

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Geltende Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und zwischenzeitliche Vorarbeiten zur Novellierung der GOZ

1. Geltende GOZ

Die aufgrund des § 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde von der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates erlassene Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 22. Oktober 1987 ist seit dem 1. Januar 1988 in Kraft. Mit dieser Verordnung, die die Gebührenordnung für Zahnärzte von 1965 ablöste, wurde das privatärztliche Gebührenrecht umfassend novelliert und weitgehend den allgemeinen Vorschriften der zu diesem Zeitpunkt geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) angepasst. Die wesentlichen Änderungen dieser Novellierung waren:

- Mit der GOZ 1988 wurde auch die Gebührenbemessung für zahnärztliche Leistungen im Privatbereich auf ein Bewertungssystem von Punktzahlen für die einzelnen Leistungen und einem auf sämtliche Leistungen einheitlich anzuwendenden Punktwert umgestellt.
- Der Gebührenrahmen, der in der GOZ vor 1988 vom 1-fachen bis 6-fachen Gebührensatz reichte, ist seit 1988 auf eine Spanne vom 1-fachen bis 3,5-fachen Gebührensatz begrenzt. Innerhalb des Gebührenrahmens sind Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes sowie der Umstände bei der Ausführung der einzelnen Leistungen nach billigem Ermessen zu bestimmen. Der 2,3-fache Satz darf nur überschritten werden, wenn dies im einzelnen Behandlungsfall durch Besonderheiten der Bemessungskriterien gerechtfertigt ist und vom Zahnarzt schriftlich begründet wird.
- Die Möglichkeit, durch Vereinbarung zwischen dem Zahlungspflichtigen und dem Zahnarzt von der Gebührenordnung abzuweichen, ist durch die GOZ-Novelle von 1987 eingeschränkt worden. Diese Vereinbarung ist grundsätzlich nur noch hinsichtlich der Höhe der Vergütung zulässig, während die übrigen Vorschriften der Gebührenordnung einschließlich des Gebührenverzeichnisses zwingend anzuwendendes Recht sind.

2. Vorarbeiten für eine umfassende GOZ-Novellierung

Zur Vorbereitung einer umfassenden Novellierung der GOZ hatte das innerhalb der Bundesregierung federführende Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Juni 2004 eine Arbeitsgruppe unter der Beteiligung der Bundeszahnärztekammer (BZÄK), des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV-Verband) sowie Vertretern der Beihilfekostenträger des Bundes und der Länder eingesetzt.

Die Beratungen in der Arbeitsgruppe sind auf Bitten der BZÄK vom April 2005 bis zum Dezember 2005 unterbrochen worden. Vom April 2006 bis März 2007 hatte sich die BZÄK aus den fachlichen Beratungen der Arbeitsgruppe zurückgezogen, weil sie das vom BMG verfolgte Konzept der grundsätzlichen Orientierung der neuen GOZ an den Leistungsbeschreibungen und den Bewertungsrelationen der vertragszahnärztlichen Vergütungsregelungen nicht mitträgt. Im Dezember 2006 konnte der erste Entwurf des Gebührenverzeichnisses der neuen GOZ fertig gestellt werden. Dieser Entwurf ist im März 2007 auf Bitte der BZÄK mit einer zwischenzeitlich von dieser eigenständig erstellten Honorarordnung der Zahnärzte auf Vollständigkeit abgeglichen worden. Darüber hinaus hat die BZÄK im Dezember 2007 und Januar 2008 dem BMG eine Reihe von fachlichen Einwänden und Vorschlägen zu einzelnen Gebührenpositionen des Entwurfes übermittelt, die zusammen mit einigen seitens der Kostenträger eingebrachten Vorschlägen in der Arbeitsgruppe erörtert worden sind. Vorschläge zur Weiterentwicklung der allgemeinen Gebührenvorschriften der neuen GOZ wurden im Mai und Juni 2007 sowie im März 2008 in der Arbeitsgruppe beraten.

Neben den Ergebnissen aus den Beratungen der Arbeitsgruppe sind auch Überlegungen und Hinweise aus zahlreichen Gesprächen mit betroffenen Verbänden und Sachverständigen in die Erstellung des Entwurfes eingeflossen.

II. Ausgangslage und Ziele der Neuregelung

1. Notwendigkeit einer umfassenden Novellierung der GOZ

Die im Rahmen einer Rechtsverordnung erlassene GOZ kann immer nur mit zeitlicher Verzögerung dem medizinischen und technischen Fortschritt in der Zahnheilkunde sowie der wirtschaftlichen Entwicklung folgen. Während der im vertragszahnärztlichen Bereich geltende einheitliche Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) seit 1988 mehrfach geändert und zuletzt 2004 umfassend überarbeitet worden ist und insoweit die in der Zwischenzeit fortgeschrittene medizinische, technische und wirtschaftliche Entwicklung in der Zahnheilkunde berücksichtigt werden konnte, ist das Gebührenverzeichnis der GOZ seit 1988 inhaltlich nicht verändert worden und bleibt

zunehmend hinter dem Stand der medizinischen und technischen Entwicklung zurück. Dies hat zur Folge, dass eine Vielzahl von Leistungen, die in ihrer Erbringungsweise wesentlichen Änderungen unterlagen oder die im Gebührenverzeichnis noch nicht enthaltenen waren, nur analog abgerechnet werden können, während andere Leistungen des Gebührenverzeichnisses obsolet geworden sind, so dass dieses das heutige Leistungs- und Abrechnungsgeschehen nur unzureichend widerspiegelt. Zwischen allen Beteiligten ist deshalb die Notwendigkeit einer umfassenden Überarbeitung des Gebührenverzeichnisses der GOZ unter Berücksichtigung der medizinischen und technischen Entwicklung unbestritten.

2. Berücksichtigung leistungsgerechter Vergütungsstrukturen auf der Grundlage der vertragszahnärztlichen Vergütungsregelungen

Der Entwurf des Gebührenverzeichnisses der neuen GOZ baut maßgeblich auf den Strukturen des BEMA auf. Der 2004 neu gefasste BEMA erfüllt als Ergebnis von Vereinbarungen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen sowie des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses die Vorgaben des § 87 Abs. 2 h Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Danach sind die zahnärztlichen Leistungen entsprechend einer ursachengerechten, zahnschutzschonenden und präventionsorientierten Versorgung insbesondere nach dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit gleichgewichtig in und zwischen den Leistungsbereichen für Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie zu bewerten. Darüber hinaus ist bei der Festlegung der Bewertungsrelationen wissenschaftlicher Sachverstand einzubeziehen.

Die im BEMA beschriebenen vertragszahnärztlichen Leistungen haben unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes in Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

Vor diesem Hintergrund ist es sachgerecht, dass die Leistungen und das Bewertungsgefüge des BEMA die Grundlage für die einzelnen Leistungen der neuen GOZ und deren wertmäßiges Verhältnis untereinander bilden. Damit erfolgt zugleich eine gesundheitspolitisch gewünschte Stärkung insbesondere der prophylaktischen Leistungen im Vergleich zur geltenden GOZ.

Ausgangspunkt des Bewertungsgefüges der neuen GOZ sind die Bewertungsrelationen des BEMA, denen eine - insbesondere an dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit ausgerichtete - in und zwischen den Leistungsbereichen gleichgewichtige Bewertung zugrunde liegt. Weil es in der GOZ – im Gegensatz zum BEMA – nur einen einheitlichen Punktwert geben wird, waren die Bewertungen der

prothetischen und kieferorthopädischen Leistungen in der neuen GOZ entsprechend der in der vertragszahnärztlichen Vergütung durchschnittlich niedrigeren Punktwerte für diese Leistungen anzupassen. Anderenfalls wären diese Leistungen in Relation zu den übrigen Leistungen in der neuen GOZ, wie z.B. den prophylaktischen und zahnerhaltenden Leistungen, überbewertet. Dies hätte zur Folge, dass das Bewertungsgefüge des BEMA nur unvollständig in die neue GOZ übertragen worden wäre.

Soweit dies sachgerecht begründet werden konnte, ist das Gebührenverzeichnis der neuen GOZ auch um Leistungen ergänzt worden, die nicht bzw. nicht so differenziert in der vertragszahnärztlichen Versorgung enthalten sind. Diese Leistungen umfassen rd. ein Drittel der Gebührenpositionen der neuen GOZ. Durch die Übernahme der im BEMA enthaltenen Leistungen und die Ergänzung um weitere Leistungen bildet das Gebührenverzeichnis der neuen GOZ alle in der privat Zahnärztlichen Versorgung häufig anfallenden zahnärztlichen Leistungen ab. Für selten vorkommende oder im Zuge des medizinischen Fortschritts neu entwickelte zahnärztliche Leistungen steht die – im Vergleich zur geltenden GOZ erweiterte – Analogbewertung nach § 6 Abs. 1 GOZ zur Verfügung.

Mit dem geschilderten Vorgehen wird der Intention Rechnung getragen, dass im ambulanten Bereich für die private Krankenversicherung und die gesetzliche Krankenversicherung bei vergleichbaren Leistungen vergleichbare Vergütungsregelungen – mit der Möglichkeit der Abweichung im Gebührenrahmen – gelten sollen.

3. Weiterentwicklung der allgemeinen Gebührenvorschriften

Ein wesentlicher Punkt bei der Weiterentwicklung der allgemeinen Gebührenvorschriften ist die Einführung der Möglichkeit für Zahnärzte und zahlungspflichtige Patienten nach Maßgabe von zwischen Zahnärzten und Kostenträgern vereinbarten Vergütungsregelungen von der GOZ abweichen zu können. Dies eröffnet für die Zahnärzteschaft und die Kostenträger neue Gestaltungsspielräume, die bisher im privat Zahnärztlichen Gebührenrecht – im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung – nicht zur Verfügung stehen.

Eine weitere hervorzuhebende Neuregelung betrifft die Berechnung der Auslagen für zahntechnische Leistungen. Um angesichts des seit 1988 weitaus stärker differenzierten Angebots an zahntechnischen Leistungen für den zahlungspflichtigen

Patienten vor der Behandlung die erforderliche Transparenz über die Leistungen und Preise der zahntechnischen Leistungen zu schaffen, wird vorgegeben, dass der Zahnarzt dem zahlungspflichtigen Patienten einen Kostenvoranschlag über die im jeweiligen Behandlungsfall zu erbringenden zahntechnischen Leistungen vorzulegen hat. Der vom gewerblichen Labor oder vom praxiseigenen Labor zu erstellende Kostenvoranschlag hat Angaben über die einzelnen Leistungen und deren Preise sowie die Berechnungsgrundlage und den Herstellungsort der zahntechnischen Leistungen zu enthalten. Der zahlungspflichtige Patient kann sich den Kostenvoranschlag näher erläutern lassen, um z.B. die angebotenen Leistungen und Preise mit den Leistungen und Preisen zu vergleichen, die im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gelten. Die Verpflichtung zur Vorlage des Kostenvoranschlags gilt erst ab einem voraussichtlichen Gesamtbetrag von 150 Euro, um unnötigen Bürokratieaufwand zu vermeiden.

Im Übrigen werden die allgemeinen Gebührenvorschriften der neuen GOZ grundsätzlich an die seit dem 1. Januar 1996 geltende Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) angepasst.

4. Wesentlicher Inhalt der Neuregelungen im Gebührenverzeichnis

Im Wesentlichen erfolgen im Gebührenverzeichnis (im Vergleich zur geltenden GOZ) folgende Veränderungen:

- Die in der zahnärztlichen Praxis häufig erbrachten allgemeinen Beratungs- und Untersuchungs- sowie die Röntgenleistungen, die bislang nach der GOÄ abgerechnet werden mussten, wurden in das Gebührenverzeichnis der GOZ (Abschnitt A) eingegliedert. Damit enthält das Gebührenverzeichnis der GOZ nun grundsätzlich alle häufig in der zahnärztlichen Praxis erbrachten allgemeinen Beratungs-, Untersuchungs- und Röntgenleistungen.
- Insbesondere die prophylaktischen Leistungen (Abschnitt B des Gebührenverzeichnisses) erfahren durch eine Höherbewertung der einzelnen Leistungen und die Aufnahme neuer Leistungen eine Aufwertung. Der Honoraranteil der prophylaktischen Leistungen wird um knapp 60 v.H. ansteigen.
- Bei den zahnerhaltenden Leistungen (Abschnitt C des Gebührenverzeichnisses) werden insbesondere die plastischen Zahnfüllungen gegenüber der bisherigen Bewertung deutlich angehoben. Die bisher nicht in der GOZ gesondert enthaltene Verwendung von Komposit bei plastischen Zahnfüllungen wird als Zusatzleistung beschrieben und auf der Grundlage der im BEMA vorgenommenen Bewertung

angemessen vergütet. Damit wird insbesondere für die bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zulässigen Mehrkostenvereinbarungen bei Zahnfüllungen nach § 28 Abs. 2 SGB V Transparenz im Hinblick auf die für die vereinbarte Mehrleistung zu zahlenden Mehrkosten hergestellt.

- Bei der Neugestaltung der parodontologischen Leistungen (Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses) wurden von der Struktur der vergleichbaren Leistungen des BEMA ausgehend Komplexleistungen für die systematische Behandlung von Parodontalerkrankungen eingefügt. Darüber hinaus werden mit einigen neuen Leistungen, wie z.B. der unterstützenden Parodontalbehandlung, Anreize für eine nachhaltige Parodontaltherapie und damit für eine zahnerhaltende Behandlung gesetzt.
- Im Bereich der Implantologie (Abschnitt K des Gebührenverzeichnisses) haben sich die zahnmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten seit Inkrafttreten der geltenden GOZ erheblich erweitert, so dass der Abschnitt Implantologie des Gebührenverzeichnisses umfassend neu zu gestalten war. Dabei wurden einige typische implantologische Leistungen, die derzeit nur mit Leistungen aus dem Gebührenverzeichnis der GOÄ oder mit Hilfe von Analogbewertungen berechnet werden können, als Komplexleistungen ausgestaltet und in die GOZ aufgenommen.

5. Gleichstellungspolitische Relevanz

Anhaltspunkte für eine geschlechtsspezifische Differenzierung des zahnärztlichen Aufwands bei der Erbringung der einzelnen Leistungen des Gebührenverzeichnisses liegen nicht vor. Daher ergeben sich aus den Änderungen der GOZ keine gleichstellungspolitischen Auswirkungen.

III. Finanzielle Auswirkungen

Insgesamt führen die neuen Leistungsbeschreibungen und Bewertungen (Punktzahlen) zu einer rechnerischen Steigerung des privatärztlichen Honorarvolumens von rd. 10 v.H.. Hinzu kommt eine Anhebung des Punktwertes um rd. 0,4 v.H., was insgesamt zu einer Steigerung des Honorarvolumens von rd. 10,4 v.H. oder rd. 435 Mio. € führt. Dieser Betrag verteilt sich auf die Kostenträger wie folgt: private Haushalte rd. 179 Mio. € (umfasst alle Ausgaben der privaten Haushalte für privatärztliche Leistungen, wie z.B. vereinbarte Selbstbehalte, Zahlungen für Mehrkostenvereinbarungen und Zahlung nicht zur Erstattung eingereicherter

Rechnungen), private Krankenversicherungsunternehmen rd. 170 Mio. €, Beihilfekostenträger sowie Post- und Bahnbeamtenkrankenversorgung rd. 86 Mio. €.

Die Vergütungen der GOZ wurden seit 1988 nicht angepasst. Aber auch ohne finanziell wirksame Veränderung der GOZ zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Ausgaben für Zahnbehandlung im Privatbereich. Insgesamt ist davon auszugehen, dass mit einer Steigerung des Honorarvolumens von insgesamt rd. 10,4 v.H. unter Berücksichtigung des bisherigen Ausgabenanstieges ohne Veränderung der GOZ eine angemessene Anpassung an die Kosten- und Einkommensentwicklung erfolgt.

Abschätzung der finanziellen Auswirkungen

Zur Abschätzung der finanziellen Auswirkungen der GOZ-Novelle wurde u.a. eine Gegenüberstellung der bisherigen und der neuen Gebührenpositionen der GOZ erarbeitet, die anhand von Annahmen zum derzeitigen und künftigen Abrechnungsgeschehen die finanziellen Auswirkungen quantifiziert, die mit der Neufassung des Gebührenverzeichnisses verbunden sind. In diese Quantifizierung sind eine Vielzahl von Annahmen über das derzeitige und das künftige privatärztliche Abrechnungsgeschehen eingegangen. Zwar ist davon auszugehen, dass sich mögliche Ungenauigkeiten einzelner Annahmen in ihrem Gesamteffekt kompensieren. Grundsätzlich ist es jedoch nicht möglich, alle Änderungen des zukünftigen Abrechnungsverhaltens vollständig zu erfassen. Vor diesem Hintergrund wird die Entwicklung der Ausgaben für die privatärztliche Behandlung nach Inkrafttreten der GOZ-Novelle sorgfältig zu beobachten und zu analysieren sein. Sofern der Honorarzuwachs durch die GOZ-Novellierung von dem prognostizierten Umfang erheblich abweicht, wird eine Nachjustierung zu erwägen sein.

Die finanziellen Auswirkungen der Verordnung werden sich entsprechend in den Ausgaben der privaten Krankenversicherungsunternehmen und der Beihilfekostenträger sowie der Privathaushalte für privatärztliche Leistungen niederschlagen. Bei den privaten Krankenversicherungsunternehmen wird die Ausgabenerhöhung für privatärztliche Leistungen im Rahmen der regelmäßigen Überprüfung der Prämienkalkulation zu berücksichtigen sein. Insoweit sind – in allerdings geringem Umfang – Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, nicht auszuschließen.

IV. Bürokratiekosten

Eine Regelung von Vergütungen für Dienstleistungen kommt nicht ohne Informationspflichten aus. Aus Gründen des Verbraucherschutzes sind Informationspflichten erforderlich, um die Transparenz der Rechnungslegung sicherzustellen. Dies gilt in gleicher Weise für die kostenerstattenden Stellen.

Die nach dem Standardkostenmodell bei den Leistungserbringern vom Statistischen Bundesamt geschätzten Gesamtkosten für die Rechnungsstellung nach der geltenden GOZ betragen rd. 83 Mio. €. Dieser Betrag entspricht rd. 1,4 % des Gesamtumsatzes und ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Leistungsabrechnung zum überwiegenden Teil unmittelbar aus der unternehmerischen Tätigkeit folgt und auch im Eigeninteresse der Zahnärzte geschieht; nur ein kleinerer Teil der Kosten für die Rechnungslegung – in der Größenordnung von rd. 9 Mio. € - geht auf spezifische Vorgaben des privatärztlichen Gebührenrechts zurück (z.B. die Begründungspflicht bei der Berechnung schwellenwertüberschreitender Gebühren) zurück .

Informationspflichten dienen - insbesondere bei einem Einzelleistungsvergütungssystem - auch dazu, einerseits eine unangemessene Kumulation von Vergütungen zu vermeiden und andererseits dem Leistungsbringer die Möglichkeit zu geben, in bestimmten Situationen den im einzelnen Behandlungsfall höheren Aufwand auch in Rechnung stellen zu können. Die Möglichkeit, in bestimmten Ausnahmefällen von der GOZ oder einzelnen Abrechnungsbestimmungen mit einer entsprechenden Begründung oder durch eine abweichende Vereinbarung abweichen zu können, liegt auch im Interesse des Leistungserbringers. Mit diesem Interesse korrespondiert die auferlegte Informationspflicht gegenüber dem zahlungspflichtigen Patienten.

1. Bürokratiekosten der Wirtschaft

Für die zahnärztlichen Praxen werden mehrere neue Informationspflichten geschaffen:

- Information des zahlungspflichtigen Patienten über eine Vereinbarung von abweichenden Vergütungsregelungen zwischen Kostenträger und Zahnarzt (§ 2a)
- Vorlage eines Kostenvoranschlages für zahntechnische Leistungen und Preise (§ 9)
- Im Gebührenverzeichnis werden mehrere neue Möglichkeiten zur Abweichung von bestehenden Abrechnungsbestimmungen geschaffen, die mit neuen Begründungspflichten verbunden sind. Hierzu gehören:

- Die Vereinbarung über Mehrkosten bei Verwendung besonderer Materialien und zur Ausgestaltung der Abschlagszahlungen im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung sowie
- die Möglichkeit zur Abweichung von Abrechnungsbestimmungen in bestimmten besonderen Situationen (Leistungen nach den Nummern 61, 215 bis 218, 420 bis 423, 505 und 506, 605, 620, 700 bis 715).

Der mit der Einführung der genannten Informationspflichten verbundene Aufwand hängt wesentlich davon ab, in welchem Umfang entsprechende Vereinbarungen über abweichende Vergütungen oder besondere Materialien getroffen werden oder bestimmte Fallkonstellationen bei der Abrechnung von einzelnen Gebührenpositionen auftreten. Die Häufigkeit dieser Fälle kann im vorhinein nicht sicher eingeschätzt werden. Es dürfte sich aber insbesondere bei den Begründungspflichten zu einzelnen Leistungen des Gebührenverzeichnisses bezogen auf das gesamte Leistungsgeschehen um Ausnahmefälle handeln.

Die Informationspflicht zu § 9 (Kostenvoranschlag zu den zahntechnischen Leistungen) ist eine neue bisher nicht explizit in der GOZ enthaltene Informationspflicht des Zahnarztes. Ausgehend von einer geschätzten Zahl von bis zu 2,2 Millionen Fällen im Jahr und den für den Heil- und Kostenplan in der vertragszahnärztlichen Versorgung mit Zahnersatz im Rahmen der Messung zum Standardkostenmodell vom Statistischen Bundesamt angenommenen Zeit- und Kostenansätzen ergeben sich durch die Neuregelung des § 9 GOZ Kosten in Höhe von bis zu 2,1 Mio. € pro Jahr.

Der mit den neu eingeführten Informationspflichten verbundene Aufwand kann seitens der Leistungserbringer z.B. durch einen noch stärkeren Einsatz der elektronischen Datenverarbeitung oder der Bündelung von Einzelrechnungen für bestimmte Zeiträume reduziert werden. Gleichzeitig werden durch die Neufassung des Gebührenverzeichnisses eine Reihe von bisher zwischen Zahnärzten und kostenerstattenden Stellen strittigen Fragen zur Abrechnung bestimmter Leistungen geklärt. Hierdurch entfällt der damit verbundene Verwaltungsaufwand bei kostenerstattenden Stellen, zahlungspflichtigen Patienten und Zahnärzten. Darüber hinaus können durch die neu geschaffenen Gestaltungsspielräume für Zahnärzte, zahlungspflichtige Patienten und Kostenträger zur Abweichung von der GOZ auch Regelungen getroffen werden, die den Verwaltungsaufwand bei der Abrechnung privat Zahnärztlicher Leistungen reduzieren.

In der Gesamtbetrachtung ist davon auszugehen, dass es durch die Verordnung zu keinen wesentlichen Änderungen der Bürokratiekosten für die zahnärztlichen Praxen kommt.

2. Bürokratiekosten für Bürgerinnen und Bürger

Es werden keine Informationspflichten für Bürgerinnen und Bürger eingeführt, geändert oder aufgehoben.

3. Bürokratiekosten für die Verwaltung

Es werden keine Informationspflichten für die Verwaltung eingeführt, geändert oder aufgehoben.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte)

Zu Nummer 1 (§ 2)

Zu Buchstabe a (Überschrift)

Die Überschrift des § 2 wird zur Abgrenzung gegenüber dem neuen § 2a ergänzt. Mit dem neuen § 2a wird die Möglichkeit zur umfassenderen abweichenden Vereinbarung mit dem Zahlungspflichtigen nach Maßgabe von Verträgen zwischen Zahnärzten und Kostenträgern geschaffen. § 2 regelt – wie bisher – die Möglichkeit der abweichenden Vereinbarung mit dem Zahlungspflichtigen zur Gebührenhöhe.

Zu Buchstabe b (Absatz 1)

Mit der Neufassung des Absatzes 1 wird die Regelung über die individuelle abweichende Vereinbarung mit dem Zahlungspflichtigen an die Formulierung der entsprechenden Regelung in der GOÄ angeglichen. Die Präzisierung der materiellen Voraussetzungen für die abweichende Vereinbarung stellt die für den Zahlungspflichtigen notwendige Transparenz sicher.

Die Vereinbarung eines abweichenden Punktwertes oder einer abweichenden Punktzahl ist in Satz 2 ausdrücklich ausgeschlossen, da es sich hierbei um unselbständige rechnerische Bestandteile der Gebühr handelt, die dem Zahlungspflichtigen keinen Aufschluss über die tatsächliche Gebührenhöhe geben. Der Ausschluss entspricht der bereits gängigen Praxis und der vorherrschenden Auslegung des geltenden Rechts im Hinblick auf die Zulässigkeit abweichender Vereinbarungen. Die Regelung in Satz 3 stellt klar, dass entsprechend der geltenden Rechtsgrundsätze zur unterlassenen Hilfeleistung Notfall- und akute Schmerzbehandlungen nicht von einer abweichenden Vergütungsvereinbarung abhängig gemacht werden dürfen.

Zu Buchstabe c (Absatz 2)

Mit den Änderungen des Absatzes 2 erfolgt ebenfalls eine Angleichung an die entsprechende Regelung der GOÄ.

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz: 1)

Entsprechend der Vorgaben der Rechtsprechung zu den Anforderungen an eine wirksame abweichende Vereinbarung wird in Satz 1 klargestellt, dass die Vereinbarung nach persönlicher Absprache im Einzelfall zu treffen ist.

Zu Doppelbuchstabe bb (Satz: 2)

In Satz 2 werden die inhaltlichen Anforderungen an die schriftliche Vereinbarung präzisiert.

Zu Buchstabe d (Absatz 3)

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz: 1)

In Satz 1 wird nunmehr festgelegt, dass alle Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen und auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht werden (sog. Verlangensleistungen nach § 1 Abs. 2 Satz 2), zuvor in einem Therapie- und Kostenplan einschließlich der Vergütungen schriftlich vereinbart werden müssen. Die bisherige Beschränkung des Erfordernisses eines Therapie- und Kostenplans auf Leistungen, die nicht in den Gebührenverzeichnissen der GOZ oder der GOÄ enthalten sind, entfällt. Die insoweit erweiterte Verpflichtung zur Vereinbarung eines Therapie- und Kostenplans trägt dem Bedürfnis des Zahlungspflichtigen nach Information über die geplanten Leistungen und die voraussichtlich entstehenden Kosten und damit der Transparenz und dem Patientenschutz auch bei Verlangensleistungen Rechnung.

Zu Doppelbuchstabe bb (Satz: 3)

Die Änderung in Satz 3 ist eine Folgeänderung zur Neufassung des § 6.

Zu Buchstabe e (Absatz 4)

Der neue Absatz 4 beinhaltet eine Anpassung an das neue Gebührenverzeichnis und an die GOÄ. Die in Satz 1 genannten Leistungen wurden bislang nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ berechnet. Mit dieser Verordnung werden sie in das Gebührenverzeichnis der GOZ eingegliedert. Daher wird für den Ausschluss der Möglichkeit einer abweichenden Vereinbarung für diese Leistungen – bisher in der GOÄ geregelt – eine entsprechende Regelung in der GOZ geschaffen.

Die Einschränkung der abweichenden Vereinbarung auf vom Wahlzahnarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen in Satz 2 entspricht ebenfalls einer Regelung

der GOÄ. Damit wird dem Interesse des Zahlungspflichtigen an der persönlichen Leistungserbringung durch den Wahlzahnarzt im Rahmen einer wahlzahnärztlichen Vereinbarung Rechnung getragen.

Zu Nummer 2 (§ 2a)

Mit dem neuen § 2a wird – neben der in der geltenden GOZ bereits bestehenden Möglichkeit einer abweichenden Vereinbarung hinsichtlich der Gebührenhöhe (§ 2) - eine weitergehende Möglichkeit einer abweichenden Vereinbarung mit dem Zahlungspflichtigen geschaffen. Diese abweichende Vereinbarung hat nach Maßgabe von Verträgen zwischen Zahnärzten und Kostenträgern zu erfolgen. Sie ist damit auf Vereinbarungen beschränkt, deren Inhalt durch Verträge zwischen Zahnärzten und Kostenträgern vorgegeben ist. Diese Beschränkung dient dem Schutz der Patienteninteressen. Der zahlungspflichtige Patient kann bei Verträgen zwischen seinem Kostenträger und Zahnärzten davon ausgehen, dass diese Verträge das Ergebnis von Verhandlungen gleichwertiger Vertragspartner abbilden. Darüber hinaus kann er auch davon ausgehen, dass die im Rahmen solcher Vereinbarungen vorgesehenen Vergütungen für zahnärztliche Leistungen durch seinen Kostenträger erstattet werden; auch dies liegt im Interesse des zahlungspflichtigen Patienten.

Mit der neuen in § 2a vorgesehenen Regelung wird Unternehmen der privaten Krankenversicherung und Beihilfekostenträgern (Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften) erstmals die Möglichkeit gegeben, mit Zahnärzten oder Gruppen von Zahnärzten Verträge über die Vergütungen für die privat Zahnärztliche Versorgung abweichend von der GOZ zu schließen. Rechtliche Wirkung für die Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen mit dem Zahlungspflichtigen erhalten die Verträge jedoch erst, wenn der Zahlungspflichtige der Anwendung des Vertrages zugestimmt hat. Stimmt der Zahlungspflichtige nicht zu, bleibt es bei der Anwendung der GOZ.

In den Verträgen können Kostenträger und Zahnärzte nicht nur in der Höhe von der GOZ abweichende Vergütungen vorsehen. Sie können auch andere Vergütungsstrukturen, z.B. durch abweichende Leistungsbeschreibungen oder Beschreibung von Leistungskomplexen, schaffen sowie z.B. Pauschalvergütungen oder Zeithonorare vereinbaren. Insbesondere Aspekte der Qualitätssicherung können in abweichende Vergütungsvereinbarungen einbezogen werden. Damit erhalten die Kostenträger und die Zahnärzte die Möglichkeit, privat Zahnärztliche

Vergütungsregelungen – unabhängig von erfahrungsgemäß nur in größeren Zeitabständen erfolgenden Novellierungen der GOZ – flexibel anzupassen. Ferner wird mit dieser Öffnung für den privatärztlichen Bereich eine im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung bereits erfolgte Entwicklung nachvollzogen. Denn die gesetzlichen Krankenkassen haben die Möglichkeit, Einzelverträge mit Leistungserbringern zu schließen.

Aus wettbewerbs-/kartellrechtlichen Gründen können Vertragspartner auf Seiten der Kostenträger nur einzelne Unternehmen oder Gruppen von Unternehmen und auf Seiten der Zahnärzteschaft nur Zahnärzte oder Gruppen von Zahnärzten sein. Größere Kooperationen würden im Hinblick auf die vertraglichen Vereinbarungen zur Vergütungshöhe (Preisabsprachen) eine unzulässige Kartellbildung darstellen. Um ggfs. einen einheitlichen Rahmen z.B. hinsichtlich der Leistungsbeschreibungen oder der Bewertungsrelationen zu schaffen, können allerdings die Bundeszahnärztekammer sowie zahnärztliche Berufsverbände oder Fachgesellschaften mit dem Verband der privaten Krankenversicherung oder mit einzelnen Unternehmen der privaten Krankenversicherung sowie mit den Beihilfekostenträgern Rahmenempfehlungen – auch insoweit unter Beachtung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen – hierüber abschließen.

Im Hinblick auf den in der Regel ergänzenden Charakter der privaten Restkostenversicherung bei beihilfeberechtigten Beamten ist davon auszugehen, dass die Beihilfekostenträger beim Abschluss von Verträgen auf die erforderliche Kongruenz mit den privaten Restkostenversicherungen der beihilfeberechtigten Beamten achten werden, um die praktische Umsetzung solcher Vereinbarungen zu erleichtern.

Die in den Verträgen vorgesehene Vergütung bedarf nach Absatz 2 für ihre Anwendung im konkreten Einzelfall der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Zahlungspflichtigen gegenüber dem Zahnarzt. Dies stärkt die Position des zahlungspflichtigen Patienten, der nicht an dem Abschluss des Vertrages oder der zugrunde liegenden Rahmenempfehlung beteiligt ist. Er erhält mit dem Erfordernis der Zustimmung das Recht, gegenüber dem Zahnarzt auf der Anwendung der GOZ zu bestehen. Damit bleibt die in einer staatlichen Gebührenordnung liegende Schutzfunktion für den Zahlungspflichtigen erhalten. Die mit der Regelung in Absatz 1 geschaffene Öffnungsmöglichkeit hebt die Schutzfunktion der GOZ nicht aus; sie stellt für den Zahlungspflichtigen und den Zahnarzt eine zusätzliche Option der Vergütungsregelung dar, für die er sich frei entscheiden kann. In dem Schriftstück, mit dem der Patient vor der Leistungserbringung seine Zustimmung erteilen soll, ist er

über die Vertragsparteien und den wesentlichen Inhalt des Vertrages in verständlicher Form zu informieren. Darüber hinaus hat das Schriftstück den Hinweis auf sein Recht zum Widerruf seiner Zustimmung zu enthalten.

Der Zahlungspflichtige erhält in Satz 2 das Recht, seine Zustimmung innerhalb von einer Woche zu widerrufen. Mit der Regelung, dass im Falle des Widerrufs die zu diesem Zeitpunkt begonnenen und noch nicht abgeschlossenen Leistungen des Gebührenverzeichnisses bereits nicht mehr nach dem Vertrag, sondern nach der GOZ abgerechnet werden, wird den Interessen und dem Schutzbedürfnis des zahlungspflichtigen Patienten Rechnung getragen.

In Satz 3 wird eine Bindung an den Vertrag – sofern der Zahlungspflichtige zugestimmt und seine Zustimmung nicht widerrufen hat – für Zahlungspflichtigen und Zahnarzt von einem Jahr festgelegt. Die Bindungsfrist von einem Jahr entspricht der in der gesetzlichen Krankenversicherung für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung oder der besonderen ambulanten Versorgung nach §§ 73b und 73c SGB V vorgesehenen Bindungsfrist. Durch die Mindestbindung wird Rechts- und Planungssicherheit hinsichtlich der Vergütungsgrundlagen für beide Seiten geschaffen. Nach Ablauf der Bindungsfrist kann die Anwendung des Vertrages von beiden Seiten jederzeit mit einer Frist von vier Wochen gekündigt werden.

Unabhängig von der Bindungsfrist bleibt das Recht des Zahlungspflichtigen bestehen, jederzeit zu einem anderen Zahnarzt zu wechseln, mit der Folge, dass die Bindung an die von der GOZ abweichende Vergütungsvereinbarung entfällt. Gegenüber dem neuen Zahnarzt ist – sofern dieser eine von der GOZ abweichende Vergütungsvereinbarung anbietet - dann zur Anwendung dieser Vergütungsvereinbarung erneut die Zustimmung des Zahlungspflichtigen erforderlich. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen schon aus berufsrechtlichen Gründen nicht verweigert werden und dürfen im Hinblick auf das Recht des Patienten, auf der Anwendung der GOZ zu bestehen, auch nicht von der Zustimmung des Patienten zur Anwendung einer abweichenden Vereinbarung nach Maßgabe von Verträgen zwischen Kostenträgern und Zahnärzten abhängig gemacht werden.

Mit der Regelung in Absatz 3 wird die Öffnung der GOZ auch für den Bereich der stationären privat Zahnärztlichen Leistungen mit den gleichen Vorgaben geschaffen, soweit hier keine eigenständig liquidationsberechtigten Krankenhauszahnärzte wahlzahnärztliche Leistungen erbringen (sog. Beteiligungsvergütung). Maßgebliche Leistungserbringer sind in diesen Fällen die Krankenhausträger, weil die Erbringung der privat Zahnärztlichen Leistungen durch den Krankenhausträger mit von ihm hierzu beauftragten Krankenhauszahnärzten erfolgt. Das von Krankenhausträgern

Krankenhauszahnärzten eingeräumte Recht zur Privatliquidation bleibt durch die Regelung in Absatz 3 unberührt.

Zu Nummer 3 (§ 3)

Die Änderung ist eine Folgeregelung zur Neufassung des § 8.

Zu Nummer 4 (§ 4)

Zu Buchstabe a (Absatz 2)

Die Ergänzung des Absatzes 2 um einen neuen Satz 3 entspricht einer Regelung der GOÄ, die durch Beschluss des Bundesrates zur Vierten Verordnung zur Änderung der GOÄ in § 4 Abs. 2a Satz 2 GOÄ aufgenommen wurde. Nach der dortigen Begründung dient sie der Klarstellung und Verdeutlichung der Anwendung des Ziel- und Komplexleistungsprinzip auch im operativen Bereich.

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.

Zu Buchstabe b (Absatz 3)

Mit der Ergänzung in Absatz 3 Satz 1 wird klargestellt, dass auch die Kosten für Lagerhaltung grundsätzlich als Praxiskosten mit den Gebühren abgegolten sind. Dies entspricht der Rechtsprechung zum bisherigen Recht (BGH, Urteil vom 27. Mai 2004 – III ZR 264/03 -).

Zu Nummer 5 (§ 5)

Zu Buchstabe a (Absatz 1)

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 3)

Ergänzend zu den deutlich honorarsteigernden strukturellen Veränderungen im Gebührenverzeichnis mit einem Effekt von rd. 10 v.H. und unter Berücksichtigung des

bisherigen Honorarvolumenaufstiegs ohne Anpassung der GOZ trägt die Festlegung des Punktwertes in Satz 1 auf 5,65 Cent der wirtschaftlichen Entwicklung Rechnung.

Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 4)

Die Neufassung des Satzes 4 entspricht der Formulierung in § 5 Abs. 1 Satz 4 GOÄ. Damit wird auf die im Geschäftsverkehr allgemein übliche kaufmännische Rundung abgestellt.

Zu Buchstabe b (Absatz 2)

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 2 neu)

Mit dem neu eingefügten Satz 2 wird das in Satz 1 genannte Kriterium Zeitaufwand konkretisiert. Bei der Bestimmung der Gebühren innerhalb des Gebührenrahmens ist danach der tatsächliche Zeitaufwand im konkreten Behandlungsfall im Vergleich zu dem bei vergleichbaren Behandlungen durchschnittlich erforderlichen Zeitaufwand zu berücksichtigen.

Zu Doppelbuchstabe bb (bisheriger Satz 2)

Die Ergänzung des bisherigen Satzes 2 ist eine Folgeänderung zu dem neu eingefügten Absatz 3 und entspricht der Regelung in der GOÄ. Das Kriterium "Schwierigkeit des Krankheitsfalles" darf bei den in Absatz 3 genannten Leistungen nicht zur Begründung der Schwierigkeit der Leistung herangezogen werden.

Zu Doppelbuchstabe cc (bisheriger Satz 4)

Mit der Neufassung des bisherigen Satzes 4 wird der üblichen Abrechnungspraxis, nach der die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung mit dem 2,3fachen Gebührensatz berechnet wird, Rechnung getragen. Diese Praxis wurde auch durch die Rechtsprechung des Bundesgerichtshof bestätigt (BGH-Urteil vom 8. November 2007 – III ZR 54/07 -). Mit dem Hinweis auf die durchschnittliche Leistung ist klargestellt, dass der 2,3fache Gebührensatz nicht schematisch berechnet werden darf; vielmehr ist bei einer einfacheren, unter dem Durchschnitt liegenden Leistung auch ein niedrigerer Gebührensatz zu berechnen.

Mit dem zweiten Halbsatz wird das bisherige Recht übernommen, wonach das Überschreiten des 2,3fachen Gebührensatzes durch Besonderheiten des konkreten Behandlungsfalles nach den Bemessungskriterien des Satzes 1 gerechtfertigt sein muss.

Zu Buchstabe c (Absatz 3)

Der neue Absatz 3 beinhaltet eine Anpassung an das neue Gebührenverzeichnis und an die GOÄ. Die in Satz 1 genannten Leistungen wurden bislang nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ berechnet. Mit dieser Verordnung werden sie in das Gebührenverzeichnis der GOZ eingegliedert. Daher ist – wie bisher nach der entsprechenden Regelung der GOÄ – für diese Leistungen der kleinere Gebührenrahmen vorgegeben.

Zu Nummer 6 (§ 5a)

Die Regelung in § 5a, nach der die Gebühren für Leistungen des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung mit einem bestimmten Gebührensatz zu berechnen sind, ist aufgrund der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 28. März 2007 geschaffenen Regelung des § 75 Abs. 3a SGB V gegenstandslos geworden und daher aufzuheben. Aufgrund der Regelung in § 1 Abs. 1 GOZ, wonach die Gebühren für zahnärztliche Leistungen nach dieser Verordnung bestimmt werden, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist, geht § 75 Abs. 3a Satz 2 SGB V als höherrangiges Recht der Regelung des § 5a GOZ vor.

Die Vorschrift des § 75 Abs. 3a Satz 2 SGB V begrenzt die Vergütung von in brancheneinheitlichen PKV-Standardtarifen nach § 257 Abs. 2a i.V. m. § 314 SGB V sowie § 257 Abs. 2a i.V. m. § 315 SGB V bzw. im Basistarif nach § 12 Abs. 1a VAG versicherten Leistungen auf einen bestimmten Gebührensatz. Die Begrenzung der Vergütung ist auf die in den genannten Tarifen versicherten Leistungen bezogen und gilt daher unabhängig davon, ob diese Leistungen von Vertrags(zahn)ärzten oder Privat(zahn)ärzten erbracht werden. Eine Einschränkung der Geltung nur für Vertrags(zahn)ärzte lässt sich dieser Vorschrift nicht entnehmen und war vom Gesetzgeber nicht intendiert.

Allerdings werden im Unterschied zu Vertrags(zahn)ärzten Privat(zahn)ärzte nicht von der Regelung zur Sicherstellung der Leistungen nach § 75 Abs. 3a Satz 1 SGB V über die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung erfasst. Soweit zwischen Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen bzw. der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der privaten Krankenversicherung abweichende Vergütungsvereinbarungen nach § 75 Abs. 3b SGB V getroffen werden, gelten diese ebenfalls nur für die Vertrags(zahn)ärzte.

Für wahl(zahn)ärztliche Leistungen hat die Gebührenbegrenzung nach § 75 Abs. 3a Satz 2 SGB V keine Wirkung, weil diese Leistungen nicht in den Standardtarifen bzw. dem Basistarif versichert sind.

Zu Nummer 7 (§ 6)

Die Regelung in Absatz 1 Satz 1 ermöglicht die Berechnung von Leistungen, die nicht in das Gebührenverzeichnis der GOZ aufgenommen worden sind, mit einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung (sog. Analogbewertung). Die bisher geltende Regelung, die dies erst für nach Inkrafttreten der GOZ aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelter Verfahren zuließ, hat sich nicht bewährt.

Voraussetzung für die Anwendung der Analogbewertung ist jedoch – wie in der vergleichbaren Regelung der GOÄ – nach wie vor, dass es sich um eine selbständige zahnärztliche Leistung und keine besondere Ausführung oder Teilleistung einer bereits im Gebührenverzeichnis der GOZ enthaltenen Leistung handeln muss.

Satz 2 stellt klar, dass bei der Analogbewertung zunächst eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung aus dem Gebührenverzeichnis der GOZ heranzuziehen ist und für den Analogabgriff erst nachrangig eine Leistung aus den nach Absatz 2 eröffneten Leistungen des Gebührenverzeichnisses der GOÄ als Analogbewertung in Frage kommt.

Absatz 2 regelt den gebührenrechtlichen Zugriff auf die Leistungen, die im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind. Durch die Übernahme der häufig in der zahnärztlichen Praxis anfallenden allgemeinen Beratungs-, Untersuchungs- und Röntgenleistungen in das Gebührenverzeichnis der GOZ enthält dieses Gebührenverzeichnis grundsätzlich alle häufig in der zahnärztlichen Praxis anfallenden Leistungen. In bestimmten Fällen ist es jedoch möglich, dass der Zahnarzt auch Leistungen erbringen kann, die nicht im Gebührenverzeichnis der GOZ enthalten sind, aber im Gebührenverzeichnis der GOÄ beschrieben werden. Vor diesem Hintergrund wird der gebührenrechtliche Zugriff auf einige Abschnitte, Unterabschnitte oder bestimmte Leistungen des Gebührenverzeichnisses der GOÄ gegenüber dem bisher geltenden privat Zahnärztlichen Gebührenrecht eingeschränkt.

Zwingende Voraussetzung für die Berechnung einer Leistung nach GOÄ durch den Zahnarzt ist, dass der Zahnarzt diese Leistung berufsrechtlich erbringen darf. Der gebührenrechtlich zulässige Zugriff auf eine Leistung aus dem Gebührenverzeichnis

der GOÄ ersetzt diese Voraussetzung nicht. Das zahnärztliche Berufsrecht ist insoweit dem privat Zahnärztlichen Gebührenrecht vorgelagert. Aus der Nennung eines Abschnittes oder Unterabschnittes des Gebührenverzeichnisses der GOÄ in Absatz 2 kann somit nicht gefolgert werden, dass ein Zahnarzt alle in diesem Abschnitt oder Unterabschnitt aufgeführten Leistungen berufsrechtlich erbringen und gebührenrechtlich berechnen darf.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass ein Zugriff auf das Gebührenverzeichnis der GOÄ nur dann gebührenrechtlich zulässig ist, wenn die zu berechnende Leistung nicht im Gebührenverzeichnis der GOZ enthalten ist. Es ist z.B. für das Aufbereiten eines Wurzelkanals (GOZ Nr. 250) nicht möglich, die in dem Gebührenverzeichnis der GOÄ enthaltenen Leistungen nach den Nummern 321 (Untersuchung von natürlichen Gängen oder Fisteln), 370 (Einbringung eines Kontrastmittels zur Darstellung natürlicher oder künstlicher Gänge) oder 5260 (Röntgenuntersuchung natürlicher künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge) zu berechnen, da der Gebührentatbestand durch die o.g. GOZ Nummer 250 als speziellere Regelung wiedergegeben wird.

Zu Nummer 8 (§ 7)

Zu Buchstabe a (Absatz 1)

Zu Doppelbuchstaben aa und bb (Sätze 1 und 2)

Mit den Ergänzungen in den Sätzen 1 und 2 wird in Angleichung an die entsprechende Regelung in § 6a der GOÄ klargestellt, dass sich die Minderungspflicht auch auf die im Gebührenverzeichnis als Zuschläge bezeichneten Gebührenpositionen bezieht.

Zu Doppelbuchstabe cc (Satz 3 neu)

Mit dem neuen Satz 3 wird im Hinblick auf die Ergänzungen in den Sätzen 1 und 2 – wie in der GOÄ – klargestellt, dass sich die Minderungspflicht nicht auf den Zuschlag für die beleg Zahnärztliche Visite erstreckt.

Zu Buchstabe b (Absatz 2)

Mit dem neuen Absatz 2 wird in Angleichung an die Formulierung in der GOÄ klargestellt, dass trotz Nichtabgeltung der von der Gebührenminderung nicht erfassten

Kosten eine gesonderte Berechnung durch den liquidierenden Zahnarzt zu unterbleiben hat. Entschädigungen und Auslagen können daneben nach den §§ 8 und 9 berechnet werden.

Zu Nummer 9 (§ 8)

Mit der Neufassung des § 8 wird die Regelungssystematik der GOÄ zu Entschädigungen (Wegegeld und Reiseentschädigungen) übernommen. Die Absätze 1 bis 3 entsprechen den §§ 7 bis 9 der GOÄ. Die Beträge werden entsprechend der Kostensteigerung seit 1996 (Inkrafttreten der letzten GOÄ-Novellierung bis zum Inkrafttreten der neuen GOZ) angepasst. Die Erhöhung des Kostenanteils orientiert sich an den Angaben des Statistischen Bundesamtes zum Verbraucherpreisindex im Bereich Waren und Dienstleistungen für Privatfahrzeuge. Die Erhöhung des Aufwandsanteils entspricht der allgemeinen mit dieser Verordnung vorgesehenen Honorarsteigerung.

Zu Nummer 10 (§ 9)

Zu Buchstabe a (Absatz 1)

In Absatz 1 wird die bisherige Regelung unverändert übernommen.

Zu Buchstabe b (Absatz 2)

Mit dem neuen Absatz 2 wird der Zahnarzt verpflichtet, dem Zahlungspflichtigen vor der Behandlung einen Kostenvoranschlag über die voraussichtlichen Kosten der zahntechnischen Leistungen vorzulegen. Damit wird für den Zahlungspflichtigen Transparenz auch hinsichtlich der Kosten für zahntechnische Leistungen geschaffen, die der Zahnarzt nach Absatz 1 als Auslagen abrechnen kann. Der Kostenvoranschlag ist ebenso wie der Kostenvoranschlag des mit der Ausführung der zahntechnischen Leistungen beauftragten gewerblichen Labors auch vorzulegen, wenn die zahntechnischen Leistungen im praxiseigenen Labor des Zahnarztes erstellt werden. Für den Kostenvoranschlag ist die Textform nach § 126b des Bürgerlichen Gesetzbuchs vorgesehen, da diese zur Dokumentation und Information für den Zahlungspflichtigen angemessen ist.

Die Verpflichtung zur Vorlage des Kostenvoranschlags ist auf Fälle, in denen die voraussichtlichen Kosten 150 Euro überschreiten, beschränkt, um unverhältnismäßigen Aufwand bei z.B. kleineren Reparaturen zu vermeiden.

Der notwendige Inhalt des Kostenvoranschlags wird in Satz 2 festgelegt. Durch präzise Angaben zu Leistungen und Preisen wird die Nachvollziehbarkeit für den Zahlungspflichtigen sichergestellt. Die Angabe der Berechnungsgrundlage, z.B. nach bestimmten Leistungsverzeichnissen, ist für den Zahlungspflichtigen im Hinblick auf die mögliche Erstattung durch seinen Kostenträger von Bedeutung.

Das Erfordernis der Angabe des Herstellungsortes, das sich auch auf Teilleistungen bezieht, dient der Transparenz für den Zahlungspflichtigen, der im Zusammenhang mit den voraussichtlichen Kosten auch ein Interesse an einer Information über die Herkunft der zahntechnischen Leistungen hat.

Da die Angaben im Kostenvoranschlag für den Laien möglicherweise nicht leicht zu verstehen sind, ist ihm nach Satz 3 auf Verlangen der Inhalt vom Zahnarzt näher zu erläutern.

Die in Satz 4 enthaltene Unterrichtungspflicht bei zu erwartender Überschreitung der im Kostenvoranschlag angegebenen Kosten um mehr als 15 % entspricht der Regelung in § 650 Abs. 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs und der hierzu ergangenen Rechtsprechung.

Zu Nummer 11 (§ 10)

Zu Buchstabe a (Absatz 2)

Mit den Änderungen und Ergänzungen in Absatz 2 werden im Wesentlichen die Formulierungen der entsprechenden Regelung in § 12 Abs. 2 der GOÄ übernommen.

Zu Doppelbuchstabe aa (Nummer 2)

Soweit die Abrechnungsfähigkeit der Leistung nach deren Leistungsbeschreibung im Gebührenverzeichnis von einer bestimmten Mindestdauer abhängt, ist die Angabe der Mindestdauer in der Rechnung zur Herstellung der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Rechnung für den Zahlungspflichtigen unverzichtbar.

Zu Doppelbuchstabe bb (Nummer 3)

Die Änderung in Nr. 3 ist eine redaktionelle Anpassung an den durch Artikel 21 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) i.V. m. Artikel 7 der Verordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750) geänderten § 7.

Zu Doppelbuchstabe cc (Nummer 4)

Die Neufassung der Nr. 4 ist eine redaktionelle Anpassung an den mit dieser Verordnung neu gefassten § 3.

Zu Doppelbuchstabe dd (Nummer 6)

Die Ergänzung der Nr. 6 übernimmt die entsprechende Regelung der GOÄ. Belege oder sonstige Nachweise über Art, Menge und Preis der verwendeten Materialien sind zur Nachvollziehbarkeit der Rechnung für den Zahlungspflichtigen erforderlich. Die Bagatellgrenze entspricht der Höhe nach der in der GOÄ vorgesehenen Grenze.

Zu Buchstabe b (Absatz 3)

Mit den Änderungen in Absatz 3 werden die durch die Vierte Verordnung zur Änderung der GOÄ in § 12 Abs. 3 GOÄ eingefügten Formulierungen übernommen.

Zu Doppelbuchstabe aa (Satz 1)

Mit der Neufassung des Satzes 1 werden die Anforderungen an die Begründungspflicht für Berechnungen oberhalb des Schwellenwertes präzisiert und damit die der Transparenz dienende Funktion der Begründungspflicht verdeutlicht. Als Folgeregelung zu § 5 Abs. 3 neu wird klargestellt, dass die Begründungspflicht gleichermaßen bei Überschreiten des für die dort genannten Leistungen geltenden Schwellenwertes gilt.

Zu Doppelbuchstabe bb (Satz 3 neu)

Mit dem neuen Satz 3 wird klargestellt, dass auch bei einer abweichenden Honorarvereinbarung nach § 2 dieser Verordnung auf Verlangen des Zahlungspflichtigen eine Begründung der unabhängig von der Vereinbarung gerechtfertigten schwellenwertüberschreitenden Gebührenbemessung zu erteilen ist. Dies ist für den Zahlungspflichtigen für die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber Dritten (z.B. einem privaten Krankenversicherungsunternehmen) von Bedeutung.

Zu Buchstabe c (Absatz 4)

Die Änderung ist eine Folgeregelung zur Neufassung des § 6.

Zu Buchstabe d (Absätze 6 und 7 neu)

Mit dem neuen Absatz 6 wird klargestellt, dass der Betroffene der Übermittlung seiner Daten an eine privat Zahnärztliche Verrechnungsstelle oder eine andere Stelle, die zur Erstellung der Rechnung vom Zahnarzt beauftragt wird, schriftlich zustimmen und den Zahnarzt insoweit von der Schweigepflicht schriftlich entbinden muss. Damit wird dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung und den von der Rechtsprechung im Zusammenhang mit der zahnärztlichen Schweigepflicht aufgestellten Grundsätzen Rechnung getragen.

Mit dem neuen Absatz 7 wird die Möglichkeit der Vereinbarung einer Vorauszahlung geregelt. Mit der Vereinbarung einer Vorauszahlung bei – auf einen Behandlungszeitraum von drei Monaten bezogenen – teureren Behandlungen wird dem wirtschaftlichen Interesse des Zahnarztes, der regelmäßig mit seiner Behandlung in Vorleistung geht, Rechnung getragen. Zum Schutz des Zahlungspflichtigen wird die Vorauszahlung der Höhe nach auf 30 Prozent des voraussichtlichen Gesamtbetrages begrenzt.

Zu Nummer 12 (§ 11)

Mit dem neuen § 11 wird die bereits weggefallene Berlin-Klausel durch eine Übergangsvorschrift ersetzt.

Nummer 1 stellt klar, dass für die Abrechnung von Leistungen, die vor Inkrafttreten der neuen Gebührenordnung erbracht worden sind, weiterhin die Gebührenordnung in der bis dahin geltenden Fassung anzuwenden ist.

In Nummer 2 wird eine Übergangsregelung getroffen für Fälle, in denen die Behandlung vor Inkrafttreten dieser Verordnung begonnen, aber erst nach deren Inkrafttreten beendet werden. Für die in den genannten Gebührenpositionen zusammengefassten Komplexleistungen, deren Erbringung sich typischerweise über einen Zeitraum von mehreren Sitzungen erstrecken kann, wird die Weitergeltung der vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung geltenden Verordnung bestimmt, wenn die Leistung vor dem Inkrafttreten begonnen und noch nicht beendet wurde.

Wird bei einer kieferorthopädischen Behandlung, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung begonnen wurde, im Rahmen des Behandlungsplans eine über den

2,3fachen Gebührensatz hinausgehender Gebührensatz für bestimmte Leistungen begründet, so kann dieser Gebührensatz ohne erneute Begründung auch angewendet werden, wenn diese Leistungen nach Inkrafttreten dieser Verordnung erbracht werden und nach dem neuen Gebührenverzeichnis abzurechnen sind. Dadurch wird unnötiger Bürokratieaufwand vermieden.

Zu Nummer 13 (§ 12)

Der bisherige § 12 regelte das Inkrafttreten der Gebührenordnung vom 22. Oktober 1987 und eine Übergangsregelung zur früheren Gebührenverordnung und kann entfallen.

Zu Nummer 14 (Anlage Gebührenverzeichnis)

Zu Abschnitt A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen

Die Neufassung des Abschnitts A des Gebührenverzeichnisses der GOZ beinhaltet eine Neuordnung der allgemeinen zahnärztlichen Leistungen auf der Grundlage der bisher in Abschnitt A der geltenden GOZ, in Abschnitt B I (allgemeine Beratungen und Untersuchungen) und O I (Strahlendiagnostik) der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) enthaltenden allgemeinen Beratungsleistungen bzw. Röntgenleistungen, die typischerweise auch von Zahnärzten erbracht und im Rahmen des bisher geltenden privat Zahnärztlichen Gebührenrechts berechnet werden konnten. Diese Leistungen werden in Abschnitt A des Gebührenverzeichnisses der GOZ zusammengefasst. Dabei ist der Systematik der GOÄ folgend eine im Vergleich zum BEMA differenziertere Abbildung der allgemeinen Beratungs- und Untersuchungsleistungen beibehalten und weiterentwickelt worden.

Zu den Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt A. I.

Die Abrechnungsbestimmungen Nummer 1 und 2 führen die bisherige Systematik der GOZ fort, dass neben den Gebühren nach dieser Verordnung nur diejenigen Materialien gesondert berechnet werden können, für die dies in den allgemeinen Vorschriften oder im Gebührenverzeichnis bestimmt wird.

Die Kosten chirurgischer Abdecksets sind nur bei bestimmten - nicht abschließend aufgeführten - Eingriffen gesondert berechnungsfähig, bei denen besonders hohe Anforderungen ein spezielles Abdeckset erforderlich machen. Die Verwendung eines ggf. kleineren Abdecksets oder vergleichbarer Materialien in anderen Fällen ist mit der

jeweiligen Gebühr abgegolten. Vor diesem Hintergrund wurde für die gesonderte Berechnungsfähigkeit eines chirurgischen Abdecksets auf besonders invasive Eingriffe mit umfangreicher Freilegung von Knochen- oder Weichteilgewebe abgestellt.

Die Abrechnungsbestimmung Nummer 3 greift die – auch im Rahmen des privatärztlichen Gebührenrechts bislang geltende - Systematik der GOÄ im Hinblick auf die Begrenzung der Berechnungsfähigkeit der allgemeinen Beratungen und Untersuchungen neben den übrigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses in demselben Behandlungsfall auf. Aus Praktikabilitätsgründen wird der Zeitraum des Behandlungsfalles auf vier Wochen nach der ersten Inanspruchnahme des Zahnarztes festgelegt. Um besonders beratungsintensive Behandlungsfälle zu berücksichtigen und zur Förderung der sprechenden Zahnmedizin, ist abweichend von der bisherigen Regelung in der GOÄ die allgemeine Beratung nach Nummer 1 ab der dritten Inanspruchnahme des Zahnarztes innerhalb des Zeitraums von vier Wochen nach der ersten Inanspruchnahme des Zahnarztes wieder neben anderen Leistungen berechnungsfähig.

Die Abrechnungsbestimmung Nummer 6 stellt den Mindestinhalt von Therapie- und Kostenplänen klar. Dies dient der Transparenz dieser Pläne für den zahlungspflichtigen Patienten und liegt im Interesse des Patientenschutzes.

Zu der Leistung nach Nummer 4

Die Leistung nach Nummer 4 bildet den besonderen Aufwand ab, der entsteht, wenn im Rahmen der zahnärztlichen Beratung die Einbeziehung einer Bezugsperson des Patienten notwendig ist. Die bloße Anwesenheit einer Bezugsperson, ohne dass diese in die Beratung aktiv einbezogen wird, ist hierfür nicht ausreichend. Darüber hinaus ist eine Minstdauer der zahnärztlichen Beratung von 15 Minuten Voraussetzung für die Berechnung dieser Leistung.

Zu der Leistung nach Nummer 6

Der Abrechnungsausschluss gegenüber der Leistung nach Nummer 105 bezieht sich auf den gesamten Zeitraum von einem halben Kalenderjahr und nicht nur auf eine Sitzung.

Zu der Leistung nach Nummer 13

Der Zuschlag gilt den höheren Kostenaufwand für die zahnmedizinisch notwendige Verwendung eines Operationsmikroskops ab. Ein ggf. erhöhter Zeitaufwand bei der Erbringung der jeweiligen Leistung wäre bei der Festlegung der Gebühr innerhalb des Gebührenrahmens zu berücksichtigen.

Zu der Leistung nach Nummer 14

Der Zuschlag gilt den höheren Kostenaufwand für die zahnmedizinisch notwendige Verwendung eines Lasers im Zusammenhang mit chirurgischen oder endodontischen Therapiemaßnahmen sowie der Parodontaltherapie ab. Maßgebend für die Berechnung der Höhe des je Sitzung einmal berechnungsfähigen Zuschlages ist die im Zusammenhang mit der Laseranwendung erbrachte chirurgische, endodontische oder parodontologische Leistung mit der höchsten Punktzahl.

Zu der Leistung nach Nummer 21

Mit der Leistung nach Nummer 21 soll u.a. auch ein Anreiz gesetzt werden, die wegen ihres präventiven Potentials zahnmedizinisch wichtige Früherkennung von Krebserkrankungen der Mundhöhle konsequent durchzuführen. Abgegolten wird mit der Leistung nach Nummer 21 die Gewinnung des Materials. Die anschließende zytologische Untersuchung ist gesondert berechnungsfähig.

Zu der Leistung nach Nummer 22

Die Leistung nach Nummer 22 entspricht der Leistung nach Nummer 298 GOÄ. Die Berechnung der Leistung nach Nummer 22 erfolgt nicht je Abstrich, sondern – wie die der Leistung nach Nummer 298 GOÄ – bezogen auf die Entnahme von Abstrichmaterial einer Körperstelle (z.B. der Mundhöhle, auch bei mehreren Abstrichen). Die Kosten der sich anschließenden mikrobiologischen Untersuchung sind gesondert berechnungsfähig.

Zu der Leistung nach Nummer 30

Die Leistung nach Nummer 30 bildet die Erstellung eines Therapie- und Kostenplanes auf Anforderung des Patienten ab, für die keine speziellen Gebührenpositionen im Gebührenverzeichnis aufgeführt sind (wie z.B. die Leistung nach Nummer 500).

Zu den Leistungen nach den Nummern 50 bis 53

Die Leistungen nach den Nummern 50 bis 53 entsprechen weitgehend den im BEMA und in der geltenden GOZ enthaltenen typischen zahnärztlichen Anästhesieleistungen. Klargestellt wird, dass die verwendeten Einmalartikel und Arzneimittel mit den Gebühren für diese Leistungen abgegolten sind.

Infiltrationsanästhesien und Leitungsanästhesien (Nummern 51 bis 53) sind auch nebeneinander berechnungsfähig, wenn dies zur Erreichung einer ausreichenden Anästhesietiefe notwendig ist (auch bei Anästhesie unterschiedlicher Innervationsgebiete: z.B. N. buccalis, N. alveolaris inferior)

Zu der Leistung nach Nummer 60

Die Leistung nach Nummer 60 stellt auf die erste Röntgenaufnahme der Zähne im zeitlichen Zusammenhang (Sitzung) ab. Weitere Röntgenaufnahmen der Zähne in derselben Sitzung sind nach der Leistung nach Nummer 61 zu berechnen.

Ausgenommen hiervon sind Röntgenaufnahmen bei unterschiedlicher klinischer Situation im Rahmen endodontischer oder chirurgischer Behandlungen in derselben Sitzung. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass sich in diesen Fällen ein erhöhter Aufwand durch eine häufig notwendige Neueinstellung für die Anfertigung der weiteren Röntgenaufnahmen ergibt.

Zu Abschnitt B. Prophylaktische Leistungen

Der Abschnitt B ist vollständig neu gefasst worden. Ausgangspunkt waren die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung angebotenen prophylaktischen Leistungen, deren im BEMA abgebildetes Bewertungsgefüge auch die Grundlage der relativen Bewertungen der einzelnen Leistungen dieses Abschnittes bildet. Die Bewertung der einzelnen prophylaktischen Leistungen wird hierdurch gegenüber der geltenden GOZ deutlich angehoben. Darüber hinaus wurden eine ganze Reihe neuer prophylaktischer Leistungen in den Abschnitt B aufgenommen (z.B. Kariesrisikobestimmung, Kariesmonitoring, lokale Anwendung von Chlorhexidin mit und ohne Schiene als Medikamententräger).

Insgesamt wird die Neufassung des Abschnitts B dazu führen, dass der Honorarumsatz der prophylaktischen Leistungen gegenüber der geltenden GOZ um rd. 60 v.H. ansteigen wird. Hierdurch wird der Stellenwert der Prävention verdeutlicht und es werden Anreize für eine präventionsorientierte Zahnheilkunde gesetzt.

Auf Vorschlag der Kostenträger und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) wurde die Leistung nach Nummer 120 Professionelle Zahnreinigung (PZR) vom Abschnitt E (Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums) in den Abschnitt B verlagert. Die PZR ist jedoch nicht nur als eine prophylaktische Leistung anzusehen, sie kann auch eine zahnmedizinisch notwendige Heilbehandlung darstellen, wie z.B. im Vorfeld einer systematischen Parodontalbehandlung.

Zu der Leistung nach Nummer 105

Die Kariesrisikobestimmung und das Kariesmonitoring (Leistungen nach den Nummern 106 und 107) sind Leistungsinhalte der Leistung nach Nummer 105 (Früherkennungsuntersuchung eines Kindes bis zum 72. Lebensmonat). Dies begründet den Abrechnungsausschluss der Leistungen nach den Nummern 106 und 107 neben der Früherkennungsuntersuchung.

Zu der Leistung nach Nummer 110

Die Leistung nach Nummer 110 bildet die Anwendung von Chlorhexidin oder anderen geeigneten Mitteln zur Kariesvorbeugung oder -behandlung ohne Verwendung einer Schiene oder eines Löffels ab. Unabhängig von der Beschreibung der Leistung nach Nummer 110 kann Chlorhexidin auch in anderen Zusammenhängen angewandt werden, wie z.B. als unterstützende Maßnahme im Rahmen einer Parodontaltherapie oder zur Erreichung einer relativen Bakterienfreiheit vor chirurgischen Eingriffen.

Zu Abschnitt C. Konservierende Leistungen

Im Rahmen der Neufassung des Abschnitts C wurden Leistungen im Zusammenhang mit der Versorgung eines Zahnes mit einer Krone oder Teilkrone (einschließlich der Aufbaufüllungen und intrakanalärer Stiftverankerungen) der Systematik des BEMA folgend in den Abschnitt F (Prothetische Leistungen) verlagert. Dies erfolgte aus rein systematischen Gründen im Hinblick auf die Zuordnung bestimmter zahnärztlicher Leistungen. Durch diese Änderung im privatärztlichen Gebührenrecht werden mögliche Auswirkungen im Rechtsverhältnis zwischen dem zahlungspflichtigen Patienten und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen oder dem zuständigen Beihilfekostenträger z.B. hinsichtlich der Erstattung von Kosten zahnärztlicher Leistungen nicht vorgegeben.

Zu der Leistung nach Nummer 200

Für den provisorischen oder temporären Verschluss einer Kavität wird im Gebührenverzeichnis einheitlich die Formulierung provisorischer Verschluss verwendet. Mit diesem Begriff wird auf die geplante Liegezeit des Verschlusses abgestellt. Unter Berücksichtigung dieser Liegezeit ist auch ein solcher Verschluss randdicht anzufertigen und kann nicht als lückenhaft angesehen werden.

Zu der Leistung nach Nummer 201

Die Leistung nach Nummer 201 kann für die Stillung einer übermäßigen Papillenblutung dann berechnet werden, wenn hierdurch das geplante Vorgehen substantiell geändert werden muss.

Zu den Leistungen nach den Nummern 206, 208, 210 und 212

Auf Vorschlag der BZÄK wird die Politur einer Zahnfüllung in einer gesonderten Sitzung aus den Leistungen nach den Nummern 205, 207, 209 und 211 unter Bereinigung der Bewertung in gesonderte Gebührenpositionen (Leistungen nach den Nummern 206, 208, 210 und 212) ausgegliedert. Diese Leistungen bilden die in einer gesonderten Sitzung erfolgende Politur der Füllung ab. Die in der Sitzung der Anlage einer Füllung ggf. erfolgende Politur ist wie in der geltenden GOZ Leistungsbestandteil der jeweiligen Füllungsleistung.

Zu der Leistung nach Nummer 211

Der in der Beschreibung der Leistung nach Nummer 211 aufgeführte Höckeraufbau im Seitenzahnbereich bezieht sich auf den Aufbau eines gesamten Höckers und nicht nur auf einzelne Anteile eines Höckers.

Zu den Leistungen nach den Nummern 215 bis 218

Wesentlicher Inhalt der Leistungen nach den Nummern 215 bis 218 ist die Verwendung von Kompositen in Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Technik und/oder Schmelz-Adhäsiv-Technik ggf. einschließlich Mehrschichttechnik. Die Verwendung von Kompomeren und Glasionomer-Zementen ohne Konditionierung der Zahnhartsubstanzen löst die Berechnungsfähigkeit dieser Leistungen nicht aus und ist mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 205 bis 211 abgegolten.

Zu den Abrechnungsbestimmungen nach den Leistungen nach den Nummern 205 bis 218

Die Abrechnungsbestimmung Nummer 2 stellt klar, dass bei der Einbringung von Kompositfüllungen im Rahmen der Mehrkostenregelung nach § 28 Abs. 2 SGB V nur die Leistungen nach den Nummern 215 bis 218 berechnet werden können. Eine Berechnung der Leistungen nach den Nummern 205 bis 212 ist im Rahmen einer Mehrkostenregelung nicht zulässig, weil diese Leistungen der nach § 28 Abs. 2 Satz 3 SGB V von den Krankenkassen zu zahlenden Sachleistung entsprechen. Eine Berechnung der Leistungen nach den Nummern 205 bis 212 (plastische Füllungen) neben den Zusatzleistungen für die Verwendung der Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik

nach den Nummern 215 bis 218 würde im Rahmen der Mehrkostenregelung dazu führen, dass letztlich der Vergütungsunterschied der als Sachleistung von den Krankenkassen zu zahlenden Füllungsleistungen zwischen der Berechnung nach GOZ und der nach BEMA vom Versicherten der gesetzlichen Krankenkasse als Mehrkosten zu zahlen wäre, ohne dass dem eine Mehrleistung gegenüber stehen würde.

Die Abrechnungsbestimmung Nr. 4 stellt klar, dass in den Leistungen nach den Nummern 205 bis 212 (plastische Füllungen) im Frontzahnbereich die in den Leistungen nach den Nummern 215 bis 218 beschriebenen Leistungen (u.a. die Schmelz-Adhäsiv-Technik und/oder die Dentin-Adhäsiv-Technik sowie die Mehrschichttechnik) grundsätzlich enthalten sind. Für einen besonderen zahnärztlichen Aufwand im Rahmen der Mehrfarbentechnik zur ästhetischen Optimierung der Farbanpassung bei Komposit-Füllungen im Frontzahnbereich kann jedoch ein Drittel der Gebühr der jeweiligen Zusatzleistung nach den Nummern 215 bis 218 zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 205 bis 212 berechnet werden. Nur in diesen Fällen wäre bei Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen für Kompositfüllungen im Frontzahnbereich eine entsprechende Mehrkostenvereinbarung nach § 28 Abs. 2 SGB V möglich.

Aus Gründen der Transparenz ist das Vorliegen eines überdurchschnittlichen zahnärztlichen Aufwands zur ästhetischen Optimierung der Farbanpassung im Rahmen der Mehrfarbentechnik einer Komposit-Füllung im Frontzahnbereich in der Rechnung zu vermerken.

Zu der Leistung nach Nummer 225

Die Leistung nach Nummer 225 bildet die Reparatur einer grundsätzlich erhaltenswerten Füllung nach den Nummern 205 bis 218 ab. Diese Leistung ist nicht für das Polieren einer Füllung berechnungsfähig.

Zu der Leistung nach Nummer 242

Die Leistung nach Nummer 242 kann im Rahmen der zahnärztlichen Versorgung im Ausnahmefall (beim jungen Patienten) in Frage kommen.

Zu der Leistung nach Nummer 244

Die Leistung nach Nummer 244 beschreibt im Hinblick auf die Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde vom 15. August 2007 zur Behandlung endodontischer Schmerzfälle eine Leistung, die allenfalls in Ausnahmefällen in Frage kommt.

Zu der Leistung nach Nummer 255

Die Leistung nach Nummer 255 kann – unabhängig von der Berechnungsfähigkeit der Leistung nach Nummer 250 - je Wurzelkanal und Sitzung höchstens zweimal berechnet werden.

Zu Abschnitt D. Chirurgische Leistungen

Der Abschnitt D wurde auf der Grundlage der im BEMA enthaltenen chirurgischen Leistungen neugefasst, die um einige Leistungen aus dem Abschnitt chirurgische Leistungen der geltenden GOZ sowie aus dem Abschnitt L IX der GOÄ (Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie) ergänzt wurden.

Zu der Leistung nach Nummer 310

Die Leistungen nach den Nummern 310 und 311 gelten den besonderen Aufwand ab, der mit der Stillung einer übermäßigen Blutung verbunden ist. Im Rahmen von chirurgischen Eingriffen stellt die Blutstillung eine regelmäßig auftretende Teilleistung dar. Vor diesem Hintergrund sind die Leistungen nach den Nummern 310 und 311 im zeitlichen Zusammenhang mit chirurgischen Eingriffen nur berechnungsfähig, wenn durch die Blutstillung ein im Vergleich zum durchschnittlichen Fall des jeweiligen chirurgischen Eingriffes überdurchschnittlicher Zeitaufwand ausgelöst wird. Dies kann dann der Fall sein, wenn z.B. eine Tamponade mit Naht zur Blutstillung notwendig wird.

Zu der Leistung nach Nummer 330

Eine ggf. notwendige retrograde Füllung ist – wie bei den vergleichbaren Leistungen des BEMA – Leistungsbestandteil der Leistungen nach den Nummern 330 bis 332. Sofern sich im Einzelfall bei einer retrograden Füllung unter Verwendung von Komposit in Adhäsivtechnik ein erhöhter Zeitaufwand ergibt, kann dies bei der Festlegung der Gebühr innerhalb des Gebührenrahmens berücksichtigt werden.

Zu Abschnitt E. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums

Bei der Neugestaltung des Abschnitts E wurde von der Struktur der vergleichbaren Leistungen des Teils 4 des BEMA (Systematische Behandlung von Parodontopathien) ausgegangen. Ergänzt wurden neben einigen Leistungen des Abschnitts E der geltenden GOZ auch eine Reihe neuer Leistungen insbesondere spezielle operative Eingriffe an der Schleimhaut und dem Bindegewebe. Darüber hinaus wurden z.B. mit der Leistung nach Nummer 345b (Unterstützende Parodontalbehandlung) Anreize für eine konsequente und nachhaltige Durchführung einer systematischen Parodontalbehandlung und damit für eine zahnerhaltende Behandlung gesetzt.

Zu der Leistung nach Nummer 410

Wird die Leistung nach Nummer 410 in derselben Sitzung neben der Leistung nach Nummer 103 (Fluoridierung) berechnet, so ist die Leistung nach Nummer 410 wegen der sich teilweise überschneidenden Leistungsinhalte (Fluoridierungsmaßnahmen und Entfernen weicher Zahnbeläge) nur mit 11,4 Punkten berechnungsfähig.

Zu der Leistung nach Nummer 411

Wird die Leistung nach Nummer 411 in derselben Sitzung neben der Leistung nach Nummer 103 (Fluoridierung) berechnet, so ist die Leistung nach Nummer 411 wegen der sich teilweise überschneidenden Leistungsinhalte (Fluoridierungsmaßnahmen und Entfernen weicher Zahnbeläge) nur mit 7,0 Punkten berechnungsfähig.

Zu den Leistungen nach den Nummern 420 bis 423

Die Leistungen nach den Nummern 420 bis 423 bilden – der Struktur der vergleichbaren Leistungen des BEMA folgend – die systematische Behandlung der Erkrankungen des Parodontiums ab. Diese Leistungen sind als Komplexleistungen konzipiert, die die einzelnen Behandlungsschritte - auch wenn diese in mehreren Sitzungen erbracht werden - insgesamt abgelden. Der Ausgestaltung als Komplexleistung wird darüber hinaus dadurch Rechnung getragen, dass bestimmte, häufig zeitlich vor oder nach einer systematischen Parodontalbehandlung durchzuführende Leistungen, wie z.B. die professionelle Zahnreinigung oder das Entfernen harter und weicher Zahnbeläge, in einem Zeitraum von zwei Wochen vor

und vier Wochen nach Beginn der systematischen Behandlung nicht neben den Leistungen nach den Nummern 420 bis 423 berechnungsfähig sind.

Bei den Leistungen nach den Nummern 422 und 423 (offenes Vorgehen) sind auch einfache knochenverändernde Maßnahmen als Leistungsbestandteil anzusehen, die nur einen geringen Zeitaufwand benötigen (z.B. Knochenglättungen). Darüber hinausgehende odontoplastische oder osteoplastische Maßnahmen mit speziell hierfür eingesetzten Instrumenten wären mit der Leistung nach Nummer 428 berechnungsfähig.

Zu Abschnitt F. Prothetische Leistungen

Wie auch bei anderen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses basiert die Neufassung des Abschnitts F maßgebend auf der Struktur des BEMA, die insbesondere um prothetische Leistungen bei der Versorgung mit Teilkronen, Einzelkronen, Brücken- oder Prothesenankern sowie Teleskopkronen in Vollverblendung, aus Keramik oder in Galvanotechnik ergänzt wurde.

Zu der Leistung nach Nummer 506

Grundsätzlich können die Leistungen nach den Nummern 505 und 506 nicht neben den plastischen Füllungen nach den Nummern 205 bis 218 berechnet werden (Abrechnungsbestimmung Nr. 2). Im Ausnahmefall (Abrechnungsbestimmung Nr. 4) kann es aber vorkommen, dass zunächst eine plastische Füllung nach den Nummern 205 bis 218 erfolgt, diese sich aber als unzureichend erweist und der Zahn dann nach einer Aufbaufüllung mit einer Krone oder einen Brückenanker versorgt werden muss. In diesen Fällen ergibt sich eine Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 205 bis 218 mit den Leistungen nach den Nummern 505 und ggf. 506, die sich jedoch auf verschiedene Zeiträume bezieht. Eine solche Berechnungsweise wäre dann zulässig. Dieses Vorgehen ist im Interesse der Transparenz in der Rechnung zu begründen (z.B. Fraktur oder Verlust der Füllung).

Zu Abschnitt G. Kieferorthopädische Leistungen

Grundlage für die Neufassung des Abschnittes G sind die im Teil 3 des BEMA aufgeführten kieferorthopädischen Leistungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Ergänzt wurden einige bereits in der geltenden GOZ enthaltene Leistungen, wie z.B. für kieferorthopädische Leistungen bei Erwachsenen, sowie

einige neue – bisher in der GOZ nicht enthaltene - Leistungen (z.B. die Eingliederung von lingual positionierten Brackets oder eines Frontzahnretainers). Darüber hinaus wird die Möglichkeit geschaffen, dass der kieferorthopädisch tätige Zahnarzt und der zahlungspflichtige Patient unter bestimmten Bedingungen Vereinbarungen zu Mehrkosten für die im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung eingesetzten Materialien treffen können. Hierdurch erhalten die Patienten hinsichtlich der für die kieferorthopädische Behandlung verwendeten Materialien größere Wahlmöglichkeiten.

Zu der Leistung nach Nummer 600

Die Leistung nach Nummer 600 umfasst auch die Diagnostik orofazialer Dyskinesien. Sofern die Leistung nach Nummer 600 speziell für die Diagnostik orofazialer Dyskinesien – die häufig im Vorfeld einer kieferorthopädischen Behandlung zur Umformung eines Kiefers oder zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss (Leistungen nach den Nummern 610 bis 617) erfolgt - berechnet wird, kann die Leistung nach Nummer 600 frühestens nach drei Monaten erneut in Rechnung gestellt werden.

Zu der Leistung nach Nummer 601

Die Leistung nach Nummer 601 umfasst auch die Planung einer Behandlung orofazialer Dyskinesien. Wenn die Leistung nach Nummer 601 z.B. zur Planung einer Behandlung orofazialer Dyskinesien im Vorfeld einer kieferorthopädischen Behandlung zur Umformung eines Kiefers oder zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss (Leistungen nach den Nummern 610 bis 617) berechnet wird, ist die Leistung nach Nummer 601 frühestens nach sechs Monaten erneut berechnungsfähig.

Zu den Abrechnungsbestimmungen nach den Leistungen Nummern 610 bis 617

Entsprechend dem Vorgehen in der vertragszahnärztlichen Versorgung werden in der Abrechnungsbestimmung Nummer 5 wie bisher in der Anwendungspraxis bereits üblich quartalsweise Abschlagszahlungen festgelegt. Zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigen kann abweichend hiervon eine andere Abrechnungsweise schriftlich vereinbart werden.

Zu Abschnitt J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen

Im Rahmen der Neugestaltung des Gebührenverzeichnisses wurden die Abschnitte H und J (Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) zusammengefasst.

Zu der Leistung nach Nummer 732

Die Leistung nach Nummer 732 bildet die Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zu einem Aufbissbehelf ab. Kennzeichnend für einen solchen Aufbissbehelf ist, dass dieser aufgrund der Herstellung aus einer Prothese mit Okklusalflächen stets, wenn auch in überarbeiteter Form, als ein Aufbissbehelf mit adjustierter Oberfläche anzusehen ist.

Zu Abschnitt K. Implantologische Leistungen

Insbesondere im Bereich der Implantologie haben sich die zahnmedizinischen Therapiemöglichkeiten seit Inkrafttreten der geltenden GOZ erheblich erweitert, so dass der Abschnitt Implantologie des Gebührenverzeichnisses umfassend neu zu gestalten war. Dabei wurden auch einige typische implantologische Leistungen, die derzeit nur mit Leistungen aus dem Gebührenverzeichnis der GOÄ oder mit Hilfe von Analogbewertungen berechnet werden können, als Komplexleistungen ausgestaltet und in die GOZ aufgenommen. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang z.B. die Sinuslift-Operationen. Ferner wurden für die bei einer implantologischen Behandlungsmaßnahme besonders wichtige Therapieplanung und Nachsorge neue Leistungen ergänzt.

Ausgangspunkt für die Neufassung des Abschnitts Implantologie waren die bezüglich der Leistungsbeschreibungen weitgehend zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen konsentierten Entwürfe aus dem Jahre 2003 für implantologische Leistungen, die in bestimmten Ausnahmeindikationen zum Leistungsumfang der vertragszahnärztlichen Versorgung gehören.

Zu den Leistungen nach den Nummern 800 bis 804

Die Leistungen nach den Nummern 800 und 801 stellen die Eingangsuntersuchung und Planung für eine implantologische Versorgung dar. Die Leistung nach Nummer 804 bildet die weitergehende Untersuchung und Planung einer implantologischen Behandlung ab. Als Ergebnis dieser weiterführenden Analyse ist es auch denkbar,

dass eine Versorgung mit einem Implantat zahnmedizinisch nicht empfohlen werden kann.

Zu der Leistung nach Nummer 815

In den Fällen, in denen neben einer Leistung nach der Nummer 815 mehr als eine Leistung nach Nummer 830 (Guided Tissue Regeneration (GTR)/ Guided Bone Regeneration (GBR)) in derselben Kieferhälfte und derselben Sitzung erbracht wird, kann der Mehraufwand bei der Festlegung der Gebühr innerhalb des Gebührenrahmens berücksichtigt werden.

Zu der Leistung nach Nummer 816

Die Leistung nach Nummer 816 ist als Zusatzleistung zur externen Sinuslift-Operation (Leistung nach Nummer 815) ausgelegt. Diese Zusatzleistung ist nur berechnungsfähig, wenn durch die Resektion oder durch die Notwendigkeit eines zweiten operativen Zugangs zur Umgehung von Knochensepten das operative Vorgehen wesentlich verändert wird. Sowohl die Resektion als auch die Umgehung des Knochenseptums ist in der Regel in der postoperativen Röntgenkontrolle nachweisbar.

Zu der Leistung nach Nummer 820

In den Fällen, in denen mehr als eine Leistung nach der Nummer 820 in derselben Kieferhälfte/Frontzahnbereich und in derselben Sitzung erbracht wird (z.B. bei Schalt- oder Einzelzahnlücken), kann der Mehraufwand bei der Festlegung der Gebühr innerhalb des Gebührenrahmens berücksichtigt werden. Einfache Lappenplastiken im Sinne der Leistung nach Nummer 2381 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ „Einfache Hautlappenplastik“ sind Bestandteil der Leistung nach Nummer 820.

Zu der Leistung nach Nummer 821

Die Leistung 821 bildet die Situation ab, bei der in derselben Kieferhälfte zusätzlich zu einer Sinusliftoperation nach den Nummern 810 oder 815 der Leistungsinhalt der 820 erbracht wird. Dies ist z.B. möglich, wenn bei einer Einzelzahnlücke ein interner Sinuslift durchgeführt wird und bei einer weiteren Einzelzahnlücke in derselben Kieferhälfte zusätzlich der Leistungsinhalt der 820 erbracht wird.

Zu der Leistung nach Nummer 825

In den Fällen, in denen mehr als eine Leistung nach der Nummer 825 in derselben Kieferhälfte und derselben Sitzung erbracht wird (z.B. bei Einzelzahn- oder Schaltlücken), kann der Mehraufwand bei der Festlegung der Gebühr innerhalb des Gebührenrahmens berücksichtigt werden.

Zu der Leistung nach Nummer 830

Die Leistung nach Nummer 830 bildet ein Verfahren zur Verbesserung der Knochensituation beim Vorliegen von Knochendefekten ab. Dieses Verfahren kann im Vorfeld einer implantologischen Versorgung aber auch im Rahmen einer Parodontalbehandlung oder einer chirurgischen Behandlung indiziert sein.

Um eine der unterschiedlichen Größe der zu versorgenden Knochendefekte angemessene Bewertung festzulegen, wird für die Höhe der Gebühr auf die Gesamtgröße des zu versorgenden Knochendefektes abgestellt. Bei einer Größe von bis zu einem Zahngebiet oder Parodontium ist ein Viertel der Gebühr berechnungsfähig. Ist der Knochendefekt größer als ein Zahngebiet (oder Parodontium), aber kleiner als zwei Zahngebiete (oder Parodontien), kann die Hälfte der Gebühr berechnet werden. Bei Knochendefekten, deren Größe mindestens zwei Zahngebiete oder Parodontien umfasst, ist die volle Gebühr der Leistung nach Nummer 830 berechnungsfähig. Werden zwei oder mehrere Knochendefekte in derselben Kieferhälfte oder demselben Frontzahnbereich versorgt, so ist die Gesamtgröße der zu versorgenden Knochendefekte maßgebend.

Zu der Leistung nach Nummer 832

In den Fällen, in denen mehr als eine Leistung nach der Nummer 832 in derselben Kieferhälfte und derselben Sitzung erbracht wird, kann der Mehraufwand bei der Festlegung der Gebühr innerhalb des Gebührenrahmens berücksichtigt werden.

Zu der Leistung nach Nummer 835

Die mit der Leistung nach Nummer 835 abgebildete Verlagerung eines Nerven einschließlich Neueinbettung ist nur neben der Leistung nach Nummer 840 (Implantatinsertion) oder als alleiniger operativer Eingriff berechnungsfähig. Die Nervverlagerung einschließlich Neueinbettung ist von der deutlich weniger aufwändigeren begleitenden Darstellung und Lösung eines oder mehrerer Nerven aus ihrem Bindegewebe ohne definitive Neueinbettung des Nerven im Rahmen

anderer operativer Eingriffe abzugrenzen, bei denen lediglich eine temporäre Verlagerung des Nerven vorgenommen wird.

Zu der Leistung nach Nummer 841

Die Leistung nach Nummer 841 beschreibt die Insertion eines speziellen Implantates, das nicht zur definitiven Versorgung einer Zahnlücke eingebracht wird, sondern nur zum zeitweisen Verbleib, wie z. B. im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung.

Zu der Leistung nach Nummer 860

Die in den Abrechnungsbestimmungen Nr. 1 und 2 zu der Leistung nach Nummer 860 enthaltenen Begrenzungen des Zeitraumes und der Anzahl der berechnungsfähigen Implantatnachkontrollen gelten nicht für Patienten, bei denen Erkrankungen vorliegen, die zu klinisch relevanten Beeinträchtigungen der Knochenintegration oder -qualität führen, wie z.B. Knochenstoffwechselerkrankungen bei primärem oder sekundärem Hyperparathyreoidismus oder bei immunsuppressiver Therapie.

Zu Artikel 2 (Neufassung der Gebührenordnung für Zahnärzte)

Die Vorschrift enthält die notwendige Ermächtigung für die aufgrund der zahlreichen Änderungen der Gebührenordnung für Zahnärzte erforderliche Neubekanntmachung.

Zu Artikel 3 (Inkrafttreten)

Das Inkrafttreten der neuen Gebührenverordnung zum 1. Juli 2009 stellt den Beteiligten eine ausreichende Zeit zur Vorbereitung und Umstellung auf die neuen Regelungen zur Verfügung.