

- Hinsichtlich der Abrechnungsbestimmung 2. zu LNr 515 bis 526 ist die Einschränkung auf glaskeramische Restaurationen nicht vertretbar. Analoges gilt auch für die Gebührensiffer 557. Auch andere Kronenarten werden adhäsiv befestigt (Metall, Zirkonoxid, Aluminiumoxid). Da es sich hierbei um einen erheblich höheren Zeitaufwand im Vergleich zum konventionellen Vorgehen handelt, entsteht durch eine Erhöhung der Gebühr um 8 v. H. keinesfalls eine aufwandsgerechte Vergütung.
- Die Leistungsbeschreibung der Gebührensiffer 559 ist fachlich falsch. Glaskeramik ist für Stegkonstruktionen, Kugelkopf- oder Magnetattachments auf Grund der mechanischen Eigenschaften ungeeignet und wird für diese Konstruktionen nicht verwendet.
- Die Neubeschreibung hatte in ihrer Systematik zum Ziel, besonders der Prävention dienende Maßnahmen hervorzuheben. In diesem Zusammenhang ist zu bemängeln, dass Positionen zur Remontage von feststehendem und herausnehmbarem Zahnersatz gänzlich fehlen. Derartige Maßnahmen haben jedoch einen wissenschaftlich belegten wesentlichen Einfluss auf den langfristigen funktionellen Erhalt der Restaurationen und der oralen Strukturen.

Wissenschaftliche Stellungnahme zu den kieferorthopädischen Leistungspositionen (Teil G) des GOZ-Referentenentwurfs

Grundlegendes:

1. Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG) aus dem BEMA übernommen sind sachlich nicht gerechtfertigt und verhindern die Prävention.
2. Die Abwertung der Kernpositionen (LNr 610 bis 617) ist fachlich nicht begründet.
3. Die drastische Abwertung komplexer Behandlungen (LNr 613 und 617) gerät zum Nachteil der besonders betroffenen Patienten und behindert die Aus- und Weiterbildung.
4. Die vorgesehene Übergangsklausel ist dem Patienten nicht zumutbar.
5. Viele Leistungspositionen sind sachlich nicht richtig und die ausgrenzenden Leistungsbeschreibungen fachlich nicht begründet (z. B. 641, 642, 653).

Erläuterungen:

- LNr 620 und 621 widerspiegeln den Versuch, präventive Aspekte zu berücksichtigen, was andererseits durch den Leistungstext der Gebührenposition 600 (Kieferorthopädische Untersuchung zur Klärung von Indikation und Zeitpunkt kieferorthopädisch therapeutischer Maßnahmen) unter „6. Gegebenenfalls Feststellung des kieferorthopädischen Indikationsgrades (KIG)“ konterkariert wird. Bei den KIG handelt es sich um eine rein sozialversicherungstechnische Ausgrenzung (GKV), die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung ist hiervon unberücksichtigt. Folglich widerspricht 6. (LNr 600) dem Anspruch der präventionsorientierten Zahnmedizin, da hier die Feststellung einer versicherungstechnischen Indikationsbegrenzung als Leistungsbestandteil festgeschrieben wurde. Dies erscheint insbesondere im Hinblick auf die oben erwähnte Ergänzung der LNr 620 und 621 absurd, da nach Abgewöhnung schädlicher funktioneller

Einflüsse häufig der Behandlungsbedarfsgrad als Erfolg aus den Maßnahmen LNr 620 und 621 reduziert ist. Dennoch besteht eine medizinische Indikation für eine apparative Therapie. Hier könnte somit ein Leistungsausschluss Folge sein und somit wird der Leistungsanspruch auf Prävention indirekt ad absurdum geführt.

- Mit dem vorgelegten Referentenentwurf wird die moderne Aus- und Weiterbildung innerhalb einer präventionsorientierten, interdisziplinären, wissenschaftlichen ZahnMedizin in Frage gestellt und auch die Forderungen des Wissenschaftsrates nach Prävention, nach Weiterqualifikation und nach Wissenschaftlichkeit werden nicht berücksichtigt. Während an vielen universitären Standorten in der Aus- und Weiterbildung synoptische Kurse stattfinden und Prävention in allen Fächern auf wissenschaftlichem Niveau gelehrt wird, ist es nicht nachvollziehbar, womit die eklatante undifferenzierte „Abstufung“ komplexer schwieriger kieferorthopädischer Maßnahmen zu rechtfertigen ist. Die „Fehleinschätzung des Aufwandes“ und somit „Verharmlosung“ der Maßnahmen **zur Umformung eines Kiefers incl. Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss** schlägt sich nieder im Vergleich der Bewertungen: Die Reduktion der Bepunktung (Vergleich GOZ alt zu Referentenentwurf) bei einem insgesamt „einfachen Fall“ beträgt knapp 20% (LNr 603 und 606 zu 610 und 614), wohingegen der anspruchsvolle komplexe interdisziplinäre kieferorthopädische Befund, zwischen 28 % (LNr 605 und 608 zu 612 und 616) und 41 % (LNr 605 und 608 zu 613 und 617) abgestuft wurde. Die besonders schwierigen Fälle, **klassische Beispiele Lippen-Kiefer-Gaumenspalten oder Syndrome, wurden, was Kieferumformung und Bisslagekorrektur** betrifft um 41% abgewertet.

Eine wissenschaftlich anerkannte, den neuesten Erkenntnissen der Grundlagenforschung und dem technischen Fortschritt entsprechende Kieferorthopädie auf hohem qualitativem Niveau kann daher zukünftig auf der Basis der geplanten Gebührenordnung nicht angeboten werden, weder in den universitären Polikliniken noch in den Praxen was Klinikerinnen und Kliniker sowie Leiterinnen und Leiter der universitären Zentren für Zahn- Mund- und Kieferheilkunde und Präsidenten der wissenschaftlichen Fachgesellschaften mit großer Sorge erfüllt. Die Universitätsklinika werden sich unter den geplanten Bedingungen diese anspruchsvollen Behandlungen mit hohem und sehr hohem Schwierigkeitsgrad im Zeitalter von Budgets, Deckungsbeiträgen und leistungsorientierter Mittelvergabe nicht mehr „leisten“ können. Gleiches gilt bei **minus 41 %** für eine kieferorthopädische Leistung mit hohem Schwierigkeitsgrad (LNr 605 und 608 bisher zu jetzt LNr 613 und 617) für kieferorthopädische Praxen.

Zum Erhalt von internationaler Anerkennung und Wettbewerbsfähigkeit akkreditieren sich die deutschen Kieferorthopäden gerade in einem Netzwerk **europakonformer Kieferorthopädie**, was aufgrund der landesspezifischen Weiterbildungsordnungen nicht einfach ist. Erschwerend kommt nun die geplante drastische Reduktion der Honorierung fachzahnärztlicher Leistungen hinzu.

Die vorgesehene Übergangsregelung (§11) trägt den Besonderheiten einer sich über mehrere Jahre erstreckenden kieferorthopädischen Behandlung in keiner Weise Rechnung, da ausschließlich die Kernpositionen (LNr 603 bis 608 aktuelles Gebührenverzeichnis) nach Inkrafttreten einer neuen Gebührenordnung weiterhin Gültigkeit haben sollen. Für alle anderen Gebührenpositionen soll es zukünftig keine Rechtssicherheit für den Patienten und keine Planungssicherheit geben. Dies ist

insbesondere im Hinblick auf die komplexe Planung und fortlaufende Diagnostik während einer mehrjährigen Behandlung nicht akzeptabel, da somit die wissenschaftlich fundierte Planungsgrundlage einer laufenden Therapie vernichtet wird.

Die genannten LNr 641 und 653 sind sachlich nicht richtig und die ausgrenzenden Leistungsbeschreibungen fachlich nicht begründet, da die Wiedereingliederung von „unveränderten“ Anteilen einer kieferorthopädischen Apparatur (Bänder und Bögen) jeweils eine kieferorthopädische Leistung ist, die eine fachliche Qualifikation und ein Zeitkontingent erfordert. Diese Maßnahmen sollen „Gratismassnahmen“ werden!

Die LNr 642 inkludiert „gegebenenfalls die Versiegelung und/ oder Fluoridierung des Zahnes“, was bei gegebenem Zeitaufwand ebenso nicht gratis geleistet werden kann.

In der Überzeugung die fatalen Folgen der eklatanten Fehleinschätzung der zeitlichen und somit auch inhaltlichen Details der kieferorthopädischen Behandlung umfassend dargestellt zu haben, appellieren wir nachdrücklich auch an Ihre Mitverantwortung für die hohen Investitionen in Aus- und Weiterbildung der Zahnärzte und der Fachzahnärzte, die mit der geplanten Gebührenordnung nicht an die Patientinnen und Patienten weitergegeben werden können.

Wissenschaftliche Stellungnahme zu den funktionstherapeutischen Leistungspositionen (Teil J) des GOZ-Referentenentwurfs

Grundlegendes:

1. Inhaltlich wurden zentrisches Diagnostik- und Kontrollregistrar willkürlich zusammengeführt, ohne dabei die Leistung anzupassen (Position 705). Wie bei der Position 706 entspricht dies einer etwa 50%igen Reduktion der Punktzahl.
2. Zudem wurden willkürlich fachlich unterschiedliche Leistungen zu einer Leistung zusammengefasst (Position 710), was fachlich ob der verschiedenen Vorgehensweisen, Leistungsinhalte, –voraussetzungen und damit verfolgten Ziele nicht begründbar ist.
3. Bisherige Einzelleistungen (mehrfache Aufzeichnungen der Unterkieferbewegung in verschiedenen Ebenen bzw. Richtungen) wurden zu einer Gesamtleistung zusammengefasst (715), ohne dass eine Berücksichtigung bei der Punktzahl erfolgte.
4. Einige Leistungsbeschreibungen weisen zudem fachliche oder semantische Fehler auf (z.B. gegenseitiger Ausschluss der Positionen 734 bis 736, Verweis bei Position 720 auf nicht existente Position 805).
5. Die durchgängige Reduktion der Punktzahl und Bewertung der wichtigsten funktionsdiagnostischen Kernleistungen ist wissenschaftlich nicht begründbar und führt verhindert, dass die erforderliche Zeit für die gebotene diagnostische Qualität bei der Behandlung manifest dysfunktionell Erkrankter zur Verfügung steht

Erläuterungen:

Die **LNr 700** ist in den Referentenentwurf neu eingefügt und der gleich bezeichneten LNr 701 vorgeschaltet. Fachlich ist dies sinnvoll, erfordert aber eine klarere Unterscheidung. Die erste, im Umfang reduzierte Leistung einer Funktionsuntersuchung unbelasteter Patienten sollte daher korrekt heißen „Klinische Funktionsanalyse mit Dokumentation eines orientierenden Funktionsbefundes“. Die