Leistung in die GOZ

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	4,6	3,7	3,1	2,7	2,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	10,7	8,5	7,1	6,1	5,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	16,2	13,0	10,8	9,3	8,1	

9170

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**9170**	Entfernung im Knochen liegender Materialien durch Osteotomie (z. B. Osteosynthesematerial, Knochenschrauben) oder Entfernung eines subperiostalen Gerüstimplantats, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich Die Entfernung eines Implantats ist mit der Gebühr für die Leistung nach den Nummern 3000 und 3030 abgegolten.	500	1,0 28,12 € 2,3 **64,68 €** 3,5 98,42 €
GOZ `88	**Ä2010**	Entfernung eines tief sitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen	379	2,3 50,81 €
	Ä442	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 250 bis 499 Punkten bewertet sind	400	1,0 23,31 €
	908	Entfernung eines subperiostalen Gerüstimplantates	1.100	2,3 142,30
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

- Entfernung im Knochen liegender Materialien
- durch Osteotomie
- auch Entfernung eines subperiostalen Implantatgerüstes

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich
- nicht für ohne Osteotomie entfernbare Materialien
- Zuschlag nach GOZ-Pos. 0510 möglich

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

- neue Leistung
- ähnlich bisheriger GOÄ-Pos. 2010, bzgl. Fremdkörperentfernung höher bewertet
- Entfernung eines subperiostalen Gerüstes aber erheblich abgewertet gegenüber der bisherigen GOZ-Pos. 908

Bewertung/Fazit:

- Übernahme einer GOÄ-Leistung in die GOZ

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	7,0	5,6	4,7	4,0	3,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	16,2	12,9	10,8	9,2	8,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	24,6	19,7	16,4	14,1	12,3	

LANDESZAHNÄRZTEKAMMER
BADEN-WÜRTTEMBERG
LZK Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Kammer
IHR PARTNER

GOZ *INFORM* 2012

Ihr Rüstzeug für die neue GOZ

Kommentierung Gebührenverzeichnis

L Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen

L. Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Bei nicht-stationärer Durchführung von bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen in der Praxis niedergelassener Zahnärzte oder in Krankenhäusern können zur Abgeltung der Kosten für die Aufbereitung wiederverwendbarer Operationsmaterialien bzw. –geräte und/oder von Materialien, die mit der einmaligen Verwendung verbraucht sind, Zuschläge berechnet werden.

2. Die Zuschläge nach den Nummern 0500 bis 0530 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

3. Die Zuschläge nach den Nummern 0500 bis 0530 sind zahnärztlich-chirurgische Leistungen
   - nach den Nummern 3020, 3030, 3040, 3045, 3090, 3100, 3110, 3120, 3130, 3140, 3160, 3190, 3200, 3230, 3240, 3250, 3260, 3270, 3280 in Abschnitt D
   - nach den Nummern 4090, 4100, 4130 und 4133 in Abschnitt E sowie
   - oder nach den Nummern 9010, 9020, 9090, 9100, 9110, 9120, 9130, 9140, 9150, 9160 und 9170 in Abschnitt K zuzuordnen.

4. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete zahnärztlich-chirurgische Leistung auszuführen.

5. Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlages nach den Nummern 0500 bis 0530 ist die erbrachte zahnärztlich-chirurgische Leistung mit der höchsten Punktzahl. Eine Zuordnung des Zuschlages nach den Nummern 0500 bis 0530 zu der Summe der jeweils ambulant erbrachten einzelnen zahnärztlich-chirurgischen Leistungen ist nicht möglich.

6. Die Zuschläge nach den Nummern 0500 bis 0530 sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen wird; das gilt nicht, wenn die stationäre Behandlung wegen unvorhersehbarer Komplikationen während oder nach der nichtstationären Operation notwendig und entsprechend begründet wird.

7. Die Zuschläge nach den Nummern 0110, 0120 sowie 0500 bis 0530 sind neben den entsprechenden Zuschlägen nach den Nummern 440 bis 445 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen für dieselbe Sitzung nicht berechnungsfähig.

0500

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**0500**	Zuschlag bei nicht stationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 250 bis 499 Punkten bewertet sind, oder zu den Leistungen nach den Nummern 4090 oder 4130 Der Zuschlag nach der Nummer 0500 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 0500 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0510 bis 0530 nicht berechnungsfähig.	400	1,0 **22,50 €**
GOZ `88	**Ä 442**	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 250 bis 499 Punkten bewertet sind	400	1,0 23,31 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig
- in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete zahnärztlich-chirurgische Leistung
- maßgeblich ist die erbrachte Leistung mit der höchsten Punktzahl
- nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag mit derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung kommt
- neben den entsprechenden Zuschlägen nach GOÄ 440 bis 445 für dieselbe Sitzung nicht berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	5,6	4,5	3,7	3,2	2,8	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	-	-	-	-	-	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	-	-	-	-	-	

0510

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**0510**	Zuschlag bei nicht stationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 500 bis 799 Punkten bewertet sind Der Zuschlag nach der Nummer 0510 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 0510 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0500, 0520 und/oder 0530 nicht berechnungsfähig.	750	1,0 **42,18 €**
GOZ `88	**Ä 443**	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 500 bis 799 Punkten bewertet sind	750	1,0 43,72 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig
- in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete zahnärztlich-chirurgische Leistung
- maßgeblich ist die erbrachte Leistung mit der höchsten Punktzahl
- nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag mit derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung kommt
- neben den entsprechenden Zuschlägen nach GOÄ 440 bis 445 für dieselbe Sitzung nicht berechnungsfähig

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	10,5	8,4	7,0	6,0	5,3	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	-	-	-	-	-	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	-	-	-	-	-	

0520

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**0520**	Zuschlag bei nicht stationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind Der Zuschlag nach der Nummer 0520 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 0520 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0500, 0510 und/oder 0530 nicht berechnungsfähig.	1.300	1,0 **73,11 €**
GOZ `88	**Ä 444**	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind	1.300	1,0 75,77 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig
- in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete zahnärztlich-chirurgische Leistung
- maßgeblich ist die erbrachte Leistung mit der höchsten Punktzahl
- nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag mit derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung kommt
- neben den entsprechenden Zuschlägen nach GOÄ 440 bis 445 für dieselbe Sitzung nicht berechnungsfähig

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	18,3	14,6	12,2	10,4	9,1	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	-	-	-	-	-	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	-	-	-	-	-	

0530

		Leistungstext	Punkte	Honorar
GOZ 2012	**0530**	Zuschlag bei nicht stationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1.200 und mehr Punkten bewertet sind Der Zuschlag nach der Nummer 0530 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 0530 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0500 bis 0520 nicht berechnungsfähig.	2.200	1,0 **123,73 €**
GOZ `88	**Ä 445**	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind	2.200	1,0 128,23 €
Bema 2004 (Pkt.0,8848 €)		Nicht vorhanden		

Begriffsbestimmung: *(nur falls eine ausführliche Leistungsdefinition zur Abgrenzung/Klarstellung erforderlich ist)*

Abrechnungskombinationen/Ausschlüsse:

- nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig
- in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete zahnärztlich-chirurgische Leistung
- maßgeblich ist die erbrachte Leistung mit der höchsten Punktzahl
- nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag mit derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung kommt
- neben den entsprechenden Zuschlägen nach GOÄ 440 bis 445 für dieselbe Sitzung nicht berechnungsfähig

Kommentierung/Abrechnungsparameter:

Bewertung/Fazit:

Wirtschaftlichkeitsbetrachtung:

Die nachfolgende Tabelle zeigt abhängig von beispielhaften Kosten-Minutensätzen, wie viel Behandlungszeit bei welchem Steigerungsfaktor zur Verfügung steht.

Praxisindividuelle Kalkulation:

Kosten pro Minute in €	**4,00**	**5,00**	**6,00**	**7,00**	**8,00**	
Behandlungsminuten bei Faktor 1,0	30,9	24,7	20,6	17,7	15,5	
Behandlungsminuten bei Faktor 2,3	-	-	-	-	-	
Behandlungsminuten bei Faktor 3,5	-	-	-	-	-	