» Schnittstellen zwischen BEMA und GOZ

Vereinbarung privatzahnärztlicher Leistungen
mit Versicherten der GKV

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung KZBV

» Schnittstellen zwischen BEMA und GOZ

Vereinbarung privatzahnärztlicher Leistungen
mit Versicherten der GKV

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung KZBV

Impressum

Herausgeber	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) Universitätsstraße 73, 50931 Köln www.kzbv.de
Autoren	ZA Stephan Allroggen (KZV Hessen) Dr. Stefan Böhm (KZV Bayerns) Dr. Michael Diercks (KZV Schleswig-Holstein) Dr. Wolfgang Eßer (KZBV) ZA Martin Hendges (KZV Nordrhein) Dr. Alfons Kreissl (KZV Hessen) Dr. Ute Maier (KZV Baden-Württemberg) Dr. Markus Milz (KZBV) Dr. Thomas Muschallik (KZBV) Dr. Henning Otte (KZV Niedersachsen) Dr. Janusz Rat (KZV Bayerns) Dr. Lutz Riefenstahl (KZV Niedersachsen)
Gestaltung	atelier wieneritsch
Herstellung	Locher Print- & Medienproduktion
Titelfoto	© Jürgen Priewe / Fotolia.com

Köln, März 2013

Der vorliegende Leitfaden wurde von mehreren KZVen und der KZBV gemeinsam erarbeitet. Der Leitfaden wird den Vertragszahnärzten kostenlos zur Orientierung zur Verfügung gestellt. Er fasst die Sichtweise der KZBV und der KZVen zur Vereinbarkeit von Leistungen der GOZ für gesetzlich Krankenversicherte neben vertragszahnärztlichen Leistungen sowie deren Abrechnung zusammen. Die KZBV ist damit einverstanden, dass der Leitfaden in Kommentaren und vergleichbaren Werken zu BEMA oder GOZ ganz oder ausschnittsweise wiedergegeben wird. Der Leitfaden ist weder geeignet noch bestimmt, solche Kommentare zu ersetzen.

Die in dieser Publikation enthaltene Kommentierung der GOZ-Nrn. wurde mit der Bundeszahnärztekammer abgestimmt und steht inhaltlich in Übereinkunft mit den im GOZ-Kommentar der Bundeszahnärztekammer vom 9. Februar 2013 vertretenen Auffassungen.

Der GOZ-Ausschuss der Bundeszahnärztekammer hat in Zusammenarbeit mit der KZBV die Schnittstellen zwischen BEMA und GOZ beraten. Die BZÄK war in diesem Zusammenhang aufgerufen, die Berechnung privatzahnärztlicher Leistungen bei einer Behandlung von GKV-Versicherten auf Übereinstimmung mit den Vorschriften der novellierten GOZ zu überprüfen. Nicht Gegenstand der Befassung seitens der BZÄK war die Beurteilung, wann und unter welchen Voraussetzungen zahnärztliche Leistungen bei GKV-Versicherten aus dem vertragszahnärztlichen Behandlungsumfang herausfallen, in welchem Umfang diese Leistungen privat nach GOZ berechnet werden können und welche rechtlichen Voraussetzungen damit ggf. verknüpft sind. Die BZÄK stellt unter diesen Prämissen die Übereinstimmung mit der GOZ und dem aktuellen Stand des GOZ-Kommentars der Bundeszahnärztekammer fest.

ISBN 978-3-9809917-8-0 (Broschur)
ISBN 978-3-9809917-9-7 (PDF)

Inhalt

Vorwort 6

Einleitung 9

1 Gesetzliche und vertragliche Grundlagen 10
1.1 Vereinbarungen mit GKV-Versicherten 11
1.1.1 Mehrkostenvereinbarung in der Füllungstherapie 11
1.1.2 Vereinbarung über zusätzliche private Kosten bei Zahnersatz 11
1.1.3 Private Kostenübernahmevereinbarung 12
1.2 Ergänzende Regelungen im SGB V 13
1.2.1 Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V 13
1.2.2 Selektivverträge gem. § 73c SGB V 14
1.2.3 Wahltarife gemäß § 53 SGB V 14
1.2.4 Basistarif/Standardtarif der PKV gemäß § 75 Abs. 3a bis c SGB V 15

2 Vorschriften des allgemeinen Teils der GOZ 16
2.1 § 2 Abweichende Vereinbarung 16
2.1.1 Vergütungsvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ 16
2.1.2 Vergütungsvereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ 17
2.2 § 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses 17
2.3 § 6 Gebühren für andere Leistungen 18
2.4 § 9 Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen 19
2.5 § 10 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung 20

3 Schnittstellen der GOZ nach Gebührennummern 22
A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen 23
B. Prophylaktische Leistungen 26
C. Konservierende Leistungen 31
D. Chirurgische Leistungen 59
E. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums 65
F. Prothetische Leistungen 83
G. Kieferorthopädische Leistungen 100
H. Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen 101
J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen 114
K. Implantologische Leistungen 115
L. Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen 116

Anhang: Musterformulare 118
A.1 Vereinbarung gem. § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V 119
A.2 Vereinbarung einer privatzahnärztlichen Behandlung außerhalb der vertraglichen Regelungen der GKV gem. § 4 Abs. 5 d BMV-Z bzw. gem. § 7 Abs. 7 EKVZ 120
A.3 Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung 121
A.4 Vereinbarung einer von der GOZ abweichenden Gebührenhöhe gem. § 2 Abs. 1 und 2 GOZ 122
A.5 Vereinbarung von „Verlangensleistungen“ gem. § 2 Abs. 3 GOZ 123
A.6 Ersatzfeststellung nach § 10 Abs. 3 Satz 3 GOZ 124

Vorwort

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

gesetzlich Krankenversicherte können heute vom zahnmedizinischen Fortschritt profitieren, ohne ihre Ansprüche im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung aufgeben zu müssen. Hier ist der Gesetzgeber unseren Forderungen und nachhaltigen Vorschlägen zur Stärkung der Eigenverantwortung gefolgt und hat durch entsprechende Regelungen im Sozialgesetzbuch dafür gesorgt, dass alle Patientinnen und Patienten* zum Beispiel bei der Füllungstherapie und dem Zahnersatz nach entsprechender Aufklärung durch den Zahnarzt selbst entscheiden können, für welche Therapievariante sie sich entscheiden wollen. In vielen Fällen kann der gesetzlich Krankenversicherte Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs seiner Krankenkasse wählen, behält aber seinen Sachleistungsanspruch und muss lediglich die im Vergleich zur Kassenleistung entstehenden Mehrkosten selbst tragen. Alle derartigen Behandlungen erfolgen auf der Grundlage einer privatrechtlichen Vereinbarung; die Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) gegenüber dem Patienten abgerechnet.

Damit wird auch dem gesetzlich Krankenversicherten das gesamte Spektrum der modernen Zahnmedizin eröffnet, so dass der Patient zusammen mit dem Zahnarzt diejenige Behandlung auswählen kann, die seinen individuellen Bedürfnissen entspricht. Dies stellt das Grundprinzip der partizipativen Entscheidungsfindung in einem partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Verhältnis dar und sichert das hohe Versorgungsniveau in Deutschland.

Die zum Jahresbeginn 2012 in Kraft getretene neue GOZ enthält Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen für die privatzahnärztliche Versorgung sowie geänderte und auch gänzlich neue Leistungspositionen. Diese Änderungen haben auch Auswirkungen auf die Abrechnung zahnärztlicher Behandlungen von gesetzlich Krankenversicherten.

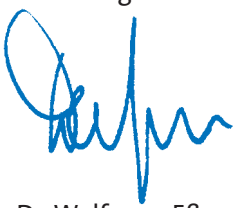
Jeder gesetzlich Versicherte hat einerseits Anspruch auf eine gute, hochwertige und den medizinischen Erkenntnissen entsprechende Versorgung, die andererseits dem Gebot der Wirtschaftlichkeit nach § 12 des SGB V entsprechen muss. Insofern gilt es, eine genaue Grenze zwischen diesem Leistungsanspruch und darüber hinausgehenden Therapiealternativen und Ergänzungen zu ziehen und damit den Sachleistungsanspruch von der Eigenverantwortung zutreffend zu trennen.

* Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird im weiteren Text nur die männliche Form verwendet.

Von entscheidender Bedeutung in diesem Zusammenhang ist es, die Schnittstellen zwischen vertragszahnärztlicher Versorgung und Vereinbarung privatrechtlicher Leistungen unter Zugrundelegung der GOZ exakt zu definieren. Die vorliegende Ausarbeitung nennt die Voraussetzungen zur Vereinbarkeit von Leistungen der GOZ für gesetzlich Krankenversicherte neben vertragszahnärztlichen Leistungen und informiert über die allgemeinen Anforderungen an eine rechtswirksame Vereinbarung. Sie soll Ihnen und Ihrem Praxisteam helfen, schon im Vorfeld aufwändiger Behandlungen auftretende Abrechnungsfragen im Hinblick auf private Leistungen zu klären, nicht zuletzt, um ein profundes Beratungsgespräch mit Ihren Patienten erfolgreich führen und diesen die erforderliche Kostentransparenz gewähren zu können.

Die Aufbereitung der komplexen und mitunter diffizilen Schnittstellenproblematik wäre ohne die breite Unterstützung von Experten aus dem Kollegenkreis nicht möglich gewesen. Mein besonderer Dank gilt deshalb den KZVen Baden-Württemberg, Bayerns, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein und Schleswig-Holstein, die in vielen Sitzungen die Basis dieses Werks erarbeitet und in intensiven Diskussionen mit der KZBV wesentlich dazu beigetragen haben, dass wir Ihnen dieses Kompendium heute vorlegen können.

Mit kollegialen und freundlichen Grüßen



Dr. Wolfgang Eßer
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes der KZBV

Einleitung

Anders als im ärztlichen Bereich, wo die Diskussion über sogenannte „IGeL-Leistungen“, die in der Regel additiv zu den vertragsärztlichen Leistungen hinzutreten, geführt wird, beziehen sich in der vertragszahnärztlichen Versorgung die ggf. privat zu vereinbarenden Leistungen in der Regel auf alternative Versorgungsformen, die an die Stelle solcher Leistungen treten, die im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht werden.

Der Sozialgesetzgeber hat auf diese Versorgungsalternativen bereits verschiedentlich reagiert, so zum Beispiel durch Bestimmungen zur sogenannten Mehrkostenvereinbarung bei der Füllungstherapie oder durch die Regelungen im Festzuschusssystem für Zahnersatz bei sogenannten gleichartigen und andersartigen Versorgungsformen. Die Regelungen erlauben die Erbringung von Leistungen auf der Grundlage der GOZ unter Beibehalt des Sachleistungsanspruchs des Patienten. Im ersten Teil der nachfolgenden Ausarbeitung finden Sie eine ausführliche Darstellung der gesetzlichen und bundesmantelvertraglichen Grundlagen zur Vereinbarung privater Leistungen neben der vertragszahnärztlichen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Der Vollständigkeit halber sind dort auch die sogenannten Sonderfälle wie Kostenerstattung, Selektivverträge etc. beschrieben, in denen sämtliche zahnärztlichen Leistungen als Privatleistungen erbracht werden.

Bei der Vereinbarung von Leistungen mit Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung sind auch die Vorschriften des Paragraphenteils der GOZ zu beachten. Er hat im Vergleich zur alten Fassung Änderungen erfahren, die die Anforderungen an rechtssichere Vereinbarungen und Rechnungen betreffen. Näheres hierzu finden Sie im Kapitel „Vorschriften des allgemeinen Teils der GOZ“.

An den Schnittstellen zwischen sozialgesetzlich geregelter vertragszahnärztlicher Versorgung und der Vereinbarung privatzahnärztlicher Leistungen unter Zugrundelegung der GOZ ergeben sich vielfältige Einzelfragen, die in der vorliegenden Ausarbeitung auch im Interesse des Patienten an einer möglichst reibungslosen und rechtssicheren Zuordnung der zahnärztlichen Leistungen zu den verschiedenen Versorgungsformen eindeutig geklärt werden sollen. Das Kapitel „Schnittstellen der GOZ nach Gebührennummern“ enthält eine Zusammenstellung der am häufigsten mit gesetzlich versicherten Patienten vereinbarten Leistungspositionen der GOZ. Hierbei wird der GOZ-Systematik („A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen“ bis „L. Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen“) gefolgt. Jede Gebührenposition ist mit einer Bewertung hinsichtlich möglicher Mehrkostenfähigkeit im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung unter Bezugnahme auf die jeweils einschlägigen rechtlichen Bestimmungen versehen. Damit wird für alle Beteiligten eine gesicherte Rechtsgrundlage geschaffen, die ein einheitliches Verfahren ermöglicht, das Unklarheiten im Vorfeld einer Vereinbarung über Behandlungsalternativen ebenso verhindern soll wie nachfolgende Auseinandersetzungen.

Für eine schriftliche Vereinbarung mit dem Patienten empfiehlt es sich in der Regel, auf die von der jeweils zuständigen KZV zur Verfügung gestellten Mustervereinbarungen zurückzugreifen. Sie sind von den Rechtsabteilungen der KZVen geprüft und berücksichtigen die ggf. vorliegenden regionalen Besonderheiten. Die hier im Anhang beigefügten Mustervereinbarungen haben Beispielcharakter, können aber in der Praxis als Vorlage verwendet werden, sofern nicht individuelle Vorgaben der zuständigen KZV entgegenstehen.

1 Gesetzliche und vertragliche Grundlagen

Mit seiner Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung verpflichtet sich der Zahnarzt, Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Sachleistungssystem zu behandeln. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen der Limitierung durch das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V). Hiernach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Für Leistungen innerhalb des Sachleistungssystems gilt grundsätzlich das Verbot von privaten Zuzahlungen (Zuzahlungsverbot), soweit dieses nicht durch gesetzliche Regelungen oder bundesmantelvertragliche Ausnahmen durchbrochen wird. Hierzu hat das Bundessozialgericht in einer Reihe grundlegender Entscheidungen aus dem Jahr 2001 ausgeführt, dass auch finanzielle Aspekte, wie die vermeintliche oder tatsächliche unzureichende Honorierung einer Einzelleistung, den Zahnarzt nicht berechtigen, einem Versicherten eine gesetzlich vorgesehene Leistung nur außerhalb des GKV-Systems zukommen zu lassen oder diese gänzlich zu verweigern. Der Zahnarzt muss daher alle von ihm fachlich beherrschten vertragszahnärztlichen Leistungen in der Praxis auch verfügbar halten und darf für deren Erbringung vom Versicherten keine privaten (Zu-)Zahlungen verlangen (siehe BSGE – Entscheidungen des Bundessozialgerichts 88, 20; Bundessozialgericht [BSG] in MedR – Medizinrecht 02, 42; 02, 47). Soweit daher eine bestimmte zahnärztliche Leistung den Leistungsinhalt einer Gebührenposition des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA) erfüllt, hat der GKV-Versicherte Anspruch darauf, zu GKV-Bedingungen behandelt zu werden. Dies gilt unabhängig davon, welche konkrete Behandlungsmethode der Zahnarzt einsetzt. Auch die Anwendung eventuell besonders aufwendiger Methoden oder teurer Apparaturen rechtfertigt daher keine (Zu-)Zahlung des Patienten für diese Leistungen.

Diese Vorgaben sind bestimmend für Behandlungen im Rahmen des Sachleistungssystems und beschränken das vertragszahnärztliche Behandlungsspektrum ebenso wie den Handlungsspielraum des Vertragszahnarztes, der Krankenkasse und des Patienten.

Wenn jedoch die konkrete Behandlung anderen als den sozialrechtlich vorgegebenen Zielen dient bzw. die Leistung nicht eine Leistungsbeschreibung im BEMA erfüllt, gehört sie auch nicht zum Spektrum der vertragszahnärztlichen Versorgung und ist daher in jedem Fall mit dem Patienten privat zu vereinbaren.

Unabhängig davon kann der Zahnarzt auch solche Behandlungen, die zum Leistungsinhalt der vertragszahnärztlichen Versorgung zählen, auf der Grundlage einer entsprechenden Vereinbarung mit dem gesetzlich Versicherten als reine Privatleistung erbringen. Er darf dies jedoch nicht als Zuzahlung zu einer parallelen Abrechnung derselben Leistung gegenüber der KZV vereinbaren und auch nicht zur Voraussetzung für die Behandlung des Patienten an sich machen.

Ausnahmen zum Zuzahlungsverbot im Rahmen einer vertragszahnärztlichen Versorgung sind durch die Bestimmungen zur Mehrkostenvereinbarung bei Füllungen gemäß § 28 Abs. 2 SGB V und durch die Regelungen im Festzuschusssystem für Zahnersatz gemäß § 55 SGB V Abs. 4 und Abs. 5 gesetzlich vorgesehen. Der gesetzlich Versicherte behält demnach seinen Anspruch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und hat lediglich die jeweiligen Mehrkosten zu tragen.

Wählt der gesetzlich versicherte Patient die Kostenerstattung nach § 13 SGB V, kann er die gesamte Behandlung unbeschränkt als ein Privatpatient in Anspruch nehmen. Dabei bleibt sein Leistungsanspruch gegenüber seiner Krankenkasse im gesetzlichen und satzungsrechtlichen Umfang erhalten.

An der Schnittstelle zwischen sozialrechtlich geregelter vertragszahnärztlicher Versorgung und privatrechtlicher Leistung unter Zugrundelegung der GOZ sind für eine rechtssichere Vereinbarung gesetzliche und bundesmantelvertragliche Vorgaben zu beachten, die nachstehend erläutert werden.

1.1 Vereinbarungen mit GKV-Versicherten

1.1.1 Mehrkostenvereinbarung in der Füllungstherapie

Ausschließlich im Bereich der Füllungsleistungen hat der Gesetzgeber in § 28 Abs. 2 SGB V dem Vertragszahnarzt die Möglichkeit eingeräumt, mit dem Patienten eine sogenannte „Mehrkostenvereinbarung" abzuschließen, wenn sich dieser für eine über die Versorgung der gesetzlichen Krankenkasse hinausgehende, also aufwändigere Füllungstherapie entscheidet. Vor der Behandlung ist der Patient über die Vertragsleistung und mögliche Behandlungsalternativen aufzuklären.

§ 28 Abs. 2, Sätze 2 – 5 SGB V
„Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden."

Voraussetzung für die private Berechnung von Mehrkosten ist demnach zunächst, dass der Patient eine über die ausreichende und zweckmäßige Versorgung hinausgehende Füllung wählt. Dies ist beispielhaft eine dentinadhäsiv befestigte Kompositrestauration – im Seitenzahnbereich aber nur, wenn keine Amalgamallergie oder eine Niereninsuffizienz vorliegt – oder eine Füllung in polychromatischer Schichttechnik. In diesem Fall ist mit den Patienten vor Behandlungsbeginn eine entsprechende schriftliche Vereinbarung zu treffen. Darin erklärt sich der Patient durch seine Unterschrift bereit, die Kosten für den bei der Behandlung anfallenden Mehraufwand selbst zu tragen.

Aus der Mehrkostenvereinbarung muss die Höhe der vereinbarten Mehrkosten für den Patienten erkennbar hervorgehen und deutlich werden, für welche Leistungen die Mehrkosten verlangt werden.

Abzuziehen ist die von den Krankenkassen als Sachleistung getragene vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung (Nrn. 13a – d BEMA). Wenn eine Amalgamallergie oder eine Niereninsuffizienz vorliegt, können für indirekte Füllungen im Seitenzahnbereich (Inlays, Onlays, etc.) Füllungsleistungen nach den Nrn. 13e – g BEMA in Abzug gebracht werden.

Es wurde bereits durch die Rechtsprechung entschieden, dass nur mündlich geschlossene Mehrkostenvereinbarungen wegen der fehlenden, aber gesetzlich vorgeschriebenen Schriftform unwirksam (§§ 125, 126 BGB) und deshalb nicht gerichtlich durchsetzbar sind.

Die in § 87e SGB V immer noch geregelte Begrenzung der Steigerungssätze nach der GOZ bei Mehrkostenvereinbarungen ist, wegen der zwischenzeitlich erfolgten Umsetzung des Auftrages zur BEMA-Umstrukturierung, nicht mehr wirksam.

Im Anhang A.1 finden Sie ein Musterformular, das Sie für schriftliche Mehrkostenvereinbarungen im Füllungsbereich verwenden können.

1.1.2 Vereinbarung über zusätzliche private Kosten bei Zahnersatz

Bei der vertragszahnärztlichen Versorgung mit Zahnkronen, Zahnersatz und Suprakonstruktionen wird vom Sachleistungsprinzip abgewichen, indem ein Geldleistungsanspruch definiert wird; auch für den Fall einer Regelversorgung hat der Versicherte entsprechend den gesetzlichen Grundlagen bereits einen Eigenanteil zu bezahlen. Außer der Regelversorgung kann der Versicherte einen gleich- oder andersartigen Zahnersatz wählen, der teilweise oder vollständig nach der GOZ abgerechnet wird. Das gilt entsprechend für zahntechnische Laborkosten, die den Umfang einer Regelversorgung überschreiten. Die gegenüber der Regelversorgung entstehenden Mehrkosten hat der Patient zusätzlich zu tragen.

§ 55 Abs. 4 SGB V
„Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen."

§ 55 Abs. 5 SGB V
„Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird."

In den Fällen nach § 55 Abs. 5 SGB V liegt eine reine Privatleistung vor. Daher erfolgt die Abrechnung dem Versicherten gegenüber in vollem Umfang unter Zugrundelegung der GOZ. Die Festzuschüsse sind nicht über die KZV abzurechnen. Der Versicherte hat seine Erstattungsansprüche direkt gegenüber seiner Krankenkasse geltend zu machen.

Durch die Bundesmantelverträge ist geregelt, dass dem Versicherten im Falle einer gleich- oder andersartigen Versorgung nach entsprechender Aufklärung durch den Vertragszahnarzt eine schriftliche Kostenplanung auszuhändigen ist. Hierfür ist das bundesmantelvertraglich vereinbarte Formular „Teil 2 des Heil- und Kostenplanes" verbindlich. Hierzu weiterführend Anlage 3 des Bundesmantelvertrag – Zahnärzte (BMV-Z) bzw. Anlage 4 des Ersatzkassenvertrag – Zahnärzte (EKVZ):

„Vor Beginn der Behandlung hat der Vertragszahnarzt einen Heil- und Kostenplan (HKP) nach dem in der Anlage beigefügten Muster (Teil 1 und Teil 2) zu erstellen."

Die Gegenüberstellung der Kosten für die geplante Therapie mit den durchschnittlichen Kosten der befundbezogenen Regelversorgung dient der Transparenz und ist durch das Formular vorgegeben.

Die schriftliche Kostenplanung enthält hinsichtlich der Labor- und Materialkosten Schätzbeträge und hinsichtlich der GOZ-Leistungen eine zum Zeitpunkt der Behandlungsplanung vorgenommene Kalkulation der Gebührensätze. Um mögliche Auseinandersetzungen über von der Kostenplanung abweichende Rechnungsbeträge zu vermeiden, empfiehlt sich eine genaue Kalkulation unter Einbeziehung einer Kostenplanung für die zahntechnischen Leistungen. Überschreiten die voraussichtlichen Kosten aller zahntechnischen Leistungen den Betrag von 1.000 Euro, muss gemäß § 9 GOZ (siehe auch Kapitel „Vorschriften des allgemeinen Teils der GOZ") ein Kostenvoranschlag angeboten werden. Sollte während der Therapiephase eine Kostenveränderung absehbar sein, ist es empfehlenswert, den Versicherten zeitnah hierüber erneut schriftlich aufzuklären. Hierzu kann Teil 2 des Heil- und Kostenplanes mit neuen Kostenparametern ausgefertigt werden.

Die in § 87e SGB V immer noch geregelte Begrenzung der Steigerungssätze nach der GOZ bei der Versorgung mit gleichartigem Zahnersatz ist wegen der zwischenzeitlich erfolgten Umsetzung des Auftrags zur BEMA-Umstrukturierung nicht mehr wirksam.

1.1.3 Private Kostenübernahmevereinbarung

Der Zahnarzt kann mit dem gesetzlich versicherten Patienten eine private Behandlung nach der GOZ vereinbaren, wenn die Leistung nicht Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung ist, z. B. weil sie

- ausdrücklich ausgeschlossen wurde und kein Ausnahmefall vorliegt (z. B. § 28 Abs. 2 SGB V: funktionsanalytische Leistungen, KFO-Behandlung von Erwachsenen, implantologische Leistungen),
- nicht im BEMA-Leistungskatalog enthalten ist (z. B. elektrometrische Längenbestimmung, zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden),
- über das Maß der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung hinausgeht (z. B. Wurzelkanalbehandlungen, die nicht im Rahmen der Richtlinien nach Nr. 9 zu behandeln sind),
- im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nicht indiziert ist und eine Wahlleistung des Patienten darstellt (z. B. das Entfernen von intakten Amalgamfüllungen).

Darüber hinaus besteht generell die Möglichkeit, auf Wunsch des Patienten und unabhängig von einer etwaigen Kostenerstattung durch Dritte, die Behandlung auf Grundlage eines privaten Behandlungsvertrages nach den Bestimmungen der GOZ zu vereinbaren.

Private Kostenübernahmevereinbarungen gesetzlich Versicherter sind gemäß folgenden vertraglichen Bestimmungen möglich:

§ 4 Abs. 5 Bundesmantelvertrag – Zahnärzte
„Der Vertragszahnarzt darf von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern:
d) wenn und soweit der Versicherte klar erkennbar verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden. Hierüber ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Vertragszahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Im Übrigen soll sich der Vertragszahnarzt den Wunsch des Versicherten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, schriftlich bestätigen lassen."

§ 7 Abs. 7 Ersatzkassenvertrag – Zahnärzte
„Darüber hinaus darf der Vertragszahnarzt von einem Versicherten eine Vergütung für Leistungen, die im BEMA enthalten sind, nur fordern, wenn der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich wünscht, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen. Der Vertragszahnarzt soll sich den Wunsch des Versicherten, die Behandlung auf eigene Kosten durchführen zu lassen, schriftlich bestätigen lassen. Die gesetzlichen Mehrkostenregelungen bleiben unberührt."

Entscheidend ist dabei, dass der Patient dahingehend aufgeklärt wurde, dass er als gesetzlich versicherter Patient das Recht hat, nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Sachleistungsbereich behandelt zu werden und er dennoch ausdrücklich eine Behandlung auf der Grundlage eines privaten Behandlungsvertrages wünscht.

Auch wenn rechtlich nicht abschließend geklärt ist, ob die Nichteinhaltung der Schriftform zur Unwirksamkeit der Vereinbarung führt, ist die Einhaltung der Schriftform zumindest eine vertragszahnärztliche Verpflichtung aus den vorgenannten Regelungen der Mantelverträge. Die Vereinbarung von Leistungen mit einem in der GKV versicherten Patienten, die nicht Bestandteil des BEMA sind, sollte aufgrund der Rechtsprechung den Hinweis enthalten, dass die GKV sich voraussichtlich nicht an den Kosten beteiligt.
Im Hinblick auch auf gerichtliche Beweiszwecke ist dringend anzuraten, die private Kostenübernahmevereinbarung schriftlich abzuschließen.

Im Anhang A.2 finden Sie ein Musterformular, das Sie hierfür verwenden können.

1.2 Ergänzende Regelungen im SGB V

1.2.1 Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V

Nach § 13 Abs. 2 SGB V kann ein gesetzlich versicherter Patient die Kostenerstattung wählen; dies auch beschränkt auf den Bereich der gesamten zahnärztlichen Versorgung.

§ 13 Abs. 2 Sätze 1 – 4 SGB V
„Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich."

§ 13 Abs. 2 Satz 12 SGB V
„Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden."

Für den Zeitraum der gewählten Kostenerstattung wird der Patient als ein Privatpatient behandelt und die erbrachten Leistungen werden ihm nach der GOZ in Rechnung gestellt.

Voraussetzung ist, dass der Patient seine Krankenkasse vor Behandlungsbeginn über die Wahl der Kostenerstattung informiert.

Um sicherzustellen, dass die Krankenkasse vorab informiert wurde, sollte sich der Zahnarzt dies schriftlich vom Patienten bestätigen lassen. Außerdem muss der Patient vor Behandlungsbeginn darüber aufgeklärt werden, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse erstattet werden, von ihm privat zu tragen sind. Es empfiehlt sich eine schriftliche Aufklärung.

Im Anhang A.3 finden Sie ein Musterformular, das Sie hierfür verwenden können.

1.2.2 Selektivverträge gem. § 73c SGB V

Gem. § 73c SGB V können Krankenkassen ihren Versicherten eine Versorgung durch sogenannte Verträge über die besondere ambulante ärztliche Versorgung (Selektivverträge) anbieten. Derartige Verträge können von den Krankenkassen mit einzelnen Vertragszahnärzten, deren Gemeinschaften oder KZVen geschlossen werden. Diese Verträge beziehen sich auf die Leistungen, die ansonsten im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung zu erbringen sind und können nähere Regelungen über den Inhalt, den Umfang und die Durchführung der Versorgungsaufträge enthalten sowie die Vergütung regeln. Selektivverträge können sowohl von den gesetzlichen Regelungen als auch von den Inhalten der Gesamt- und Mantelverträge, der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) oder den Inhalten des BEMA abweichen. Eine Ausnahme gilt insofern lediglich für die personellen und sächlichen Qualifikationsanforderungen in den Richtlinien des G-BA und ggf. in den Bundesmantelverträgen enthaltenen Anforderungen an die vertragszahnärztliche Versorgung.

Die Inhalte der Verträge gelten naturgemäß nur für diejenigen Vertragszahnärzte und diejenigen Versicherten, die an derartigen Verträgen beteiligt sind. Die Versicherten können derartigen Verträgen nach Maßgabe näherer Bestimmungen in den Satzungen der Krankenkassen durch eine freiwillige Erklärung beitreten und sind daran dann zumindest ein Jahr lang gebunden. In diesen Fällen besteht für die teilnehmenden Versicherten grundsätzlich die Verpflichtung, nur solche Vertragszahnärzte in Anspruch zu nehmen, die an derartigen Verträgen beteiligt sind. Eventuelle Folgen eines solchen Pflichtenverstoßes des Versicherten treffen dann aber nicht den behandelnden Vertragszahnarzt, der seine Leistungen daher wie üblich über die KZV abrechnen kann, sondern lediglich den Versicherten nach näherer Maßgabe entsprechender Regelungen in der Satzung der jeweiligen Krankenkasse.

1.2.3 Wahltarife gemäß § 53 SGB V

Gem. § 53 SGB V können Krankenkassen in ihren Satzungen Regelungen hinsichtlich bestimmter Wahltarife vornehmen und diese ihren Versicherten anbieten. Die Wahltarife können sich z. B. auf die Vereinbarung eines bestimmten Selbstbehaltes, Prämienzahlungen für die Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen, die Vereinbarung einer in ihrer Ausgestaltung im Wahltarif näher zu regelnden Kostenerstattung bzw. Einschränkungen der Leistungsansprüche der Versicherten unter Vereinbarung einer entsprechenden Prämienzahlung beziehen.

Die Wahltarife gelten nur für diejenigen Versicherten, die mit ihrer Krankenkasse eine Vereinbarung hierzu getroffen haben. An diese sind die Versicherten für bestimmte, gesetzlich geregelte Mindestzeiten gebunden und die Krankenkassen müssen diese Wahltarife ausschließlich durch Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Tarifen selbst finanzieren, so dass eine Quersubventionierung aus den allgemeinen Beitragseinnahmen ausgeschlossen ist.

Die Wahltarife regeln grundsätzlich lediglich das Innenverhältnis zwischen Krankenkasse und Versicherten und die dort ggf. bestehenden Leistungsansprüche. Dadurch wird das Behandlungsverhältnis des Zahnarztes mit dem Versicherten grundsätzlich nicht berührt. Da der Vertragszahnarzt auch über derartige besondere Vereinbarungen zwischen dem Versicherten und seiner Krankenkasse regelmäßig keine Kenntnis hat, ist es grundsätzlich Sache des Versicherten, vor Beginn der Behandlung auf derartige Vereinbarungen hinzuweisen. Dies gilt insbesondere bei der Wahl von Kostenerstattungstarifen. Soweit dem Versicherten danach kein Sachleistungsanspruch zusteht, ist er vom Vertragszahnarzt daher ebenso wie bei einer Wahl der Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 2 SGB V als ein Privatpatient zu behandeln

und der Leistungsabrechnung sind die Gebührenverzeichnisse der GOZ zugrunde zu legen. Anders als bei der Wahl der Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 2 SGB V ist der Vertragszahnarzt, sofern der Versicherte einem Wahltarif gem. § 53 Abs. 4 SGB V beigetreten ist, nicht verpflichtet, diesen jeweils vor der Leistungsinanspruchnahme darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, vom Versicherten selbst zu tragen sind.

Um eine rechtssichere Durchführung und Abrechnung der Behandlung sicherzustellen, wird empfohlen, sofern der Versicherte auf die Bindung an einen bestimmten Wahltarif hinweist, sich diesen Tarif vorlegen zu lassen, um die sich daraus ggf. ergebenden Modifikationen des Leistungsanspruches des Versicherten erkennen zu können.

1.2.4 Basistarif/Standardtarif der PKV gemäß § 75 Abs. 3a bis c SGB V

Der Sicherstellungsauftrag der KZVen umfasst gem. § 75 Abs. 3a SGB V unter anderem auch die Versicherten in den brancheneinheitlichen Standardtarifen bzw. dem Basistarif der Privaten Krankenversicherung (PKV). Hieraus folgt allerdings keine unmittelbare Behandlungspflicht des Vertragszahnarztes, sondern lediglich eine grundsätzliche Verpflichtung der KZVen, auch insofern die Sicherstellung der Versorgung zu gewährleisten. Der Vertragszahnarzt kann daher im Einzelfall entscheiden, ob er bereit ist, einen Versicherten in den genannten Tarifen zu den gesetzlichen Bedingungen zu behandeln.

Da es sich dem Grunde nach um Privatpatienten handelt, sind die Behandlungen unter Zugrundelegung der GOZ durchzuführen und unmittelbar mit dem Patienten abzurechnen. Gem. § 75 Abs. 3a SGB V ist der höchstens abrechnungsfähige Steigerungssatz jedoch auf das 2,0-Fache begrenzt worden. Soweit der Vertragszahnarzt daher mit dem Patienten nicht vor der Behandlung eine abweichende Vereinbarung getroffen hat, kann er auch dann, wenn ansonsten ein höherer Steigerungssatz gerechtfertigt wäre, nicht mehr als das 2,0-Fache des Einfachsatzes in Ansatz bringen. Soweit bestimmte Leistungen unter Zugrundelegung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden, gelten abweichende gesetzlich begrenzte Steigerungshöchstsätze gem. § 75 Abs. 3a SGB V, die in Abhängigkeit vom jeweiligen Leistungsbereich zwischen dem 1,16-Fachen und dem 1,8-Fachen des Gebührensatzes liegen. Insofern besteht zwar eine Vereinbarung zwischen der KBV und dem PKV-Verband über noch weiter abgesenkte Steigerungssätze für gesetzliche Leistungen, die allerdings im Bereich der Abrechnung zahnärztlicher Leistungen aus dem Bereich der GOÄ keine Wirkung entfalten.

Die Einschränkungen des Liquidationsrechtes gelten nur für solche Leistungen, die auch im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung zu erbringen wären. Ein abschließender Katalog der vom Basistarif umfassten Leistungen, die den genannten Beschränkungen der Steigerungssätze unterfallen, ist auch seitens der PKV nicht festgelegt worden. Im Zweifelsfall sollte der Vertragszahnarzt bei der Behandlung eines Standard- oder Basistarif-Versicherten einen Heil- und Kostenplan erstellen und den Versicherten auffordern, über die Erstattungsfähigkeit der darin vorgesehenen Leistungen zunächst eine Entscheidung seiner PKV zu veranlassen. Auf dieser Grundlage kann der Vertragszahnarzt entscheiden, welche Leistungen der Honorarbegrenzung unterliegen und welche nicht.

Voraussetzung für die Anwendung der begrenzten Steigerungssätze ist naturgemäß, dass der Patient vor Behandlungsbeginn auf seinen Status als Versicherter in den Standardtarifen/im Basistarif der PKV hinweist. Insbesondere bei unbekannten Patienten, die sich als privatversichert bezeichnen, besteht daher ggf. Veranlassung zur Nachfrage, inwieweit eine Vollversicherung bzw. lediglich eine Versicherung in den Standardtarifen/im Basistarif der PKV vorliegt.

2 Vorschriften des allgemeinen Teils der GOZ

In Fällen der Vereinbarung einer Privatbehandlung oder der Kostenerstattung sind die Vorschriften der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu beachten. Wir stellen nachfolgend auszugsweise einige Vorschriften der GOZ dar, die für die korrekte Vereinbarung von privatzahnärztlichen Leistungen und deren Liquidation bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung von besonderer Bedeutung sind.

2.1 § 2 Abweichende Vereinbarung

§ 2 GOZ (Auszug)
(1) Durch Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Absatz 1 Satz 2) oder eines abweichenden Punktwertes (§ 5 Absatz 1 Satz 3) ist nicht zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.

(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes schriftlich 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.

(3) Leistungen nach § 1 Absatz 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 Absatz 1 bleibt unberührt.

2.1.1 Vergütungsvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ

Soweit im Rahmen der Behandlungsplanung festgestellt wird, dass auch bei Ausschöpfung des Gebührenrahmens gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1 GOZ (1- bis 3,5-facher Gebührensatz) keine (betriebswirtschaftlich) angemessene Vergütung dargestellt werden kann, besteht die Möglichkeit, gemäß § 2 Abs. 1 GOZ eine Gebührenhöhe oberhalb des 3,5-fachen Gebührensatzes individuell zu vereinbaren. Im Übrigen ist auch innerhalb des Gebührenrahmens eine Vereinbarung gemäß § 2 Abs.1 GOZ möglich.

Gemäß § 2 Abs. 2 GOZ muss die Vereinbarung folgende Anforderungen erfüllen:

- Sie ist nach persönlicher Absprache mit dem Patienten für den konkreten Behandlungsfall zu erstellen.
- Sie ist vor Erbringung der Leistung schriftlich abzuschließen.
- Für jede Leistung ist die Leistungsnummer, die Bezeichnung der Leistung, der vereinbarte Steigerungssatz und der sich daraus ergebende Honorarbetrag aufzuführen.
- Es muss darauf hingewiesen werden, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.
- Die Vereinbarung darf keine weiteren Erklärungen enthalten.
- Dem Zahlungspflichtigen ist ein Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.

Im Anhang A.4 finden Sie ein Musterformular, das Sie hierfür verwenden können.

2.1.2 Vergütungsvereinbarung nach § 2 Abs. 3 GOZ

Auch in der privaten Gebührenordnung existiert der Begriff der „medizinischen Notwendigkeit", der allerdings im Gegensatz zu der sozialgesetzlichen Norm des § 12 Abs. 1 SGB V nicht ausschließlich an die strengen Kriterien der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit auszurichten ist.

Nach § 1 Abs. 2 GOZ gilt:
„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."

Eine Vereinbarung mit dem Patienten nach § 2 Abs. 3 GOZ muss folgende Anforderungen erfüllen:

- Sie ist in einem Heil- und Kostenplan zu treffen.
- Der Heil- und Kostenplan ist vor der Erbringung der Leistung in Schriftform zu erstellen.
- Es sind die einzelnen Leistungen und Vergütungen aufzuführen.
- Es muss der Hinweis enthalten sein, dass es sich um Leistungen auf Verlangen handelt, weil die geplante Leistung über die zahnmedizinisch notwendige Versorgung hinausgeht
- und dass eine Erstattung der Vergütung möglicherweise nicht gewährleistet ist.

Im Anhang A.5 finden Sie ein Musterformular, das Sie hierfür verwenden können.

2.2 § 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

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

(2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. Der 2,3-fache 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.

§ 5 Abs. 1 Satz 1 GOZ eröffnet für die Berechnung der Höhe der einzelnen Gebühr einen Gebührenrahmen vom 1-Fachen bis zum 3,5-Fachen des Gebührensatzes.

Nach § 5 Abs. 2 GOZ sind die Gebühren innerhalb des Gebührenrahmens unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Nach dem Wortlaut bildet der 2,3-fache Gebührensatz die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab. Ein Überschreiten dieses Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn oben genannte Besonderheiten der Bemessungskriterien dies rechtfertigen.

Klar wird hieraus, dass die Berechnung von Steigerungssätzen über den 2,3-fachen Satz hinaus weder erschwert wird noch gänzlich unzulässig ist. Der Gebührenrahmen vom 1-Fachen bis zum 3,5-Fachen des Gebührensatzes steht den Zahnärzten somit uneingeschränkt zur Verfügung, so dass eine Überschreitung des 2,3-fachen Steigerungssatzes, z. B. auch bei nur leicht überdurchschnittlichen Schwierigkeiten, Zeitaufwänden oder Umständen, möglich ist.

Die Bestimmung der Gebühren nach „billigem Ermessen" innerhalb des Gebührenrahmens kann außerdem auch durch eine Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 GOZ ersetzt werden.

2.3 § 6 Gebühren für andere Leistungen

§ 6 GOZ (Auszug)
(1) Selbstständige 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 selbstständige 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.

(2) Die Vergütungen sind nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte zu berechnen, soweit die Leistung nicht als selbstständige 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: [...]

§ 6 GOZ regelt die Analogberechnung. Nach § 6 Abs. 1 GOZ kann jede selbstständige zahnärztliche Leistung, die nicht im Gebührenverzeichnis aufgeführt ist, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der GOZ oder der in § 6 Abs. 2 GOZ aufgeführten Leistungen der GOÄ berechnet werden. Die frühere Regelung, dass nur Leistungen, die nach 1988 entwickelt und wissenschaftlich anerkannt wurden, analog berechnet werden können, ist überholt. Bei der Abgrenzung, ob eine neue selbstständige Leistung vorliegt, ist nicht auf das Ziel der Leistung abzustellen, da auch innerhalb der GOZ ein Behandlungsziel mit unterschiedlichen Leistungen erreicht werden kann. Entscheidend ist vielmehr, ob das Ziel durch eine neue Methode erreicht wird, wobei es sich insgesamt um eine neue Art der Leistungserbringung handeln muss. Eine Leistung kann dann nicht nach § 6 Abs. 1 analog berechnet werden, wenn sie Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist.

Der Zahnarzt hat die Analogiebewertung eigenverantwortlich durchzuführen, wobei ihm bei der Feststellung der Gleichwertigkeit ein Ermessensspielraum zugestanden wird.

Für die Feststellung der Gleichwertigkeit hat der Zahnarzt Art, Kosten- und Zeitaufwand der neuen Leistung mit der hilfsweise zur Berechnung ausgesuchten Analogleistung zu vergleichen, nicht aber den Leistungsinhalt. Das Kriterium der Art der Leistungserbringung ist dabei auf die Schwierigkeit (unter der die notwendige Geschicklichkeit, der Konzentrationsaufwand, die körperliche, geistige oder psychische Belastung während bzw. durch die Behandlung zu verstehen ist) sowie auf den Umfang der Verantwortung und Haftung für die Leistung abzustellen. Der Zeitaufwand zielt auf die zu vergleichende notwendige Zeit der Leistungserbringung. Nachdem es in der GOZ keine Sollzeiten gibt, ist der individuelle Zeitaufwand subjektiv vom einzelnen Zahnarzt zu bestimmen und zu vergleichen. Dabei hat er vor allem sich selbst als Vergleichsmaßstab. Der Kostenaufwand bezieht sich auf die verbrauchten, nicht umlagefähigen Materialien, Geräte und Instrumente („gleichwertiger Verschleiß") bzw. auf zusätzlich notwendige Geräte und Instrumente, ggf. auf Fortbildungsaufwand oder den Einsatz besonders qualifizierten und damit kostenintensiven Personals.

Der individuelle oder betriebswirtschaftlich notwendige bzw. gewünschte Stundensatz einer Praxis ist für die Festlegung einer Analogposition dagegen nicht relevant. Deshalb darf auch die Auswahl einer Analogposition nicht nach diesem Kriterium erfolgen oder gar den finanziellen Ausgleich einer seit 1988 fast unverändert geltenden Gebührenordnung herbeiführen wollen. Entscheidend ist der Vergleich mit anderen Gebührenpositionen der GOZ, selbst wenn diese ungenügend bewertet sein sollten.

Beim Ansatz des 2,3-fachen Gebührensatzes sind die Kriterien des § 5 Abs. 2 GOZ zu erfüllen, also die durchschnittliche Schwierigkeit, der durchschnittliche Zeitaufwand und der durchschnittliche Kostenaufwand bei der Leistungserbringung zu berücksichtigen. Ein Über- oder Unterschreiten der durchschnittlichen Bemessungskriterien durch besondere Umstände bei der Durchführung der Analogleistung ermöglicht dann eine Veränderung des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 2 GOZ.

Aufgrund der diffizilen und praxisindividuellen Bewertung einer Leistung können hinsichtlich der dafür heranzuziehenden Analogleistung kaum leistungsgerechte „Empfehlungen“ zur Analogleistungsberechnung abgegeben werden. Demzufolge sind solche „Empfehlungen“ durch Fachgesellschaften oder Zahnärztekammern für den Zahnarzt nur als Hilfestellung zu betrachten.

Bestimmten chirurgischen Leistungen in der GOZ/GOÄ sind Zuschläge zugeordnet, die bei ambulanter Durchführung für die erforderliche Bereitstellung von Einrichtungen, Geräten, Personal etc. berechnet werden können. Dieser Zuschlag ist bei der Analogberechnung zu berücksichtigen, wenn die Analogberechnung für eine chirurgische Leistung erfolgt. Erfolgt die Analogberechnung dagegen für eine nicht chirurgische Leistung, können diese Zuschläge nicht berechnet werden.

Beachten Sie die Formvorschriften für die Abrechnung einer Analogleistung, die in § 10 Abs. 4 GOZ beschrieben sind.

2.4 § 9 Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen

§ 9 GOZ

(1) 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.

(2) 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 1.000 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 Zeitraums von sechs Monaten Kosten von mehr als 1.000 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.“

Auch dem Versicherten der GKV ist bei einer gleich- oder andersartigen Versorgung ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlichen Laborkosten anzubieten, wenn diese insgesamt einen Betrag von 1.000 Euro überschreiten. Laborkosten sind die „zahntechnischen Gesamtkosten“, nicht die Differenz zwischen den Kosten einer gleich- oder andersartigen Versorgung und den Kosten einer Regelversorgung.

Die Laborkosten beinhalten die Laborleistungen sowie die Kosten für z. B. Edelmetall oder andere Materialien inklusive Mehrwertsteuer.

Die Schriftform ist für den Kostenvoranschlag nach § 9 nicht zwingend vorgesehen. In jedem Fall empfiehlt sich jedoch:

- die Dokumentation des „Angebotes des Laborkostenvoranschlages“ und des Beratungsgesprächs im Karteiblatt.
- Zusätzlich könnte in Teil II des Heil- und Kostenplans folgender Zusatz aufgenommen werden: „Gemäß § 9 Abs. 2 GOZ wurde dem Zahlungspflichtigen ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Mat.- und Lab.-Kosten angeboten“ oder „Auf Wunsch wird ein Kostenvoranschlag über zahntechnische Leistungen ausgehändigt.“

2.5 § 10 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

§ 10 GOZ

(1) 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.

(2) Die Rechnung muss insbesondere enthalten:

1. *das Datum der Erbringung der Leistung,*
2. *bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer verständlichen Bezeichnung des behandelten Zahnes und einer in der Leistungsbeschreibung oder einer Abrechnungsbestimmung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,*
3. *bei Gebühren für vollständige teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche 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 Preise sowie die direkt zurechenbaren 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.*

(3) 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 Fall 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.

(4) 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.

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

(6) 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.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat gem. § 10 Abs. 1 Satz 2 GOZ ein Abrechnungsformular für zahnärztliche Leistungen festgesetzt, dessen Verwendung Voraussetzung für eine Fälligkeit der Vergütung ist. Dieses maschinenlesbare Formular ist daher grundsätzlich bei jeder Abrechnung zahnärztlicher Leistungen unter Zugrundelegung der GOZ zu verwenden.

Allerdings berücksichtigt dieses Formular nicht die Erfordernisse eines Ausweises von (Zuschuss-)Leistungen gesetzlicher Krankenkassen bei der Mehrkostenvereinbarung in der Füllungstherapie und bei der Abrechnung gleich- und andersartiger Versorgungen im Rahmen des Festzuschusssystems bei Zahnersatz. Denn formal ist ein bestimmtes Feld für den Ausweis entsprechender Abrechnungsbestandteile, die vom Zahnarzt nicht unmittelbar mit dem Patienten, sondern über die KZV abgerechnet werden, nicht vorgesehen. Im Zusammenhang mit dem Ausweis von Einzelpositionen hinsichtlich des Gesamtrechnungsbetrages findet sich zwar eine Position mit der Bezeichnung „ggf. abzüglich Vorleistung anderer Kostenträger", die jedoch keine rechtssichere Berücksichtigung der Abrechnungsbeträge gegenüber den KZVen ermöglicht. Das Formular gemäß Anlage 2 zur GOZ kann daher sachgerecht allenfalls bei der Abrechnung vollständig andersartiger Versorgungsformen im Sinne von § 55 Abs. 5 SGB V Verwendung finden, da insofern eine vollständige Abrechnung der Versorgung mit dem Patienten erfolgt und eine Erstattung der bewilligten Festzuschüsse durch die Krankenkassen an den Versicherten selbst vorgenommen wird. In allen anderen Fallgestaltungen liegen aber „Vorleistungen" der Krankenkassen im Rechtssinne nicht vor, so dass eine rechtssichere Abrechnung der jeweiligen Behandlungen insgesamt unter Verwendung des Formulars nicht sichergestellt ist.

Im Hinblick auf die bestehenden Rechtsunsicherheiten besteht zurzeit Einvernehmen zwischen dem BMG und dem PKV-Verband, dass ein Ausweis der entsprechenden Abrechnungsbeträge des Vertragszahnarztes über die KZVen entsprechend der bisherigen Handhabung in geeigneter Form auf dem Abrechnungsformular vorgenommen werden kann, ohne dass dadurch die Wirksamkeit der Abrechnung und damit die Fälligkeit der Forderung tangiert wird.

Die KZBV ist der Auffassung, dass das Formular in der zum Zeitpunkt der Drucklegung vorliegenden Fasssung für die Abrechnung privatzahnärztlicher Leistungen im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Leistungen nicht geeignet ist.

§ 10 Abs. 3 Satz 3 GOZ schafft eine Begründungspflicht in Fällen der abweichenden Vereinbarung nach § 2 GOZ. Dem Zahlungspflichtigen ist auf Verlangen eine schriftliche Begründung für einen höheren Steigerungssatz zu liefern, der auch ohne die getroffene Vereinbarung gerechtfertigt gewesen wäre. Im Anhang A.6 finden Sie ein Musterformular, das Sie als Ersatzfeststellung nach § 10 Abs. 3 Satz 3 GOZ verwenden können.

3 Schnittstellen der GOZ nach Gebührennummern

Die in dieser Publikation enthaltene Kommentierung der GOZ-Nrn. wurde mit der Bundeszahnärztekammer abgestimmt und steht inhaltlich in Übereinkunft mit den im GOZ-Kommentar der Bundeszahnärztekammer vom 9. Februar 2013 vertretenen Auffassungen.

Der GOZ-Ausschuss der Bundeszahnärztekammer hat in Zusammenarbeit mit der KZBV die Schnittstellen zwischen Bema und GOZ beraten. Die BZÄK war in diesem Zusammenhang aufgerufen, die Berechnung privatzahnärztlicher Leistungen bei einer Behandlung von GKV-Versicherten auf Übereinstimmung mit den Vorschriften der novellierten GOZ zu überprüfen. Nicht Gegenstand der Befassung seitens der BZÄK war die Beurteilung, wann und unter welchen Voraussetzungen zahnärztliche Leistungen bei GKV-Versicherten aus dem vertragszahnärztlichen Behandlungsumfang herausfallen, in welchem Umfang diese Leistungen privat nach GOZ berechnet werden können und welche rechtlichen Voraussetzungen damit ggf. verknüpft sind. Die BZÄK stellt unter diesen Prämissen die Übereinstimmung mit der GOZ und dem aktuellen Stand des GOZ-Kommentars der Bundeszahnärztekammer fest.

Die auf den folgenden Seiten im Detail erläuterten Schnittstellen folgen der Systematik der GOZ. Die Zusammenstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Zu jeder aufgeführten Gebührennummer finden Sie einen Absatz „Vereinbarung mit GKV-Versicherten“ mit der Information, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen die Leistung mit dem Versicherten vereinbart werden kann (unter Beibehalt seines Anspruchs im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung). Die in den vorherigen Kapiteln behandelten allgemeinen Regelungen zur Vereinbarkeit von Privatleistungen sind jeweils zusätzlich zu beachten.

Ergänzende Regelungen auf KZV-Ebene

In einigen KZV-Bereichen existieren – hier nicht einzeln dargestellte – landesspezifische Vereinbarungen zwischen der KZV und Krankenkassen, die zu einer Erweiterung der Vereinbarungsmöglichkeit mit dem gesetzlich Krankenversicherten führen können und ebenfalls zu berücksichtigen sind. Ihre KZV wird Sie über die bestehenden Regelungen informieren.

A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen

GOZ Nr. 0065

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Optisch-elektronische Abformung einschließlich vorbereitender Maßnahmen, einfache digitale Bissregistrierung und Archivierung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	80	4,50 €	10,35 €	15,75 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Neben der Leistung nach der Nummer 0065 sind konventionelle Abformungen nach diesem Gebührenverzeichnis für dieselbe Kieferhälfte oder denselben Frontzahnbereich nicht berechnungsfähig.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 0065 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, da eine vergleichbare Leistung im Sachleistungskatalog der GKV nicht enthalten ist.

Erläuterungen/Hinweise

Neben der Leistung nach Nr. 0065 GOZ sind in derselben Sitzung konventionelle Abformungen in derselben Kieferhälfte oder in demselben Frontzahnbereich nicht berechnungsfähig. Sofern in den jeweiligen Leistungsbeschreibungen der GOZ Maßnahmen zur Abformung einer Präparation aufgeführt sind, ist von konventionellen Abformungen mit entsprechenden Materialien auszugehen.

Die Vereinbarung einer Leistung nach Nr. 0065 GOZ führt zur Einstufung als gleichartige Versorgung. Sie führt aber nicht dazu, dass Regelversorgungsbestandteile, beispielsweise eine Krone nach BEMA, nach GOZ abgerechnet werden können.

Für Versicherte, die gem. § 55 Abs. 2 SGB V unzumutbar belastet würden (sog. Härtefälle), gilt: Die Einstufung als gleichartige Versorgung reduziert den Leistungsanspruch des Versicherten auf den doppelten Festzuschuss.

GOZ Nr. 0110

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
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	400	22,50 €	-------	-------

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Der Zuschlag nach der Nummer 0110 ist je Behandlungstag nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Vereinbarung der Nr. 0110 GOZ mit Versicherten der GKV ist **neben einer Sachleistung nicht möglich**.

Erläuterungen/Hinweise

Bei der Nummer 0110 GOZ handelt es sich um eine Zuschlagsposition; es wird keine eigenständige Leistung beschrieben.

Die Anwendung des OP-Mikroskops bei einer zahnärztlichen Leistung ist untrennbar mit dieser Leistung verbunden. **Eine Trennung zwischen vertragszahnärztlicher Leistung und der Verwendung eines OP-Mikroskops ist nicht möglich**. Die Anwendung des OP-Mikroskops setzt voraus, dass auch als Hauptleistung eine GOZ-Leistung vereinbart ist. Der Ansatz der Zuschlagsposition bleibt daher auf die im Leistungstext abschließend aufgezählten Gebührennummern der GOZ beschränkt.

GOZ Nr. 0120

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei den Leistungen nach den Nummern 2410, 3070, 3080, 3210, 3240, 4080, 4090, 4100, 4130, 4133 und 9160				

Abrechnungsbestimmungen GOZ

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.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Vereinbarung des Zuschlags nach der Nr. 0120 GOZ mit Versicherten der GKV ist **neben einer Sachleistung nicht möglich**. Vereinbarungsfähig ist die Anwendung eines Lasers **nur als selbstständige Leistung** nach den Bestimmungen der GOZ (außerhalb der in der Leistungsbeschreibung enumerativ aufgeführten Gebührennummern).

Erläuterungen/Hinweise

Bei der Nr. 0120 GOZ handelt es sich um eine Zuschlagsposition; es wird keine eigenständige Leistung beschrieben. Der Ansatz bleibt auf Gebührennummern der GOZ beschränkt, der Zuschlag kann nicht zu einer BEMA-Leistung berechnet werden.

Sollte die Anwendung eines Lasers als selbstständige Leistung erfolgen (und nicht nach Nr. 0120 GOZ) und damit von einer BEMA-Leistung abgegrenzt werden, so ist die Leistung nach § 6 Abs. 1 GOZ zu berechnen.

Beispielsweise kann die Laser-Anwendung zur Dentinflächenentkeimung und -konditionierung, Dekontamination von Wurzelkanälen sowie zur Sulcusdekontamination vereinbart werden.

Im Rahmen der Parodontitistherapie ist bei Versicherten der GKV der Lasereinsatz zur Deepithelisierung, Entkeimung etc. als selbstständige Zusatzleistung möglich, ohne dass der Versicherte seinen Anspruch auf die vertragszahnärztliche Leistung (Nrn. P 200 ff. BEMA) verliert. Die Berechnung erfolgt jeweils gem. § 6 Abs. 1 GOZ und nicht nach Nr. 0120 GOZ.

Eine Parodontitistherapie allein mittels Laser ist keine vertragszahnärztliche Leistung und muss privat vereinbart werden.

B. Prophylaktische Leistungen

GOZ Nr. 1000

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten	200	11,25 €	25,87 €	39,37 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

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 den 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.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 1000 GOZ ist mit Versicherten der GKV nach Vollendung des 30. Lebensmonats und **bis Vollendung des 18. Lebensjahres in der Regel nicht vereinbarungsfähig**. Werden Leistungen erbracht, die über die Richtlinien und/oder Abrechnungsbestimmungen des BEMA hinausgehen, ist die Nr. 1000 GOZ vereinbarungsfähig.

Erläuterungen/Hinweise

Die Nr. 1000 GOZ ist bei Kindern vor Vollendung des sechsten Lebensjahres neben der Nr. FU BEMA (Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes vom 30. bis zum 72. Lebensmonat) nicht vereinbarungsfähig, da es hierbei zu einer unzulässigen Überschneidung der Leistungsinhalte käme.

Bei Versicherten, die das sechste, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, ist eine Vereinbarung über die Leistung nach Nr. 1000 GOZ möglich, wenn die Leistung in einer anderen Frequenz indiziert ist, als sie bei vergleichbarer Leistung nach IP 1 oder IP 2 BEMA (je Kalenderhalbjahr einmal) vorgegeben ist.

GOZ Nr. 1010

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten	100	5,62 €	12,94 €	19,68 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

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 den 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.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 1010 GOZ ist mit Versicherten der GKV nach Vollendung des 30. Lebensmonats und **vor Vollendung des 18. Lebensjahres in der Regel nicht vereinbarungsfähig**. Werden Leistungen erbracht, die über die Richtlinien und/oder Abrechnungsbestimmungen des BEMA hinausgehen, ist die Leistung nach der Nr. 1010 GOZ vereinbarungsfähig.

Erläuterungen/Hinweise

Die Leistung nach Nr. 1010 GOZ ist bei Kindern vor Vollendung des sechsten Lebensjahres neben der Nr. FU BEMA (Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung eines Kindes vom 30. bis zum 72. Lebensmonat) nicht vereinbarungsfähig, da es hierbei zu einer unzulässigen Überschneidung der Leistungsinhalte käme.

Bei Versicherten, die das sechste, aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben, ist eine Vereinbarung über die Leistung nach Nr. 1010 GOZ möglich, wenn die Leistung in einer anderen Frequenz indiziert ist, als sie bei vergleichbarer Leistung nach IP 1 oder IP 2 BEMA (je Kalenderhalbjahr einmal) vorgegeben ist.

GOZ Nr. 1020

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel, je Sitzung	50	2,81 €	6,47 €	9,84 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Die Leistung nach der Nummer 1020 ist innerhalb eines Jahres höchstens viermal berechnungsfähig.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 1020 GOZ ist mit Versicherten der GKV nach Vollendung des 30. Lebensmonats und **vor Vollendung des 18. Lebensjahres in der Regel nicht vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Bei vorzeitigem Durchbruch der 6-Jahrmolaren ist die Abrechnung der lokalen Fluoridierung der Zähne zur Zahnschmelzhärtung über die Nr. IP 4 BEMA möglich. Die Leistung nach Nr. 1020 GOZ ist für dieselbe Sitzung neben der Nr. IP 4 BEMA nicht vereinbarungsfähig, da es hierbei zu einer unzulässigen Überschneidung der Leistungsinhalte käme. Die Leistung ist vereinbarungsfähig, soweit die in den Abrechnungsbestimmungen vorgegebenen Fristen nicht eingehalten werden.

Die Nr. 10 BEMA (Behandlung überempfindlicher Zähne, für jede Sitzung) ist für prophylaktische Maßnahmen nicht abrechenbar.

GOZ Nr. 1030

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger, je Kiefer	90	5,06 €	11,64 €	17,72 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Die Herstellung einer individuell angefertigten Schiene als Medikamententräger (z. B. Tiefziehschiene) ist gesondert berechnungsfähig.

Mit der Gebühr sind die Kosten für das verwendete Medikament abgegolten.

Die Anwendung eines konfektionierten Löffels als Medikamententräger erfüllt nicht den Inhalt der Leistung nach der Nummer 1030.

Bei Anwendung einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger für Fluoridierungsmittel ist die mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach der Nummer 1030 innerhalb eines Jahres in der Rechnung zu begründen.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 1030 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, da eine vergleichbare Leistung im Sachleistungskatalog der GKV nicht enthalten ist.

Erläuterungen/Hinweise

Da die Herstellung der individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger nicht von der Nr. 1030 GOZ umfasst ist, kann sie nach § 6 Abs. 1 GOZ berechnet werden. Material- und Laborkosten sind gemäß § 9 GOZ zusätzlich berechnungsfähig.

GOZ Nr. 1040

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Professionelle Zahnreinigung	28	1,57 €	3,62 €	5,51 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

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 der Nummer 1040 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1020, 4050, 4055, 4060, 4070, 4075, 4090 und 4100 nicht berechnungsfähig.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 1040 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, da eine vergleichbare Leistung im Sachleistungskatalog der GKV nicht enthalten ist.

Erläuterungen/Hinweise

Die Nr. 1040 GOZ ist neben der Nr. 107 BEMA (Entfernen harter Zahnbeläge, je Sitzung) für dieselbe Sitzung nicht vereinbarungsfähig, da sich die Leistungsinhalte überschneiden.

Für die erneute Erbringung und Abrechnung der „Professionellen Zahnreinigung“ (PZR) bestehen, im Unterschied zur Zahnsteinentfernung nach den Nrn. 4050 und 4055 GOZ, keine zeitlichen Fristen.

Kommentar der Bundeszahnärztekammer (Stand 09.02.2013)

„Parodontalchirurgische Maßnahmen (Nummern 4070, 4075, 4090 und 4100) betreffen den subgingivalen Bereich und dürfen an demselben Zahn neben der PZR [...] nicht berechnet werden. [...] Die subgingivale Belagentfernung im Sinne einer PZR, z. B. im Rahmen einer paradontalen Nachsorge, ist von dieser Nummer nicht umfasst und muss daher analog berechnet werden.“

C. Konservierende Leistungen

GOZ Nr. 2000

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, auch Glattflächenversiegelung, je Zahn	90	5,06 €	11,64 €	17,72 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2000 GOZ ist mit Versicherten der GKV **nur vereinbarungsfähig, wenn** die Behandlung über den Rahmen der Individualprophylaxe-Richtlinie hinausgeht.

Erläuterungen/Hinweise

Die Nr. 2000 GOZ ist zum Beispiel für die Versiegelung von kariesfreien Milchmolaren und Prämolaren bei Kindern und Jugendlichen vereinbarungsfähig sowie für alle Versiegelungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres. Die Nr. 2000 GOZ ist auch für die Glattflächenversiegelung und neben Füllungen am gleichen Zahn bei räumlicher Trennung vereinbarungsfähig.

Eine Zahnreinigung vor der Versiegelung ist nicht Bestandteil der Leistung und neben der Nr. 2000 GOZ gesondert berechnungsfähig. Je nach Art der Beläge und Umfang der Maßnahmen können die Nrn. 4050, 4055 oder 1040 GOZ angesetzt werden.

Die Berechnung der Nr. 107 BEMA für die Entfernung harter Zahnbeläge ist neben der Nr. 2000 GOZ möglich. Dabei sind die einschränkenden Bestimmungen des BEMA (nur einmal je Kalenderjahr abrechnungsfähig) zu beachten.

GOZ Nr. 2020

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Temporärer speicheldichter Verschluss einer Kavität	98	5,51 €	12,68 €	19,29 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2020 GOZ ist mit Versicherten der GKV **nicht vereinbarungsfähig**, es sei denn, die Leistung geht über eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung hinaus.

Erläuterungen/Hinweise

Eine Vereinbarung zu Nr. 2020 GOZ ist zum Beispiel möglich, wenn ein temporärer speicheldichter Verschluss wegen einer lang andauernden Urlaubsreise des Versicherten erforderlich ist. Bei adhäsiver Befestigung kann die Nr. 2197 GOZ in jedem Fall auch im Rahmen der vertragszahnärztlichen Behandlung zusätzlich vereinbart werden.

GOZ Nr. 2030

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten (z. B. Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	65	3,66 €	8,41 €	12,80 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Die Leistung nach der 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.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2030 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, wenn sie vom Leistungsinhalt der Nr. 12 BEMA nicht erfasst und/oder für die Erbringung der vertragszahnärztlichen Leistung nicht erforderlich ist.

Erläuterungen/Hinweise

Die Nr. 2030 GOZ ist im Rahmen der Mehrkostenregelung für Füllungen nach § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V zum Beispiel für Formgebungshilfen in Verbindung mit den Nrn. 2060, 2080, 2100 und 2120 GOZ vereinbarungsfähig.

GOZ Nr. 2040

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Anlegen von Spanngummi, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	65	3,66 €	8,41 €	12,80 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2040 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, wenn das Anlegen von Spanngummi im Zusammenhang mit der Erbringung von vertragszahnärztlichen Leistungen nicht erforderlich ist.

Erläuterungen/Hinweise

Eine Mehrfachberechnung der Leistung nach Nr. 2040 GOZ je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich je Sitzung ist zulässig, wenn die Behandlungsumstände das wiederholte Anlegen des Spanngummis erfordern (zum Beispiel nach einer Röntgenaufnahme im Rahmen endodontischer Maßnahmen).

GOZ Nr. 2060

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Präparieren einer Kavität und Restauration mit Komposit-materialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), einflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	527	29,64 €	68,17 €	103,74 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2060 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen der Mehrkostenregelung nach § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Bei der Kompositrestauration in Adhäsivtechnik handelt es sich um eine über die ausreichende und zweckmäßige Versorgung in der GKV hinausgehende Therapie, für die eine Mehrkostenvereinbarung nach § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V getroffen werden kann.

Der Austausch intakter Füllungen gehört nicht zu den Leistungen der vertragszahnärztlichen Versorgung und ist deshalb gem. § 2 Abs. 3 GOZ zu vereinbaren. Auch die Behandlung von Schmelzveränderungen ist, bei ästhetischer Indikation, gem. § 2 Abs. 3 GOZ, bei zahnmedizinischer Notwendigkeit gem. § 6 Abs. 1 GOZ zu vereinbaren.

Eine apikale Füllung ist neben der Nr. 54a – c BEMA gem. § 6 Abs. 1 GOZ zu vereinbaren; eine Mehrkostenvereinbarung gem. § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V ist hierfür nicht möglich.

Die Nr. 2030 GOZ ist für die Anwendung von Formgebungshilfen zusätzlich vereinbarungsfähig.

GOZ Nr. 2080

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Präparieren einer Kavität und Restauration mit Komposit-materialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), zweiflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	556	31,27 €	71,92 €	109,45 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2080 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen der Mehrkostenregelung nach § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Bei der Kompositrestauration in Adhäsivtechnik handelt es sich um eine über die ausreichende und zweckmäßige Versorgung in der GKV hinausgehende Therapie, für die eine Mehrkostenvereinbarung nach § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V getroffen werden kann.

Der Austausch intakter Füllungen gehört nicht zu den Leistungen der vertragszahnärztlichen Versorgung und ist deshalb gem. § 2 Abs. 3 GOZ zu vereinbaren. Auch die Behandlung von Schmelzveränderungen ist, bei ästhetischer Indikation, gem. § 2 Abs. 3 GOZ, bei zahnmedizinischer Notwendigkeit gem. § 6 Abs. 1 GOZ zu vereinbaren.

Die Nr. 2030 GOZ ist für die Anwendung von Formgebungshilfen zusätzlich vereinbarungsfähig.

GOZ Nr. 2100

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Präparieren einer Kavität und Restauration mit Komposit-materialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), dreiflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	642	36,11 €	83,05 €	126,38 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2100 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen der Mehrkostenregelung nach § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Bei der Kompositrestauration in Adhäsivtechnik handelt es sich um eine über die ausreichende und zweckmäßige Versorgung in der GKV hinausgehende Therapie, für die eine Mehrkostenvereinbarung nach § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V getroffen werden kann.

Der Austausch intakter Füllungen gehört nicht zu den Leistungen der vertragszahnärztlichen Versorgung und ist deshalb gem. § 2 Abs. 3 GOZ zu vereinbaren. Auch die Behandlung von Schmelzveränderungen ist, bei ästhetischer Indikation, gem. § 2 Abs. 3 GOZ, bei zahnmedizinischer Notwendigkeit gem. § 6 Abs. 1 GOZ zu vereinbaren.

Die Nr. 2030 GOZ ist für die Anwendung von Formgebungshilfen zusätzlich vereinbarungsfähig.

GOZ Nr. 2120

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Präparieren einer Kavität und Restauration mit Komposit-materialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), mehr als dreiflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	770	43,31 €	99,60 €	151,57 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2120 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen der Mehrkostenregelung nach § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Bei der Kompositrestauration in Adhäsivtechnik handelt es sich um eine über die ausreichende und zweckmäßige Versorgung in der GKV hinausgehende Therapie, für die eine Mehrkostenvereinbarung nach § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V getroffen werden kann.

Der Austausch intakter Füllungen gehört nicht zu den Leistungen der vertragszahnärztlichen Versorgung und ist deshalb gem. § 2 Abs. 3 GOZ zu vereinbaren. Auch die Behandlung von Schmelzveränderungen ist, bei ästhetischer Indikation, gem. § 2 Abs. 3 GOZ, bei zahnmedizinischer Notwendigkeit gem. § 6 Abs. 1 GOZ zu vereinbaren.

Die Nr. 2030 GOZ ist für die Anwendung von Formgebungshilfen zusätzlich vereinbarungsfähig.

GOZ Nr. 2130

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Kontrolle, Finieren/Polieren einer Restauration in separater Sitzung, auch Nachpolieren einer vorhandenen Restauration	104	5,85 €	13,45 €	20,47 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2130 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, da eine vergleichbare Leistung im Sachleistungskatalog der GKV nicht enthalten ist.

Erläuterungen/Hinweise

Eine Vereinbarung der Nr. 2130 GOZ ist zum Beispiel für die Nachpolitur einer älteren Restauration (z. B. direkte/indirekte Füllung) möglich.

Die Abrechnungsbestimmungen der Nummern 13a – g BEMA sind zu beachten, die Politur ist Leistungsbestandteil dieser Gebührennummern. Ebenso ist auch die Politur einer in vorausgegangener Sitzung gelegten Füllung (Nrn. 2060, 2080, 2100 und 2120 GOZ) oder Restauration nicht nach Nr. 2130 GOZ vereinbarungsfähig, da die Politur Bestandteil dieser Leistung ist.

GOZ Nr. 2150

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Einlagefüllung, einflächig	1141	64,17 €	147,60 €	224,60 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Durch die Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 und 2200 bis 2220 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantats, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder der Krone oder der Teilkrone oder des Veneers, Nachkontrolle und Korrekturen.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2150 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen der Mehrkostenregelung gem. § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Die Leistung kann für alle indirekt extraoral gefertigten Einlagefüllungen vereinbart werden, unabhängig vom Material (Keramik, Metall, Edelmetall, Kunststoff), auch bei CAD/CAM-Verfahren.

Goldhämmerfüllungen sind gem. § 6 Abs. 1 GOZ zu berechnen.

Konservierend-chirurgische Begleitleistungen können nur dann als BEMA-Leistungen abgerechnet werden, wenn sie auch bei Erbringung der Sachleistung notwendig gewesen wären.

Die Nr. 2197 GOZ ist zusätzlich für eine adhäsive Befestigung berechnungsfähig.

Eine provisorische Versorgung ist nach den Nrn. 2260 oder 2270 GOZ vereinbarungsfähig.

GOZ Nr. 2160

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Einlagefüllung, zweiflächig	1356	76,26 €	175,41 €	266,93 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Durch die Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 und 2200 bis 2220 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantats, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder der Krone oder der Teilkrone oder des Veneers, Nachkontrolle und Korrekturen.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2160 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen der Mehrkostenregelung gem. § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Die Leistung kann für alle indirekt extraoral gefertigten Einlagefüllungen vereinbart werden, unabhängig vom Material (Keramik, Metall, Edelmetall, Kunststoff), auch bei CAD/CAM-Verfahren.

Goldhämmerfüllungen sind gem. § 6 Abs. 1 GOZ zu berechnen.

Konservierend-chirurgische Begleitleistungen können nur dann als BEMA-Leistungen abgerechnet werden, wenn sie auch bei Erbringung der Sachleistung notwendig gewesen wären.

Die Nr. 2197 GOZ ist für eine adhäsive Befestigung zusätzlich berechnungsfähig.

Eine provisorische Versorgung ist nach den Nrn. 2260 oder 2270 GOZ vereinbarungsfähig.

GOZ Nr. 2170

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Einlagefüllung, mehr als zweiflächig	1709	96,12 €	221,07 €	336,41 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Durch die Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 und 2200 bis 2220 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantats, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder der Krone oder der Teilkrone oder des Veneers, Nachkontrolle und Korrekturen.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2170 ist mit Versicherten der GKV im Rahmen der Mehrkostenregelung gem. § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Die Leistung kann für alle indirekt extraoral gefertigten Einlagefüllungen vereinbart werden, unabhängig vom Material (Keramik, Metall, Edelmetall, Kunststoff), auch bei CAD/CAM-Verfahren.

Goldhämmerfüllungen sind gem. § 6 Abs. 1 GOZ zu berechnen.

Konservierend-chirurgische Begleitleistungen können nur dann über den Erfassungsschein abgerechnet werden, wenn sie auch bei Erbringung der Sachleistung notwendig gewesen wären.

Die Nr. 2197 GOZ ist für eine adhäsive Befestigung zusätzlich berechnungsfähig.

Eine provisorische Versorgung ist nach den Nrn. 2260 oder 2270 GOZ vereinbarungsfähig.

GOZ Nr. 2180

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone	150	8,44 €	19,40 €	29,53 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Die Leistungen nach den Nummern 2180, 2190 oder 2195 sind neben den Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 nicht berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nummer 2180 ist neben der Leistung nach der Nummer 2190 nicht berechnungsfähig.

Die Leistungen nach den Nummern 2180, 2190 und/oder die Leistung nach der Nummer 2195 ist je Zahn nur jeweils einmal berechnungsfähig.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2180 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen der Mehrkostenregelung nach § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V **nur für die adhäsive Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone oder Ankerkrone vereinbarungsfähig**. Bei einer Mehrkostenvereinbarung können nur die Nrn. 13a oder 13b BEMA in Abzug gebracht werden. Die Nrn. 13e und 13f BEMA sind nicht für Aufbaufüllungen abrechenbar und können daher auch nicht in Abzug gebracht werden.

Erläuterungen/Hinweise

Beim 2,3-fachen Gebührensatz ist die Leistung nach der Nr. 2180 GOZ geringer bewertet als die Sachleistung und somit nicht vereinbarungsfähig, da keine Mehrkosten anfallen.

Für die adhäsive Befestigung des plastischen Aufbaus ist die Nr. 2197 GOZ zusätzlich vereinbarungsfähig.

Die Leistung ist auch für die „Ummantelung" eines konfektionierten Stiftes (Nr. 18a BEMA) mit Kompositmaterial in Adhäsivtechnik vereinbarungsfähig.

Die Nr. 2030 GOZ ist zusätzlich vereinbarungsfähig, wenn beispielsweise störendes Zahnfleisch beseitigt, eine Papillenblutung gestillt oder eine Formgebungshilfe angelegt werden muss.

Ein präendodontischer Aufbau ist gem. § 6 Abs. 1 GOZ zu vereinbaren. Eine Mehrkostenvereinbarung gem. § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V ist hierfür nicht möglich.

GOZ Nr. 2195

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch einen Schraubenaufbau oder Glasfaserstift o. Ä. zur Aufnahme einer Krone	300	16,87 €	38,81 €	59,05 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Die Leistungen nach den Nummern 2180, 2190 oder 2195 sind neben den Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 nicht berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nummer 2195 ist neben der Leistung nach der Nummer 2180 berechnungsfähig.

Die Leistungen nach den Nummern 2180, 2190 und/oder die Leistung nach der Nummer 2195 ist je Zahn nur jeweils einmal berechnungsfähig.

Die Kosten für die Verankerungselemente sind gesondert berechnungsfähig.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2195 GOZ ist mit Versicherten der GKV **für metallfreie Stifte vereinbarungsfähig**, da eine vergleichbare Leistung im Sachleistungskatalog der GKV nicht enthalten ist.

Erläuterungen/Hinweise

Durch die Verwendung von metallfreien Stiften wird eine Regelversorgung hinsichtlich des Stiftaufbaus zur gleichartigen Versorgung.

Für die adhäsive Befestigung des plastischen Aufbaus von Schraubenaufbauten, Glasfaserstiften o. Ä. ist die Nr. 2197 GOZ zusätzlich vereinbarungsfähig.

Für die „Ummantelung“ eines metallischen Stiftes nach der Nr. 18a BEMA oder eines metallfreien Stiftes nach der Nr. 2195 GOZ ist die Nr. 2180 GOZ im Rahmen der Mehrkostenregelung nach § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V für die adhäsive Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone oder Ankerkrone zusätzlich vereinbarungsfähig. Bei einer Mehrkostenvereinbarung können nur die Nrn. 13a oder 13b BEMA, jedoch nicht die Nrn. 13e oder 13f, in Abzug gebracht werden.

Neben der Leistung nach der Nr. 2195 GOZ ist ggf. ein Zuschlag nach der Nr. 0110 GOZ (Operationsmikroskop) ansetzbar.

GOZ Nr. 2197

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Krone, Teilkrone, Veneer etc.)	130	7,31 €	16,82 €	25,59 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2197 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, da sie im Sachleistungskatalog der GKV nicht enthalten ist.

Erläuterungen/Hinweise

Die Nr. 2197 GOZ ist zum Beispiel berechnungsfähig für die adhäsive Befestigung einer Aufbaufüllung, eines gegossenen Aufbaus mit Stiftverankerung nach Nr. 2190, eines Schraubenaufbaus oder Glasfaserstifts o. Ä. nach Nr. 2195, von konfektionierten Kronen, provisorischen Kronen, Kronen/Brücken nach den Nrn. 20a – c und 91a – d BEMA, für die adhäsive Wiedereingliederung von Kronen und Brücken, für die Wiedereingliederung einer Adhäsivbrücke oder bei der Erneuerung oder dem Wiedereinsetzen einer Facette, Verblendschale oder dergleichen.

Hinweis zu prothetischen Versorgungen:
Die Vereinbarung einer Leistung nach Nr. 2197 GOZ führt zur Einstufung als gleichartige Versorgung. Sie führt aber nicht dazu, dass Regelversorgungsbestandteile, beispielsweise eine Krone nach BEMA, nach GOZ abgerechnet werden können.

Für Versicherte, die gem. § 55 Abs. 2 SGB V unzumutbar belastet würden (sog. Härtefälle), gilt: Die Einstufung als gleichartige Versorgung reduziert den Leistungsanspruch des Versicherten auf den doppelten Festzuschuss.

Die adhäsive Befestigung von Rekonstruktionen und Verbindungselementen auf Implantaten ist gemäß der nachfolgenden Auffassung der BZÄK nicht nach der Nr. 2197 GOZ zu berechnen, da eine „adhäsive Befestigung am Zahn“ als Voraussetzung genannt wird.

Kommentar der Bundeszahnärztekammer (Stand 09.02.2013)

„Die ‚Adhäsive Befestigung‘ dient der speziellen Verankerung von Aufbaumaterial, Stiften, Inlays, Kronen, Teilkronen, Veneers etc. am Zahn. [...] Die zahn- und sitzungsgleiche Mehrfachberechnung der 2197 GOZ ist dann möglich, wenn mehrere selbständige, zuschlagsberechtigte Leistungen erbracht werden. Die Leistungsbeschreibung der 2197 enthält keine einer solchen Mehrfachberechnung entgegenstehende Bestimmung. [...] Die adhäsive Befestigung von Restaurationen nach den Nummern 2060, 2080, 2100, 2120 kann nicht separat berechnet werden, sondern ist Bestandteil der Leistungen.“

GOZ Nr. 2200

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Versorgung eines Zahnes oder Implantats durch eine Vollkrone (Tangentialpräparation)	1322	74,35 €	171,01 €	260,23 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Neben den Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 sind die Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2130 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, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder der Krone oder der Teilkrone oder des Veneers, Nachkontrolle und Korrekturen.

Die Leistung nach der Nummer 2200 umfasst auch die Verschraubung und Abdeckung mit Füllungsmaterial.

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

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2200 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen einer gleich- oder andersartigen Versorgung **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Die Nr. 2200 GOZ ist auch für Kronen auf Implantatabutments jeglicher Art ansetzbar.

Das Bearbeiten eines Abutments im Labor ist eine zahntechnische Leistung, die nach der Bundeseinheitlichen Benennungsliste für zahntechnische Leistungen (BEB) abgerechnet werden kann.

Eine adhäsive Befestigung nach der Nr. 2197 GOZ ist zusätzlich vereinbarungsfähig. Entsprechend der Kommentierung der Bundeszahnärztekammer (Stand 09.02.2013) ist die Nr. 2197 GOZ jedoch nicht für die adhäsive Befestigung von Kronen auf Implantaten berechenbar. Die Vereinbarung nach der Nr. 2197 GOZ führt nicht dazu, dass Regelversorgungsbestandteile, beispielsweise eine Krone nach BEMA, nach GOZ abgerechnet werden können.

GOZ Nr. 2210

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkehl- oder Stufenpräparation)	1678	94,37 €	217,06 €	330,31 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Neben den Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 sind die 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, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder der Krone oder der Teilkrone oder des Veneers, Nachkontrolle und Korrekturen.

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

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2210 ist mit Versicherten der GKV im Rahmen von gleich- oder andersartigem Zahnersatz **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Eine adhäsive Befestigung nach der Nr. 2197 GOZ ist zusätzlich vereinbarungsfähig. Die Vereinbarung nach der Nr. 2197 GOZ führt nicht dazu, dass Regelversorgungsbestandteile, beispielsweise eine Krone nach BEMA, nach GOZ abgerechnet werden können.

GOZ Nr. 2220

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
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	2067	116,25 €	267,38 €	406,88 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Neben den Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 sind die Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2130 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, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder der Krone oder der Teilkrone oder des Veneers, Nachkontrolle und Korrekturen.

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

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2220 GOZ ist mit Versicherten der GKV für alle indirekt extraoral gefertigten Teilkronen aus Keramik oder Kunststoff, auch CAD/CAM-Verfahren, **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Für Versicherte der GKV nach Festzuschuss Befund-Nr. 1.2 zuschussfähig, wenn alle kautragenden Höcker im Rahmen der Regelversorgung überkuppelt, die Approximalräume in die Präparation mit einbezogen werden und die Präparation überwiegend supragingival erfolgt.

Ein Veneer löst keinen Festzuschuss aus.

Eine adhäsive Befestigung nach der Nr. 2197 GOZ ist zusätzlich vereinbarungsfähig. Die Vereinbarung nach der Nr. 2197 GOZ führt nicht dazu, dass Regelversorgungsbestandteile, beispielsweise eine Krone nach BEMA, nach GOZ abgerechnet werden können.

GOZ Nr. 2270

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Provisorium im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung	270	15,19 €	34,93 €	53,15 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Bei Verwendung eines konfektionierten Provisoriums sind die Kosten hierfür gesondert berechnungsfähig.

Das Wiedereingliedern desselben Provisoriums, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung, ist mit der Gebühr nach der Nummer 2260 oder 2270 abgegolten.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2270 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig** im Rahmen einer andersartigen Versorgung sowie in Fällen, in denen die Behandlung über das Maß einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Behandlung hinausgeht. Die Versorgung eines alio loco präparierten Zahnes mit einer provisorischen Krone, zum Beispiel im Notfallvertretungsdienst, ist ebenso vereinbarungsfähig.

Erläuterungen/Hinweise

Beträgt die Tragezeit des festsitzenden laborgefertigten Provisoriums weniger als drei Monate, sind anstelle der Leistungen nach den Nrn. 7080 und 7090 GOZ die Leistungen nach den Nrn. 2260, 2270 oder 5120 und 5140 GOZ berechnungsfähig.

Bei Brückenversorgungen sind provisorische Kronen, die nicht unmittelbar an eine Lücke angrenzen, ebenfalls nach der Nr. 2270 GOZ berechnungsfähig.

Die Materialkosten (z. B. Abformmaterial) sind nach § 4 Abs. 3 GOZ und die Auslagen für zahntechnische Leistungen (z. B. Modell und Formteil) nach § 9 GOZ berechnungsfähig.

Die Ausarbeitung des Provisoriums ist Leistungsbestandteil der Gebührennummer.

Zahntechnische Laborleistungen zur Form- bzw. Oberflächenveränderung aus funktionellen oder ästhetischen Gründen sowie Reparaturen an Provisorien sind berechnungsfähig.

Die Versorgung eines Zahnes mit einer provisorischen Stiftkrone ist gem. § 6 Abs. 1 GOZ zu berechnen.

Die Nr. 2197 GOZ für eine adhäsive Befestigung ist zusätzlich berechnungsfähig.

GOZ Nr. 2290

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Entfernung einer Einlagefüllung, einer Krone, eines Brückenankers, Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges oder Ähnliches	180	10,12 €	23,28 €	35,43 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2290 GOZ ist mit Versicherten der GKV **nur vereinbarungsfähig, wenn** Versorgungen entfernt werden, auf die kein Leistungsanspruch im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung besteht.

Erläuterungen/Hinweise

Die Leistung nach der Nr. 2290 GOZ ist insbesondere für Inlays, Onlays, Overlays aus Keramik oder Gusslegierung, für Inlays, Onlays, Overlays als Brückenanker und für Veneers vereinbarungsfähig.

Sie ist nicht vereinbarungsfähig für die Entfernung von Teilkronen, Kronen, Ankerkronen, Teleskop- oder Konuskronen und Wurzelstiftkappen, auch wenn diese den Umfang der Regelversorgung gem. der Festzuschuss-Richtlinie überschreiten. Beispielsweise ist die Entfernung einer vollkeramischen Krone nach Nr. 23 BEMA abzurechnen. Die Leistung nach der Nr. 2290 GOZ ist ebenfalls nicht für „zusätzliche Trennstellen“ im Zusammenhang mit der Entfernung von verblockten Kronen oder Brücken vereinbarungsfähig.

GOZ Nr. 2300

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Entfernung eines Wurzelstiftes	270	15,19 €	34,93 €	53,15 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2300 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, da eine vergleichbare Leistung im Sachleistungskatalog der GKV nicht enthalten ist.

Erläuterungen/Hinweise

Die Nr. 23 BEMA (Ekr) ist nur für die Entfernung eines abgebrochenen Wurzelstiftes abrechnungsfähig. Wird beim Versicherten der GKV ein nicht abgebrochener Wurzelstift entfernt, so ist dies nach der Nr. 2300 GOZ vereinbarungsfähig.

GOZ Nr. 2310

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Wiedereingliederung einer Einlagefüllung, einer Teilkrone, eines Veneers oder einer Krone oder Wiederherstellung einer Verblendschale an herausnehmbarem Zahnersatz	145	8,16 €	18,76 €	28,54 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2310 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig** für die Wiedereingliederung von Versorgungen, auf die kein Leistungsanspruch im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung besteht.

Erläuterungen/Hinweise

Eine Vereinbarung der Nr. 2310 GOZ ist für Einlagefüllungen (Inlays, Onlays und Overlays, auch als Brückenanker), für Veneers und für Verblendschalen an vollverblendeten Teleskop- und Konuskronen sowie für Verblendschalen außerhalb der Verblendgrenzen möglich. Für diese Wiederherstellungsmaßnahmen sind keine Festzuschüsse ansetzbar. Erfolgt die Wiedereingliederung unter Anwendung der Adhäsivtechnik, kann die Nr. 2197 GOZ zusätzlich vereinbart werden.

Die Leistung ist nicht vereinbarungsfähig für die Wiedereingliederung von Teilkronen, Kronen, Ankerkronen, Teleskop- oder Konuskronen und Wurzelstiftkappen; hierfür sind die Nrn. 24a, 95a bzw. 95b BEMA abzurechnen. Dies gilt auch für den Fall, dass die genannten Versorgungen den Umfang der Regelversorgung überschreiten. Beispielsweise ist die Wiedereingliederung einer keramisch vollverblendeten Einzelkrone nach Nr. 24a BEMA abzurechnen.

Erfolgt eine Wiedereingliederung nach den Nrn. 24a, 95a und 95b BEMA unter Anwendung der Adhäsivtechnik, kann die Nr. 2197 GOZ hierfür vereinbart werden.

Die Regelungen zur Vereinbarung von Leistungen, die den Umfang der Regelversorgung überschreiten, sind zu beachten.

Mit der Neufassung der GOZ zum 01.01.2012 wurde die adhäsive Befestigung als eigenständige Leistungsbeschreibung in das Gebührenverzeichnis aufgenommen. Deshalb kann die adhäsive Wiedereingliederung einer Versorgung innerhalb des Festzuschusssystems nicht mehr ausschließlich nach GOZ berechnet werden.

GOZ Nr. 2320

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Wiederherstellung einer Krone, einer Teilkrone, eines Veneers, eines Brückenankers, einer Verblendschale oder einer Verblendung an festsitzendem Zahnersatz, gegebenenfalls einschließlich Wiedereingliederung und Abformung	350	19,68 €	45,27 €	68,90 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2320 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig** für die Wiederherstellung von Versorgungen, auf die kein Leistungsanspruch im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung besteht.

Erläuterungen/Hinweise

Eine Vereinbarung der Nr. 2320 GOZ kann für die Wiederherstellung einer nicht nur vestibulären Verblendung im indirekten oder im direkten Verfahren an einer Einzelkrone oder bei festsitzendem Zahnersatz je Ankerkrone und je Brückenzwischenglied erfolgen. Außerdem kann auch die Wiederherstellung einer vestibulären Verblendung im indirekten oder im direkten Verfahren an einer Einzelkrone oder bei festsitzendem Zahnersatz je Ankerkrone und je Brückenzwischenglied erfolgen, soweit die vestibuläre Verblendung außerhalb der in der Zahnersatz-Richtlinie festgelegten Verblendgrenzen wiederhergestellt wird. Die Wiederherstellung einer vestibulären Verblendung innerhalb der Verblendgrenzen ist bei einer Einzelkrone nach Nr. 24b BEMA, bei einer implantatgetragenen Einzelkrone in dem Ausnahmefall der Zahnersatz-Richtlinie Nr. 36a („Einzelzahnlücke“) nach Nr. 24bi BEMA und bei einer Ankerkrone oder einem Brückenzwischenglied nach Nr. 95c BEMA innerhalb der Regelversorgung abzurechnen. Für die Wiederherstellung eines Veneers und für die Wiederherstellung einer vestibulären oder mehrflächigen Verblendung außerhalb der Verblendgrenzen der Zahnersatz-Richtlinie sind keine Festzuschüsse ansetzbar.

Für die Wiederherstellung einer Verblendung innerhalb der Verblendgrenzen ist ein Festzuschuss nach Befund 6.9 bzw. 7.3 unabhängig von der Form des Zahnersatzes (Regelversorgung, gleich- oder andersartiger Zahnersatz) ansetzbar.

Die Leistungsalternative „Wiederherstellung einer Krone oder einer Teilkrone“ ist für metallische Kronen nicht nach Nr. 2320 GOZ vereinbarungsfähig. Beispielsweise ist der Aufbau eines approximalen Kontaktpunktes oder der Verschluss eines Trennspaltes durch Lötung bei einer metallischen Einzelkrone nach Nr. 24b BEMA, bei einer metallischen Ankerkrone nach Nr. 95c BEMA abzurechnen.

Wegen des fakultativen Leistungsinhaltes der Nr. 2320 GOZ „... gegebenenfalls einschließlich Wiedereingliederung ...“ sind die Nr. 2310 GOZ und die Nrn. 24a, 95a und 95b BEMA nicht neben der Nr. 2320 GOZ berechnungsfähig. Beispielsweise kann für die indirekte Wiederherstellung einer mehrflächigen Verblendung an einer Einzelkrone und für die anschließende Wiedereingliederung nur einmal die Nr. 2320 GOZ vereinbart werden, hingegen können für die indirekte Wiederherstellung einer vestibulären Verblendung an einer Einzelkrone und für die anschließende Wiedereingliederung die Nrn. 24b und 24a BEMA abgerechnet werden. Soweit die Wiederherstellung der Verblendung innerhalb des Verblendbereichs der Zahnersatz-Richtlinie erfolgt, können in den beschriebenen Beispielfällen die Festzuschuss-Befunde 6.8 und 6.9 nebeneinander angesetzt werden.

Die Regelungen zur Vereinbarung von Leistungen, die den Umfang der Regelversorgung überschreiten, sind zu beachten.

Erfolgt nach Wiederherstellung eine Wiedereingliederung unter Anwendung der Adhäsivtechnik, kann neben der Nr. 2320 die Nr. 2197 GOZ hierfür vereinbart werden.

GOZ Nr. 2400

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals	70	3,94 €	9,05 €	13,78 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Die Leistung nach der Nummer 2400 ist je Wurzelkanal höchstens zweimal je Sitzung berechnungsfähig.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2400 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, da eine vergleichbare Leistung im Sachleistungskatalog der GKV nicht enthalten ist.

Erläuterungen/Hinweise

Die Nr. 2400 GOZ ist im Rahmen der Wurzelkanalbehandlung zusätzlich zur vertragszahnärztlichen Leistung je Wurzelkanal vereinbarungsfähig.

GOZ Nr. 2410

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Aufbereitung eines Wurzelkanals auch retrograd, je Kanal, gegebenenfalls in mehreren Sitzungen	392	22,05 €	50,71 €	77,16 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Die Leistung nach der Nummer 2410 ist für denselben Wurzelkanal nur dann erneut berechnungsfähig, wenn der Wurzelkanal nach der ersten Aufbereitung definitiv versorgt worden ist.

Wenn auf Grund anatomischer Besonderheiten eine Aufbereitung in einer Sitzung nicht erfolgen kann, ist die Leistung nach der 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.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2410 GOZ ist mit Versicherten der GKV **nur vereinbarungsfähig**, **wenn** die Behandlung über das Maß einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Behandlung hinausgeht bzw. der Behandlungsrichtlinie widerspricht.

Erläuterungen/Hinweise

Die Leistung nach Nr. 2410 GOZ ist für Versicherte der GKV nicht neben Nr. 32 BEMA (WK) vereinbarungsfähig, auch nicht für die retrograde Wurzelkanalaufbereitung.

Neben der Leistung nach Nr. 2410 GOZ sind ggf. Zuschläge nach den Nrn. 0110 (Operationsmikroskop) und 0120 (Laser) GOZ ansetzbar.

GOZ Nr. 2420

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden, je Kanal	70	3,94 €	9,05 €	13,78 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2420 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, da eine vergleichbare Leistung im Sachleistungskatalog der GKV nicht enthalten ist.

Erläuterungen/Hinweise

Die Nr. 2420 GOZ ist im Rahmen der Wurzelkanalbehandlung zusätzlich zur vertragszahnärztlichen Leistung vereinbarungsfähig.

GOZ Nr. 2440

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Füllung eines Wurzelkanals	258	14,51 €	33,37 €	50,79 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 2440 GOZ ist mit Versicherten der GKV **nur vereinbarungsfähig, wenn** die Behandlung über das Maß einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Behandlung hinausgeht bzw. der Behandlungsrichtlinie widerspricht.

Erläuterungen/Hinweise

Für Versicherte der GKV ist die Leistung nach Nr. 2440 GOZ nicht neben Nr. 35 BEMA (WF) vereinbarungsfähig, auch nicht bei besonderen Fülltechniken oder einer retrograden Wurzelkanalfüllung.

Neben der Leistung nach der Nr. 2440 GOZ ist ggf. ein Zuschlag nach der Nr. 0110 GOZ (Operationsmikroskop) ansetzbar.

D. Chirurgische Leistungen

GOZ Nr. 3000

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Entfernung eines einwurzeligen Zahnes oder eines enossalen Implantats	70	3,94 €	9,05 €	13,78 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 3000 GOZ ist mit Versicherten der GKV **für Implantatentfernungen vereinbarungsfähig**, da eine vergleichbare Leistung im Sachleistungskatalog der GKV nicht enthalten ist.

Erläuterungen/Hinweise

Zusätzlich anfallende Leistungen im Zusammenhang mit der Entfernung eines enossalen Implantats sind ebenfalls mit dem Patienten privat zu vereinbaren.

GOZ Nr. 3030

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Entfernung eines Zahnes oder eines enossalen Implantats durch Osteotomie	350	19,68 €	45,27 €	68,90 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 3030 GOZ ist mit Versicherten der GKV **für Implantatentfernungen vereinbarungsfähig**, da eine vergleichbare Leistung im Sachleistungskatalog der GKV nicht enthalten ist.

Erläuterungen/Hinweise

Zusätzlich anfallende Leistungen im Zusammenhang mit der Entfernung eines enossalen Implantats sind ebenfalls mit dem Patienten privat zu vereinbaren.

Neben der Leistung nach der Nr. 3030 GOZ ist ggf. ein Zuschlag nach der Nr. 0110 (Operationsmikroskop) sowie bei nichtstationärer Durchführung ein entsprechender Zuschlag nach Abschnitt L GOZ berechenbar.

GOZ Nr. 3110

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Resektion einer Wurzelspitze an einem Frontzahn	460	25,87 €	59,50 €	90,55 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 3110 ist mit Versicherten der GKV **nur vereinbarungsfähig**, **wenn** die Behandlung über das Maß einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Behandlung hinausgeht bzw. der Behandlungsrichtlinie widerspricht.

Erläuterungen/Hinweise

Die retrograde Wurzelkanalaufbereitung ist Leistungsinhalt der Nr. 32 BEMA, die retrograde Wurzelfüllung Leistungsinhalt der Nr. 35 BEMA.

Soweit die Resektionsstelle mit einer gesonderten Füllung versorgt werden muss, ist diese weder Bestandteil der Wurzelspitzenresektion nach den Nrn. 54a – c BEMA noch als Leistung in der GOZ beschrieben. Deshalb ist diese Leistung für Versicherte der GKV vereinbarungsfähig, die Berechnung erfolgt gem. § 6 Abs. 1 GOZ.

Das Auffüllen des Knochendefektes nach Nr. 4110 GOZ ist neben der vertragszahnärztlichen Leistung vereinbarungsfähig.

Die Bildung eines Knochendeckels ist neben der vertragszahnärztlichen Leistung vereinbarungsfähig gem. § 6 Abs. 1 GOZ.

Neben der Leistung nach der Nr. 3110 GOZ ist ggf. ein Zuschlag nach der Nr. 0110 (Operationsmikroskop) sowie bei nichtstationärer Durchführung ein entsprechender Zuschlag nach Abschnitt L GOZ berechenbar.

GOZ Nr. 3120

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Resektion einer Wurzelspitze an einem Seitenzahn	580	32,62 €	75,03 €	114,17 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Die Kosten für konfektionierte apikale Stiftsysteme sind gesondert berechnungsfähig.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 3120 GOZ ist mit Versicherten der GKV **nur vereinbarungsfähig, wenn** die Behandlung über das Maß einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Behandlung hinausgeht bzw. der Behandlungsrichtlinie widerspricht.

Erläuterungen/Hinweise

Die retrograde Wurzelkanalaufbereitung ist Leistungsinhalt der Nr. 32 BEMA. Die retrograde Wurzelfüllung ist Leistungsinhalte der Nr. 35 BEMA.

Soweit die Resektionsstelle mit einer gesonderten Füllung versorgt werden muss, ist diese weder Bestandteil der Wurzelspitzenresektion nach den Nrn. 54a – c BEMA noch als Leistung in der GOZ beschrieben. Deshalb ist diese Leistung für Versicherte der GKV vereinbarungsfähig, die Berechnung erfolgt gem. § 6 Abs. 1 GOZ.

Das Auffüllen des Knochendefektes nach Nr. 4110 GOZ ist neben der vertragszahnärztlichen Leistung vereinbarungsfähig.

Die Bildung eines Knochendeckels ist neben der vertragszahnärztlichen Leistung vereinbarungsfähig gem. § 6 Abs. 1 GOZ.

Neben der Leistung nach der Nr. 3120 GOZ ist ggf. ein Zuschlag nach der Nr. 0110 (Operationsmikroskop) sowie bei nichtstationärer Durchführung ein entsprechender Zuschlag nach Abschnitt L GOZ berechenbar.

GOZ Nr. 3160

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Transplantation eines Zahnes einschließlich operativer Schaffung des Knochenbettes	650	36,56 €	84,08 €	127,95 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 3160 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, da die Transplantation eines Zahnes einschließlich operativer Schaffung eines Knochenbettes im Sachleistungskatalog der GKV nicht enthalten ist.

Erläuterungen/Hinweise

Die Nr. 55 BEMA ist für die Re-Implantation, nicht für die Transplantation eines Zahnes abrechenbar.

Begleitleistungen und zusätzlich berechnungsfähige Leistungen im Zusammenhang mit der Transplantation eines Zahnes einschließlich operativer Schaffung eines Knochenbettes sind ebenfalls privat zu vereinbaren.

Neben der Leistung nach der Nr. 3160 GOZ ist bei nichtstationärer Durchführung ein entsprechender Zuschlag nach Abschnitt L GOZ berechenbar.

GOZ Nr. 3240

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
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	30,93 €	71,15 €	108,27 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 3240 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, wenn die Leistung über das Maß einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Behandlung bzw. über den Rahmen der Behandlungsrichtlinie hinausgeht.

Erläuterungen/Hinweise

Eine Vestibulumplastik nur aus kieferorthopädischen Gründen ist privat zu berechnen.

Eine Vestibulumplastik bei festsitzendem Zahnersatz ist privat zu berechnen.

Eine Vestibulumplastik in Zusammenhang mit einer Implantation ist privat zu berechnen.

Bei örtlicher Trennung von Vestibulumplastik und Insertionsort der Implantate erfolgt die Abrechnung der Vestibulumplastik nach Nr. 59 BEMA, sofern gemäß den Bestimmungen des BEMA eine Abrechnung der Leistung möglich ist.

Die Abgrenzung der Leistung nach Nr. 3240 GOZ von den Leistungen nach den Nrn. 2675, 2676 und 2677 GOÄ ist zu beachten.

Neben der Leistung nach der Nr. 3240 GOZ ist ggf. ein Zuschlag nach der Nr. 0120 (Laser) sowie bei nichtstationärer Durchführung ein entsprechender Zuschlag nach Abschnitt L GOZ berechenbar.

E. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums

GOZ Nr. 4000

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus	160	9,00 €	20,70 €	31,50 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Die Leistung nach der Nummer 4000 ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 4000 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, sofern keine systematische Behandlung von Parodontopathien im Sinne der Behandlungsrichtlinie geplant ist.

Erläuterungen/Hinweise

Für die Erbringung der Leistung nach Nr. 4000 GOZ ist die Verwendung eines Formblattes nicht erforderlich. Der Umfang des zu erstellenden Parodontalstatus richtet sich nach den Erfordernissen des individuellen Krankheitsbildes.

GOZ Nr. 4005

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Erhebung mindestens eines Gingivalindex und/oder eines Parodontalindex (z. B. des Parodontalen Screening-Index PSI)	80	4,50 €	10,35 €	15,75 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Die Leistung nach der Nummer 4005 ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 4005 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, wenn der Anspruch auf die Leistung nach Nr. 04 BEMA (Erhebung des PSI-Code) innerhalb des Zeitraumes von zwei Jahren erschöpft ist.

Erläuterungen/Hinweise

Wird beim Versicherten der GKV ein anderer Index als der PSI-Code erhoben, ist die Nr. 4005 GOZ vereinbarungsfähig.

Neben der Nr. 04 BEMA ist im selben Jahr, jedoch nicht für dieselbe Sitzung, für die Erhebung des PSI-Codes oder anderer Indizes die Nr. 4005 GOZ höchstens zweimal vereinbarungsfähig.

GOZ Nr. 4025

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation, je Zahn	15	0,84 €	1,94 €	2,95 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Die verwendeten antibakteriellen Materialien sind gesondert berechnungsfähig.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 4025 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, da eine vergleichbare Leistung im Sachleistungskatalog der GKV nicht enthalten ist.

Erläuterungen/Hinweise

Die Nr. 4025 GOZ ist als selbstständige Leistung auch zusätzlich zu den Nrn. P 200 ff. BEMA (Systematische Behandlung von Parodontopathien) berechenbar, zum Beispiel für Elyzol-Gel, Perio-Chip.

Die systematische Behandlung von Parodontopathien im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung muss jedoch insgesamt auch ohne medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation Aussicht auf Erfolg haben. Indikationsgrenzen und die therapeutische Prognose der Gesamtbehandlung im Sinne des SGB V sind zu beachten (Wirtschaftlichkeit). Liegen die Voraussetzungen für eine vertragszahnärztliche Versorgung nicht vor, ist die Behandlung einzelner Parodontien privat zu vereinbaren.

Die medikamentöse antibakterielle Lokalapplikationen bei Implantaten ist gem. § 6 Abs. 1 GOZ vereinbarungsfähig.

Die Nr. 4025 GOZ ist nicht für die Spülung von Zahnfleischtaschen vereinbarungsfähig.

GOZ Nr. 4050

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Entfernung harter und weicher Zahnbeläge gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, auch Brückenglied	10	0,56 €	1,29 €	1,97 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Die Leistungen nach den Nummern 4050 und 4055 sind für denselben Zahn innerhalb von 30 Tagen nur einmal berechnungsfähig.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 4050 ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, wenn der Anspruch auf die Leistung nach Nr. 107 BEMA (einmal pro Kalenderjahr) erschöpft ist. Darüber hinaus kann diese Leistung für die Entfernung harter und weicher Beläge an Implantaten vereinbart werden.

Erläuterungen/Hinweise

Die Nrn. 4050 und 4055 GOZ sind neben der Nr. 107 BEMA – zum Beispiel für das Entfernen der weichen Beläge oder für das Polieren – nicht vereinbarungsfähig, da es hierbei zu einer unzulässigen Überschneidung der Leistungsinhalte käme.

GOZ Nr. 4055

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Entfernung harter und weicher Zahnbeläge gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem mehrwurzeligen Zahn	13	0,73 €	1,68 €	2,56 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Die Leistungen nach den Nummern 4050 und 4055 sind für denselben Zahn innerhalb von 30 Tagen nur einmal berechnungsfähig.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 4055 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, wenn der Anspruch auf die Leistung nach Nr. 107 BEMA (einmal pro Kalenderjahr) erschöpft ist. Darüber hinaus kann diese Leistung für die Entfernung harter und weicher Beläge an Implantaten vereinbart werden.

Erläuterungen/Hinweise

Die Nrn. 4050 und 4055 GOZ sind neben der Nr. 107 BEMA – zum Beispiel für das Entfernen der weichen Beläge oder für das Polieren – nicht vereinbarungsfähig, da es hierbei zu einer unzulässigen Überschneidung der Leistungsinhalte käme.

GOZ Nr. 4060

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge oder professioneller Zahnreinigung nach der Nummer 1040 mit Nachreinigung einschließlich Polieren, je Zahn, oder Implantat, auch Brückenglied	7	0,39 €	0,91 €	1,38 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Die Leistung nach der Nummer 4060 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1040, 4050 und 4055 nicht berechnungsfähig.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 4060 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, da eine vergleichbare Leistung im Sachleistungskatalog der GKV nicht enthalten ist.

Erläuterungen/Hinweise

Die Nr. 4060 GOZ ist in gesonderter Sitzung auch nach der Erbringung der Nr. 107 BEMA vereinbarungsfähig.

GOZ Nr. 4070

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremente und Wurzelglättung) an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, geschlossenes Vorgehen	100	5,62 €	12,94 €	19,68 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 4070 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, wenn die Behandlungsrichtlinie eine Berechnung der Nrn. P 200 und P 201 BEMA (Systematische Behandlung von Parodontopathien [supra- und subgingivales Debridement], geschlossenes Vorgehen) ausschließt. Dies gilt insbesondere für die Behandlung an Implantaten.

Erläuterungen/Hinweise

Im Rahmen der Parodontitistherapie ist beim Versicherten der GKV der Einsatz eines Lasers zur Deepithelisierung, Entkeimung o. Ä. als selbstständige Zusatzleistung möglich, ohne dass der Versicherte seinen Anspruch auf die Sachleistung (Nrn. P 200 ff. BEMA) verliert. Gleiches gilt für die photodynamische Therapie. Die Berechnung erfolgt jeweils gem. § 6 Abs. 1 GOZ und nicht nach der Nr. 0120 GOZ.

Die Nrn. 4070 und 4075 GOZ sind neben den Nrn. P 200 und P 201 BEMA für denselben Zahn in derselben Sitzung nicht vereinbarungsfähig, da es hierbei zu einer unzulässigen Überschneidung der Leistungsinhalte käme.

Eine Parodontitistherapie allein mittels Laser ist keine vertragszahnärztliche Leistung und muss privat vereinbart werden.

GOZ Nr. 4075

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremente und Wurzelglättung) an einem mehrwurzeligen Zahn, geschlossenes Vorgehen	130	7,31 €	16,82 €	25,59 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 4075 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, wenn die Behandlungsrichtlinie eine Berechnung der Nrn. P 200 und P 201 BEMA (Systematische Behandlung von Parodontopathien [supra- und subgingivales Debridement], geschlossenes Vorgehen) ausschließt.

Erläuterungen/Hinweise

Im Rahmen der Parodontitistherapie ist beim Versicherten der GKV der Einsatz eines Lasers zur Deepithelisierung, Entkeimung o. Ä. als selbstständige Zusatzleistung möglich, ohne dass der Versicherte seinen Anspruch auf die Sachleistung (Nrn. P 200 ff. BEMA) verliert. Gleiches gilt für die photodynamische Therapie. Die Berechnung erfolgt jeweils gem. § 6 Abs. 1 GOZ und nicht nach der Nr. 0120 GOZ.

Die Nrn. 4070 und 4075 GOZ sind neben den Nrn. P 200 und P 201 BEMA für denselben Zahn in derselben Sitzung nicht vereinbarungsfähig, da es hierbei zu einer unzulässigen Überschneidung der Leistungsinhalte käme.

Eine Parodontitistherapie allein mittels Laser ist keine vertragszahnärztliche Leistung und muss privat vereinbart werden.

GOZ Nr. 4080

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Gingivektomie, Gingivoplastik, je Parodontium	45	2,53 €	5,82 €	8,86 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 4080 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, wenn die Behandlungsrichtlinie eine Berechnung der Nrn. P 200 und P 201 BEMA (Systematische Behandlung von Parodontopathien [supra- und subgingivales Debridement], geschlossenes Vorgehen) ausschließt.

Erläuterungen/Hinweise

Die Nr. 4080 ist neben den Nrn. P 202 und P 203 BEMA für denselben Zahn in derselben Sitzung nicht vereinbarungsfähig, da es hierbei zu einer unzulässigen Überschneidung der Leistungsinhalte käme.

Neben der Leistung nach der Nr. 4080 GOZ ist ggf. ein Zuschlag nach der Nr. 0120 GOZ (Laser) berechenbar.

GOZ Nr. 4090

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Frontzahn, je Parodontium	180	10,12 €	23,28 €	35,43 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Neben den Leistungen nach den Nummern 4090 und 4100 sind Leistungen nach den Nummern 4050 bis 4080 in der gleichen Sitzung nicht berechnungsfähig.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 4090 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, wenn die Behandlungsrichtlinie eine Berechnung der Nrn. P 202 und P 203 BEMA (Systematische Behandlung von Parodontopathien [Chirurgische Therapie], offenes Vorgehen) ausschließt. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn bei der Aufnahme des Parodontalstatus (Erstbefundung) die Sondierungstiefe von 5,5 mm oder weniger festgestellt wird und dennoch ein offenes Vorgehen indiziert ist.

Erläuterungen/Hinweise

Im Rahmen der Parodontitistherapie ist bei Versicherten der GKV der Einsatz eines Lasers zur Deepithelisierung, Entkeimung o. Ä. als selbstständige Zusatzleistung möglich, ohne dass der Versicherte seinen Anspruch auf die Sachleistung (Nrn. P 200 ff. BEMA) verliert. Gleiches gilt für die photodynamische Therapie. Die Berechnung erfolgt jeweils gem. § 6 Abs.1 GOZ und nicht nach der Nr. 0120 GOZ.

Neben der Leistung nach der Nr. 4090 GOZ sind ggf. Zuschläge nach den Nrn. 0110 (Operationsmikroskop) und 0120 (Laser), sowie bei nichtstationärer Durchführung ein entsprechender Zuschlag nach Abschnitt L GOZ berechenbar.

Die Nr. 4090 GOZ ist neben den Nrn. P 202 und P 203 BEMA für denselben Zahn in derselben Sitzung nicht vereinbarungsfähig, da es hierbei zu einer unzulässigen Überschneidung der Leistungsinhalte käme.

Eine Parodontitistherapie allein mittels Laser ist keine vertragszahnärztliche Leistung und muss privat vereinbart werden.

GOZ Nr. 4100

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Seitenzahn, je Parodontium	275	15,47 €	35,57 €	54,13 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Neben den Leistungen nach den Nummern 4090 und 4100 sind Leistungen nach den Nummern 4050 bis 4080 in der gleichen Sitzung nicht berechnungsfähig.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 4100 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, wenn die Behandlungsrichtlinie eine Berechnung der Nrn. P 202 und P 203 BEMA (Systematische Behandlung von Parodontopathien [Chirurgische Therapie], offenes Vorgehen) ausschließt. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn bei der Aufnahme des Parodontalstatus (Erstbefundung) die Sondierungstiefe von 5,5 mm oder weniger festgestellt wird und dennoch ein offenes Vorgehen indiziert ist.

Erläuterungen/Hinweise

Im Rahmen der Parodontitistherapie ist bei Versicherten der GKV der Einsatz eines Lasers zur Deepithelisierung, Entkeimung o. Ä. als selbstständige Zusatzleistung möglich, ohne dass der Versicherte seinen Anspruch auf die Sachleistung (Nrn. P 200 ff. BEMA) verliert. Gleiches gilt für die photodynamische Therapie. Die Berechnung erfolgt jeweils gem. § 6 Abs. 1 GOZ und nicht nach der Nr. 0120 GOZ.

Neben der Leistung nach der Nr. 4100 GOZ sind ggf. Zuschläge nach den Nrn. 0110 (Operationsmikroskop) und 0120 (Laser) sowie bei nichtstationärer Durchführung ein entsprechender Zuschlag nach Abschnitt L GOZ berechenbar.

Die Nr. 4100 GOZ ist neben den Nrn. P 202 und P 203 BEMA für denselben Zahn in derselben Sitzung nicht vereinbarungsfähig, da es hierbei zu einer unzulässigen Überschneidung der Leistungsinhalte käme.

Eine Parodontitistherapie allein mittels Laser ist keine vertragszahnärztliche Leistung und muss privat vereinbart werden.

GOZ Nr. 4110

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
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	180	10,12 €	23,28 €	35,43 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Die Leistung nach der Nummer 4110 ist auch im Rahmen einer chirurgischen Behandlung berechnungsfähig.

Die Kosten eines einmal verwendbaren Knochenkollektors oder -schabers sind gesondert berechnungsfähig.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 4110 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, da eine vergleichbare Leistung im Sachleistungskatalog der GKV nicht enthalten ist.

Erläuterungen/Hinweise

Die Nr. 4110 GOZ kann auch zusätzlich zur vertragszahnärztlichen Leistung nach den Nrn. P 202 und P 203 BEMA vereinbart werden.

GOZ Nr. 4120

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	275	15,47 €	35,57 €	54,13 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 4120 GOZ ist mit Versicherten der GKV für dieselbe Kieferhälfte oder denselben Frontzahnbereich **nicht als Zusatzleistung** im Rahmen einer vertragszahnärztlichen systematischen Parodontitistherapie **vereinbarungsfähig**.

Nach Abschluss der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erfolgten **systematischen Behandlung von Parodontopathien** ist eine Leistung nach Nr. 4120 GOZ **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Nach der Behandlungsrichtlinie (Abschnitt B. V. Systematische Behandlung von Parodontopathien) gehört „die Behandlung der Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten angewachsenen Schleimhaut“ nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten.

Ist das Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens, beispielsweise zur Rezessionsdeckung an einzelnen Zähnen im direkten zeitlichen Zusammenhang mit einer systematischen Parodontitistherapie indiziert, so ist für diese Zähne die gesamte Behandlung privat zu vereinbaren.

GOZ Nr. 4130

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut, gegebenenfalls einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Transplantat	180	10,12 €	23,28 €	35,43 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 4130 GOZ ist mit Versicherten der GKV für dasselbe Gebiet **nicht als Zusatzleistung** im Rahmen einer vertragszahnärztlichen systematischen Parodontitistherapie **vereinbarungsfähig**.

Nach Abschluss der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erfolgten **systematischen Behandlung von Parodontopathien** ist eine Leistung nach Nr. 4130 GOZ **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Nach der Behandlungsrichtlinie (Abschnitt B. V. Systematische Behandlung von Parodontopathien) gehört „die Behandlung der Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten angewachsenen Schleimhaut“ nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten.

Neben der Leistung nach Nr. 4130 GOZ sind ggf. Zuschläge nach den Nrn. 0110 (Operationsmikroskop) und 0120 (Laser) sowie bei nichtstationärer Durchführung ein entsprechender Zuschlag nach Abschnitt L GOZ berechenbar.

Ist ein freies Schleimhauttransplantat beispielsweise zur Rezessionsdeckung an einzelnen Zähnen im direkten zeitlichen Zusammenhang mit einer systematischen Parodontitistherapie indiziert, so ist für diese Zähne die gesamte Behandlung privat zu vereinbaren.

GOZ Nr. 4133

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Zahnzwischenraum	880	49,49 €	113,83 €	173,23 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 4133 ist mit Versicherten der GKV für dasselbe Gebiet **nicht als Zusatzleistung** im Rahmen einer vertragszahnärztlichen systematischen Parodontitistherapie **vereinbarungsfähig**.

Nach Abschluss der im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erfolgten **systematischen Behandlung von Parodontopathien** ist eine Leistung nach Nr. 4133 GOZ **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Nach der Behandlungsrichtlinie (Abschnitt B. V. Systematische Behandlung von Parodontopathien) gehört „die Behandlung der Rezessionen, des Fehlens keratinisierter Gingiva und der verkürzten angewachsenen Schleimhaut“ nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten.

Neben der Leistung nach Nr. 4133 GOZ sind ggf. Zuschläge nach den Nrn. 0110 (Operationsmikroskop) und 0120 (Laser) sowie bei nichtstationärer Durchführung ein entsprechender Zuschlag nach Abschnitt L GOZ berechenbar.

Ist ein Bindegewebetransplantat beispielsweise zur Rezessionsdeckung an einzelnen Zähnen im direkten zeitlichen Zusammenhang mit einer systematischen Parodontitistherapie indiziert, so ist für diese Zähne die gesamte Behandlung privat zu vereinbaren.

GOZ Nr. 4136

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Osteoplastik auch Kronenverlängerung, Tunnelierung oder Ähnliches je Zahn oder Parodontium, auch Implantat, als selbstständige Leistung	200	11,25 €	25,87 €	39,37 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 4136 GOZ ist mit Versicherten der GKV für eine Kronenverlängerung oder Tunnelierung **vereinbarungsfähig**. Darüber hinaus ist die Leistung vereinbarungsfähig, wenn die Behandlungsrichtlinien die Erbringung der Nrn. P 202 und P 203 BEMA (Systematische Behandlung von Parodontopathien [Chirurgische Therapie], offenes Vorgehen) ausschließen.

Erläuterungen/Hinweise

Die Nr. 4136 GOZ ist neben den Nrn. P 202 und P 203 BEMA für denselben Zahn in derselben Sitzung nicht vereinbarungsfähig, da es hierbei zu einer unzulässigen Überschneidung der Leistungsinhalte käme.

GOZ Nr. 4138

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Verwendung einer Membran zur Behandlung eines Knochendefektes einschließlich Fixierung, je Zahn, je Implantat	220	12,37 €	28,46 €	43,31 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 4138 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, da eine vergleichbare Leistung im Sachleistungskatalog der GKV nicht enthalten ist.

Erläuterungen/Hinweise

Die Nr. 4138 GOZ kann auch neben den Nrn. P 202 und P 203 BEMA als selbstständige Leistung erbracht werden.

Die systematische Behandlung von Parodontopathien im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung muss jedoch insgesamt auch ohne Verwendung einer Membran Aussicht auf Erfolg haben. Indikationsgrenzen und die therapeutische Prognose der Gesamtbehandlung im Sinne des SGB V sind zu beachten (Wirtschaftlichkeit).

GOZ Nr. 4150

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Kontrolle/Nachbehandlung nach parodontalchirurgischen Maßnahmen, je Zahn, Implantat oder Parodontium	7	0,39 €	0,91 €	1,38 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 4150 GOZ ist mit Versicherten der GKV für die Nachbehandlung **vereinbarungsfähig**, wenn für einen Zahn eine parodontalchirurgische Leistung nach GOZ erbracht wurde.

Erläuterungen/Hinweise

Die Leistung ist auch an Implantaten abrechenbar.

Eine Berechnung der Nr. 4150 GOZ neben der Nr. 111 BEMA (Nachbehandlung im Rahmen der systematischen Behandlung von Parodontopathien, je Sitzung) für Leistungen am selben Zahn ist nicht möglich.

F. Prothetische Leistungen

GOZ Nr. 5000

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Tangentialpräparation)	1016	57,14 €	131,43 €	200,00 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

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 Nummern 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.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 5000 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen von gleich- und andersartigem Zahnersatz **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Die Nr. 5000 GOZ ist auch bei einer Implantatkrone als Brücken- oder Prothesenanker auf beschliffenen oder überarbeiteten Abutments ansetzbar.

Das Überarbeiten eines Abutments im Labor ist eine zahntechnische Leistung, die nach der Bundeseinheitlichen Benennungsliste für zahntechnische Leistungen (BEB) abgerechnet werden kann.

Eine adhäsive Befestigung nach der Nr. 2197 GOZ ist zusätzlich vereinbarungsfähig. Entsprechend der Kommentierung der Bundeszahnärztekammer (Stand 09.02.2013) ist die Nr. 2197 GOZ jedoch nicht für die adhäsive Befestigung von Kronen auf Implantaten berechenbar. Die Vereinbarung nach der Nr. 2197 GOZ führt nicht dazu, dass Regelversorgungsbestandteile, beispielsweise eine Krone nach BEMA, nach GOZ abgerechnet werden können.

GOZ Nr. 5010

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Hohlkehl- und Stufenpräparation) oder Einlagefüllung	1483	83,41 €	191,84 €	291,92 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

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.

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.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 5010 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen von gleich- und andersartigem Zahnersatz **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Eine adhäsive Befestigung nach der Nr. 2197 GOZ ist zusätzlich vereinbarungsfähig. Die Vereinbarung nach der Nr. 2197 GOZ führt nicht dazu, dass Regelversorgungsbestandteile, beispielsweise eine Krone nach BEMA, nach GOZ abgerechnet werden können.

GOZ Nr. 5020

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
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	1997	112,32 €	258,33 €	393,10 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

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.

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.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 5020 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen von gleich- und andersartigem Zahnersatz **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Die Leistung ist mit Versicherten der GKV auch für die vollkeramische Teilkrone als Brückenanker im Front- wie im Seitenzahnbereich vereinbarungsfähig.

Dabei sind die Richtlinien über die vertragszahnärztliche Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen (Abschnitt D. II. der Richtlinien) zu beachten.

Eine adhäsive Befestigung nach der Nr. 2197 GOZ ist zusätzlich vereinbarungsfähig. Die Vereinbarung nach der Nr. 2197 GOZ führt nicht dazu, dass Regelversorgungsbestandteile, beispielsweise eine Krone nach BEMA, nach GOZ abgerechnet werden können.

GOZ Nr. 5030

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
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	1483	83,41 €	191,84 €	291,92 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

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 Nummern 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.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 5030 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen von gleich- und andersartigem Zahnersatz **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Die Leistungen nach den Nrn. 5000 und 5030 GOZ umfassen auch die Verschraubung des Brückenankers auf dem Implantat und die Abdeckung des Schraubenkanals mit Füllungsmaterial. Bei einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen und deren Versorgung mit Wurzelstiftkappen mit Kugelknopfankern in Verbindung mit einer Deckprothese ist die Nr. 90 BEMA abzurechnen; finden andere Verbindungselemente Anwendung, werden mehr als drei Zähne versorgt und/oder steht die Eingliederung der Wurzelkappen mit Stiftverankerung nicht in Verbindung mit einer Deckprothese, finden die Nrn. 5030, 5080 GOZ Anwendung.

Die Nr. 5030 GOZ ist auch für die Versorgung eines Implantates mit einem wurzelkappenartigen Aufbau berechnungsfähig. Verbindungselemente sind neben der Nr. 5030 zusätzlich nach der Nr. 5080 GOZ berechenbar. Wurzelkappen ohne Stift sind weder nach der Nr. 90 BEMA abrechenbar, noch im Leistungsverzeichnis der GOZ gesondert beschrieben und daher gemäß § 6 Abs. 1 GOZ zu vereinbaren.

Eine adhäsive Befestigung nach der Nr. 2197 GOZ ist zusätzlich vereinbarungsfähig. Entsprechend der Kommentierung der Bundeszahnärztekammer (Stand 09.02.2013) ist die Nr. 2197 GOZ jedoch nicht für die adhäsive Befestigung von Verbindungselementen auf Implantaten berechenbar. Die Vereinbarung nach der Nr. 2197 GOZ führt nicht dazu, dass Regelversorgungsbestandteile, beispielsweise eine Krone nach BEMA, nach GOZ abgerechnet werden können.

GOZ Nr. 5040

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teleskopkrone, auch Konuskrone	2605	146,51 €	336,97 €	512,79 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Die Leistung nach der Nummer 5040 ist neben der Leistung nach der 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.

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.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 5040 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen von gleich- und andersartigem Zahnersatz **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Wird ein zusätzliches Verbindungselement (zum Beispiel ein Geschiebe oder ein Riegel) in eine Teleskop- oder Konuskrone eingebaut, kann der erhöhte Aufwand nur über eine entsprechende Bemessung des Gebührensatzes gem. § 5 Abs. 2 GOZ berücksichtigt werden.

Wenn durch ein zusätzliches Verbindungselement die Friktion einer Teleskop- oder Konuskrone wiederhergestellt wird, ist diese Maßnahme gem. § 6 Abs. 1 GOZ berechnungsfähig. Wird bei einer vorhandenen Teleskop- oder Konuskrone nachträglich ein Verbindungselement eingearbeitet, so ist hierfür die Nr. 5080 GOZ vereinbarungsfähig.

Eine adhäsive Befestigung nach der Nr. 2197 GOZ ist zusätzlich vereinbarungsfähig. Entsprechend der Kommentierung der Bundeszahnärztekammer (Stand 09.02.2013) ist die Nr. 2197 GOZ jedoch nicht für die adhäsive Befestigung von Teleskop- oder Konuskronen auf Implantaten berechenbar. Die Vereinbarung nach der Nr. 2197 GOZ führt nicht dazu, dass Regelversorgungsbestandteile, beispielsweise eine Krone nach BEMA, nach GOZ abgerechnet werden können.

GOZ Nr. 5070

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
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	22,50 €	51,74 €	78,74 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 5070 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen von gleich- und andersartigem Zahnersatz **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Die Leistungsbeschreibung stellt klar, dass die Nr. 5070 GOZ für Brücken- oder Prothesenspannen und Freiendsättel berechnet werden kann. Die Nr. 5070 GOZ kann auch bei Interimsprothesen, je Spanne oder Freiendsattel, angesetzt werden.

Das adhäsive Befestigen eines eigenen Zahnes (zum Beispiel nach Extraktion oder auch Trauma bzw. nach Spontanverlust) zum temporären Lückenschluss ist als Leistung weder in der GOZ noch im BEMA enthalten und nicht nach Nr. 5070 GOZ berechnungsfähig. Die Berechnung erfolgt gem. § 6 Abs. 1 GOZ.

Eine entsprechende Therapie ist für Versicherte der GKV vereinbarungsfähig.

Eine Berechnung nach Nr. K4 BEMA ist ausgeschlossen, da nach Abschnitt VI. 2. d) der Behandlungsrichtlinie die semipermanente Schienung nur zur Stabilisierung gelockerter Zähne und bei prä- bzw. postchirurgischen Fixationsmaßnahmen angezeigt sein kann.

Ggf. können zusätzlich Laborkosten nach § 9 GOZ für die Gestaltung und Ausarbeitung des Brückengliedes berechnet werden.

Der Festzuschuss nach Befund-Nr. 5.1 kann nicht angesetzt werden, da die Behandlungsmethode in der GKV nicht anerkannt ist.

GOZ Nr. 5080

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Versorgung eines Lückengebisses durch eine zusammengesetzte Brücke oder Prothese, je Verbindungselement				
Matrize und Patrize gelten als ein Verbindungselement.	230	12,94 €	29,75 €	45,27 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Die Leistung nach der Nummer 5080 ist neben der Leistung nach der Nummer 5040 nicht berechnungsfähig.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 5080 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen von gleich- und andersartigem Zahnersatz **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Als Verbindungselemente gelten beispielsweise Teleskop- und Konuskronen, Geschiebe, Stegreiter, Riegel, Verschraubungen, Druckknöpfe, Federknöpfe oder Kugelknöpfe. Die Nr. 5080 GOZ kann für jede Verbindungsvorrichtung berechnet werden, jedoch nicht neben der Nr. 5040 GOZ.

Kommentar der Bundeszahnärztekammer (Stand 09.02.2013)

„Eine Nebeneinanderberechnung [der Gebührenpositionen 5040 und 5080 GOZ] liegt jedoch in folgenden Fällen nicht vor:
1. Zwei oder mehrere nicht unmittelbar benachbarte Primärkronen werden mittels einer Stegkonstruktion verbunden. Übernimmt die Stegkonstruktion durch retentive oder friktive Wirkung die Funktion eines oder mehrerer Verbindungselemente, so ist die Nummer 5080 je Stegsegment neben der Nummer 5040 zwar sitzungs- jedoch nicht zahngleich berechnungsfähig.
2. Wird eine Doppelkrone nicht im Zuge der Eingliederung sondern zu einem späteren Zeitpunkt mit einem Verbindungselement versehen, so ist hierfür die Nummer 5080 berechnungsfähig.
3. Wird bei Erneuerung einer Sekundärkrone nach der Nummer 5100 die Doppelkrone mit einem Verbindungselement versehen oder wird durch die Eingliederung der Sekundärkrone ein Verbindungselement geschaffen, so ist hierfür die Nummer 5080 berechnungsfähig.“

GOZ Nr. 5090

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Wiederherstellung der Funktion eines Verbindungselements nach der Nummer 5080	110	6,19 €	14,23 €	21,65 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 5090 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen von gleich- und andersartigem Zahnersatz **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Die Wiederherstellung der Friktion einer Teleskopkrone ist nach Nr. 5090 GOZ vereinbarungsfähig, da eine vergleichbare Leistung im Leistungskatalog der GKV nicht enthalten ist.

Maßnahmen zur Wiederherstellung von Wurzelstiftkappen sind nach Nr. 100b BEMA abrechnungsfähig.

Das Auffüllen eines Sekundärteleskops bei einer Prothesenerweiterung ohne weitergehende Maßnahme ist nach Nr. 100a BEMA abrechnungsfähig.

Gebogene oder gegossene Halteelemente oder Auflagen sind keine Verbindungselemente im Sinne der Nr. 5080 GOZ. Eine Wiederherstellung der Funktion von Halte- und Stützelementen kann nicht nach der Nr. 5090 GOZ berechnet werden.

Die Nr. 5090 GOZ ist auch neben den Nrn. 100a, b BEMA vereinbarungsfähig, wenn darüber hinaus die Funktion des herausnehmbaren Zahnersatzes gleichzeitig wiederhergestellt wird.

Kommentar der Bundeszahnärztekammer (Stand 09.02.2013)

„Maßnahmen, die nach dieser Gebührennummer berechnet werden, sollen dem Wiederherstellen der hinreichenden Haltekraft eines Verbindungselements dienen. Die Leistung wird angewendet bei der Wiederbefestigung eines Primär- oder Sekundärteils (z. B. Matrize oder Patrize) an einem Verbindungselement oder bei der Erneuerung des Primär- oder Sekundärteils eines Verbindungselements. Sie findet ferner Anwendung für den Austausch von Geschiebehülsen, Ankerknöpfen, Stegreitern o. Ä. zur Verbesserung oder Wiederherstellung der Verbindungsfunktion, z. B. durch das Aktivieren oder das Justieren eines Verbindungselements. Dazu gehören auch Wiederherstellungen, die die Friktion einer Doppelkrone verbessern. Die Leistung kann im Zusammenhang mit einer Neuversorgung nicht berechnet werden."

GOZ Nr. 5100

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Erneuern des Sekundärteils einer Teleskopkrone einschließlich Abformung	450	25,31 €	58,21 €	88,58 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 5100 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen von gleich- und andersartigem Zahnersatz **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Die Beschreibung des Festzuschusses nach Befund-Nr. 6.10 beinhaltet keine topografische oder anzahlmäßige Beschränkung der Erneuerung von Primär- oder Sekundärteleskopkronen bzw. Primär- oder Sekundärkonuskronen. Jedoch wird durch die Zahnersatz-Richtlinie Nr. 35 festgelegt, dass im Rahmen der Regelversorgung mit Ausnahme von Cover-Denture-Prothesen nur Teleskop-/Konuskronen auf Eckzähnen und den ersten Prämolaren zu den Verbindungselementen gehören. Somit sind Erneuerungen von Primär- oder Sekundärteleskopkronen bzw. Primär- oder Sekundärkonuskronen auf Eckzähnen oder ersten Prämolaren sowie bei einem Restzahnbestand von bis zu drei Zähnen als Regelversorgungsleistungen mit der halben Gebühr nach Nr. 91d BEMA abzurechnen.

Erneuerungen von Sekundärteilen außerhalb der Einschränkung der Festzuschuss-Richtlinie können nach der Nr. 5100 GOZ vereinbart werden. Ebenso können Erneuerungen von zum Beispiel Sekundärteilen mit Vollverblendung oder mit vestibulären Verblendungen außerhalb der Verblendgrenzen oder von Sekundärteilen in Galvanotechnik nach Nr. 5100 GOZ vereinbart werden.

Die alleinige Erneuerung/Anfertigung eines Primärteils einer Teleskop- bzw. Konuskrone ist gem. § 6 Abs. 1 GOZ als nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommene Leistung zu berechnen, sofern kein Regelversorgungsanspruch besteht.

GOZ Nr. 5110

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Wiedereingliederung einer endgültigen Brücke nach Wiederherstellung der Funktion	360	20,25 €	46,57 €	70,87 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 5110 ist mit Versicherten der GKV **für Suprakonstruktionen** im Rahmen von andersartigem Zahnersatz **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Sind mit den Brückenankern weitere Kronen im Rahmen von Suprakonstruktionen fest verbunden, löst die Wiedereingliederung dieser Kronen die Nr. 2310 GOZ je zusätzlicher Krone aus.

Die adhäsive Befestigung bei der Wiedereingliederung einer Brücke löst zusätzlich die Nr. 2197 GOZ je Brückenanker/Krone aus.

Die Vereinbarung einer Leistung nach der Nr. 2197 GOZ neben Leistungen nach den Nrn. 95a – c BEMA führt zur Einstufung als gleichartige Versorgung. Sie führt aber nicht dazu, dass Regelversorgungsbestandteile, beispielsweise das Wiedereinsetzen einer Brücke mit zwei Ankern, nach GOZ abgerechnet werden können.

GOZ Nr. 5120

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Provisorische Brücke im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung	240	13,50 €	31,05 €	47,24 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Das Wiedereingliedern derselben provisorischen Brücke, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 5120 bis 5140 abgegolten.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 5120 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen von andersartigem Zahnersatz **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Die übliche Ausarbeitung der provisorischen Brücke ist Leistungsbestandteil der Nrn. 5120 und 5140 GOZ. Zahntechnische Laborleistungen zur Form- bzw. Oberflächenveränderung aus funktionellen oder ästhetischen Gründen sowie Reparaturen an Provisorien sind berechnungsfähig.

Für zahntechnische Leistungen, die nicht mit der Vergütung für die Nrn. 5120 und 5140 GOZ abgegolten sind, besteht Anspruch auf Auslagenersatz nach § 9 GOZ (zum Beispiel Tiefziehschiene zur Schaffung einer Hohlform oder Form- bzw. Oberflächenveränderungen wegen funktioneller, prothetischer oder gnathologischer Veränderungen). Materialkosten (zum Beispiel Abformmaterial) sind nach § 4 Abs. 3 GOZ berechnungsfähig.

Maßnahmen zur Wiederherstellung eines Provisoriums sind in Abhängigkeit von der erbrachten Leistung ggf. gem. § 6 Abs. 1 GOZ und/oder als zahntechnische Leistung zu berechnen.

Die Neuanfertigung infolge von Verlust oder fehlender Möglichkeit der Wiederherstellung ist nach Nrn. 5120 bzw. 5140 GOZ vereinbarungsfähig.

Die Nr. 2197 GOZ ist je provisorischer Ankerkrone zusätzlich berechnungsfähig, wenn das Provisorium adhäsiv befestigt wird.

Provisorische Kronen, die nicht unmittelbar an eine Lücke angrenzen, sind nach der Nr. 2270 GOZ berechnungsfähig.

Beträgt die Tragezeit des festsitzenden laborgefertigten Provisoriums weniger als drei Monate, sind anstelle der Leistungen nach den Nrn. 7080 und 7090 GOZ die Leistungen nach den Nrn. 2260, 2270 oder 5120 und 5140 GOZ berechnungsfähig.

Die Versorgung eines Brückenankers mit einer provisorischen Stiftkrone ist nicht in der GOZ beschrieben; sie ist gem. § 6 Abs. 1 GOZ zu berechnen.

GOZ Nr. 5140

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Provisorische Brücke im direkten Verfahren mit Abformung, je Brückenspanne oder Freiendsattel, einschließlich Entfernung	80	4,50 €	10,35 €	15,75 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Das Wiedereingliedern derselben provisorischen Brücke, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 5120 bis 5140 abgegolten.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 5140 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen von andersartigem Zahnersatz **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Das Wiedereingliedern desselben Provisoriums, ggf. auch mehrmals, einschließlich Entfernung, ist mit der Gebühr für die Nrn. 5120 und 5140 GOZ abgegolten.

Die übliche Ausarbeitung der provisorischen Brücke ist Leistungsbestandteil der Nrn. 5120 und 5140 GOZ. Zahntechnische Laborleistungen zur Form- bzw. Oberflächenveränderung aus funktionellen oder ästhetischen Gründen sowie Reparaturen an Provisorien sind berechnungsfähig.

Für zahntechnische Leistungen, die nicht mit der Vergütung für die Nrn. 5120 und 5140 GOZ abgegolten sind, besteht Anspruch auf Auslagenersatz nach § 9 GOZ (zum Beispiel Tiefziehschiene zur Schaffung einer Hohlform oder Form- bzw. Oberflächenveränderungen wegen funktioneller, prothetischer oder gnathologischer Veränderungen).

Maßnahmen zur Wiederherstellung eines Provisoriums sind in Abhängigkeit von der erbrachten Leistung ggf. gem. § 6 Abs. 1 GOZ und/oder als zahntechnische Leistung zu berechnen.

Die Neuanfertigung infolge von Verlust oder fehlender Möglichkeit der Wiederherstellung ist nach den Nrn. 5120 bzw. 5140 GOZ vereinbarungsfähig.

Beträgt die Tragezeit des festsitzenden laborgefertigten Provisoriums weniger als drei Monate, sind anstelle der Leistungen nach den Nrn. 7080 und 7090 GOZ die Leistungen nach den Nrn. 2260, 2270 oder 5120 und 5140 GOZ berechnungsfähig.

GOZ Nr. 5170

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
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	14,06 €	32,34 €	49,21 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 5170 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen von andersartigem Zahnersatz **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Eine Vereinbarung nach Nr. 5170 GOZ ist auch für die Abformung mit einem individualisierten Konfektionslöffel möglich. Die Individualisierung des Löffels kann als zahntechnische Leistung abgerechnet werden.

Nach der Zahnersatz-Richtlinie Nr. 31 gilt: Ein Abdruck mit individuellem Löffel oder individualisiertem Löffel ist nur angezeigt, wenn für die Abdrucknahme der übliche Löffel nicht ausreicht.

Im Rahmen einer Regelversorgung oder einer gleichartigen Versorgung ist die individuelle Abformung grundsätzlich als Regelversorgungsbestandteil nach der Nr. 98a BEMA zu erbringen.

GOZ Nr. 5180

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Funktionelle Abformung des Oberkiefers mit individuellem Löffel	450	25,31 €	58,21 €	88,58 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 5180 GOZ ist mit Versicherten der GKV **im Rahmen von andersartigem Zahnersatz vereinbarungsfähig**.

Darüber hinaus ist die Leistung nach der Nr. 5180 GOZ beispielsweise **für zusätzliche Funktionsabformungen vereinbarungsfähig**, soweit diese über den Herstellungsablauf einer totalen Prothese in der vertragszahnärztlichen Versorgung hinausgehen.

Erläuterungen/Hinweise

Die Leistung führt nicht dazu, dass Regelversorgungsbestandteile, beispielsweise eine Totalprothese nach BEMA, nach GOZ abgerechnet werden können.

GOZ Nr. 5190

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Funktionelle Abformung des Unterkiefers mit individuellem Löffel	540	30,37 €	69,85 €	106,30 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 5190 GOZ ist mit Versicherten der GKV **im Rahmen von andersartigem Zahnersatz vereinbarungsfähig**.

Darüber hinaus ist die Leistung nach der Nr. 5190 GOZ beispielsweise **für zusätzliche Funktionsabformungen vereinbarungsfähig**, soweit diese über den Herstellungsablauf einer totalen Prothese in der vertragszahnärztlichen Versorgung hinausgehen.

Erläuterungen/Hinweise

Die Leistung führt nicht dazu, dass Regelversorgungsbestandteile, beispielsweise eine Totalprothese nach BEMA, nach GOZ abgerechnet werden können.

GOZ Nr. 5220

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese oder Deckprothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Oberkiefer	1850	104,05 €	239,31 €	364,17 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

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 Abformungen (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.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 5220 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen von gleich- und andersartigem Zahnersatz **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Nach fachlicher Definition sind Deckprothesen so gestaltet wie totale Prothesen und können auf einer Restzahl von Zähnen und/oder Implantaten stabilisiert werden. Im Bereich der GKV gehören Deckprothesen im Oberkiefer bei einer Restbezahnung von bis zu drei Zähnen zur Regelversorgung und sind nach der Nr. 97a BEMA abzurechnen. Deckprothesen im Oberkiefer unter Einbeziehung von mehr als drei Zähnen entsprechen, da kein zahnloser Oberkiefer vorliegt, nicht der Nr. 5220 GOZ, sondern sind gemäß § 6 Abs. 1 GOZ zu berechnen. Deckprothesen, die ausschließlich Implantate einbeziehen, erfüllen den Leistungsinhalt der Nr. 5220 GOZ.

Darüber hinaus ist eine Total-/Deckprothese nach der Nr. 5220 GOZ vereinbarungsfähig, wenn die Kriterien der Zahnersatz-Richtlinie Nr. 30 nicht erfüllt sind: „Bei totalen Prothesen ist in der Regel die Basis in Kunststoff herzustellen. Eine Metallbasis gehört nur in begründeten Ausnahmefällen (z. B. Torus palatinus und Exostosen) zur Regelversorgung.“ In anderen als den Ausnahmefällen führt die Verwendung einer Metallbasis zur Abrechnung nach der GOZ.

GOZ Nr. 5230

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese oder Deckprothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Unterkiefer	2200	123,73 €	284,59 €	433,06 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

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 Abformungen (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.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 5230 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen von gleich- und andersartigem Zahnersatz **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Nach fachlicher Definition sind Deckprothesen so gestaltet wie totale Prothesen. Im Bereich der GKV gehören Deckprothesen im Unterkiefer mit einer Restbezahnung von bis zu drei Zähnen zur Regelversorgung und sind nach der Nr. 97b BEMA abzurechnen. Deckprothesen im Unterkiefer unter Einbeziehung von mehr als drei Zähnen entsprechen, da kein zahnloser Unterkiefer vorliegt, nicht der Nr. 5230 GOZ, sondern sind gemäß § 6 Abs. 1 GOZ zu berechnen. Deckprothesen, die ausschließlich Implantate einbeziehen, erfüllen den Leistungsinhalt der Nr. 5230 GOZ.

Darüber hinaus ist eine Total-/Deckprothese nach der Nr. 5230 GOZ vereinbarungsfähig, wenn die Kriterien der Zahnersatz-Richtlinie Nr. 30 nicht erfüllt sind: „Bei totalen Prothesen ist in der Regel die Basis in Kunststoff herzustellen. Eine Metallbasis gehört nur in begründeten Ausnahmefällen (z. B. Torus palatinus und Exostosen) zur Regelversorgung.“ In anderen als den Ausnahmefällen führt die Verwendung einer Metallbasis zur Abrechnung nach der GOZ.

G. Kieferorthopädische Leistungen

Die kieferorthopädische Behandlung Erwachsener ist eine Privatbehandlung, die nach GOZ berechnet wird, wenn keine Ausnahmeindikation nach § 28 Abs. 2 SGB V vorliegt.

Für die Behandlung gesetzlich Versicherter mit Befunden nach Gruppe 1 und 2 der kieferorthopädischen Indikationsgruppen (KIG) kommt ebenfalls die GOZ zur Anwendung.

Kieferorthopädische Frühbehandlungen werden dann nach der GOZ berechnet, wenn sie nicht der KFO-Richtlinie Nr. 8 a – c entsprechen. Das Gleiche gilt für alle Wunschbehandlungen.

Für Versicherte der Techniker Krankenkasse (TK) ist auf der Grundlage der in einer zwischen TK, KZBV und Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden (BDK) getroffenen Vereinbarung enthaltenen Positivliste eine Mehrkostenvereinbarung für kieferorthopädische Leistungen möglich. Die Vertragsbehandlung darf aber nicht von der Inanspruchnahme von Mehrkosten- oder Zusatzleistungen abhängig gemacht werden.

Unter dieser Voraussetzung erkennen alle Krankenkassen Vereinbarungen auf Grundlage der Positivliste an.

Auch im Rahmen kieferorthopädischer Behandlungen sind Begleitleistungen aus den anderen Gebührenbereichen der GOZ möglich.

Dies können insbesondere funktionsdiagnostische und -therapeutische Leistungen nach den Leistungsnummern 8000 ff. GOZ, implantologische Leistungen nach den Leistungsnummern 9000 ff. GOZ oder zum Beispiel adhäsive Befestigungen nach der Leistungsnummer 2197 GOZ sein.

Die Positivliste von KZBV, TK und BDK kann zur Bewertung kieferorthopädischer Leistungen bei gesetzlich Versicherten herangezogen werden.

H. Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen

Aufbissbehelfe und Schienungen gehören gemäß Abschnitt B. VI. 2. der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung (Behandlungsrichtlinie) in folgenden Fällen zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung:

a) Das Eingliedern eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche kann angezeigt sein bei Kiefergelenkstörungen, Myoarthropathien und zur Behebung von Fehlgewohnheiten.
Angezeigt sind nur
- individuell adjustierte Aufbissbehelfe,
- Miniplastschienen mit individuell geformtem Kunststoffrelief,
- Interzeptoren,
- spezielle Aufbissschienen am Oberkiefer, die alle Okklusionsflächen bedecken (z. B. Michigan-Schienen).

b) Das Eingliedern eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche kann angezeigt sein bei akuten Schmerzzuständen.

c) Die Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf kann angezeigt sein bei Kiefergelenkstörungen, Myoarthropathien und nach chirurgischen Behandlungen.

d) Die semipermanente Schienung kann angezeigt sein zur Stabilisierung gelockerter Zähne und bei prä- bzw. postchirurgischen Fixationsmaßnahmen.

Die nachfolgenden Kommentierungen einzelner Gebührenpositionen beschreiben die Abgrenzung von Leistungen des Sachleistungskatalogs zu Leistungen, die privat vereinbart werden können.

GOZ Nr. 7000

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Eingliederung eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche	270	15,19 €	34,93 €	53,15 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 7000 GOZ ist mit Versicherten der GKV **in der Regel nicht vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Die Eingliederung eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche kann bei akuten Schmerzzuständen angezeigt sein und ist bei Versicherten der GKV als Sachleistung zu erbringen und nach der Nr. K2 BEMA abzurechnen. Die Versorgung mit Aufbissbehelfen in der GKV bedarf – außer bei der akuten Schmerztherapie – der vorausgegangenen Genehmigung durch die Krankenkasse, soweit keine abweichenden gesamtvertraglichen Regelungen bestehen.

Ein bei einem Versicherten der GKV nach der Nr. K2 BEMA eingegliederter Aufbissbehelf kann im Rahmen funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen nach entsprechender Vereinbarung auf Grundlage der Nrn. 7040, 7050 und 7060 GOZ kontrolliert oder verändert werden. Soweit ein neuer Aufbissbehelf nach Funktionsanalyse hergestellt wird, ist der „neue“ Aufbissbehelf gemäß Abschnitt H der GOZ zu vereinbaren.

Soweit eine Wiederherstellung, eine Kontrolle oder Veränderung eines Aufbissbehelfs, der im Rahmen einer Privatbehandlung auf der Grundlage der GOZ eingegliedert wurde, im Vertretungsdienst durchgeführt werden muss, können solche Leistungen nach den Nrn. K6, K7, K8 oder K9 BEMA als Sachleistung abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn eine notwendige Wiederherstellung, eine Kontrolle oder Veränderung eines „privaten“ Aufbissbehelfs nach dem Abschluss der vereinbarten Privatbehandlung in der Praxis durchgeführt wird, die auch die Eingliederung vorgenommen hat.

GOZ Nr. 7010

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche	800	44,99 €	103,49 €	157,48 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 7010 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Die Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche kann im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung angezeigt sein bei Kiefergelenksstörungen, Myoarthropathien und zur Behebung von Fehlgewohnheiten. Angezeigt sind nur individuell adjustierte Aufbissbehelfe, Miniplastschienen mit individuell geformtem Kunststoffrelief, Interzeptoren und spezielle Aufbissschienen am Oberkiefer, die alle Okklusionsflächen bedecken (z. B. Michigan-Schienen). Solche Aufbissbehelfe sind bei Versicherten der GKV als Sachleistung zu erbringen und nach der Nr. K1 BEMA abzurechnen. Die Versorgung mit Aufbissbehelfen in der GKV bedarf – außer bei der akuten Schmerztherapie – der vorausgegangenen Genehmigung durch die Krankenkasse, soweit keine abweichenden gesamtvertraglichen Regelungen bestehen.

Funktionsanalytische Leistungen nach den Nrn. 8000 ff. GOZ sind auch zur Vorbereitung der Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche nach der Nr. K1 BEMA vereinbarungsfähig.

Ein bei einem Versicherten der GKV nach der Nr. K1 BEMA eingegliederter Aufbissbehelf kann nach entsprechender Vereinbarung auf Grundlage der Nrn. 7040, 7050 und 7060 GOZ kontrolliert oder verändert werden. Soweit ein neuer Aufbissbehelf nach Funktionsanalyse hergestellt wird, ist der „neue“ Aufbissbehelf gemäß Abschnitt H der GOZ zu vereinbaren.

Soweit eine Wiederherstellung, eine Kontrolle oder Veränderung eines Aufbissbehelfs, der im Rahmen einer Privatbehandlung auf der Grundlage der GOZ eingegliedert wurde, im Vertretungsdienst durchgeführt werden muss, können solche Leistungen nach den Nrn. K6, K7, K8 oder K9 BEMA als Sachleistung abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn eine notwendige Wiederherstellung, eine Kontrolle oder Veränderung eines „privaten“ Aufbissbehelfs nach dem Abschluss der vereinbarten Privatbehandlung in der Praxis durchgeführt wird, die auch die Eingliederung vorgenommen hat.

GOZ Nr. 7020

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf	450	25,31 €	58,21 €	88,58 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 7020 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Die Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf kann im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung angezeigt sein bei Kiefergelenksstörungen, Myoarthropathien und nach chirurgischen Behandlungen. Solche Aufbissbehelfe sind bei Versicherten der GKV als Sachleistung zu erbringen und nach der Nr. K3 BEMA abzurechnen. Die Versorgung mit Aufbissbehelfen in der GKV bedarf – außer bei der akuten Schmerztherapie – der vorausgegangenen Genehmigung durch die Krankenkasse, soweit keine abweichenden gesamtvertraglichen Regelungen bestehen.

Funktionsanalytische Leistungen nach den Nrn. 8000 ff. GOZ sind auch zur Vorbereitung der Eingliederung eines Aufbissbehelfs nach Nr. K3 BEMA vereinbarungsfähig.

Ein bei einem Versicherten der GKV nach der Nr. K3 BEMA eingegliederter Aufbissbehelf kann im Rahmen funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen nach entsprechender Vereinbarung auf Grundlage der Nrn. 7040, 7050 und 7060 GOZ kontrolliert oder verändert werden.

Soweit eine Wiederherstellung, eine Kontrolle oder Veränderung einer Prothese, die im Rahmen einer Privatbehandlung auf der Grundlage der GOZ zum Aufbissbehelf umgearbeitet wurde, im Vertretungsdienst durchgeführt werden muss, können solche Leistungen nach den Nrn. K6, K7, K8 oder K9 BEMA als Sachleistung abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn eine notwendige Wiederherstellung, eine Kontrolle oder Veränderung eines „privaten“ Aufbissbehelfs nach dem Abschluss der vereinbarten Privatbehandlung in der Praxis durchgeführt wird, die auch die Eingliederung vorgenommen hat.

GOZ Nr. 7040

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Kontrolle eines Aufbissbehelfs	65	3,66 €	8,41 €	12,80 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 7040 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Zusammenhang mit funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Behandlungen **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Schmerzbehandlungen müssen beim Versicherten der GKV als Sachleistung erbracht werden.

Ein bei einem Versicherten der GKV nach den Nrn. K1, K2 oder K3 BEMA eingegliederter Aufbissbehelf kann im Rahmen funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen nach entsprechender Vereinbarung auf Grundlage der Nr. 7040 GOZ kontrolliert werden.

Soweit eine Kontrolle eines Aufbissbehelfs, der im Rahmen einer Privatbehandlung auf der Grundlage der GOZ eingegliedert wurde, im Vertretungsdienst durchgeführt werden muss, kann diese Kontrolle nach der Nr. K7 BEMA als Sachleistung abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn eine notwendige Kontrolle eines „privaten“ Aufbissbehelfs nach dem Abschluss der vereinbarten Privatbehandlung in der Praxis durchgeführt wird, die auch die Eingliederung vorgenommen hat.

GOZ Nr. 7050

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche: subtraktive Maßnahmen, je Sitzung	180	10,12 €	23,28 €	35,43 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 7050 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Zusammenhang mit funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Behandlungen **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Schmerzbehandlungen müssen beim Versicherten der GKV als Sachleistung erbracht werden.

Ein bei einem Versicherten der GKV nach den Nrn. K1 oder K3 BEMA eingegliederter Aufbissbehelf kann im Rahmen funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen nach entsprechender Vereinbarung auf Grundlage der Nr. 7050 GOZ („subtraktive Maßnahmen“) verändert werden.

Soweit eine Veränderung eines Aufbissbehelfs, der im Rahmen einer Privatbehandlung auf der Grundlage der GOZ eingegliedert wurde, im Vertretungsdienst durchgeführt werden muss, kann diese Kontrollbehandlung mit Einschleifen des Aufbissbehelfs (subtraktive Methode) nach der Nr. K8 BEMA als Sachleistung abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn eine notwendige Veränderung eines „privaten“ Aufbissbehelfs nach dem Abschluss der vereinbarten Privatbehandlung in der Praxis durchgeführt wird, die auch die Eingliederung vorgenommen hat.

GOZ Nr. 7060

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche: additive Maßnahmen, je Sitzung	410	23,06 €	53,04 €	80,71 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 7060 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Zusammenhang mit funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Behandlungen **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Schmerzbehandlungen müssen beim Versicherten der GKV als Sachleistung erbracht werden.

Ein bei einem Versicherten der GKV nach den Nrn. K1 oder K3 BEMA eingegliederter Aufbissbehelf kann im Rahmen funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen nach entsprechender Vereinbarung auf Grundlage der Nr. 7060 GOZ („additive Maßnahmen“) verändert werden.

Soweit eine Veränderung eines Aufbissbehelfs, der im Rahmen einer Privatbehandlung auf der Grundlage der GOZ eingegliedert wurde, im Vertretungsdienst durchgeführt werden muss, kann diese Kontrollbehandlung mit Aufbau einer neuen adjustierten Oberfläche (additive Methode) nach der Nr. K9 BEMA als Sachleistung abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn eine notwendige Veränderung eines „privaten“ Aufbissbehelfs nach dem Abschluss der vereinbarten Privatbehandlung in der Praxis durchgeführt wird, die auch die Eingliederung vorgenommen hat.

GOZ Nr. 7070

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Semipermanente Schiene unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum	90	5,06 €	11,64 €	17,72 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

keine

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 7070 GOZ ist mit Versicherten der GKV **vereinbarungsfähig**, soweit Schienungsmaßnahmen erbracht werden, die den Umfang der vertragszahnärztlichen Versorgung übersteigen. Nach Abschnitt B. VI. Nr. 2 d) der Behandlungsrichtlinie gehört die semipermanente Schienung nur zur vertragszahnärztlichen Versorgung, wenn sie zur Stabilisierung gelockerter Zähne und bei prä- bzw. postchirurgischen Fixationsmaßnahmen angezeigt ist.

Erläuterungen/Hinweise

Schmerzbehandlungen und insbesondere traumatologische Primärversorgungen müssen beim Versicherten der GKV als Sachleistung erbracht werden.

Die Nr. K4 BEMA (Semipermanente Schienung unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum) ist abrechenbar für die Stabilisierung gelockerter Zähne und bei prä- bzw. postchirurgischen Fixationsmaßnahmen und beinhaltet nicht die Anwendung zusätzlicher Hilfsmittel wie Draht, Ligaturen, Netze etc., die auf den Glattflächen des Zahnes befestigt werden. Die Schienung unter Einbeziehung der Glattflächen geht über den Leistungsinhalt einer „interdentalen Schienung in adhäsiver Klebetechnik“ hinaus und kann daher grundsätzlich nicht nach Nr. K4 BEMA abgerechnet werden. Allerdings sind solche Schienungen auch nicht mit Nr. 7070 GOZ zutreffend beschrieben. Soweit keine Gebühr aus dem geöffneten Teil der GOÄ für die durchgeführte Schienungsmaßnahme zutreffend ist, erfolgt die Berechnung gemäß § 6 Abs. 1 GOZ.

Im Rahmen des Sachleistungsanspruchs ist keine permanente Schienung gelockerter Zähne vorgesehen. Diese ist privat zu vereinbaren. Die permanente Schienung gelockerter Zähne ist allerdings nicht im Leistungsinhalt der Nr. 7070 GOZ zutreffend beschrieben.

Das adhäsive Befestigen eines eigenen Zahnes an den Nachbarzähnen mit oder ohne Verwendung zusätzlicher Hilfsmittel, beispielsweise nach Extraktion oder Spontanverlust, ist ebenfalls nicht im BEMA enthalten. Diese Therapiemaßnahme ist auch nicht in der GOZ zutreffend beschrieben; eine Vereinbarung und Berechnung kann daher nur gemäß § 6 Abs. 1 GOZ erfolgen.

Im Übrigen können für die ggf. notwendige Umgestaltung des natürlichen Zahnes zum „Brückenglied“ zahntechnische Leistungen auf Grundlage des § 9 GOZ berechnet werden. Für einen solchen „interimistischen Lückenschluss“ sind keine Befunde des Festzuschusssystems ansetzbar.

GOZ Nr. 7080

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Versorgung eines Kiefers mit einem festsitzenden laborgefertigten Provisorium (einschließlich Vorpräparation) im indirekten Verfahren, je Zahn oder je Implantat, einschließlich Entfernung	600	33,75 €	77,61 €	118,11 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

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 Provisoriums unter drei Monaten, 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.

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.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 7080 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen von gleich- oder andersartigem Zahnersatz oder als reine Privatleistung **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Die Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 7080 und 7090 GOZ setzt voraus, dass es sich bei dem festsitzenden laborgefertigten Provisorium um ein „Langzeitprovisorium“ mit einer vom Zahnarzt geplanten Tragezeit von mindestens drei Monaten handelt und eine Abdrucknahme (auch optoelektronisch) erfolgt. Wird eine Tragezeit des festsitzenden laborgefertigten Provisoriums unter drei Monaten geplant, sind anstelle der Leistungen nach den Nrn. 7080 und 7090 GOZ die Leistungen nach den Nrn. 2260, 2270, 5120 und 5140 GOZ berechnungsfähig. Neben den Nrn. 7080 und 7090 GOZ können Leistungen nach den Nrn. 2260, 2270, 5120 und 5140 GOZ oder den Nrn. 19 und 21 BEMA für den Zeitraum von der Präparations- bzw. Abformungssitzung bis zum Eingliedern des festsitzenden laborgefertigten Provisoriums berechnet werden.

Ein laborgefertigtes Provisorium mit intrakanalärer Stiftverankerung (Krone bzw. Ankerkrone mit provisorischem Wurzelstift fest verbunden) ist im Gebührenverzeichnis der GOZ 2012 nicht beschrieben und daher gemäß § 6 Abs. 1 GOZ zu berechnen.

Die Wiederbefestigung von alio loco eingegliederten Provisorien nach den Nrn. 7080 und 7090 GOZ ist im Gebührenverzeichnis der GOZ 2012 ebenfalls nicht beschrieben und daher gemäß § 6 Abs. 1 GOZ zu berechnen. Auch für erbrachte Teilleistungen im Zusammenhang mit der Eingliederung von festsitzenden laborgefertigten Provisorien kann eine Berechnung nur gemäß § 6 Abs. 1 GOZ erfolgen.

Die Vereinbarung der Nr. 7080 GOZ im Rahmen einer Zahnersatzversorgung kann aus verschiedenen Gründen erfolgen:

Die Herstellung und Eingliederung eines festsitzenden laborgefertigten Provisoriums (einschließlich Vorpräparation) kann im Rahmen einer Interimsversorgung erfolgen. Wenn die gebührenrechtlichen Voraussetzungen für die Leistung nach den Nrn. 7080 und 7090 GOZ erfüllt sind, können Festzuschüsse nach der Befundklasse 5 von der zuständigen Krankenkasse für das „festsitzende Brückenprovisorium“ bewilligt werden; es handelt sich in diesem Fall um eine andersartige Interimsversorgung, da in der Regelversorgung nur herausnehmbare Interimsprothesen abgebildet sind. Zur Bewilligung von Festzuschüssen nach der Befundklasse 5 sollte auf dem Heil- und Kostenplan, Teil 1, im Feld „Bemerkungen“ vermerkt werden: „Provisorien nach Nrn. 7080 und 7090 GOZ, Tragedauer von mehr als drei Monaten geplant“. Allerdings kann die Bewilligung eines Festzuschusses für ein laborgefertigtes festsitzendes Provisorium nur erfolgen, wenn zum Zeitpunkt der Eingliederung des Provisoriums die Planung des definitiven Zahnersatzes wegen der erforderlichen Vorbehandlungsmaßnahmen noch nicht erfolgen kann. Für Provisorien nach den Nrn. 19 und 21 BEMA oder den Nrn. 2260, 2270, 5120 und 5140 GOZ sind grundsätzlich keine Festzuschüsse ansetzbar. Für laborgefertigte Einzelzahnprovisorien sind keine Festzuschüsse ansetzbar. Bei medizinischer Notwendigkeit sind solche Provisorien nach den Nrn. 19 bzw. 21 BEMA abzurechnen; die entsprechenden zahntechnischen Leistungen der Regelversorgungen sind in der Festzuschuss-Richtlinie bei den Befund-Nrn. 1.1, 1.2, 2.1 – 2.5, 3.2, 4.6 und 4.8 abgebildet.

Zudem kommt eine Vereinbarung der Nr. 7080 GOZ im Rahmen einer Zahnersatzversorgung in Betracht, wenn zum Zeitpunkt der Eingliederung des laborgefertigten Provisoriums bereits die Planung des definitiven Zahnersatzes erfolgt ist, eine Tragezeit von mindestens drei Monaten – beispielsweise wegen notwendiger Ausheilungszeit – vorgesehen ist und die Anfertigung eines direkten Provisoriums vom Versicherten aus ästhetischen oder funktionellen Gründen nicht gewünscht ist. Soweit die Berechnung des laborgefertigten Provisoriums im Rahmen des Heil- und Kostenplanes der definitiven Versorgung erfolgt, handelt es sich in Abhängigkeit der befundorientierten Regelversorgung um eine gleich- oder andersartige provisorische Versorgung. Gesonderte Festzuschüsse sind hierfür nicht ansetzbar; daher kommt auch eine Vereinbarung als Privatleistung im Vorfeld der definitiven prothetischen Versorgung in Betracht.

Außerdem kann die Vereinbarung der Nr. 7080 GOZ unter anderem im Rahmen einer Funktionstherapie oder für eine langzeitprovisorische prothetische Versorgung außerhalb der Zahnersatz-Richtlinie erfolgen. In den letztgenannten Fällen handelt es sich um reine Privatleistungen, für die keine Festzuschüsse ansetzbar sind.

GOZ Nr. 7090

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Versorgung eines Kiefers mit einem laborgefertigten Provisorium im indirekten Verfahren, je Brückenglied, einschließlich Entfernung	270	15,19 €	34,93 €	53,15 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

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 Provisoriums unter drei Monaten, 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.

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.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 7090 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen von gleich- oder andersartigem Zahnersatz oder als reine Privatleistung **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Bei der Vereinbarung und Berechnung der Leistung nach Nr. 7090 GOZ ist zu beachten, dass diese Gebührennummer mit Inkrafttreten der GOZ 2012 „je Brückenglied“ und nicht – wie früher – „je Spanne oder Freiendsattel“ berechenbar ist.

Die Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 7080 und 7090 GOZ setzt voraus, dass es sich bei dem festsitzenden laborgefertigten Provisorium um ein „Langzeitprovisorium“ mit einer vom Zahnarzt geplanten Tragezeit von mindestens drei Monaten handelt und eine Abdrucknahme (auch optoelektronisch) erfolgt. Wird eine Tragezeit des festsitzenden laborgefertigten Provisoriums unter drei Monaten geplant, sind anstelle der Leistungen nach den Nrn. 7080 und 7090 GOZ die Leistungen nach den Nrn. 2260, 2270, 5120 und 5140 GOZ berechnungsfähig. Neben den Nrn. 7080 und 7090 GOZ können Leistungen nach den Nrn. 2260, 2270, 5120 und 5140 GOZ oder den Nrn. 19 und 21 BEMA für den Zeitraum von der Präparations- bzw. Abformungssitzung bis zum Eingliedern des festsitzenden laborgefertigten Provisoriums berechnet werden.

Die Wiederbefestigung von alio loco eingegliederten Provisorien nach den Nrn. 7080 und 7090 GOZ ist im Gebührenverzeichnis der GOZ 2012 nicht beschrieben und daher gemäß § 6 Abs. 1 GOZ zu berechnen. Auch für erbrachte Teilleistungen im Zusammenhang mit der Eingliederung von festsitzenden laborgefertigten Provisorien kann eine Berechnung nur gemäß § 6 Abs. 1 GOZ erfolgen.

Die Vereinbarung der Nr. 7090 GOZ im Rahmen einer Zahnersatzversorgung kann aus verschiedenen Gründen erfolgen:

Die Herstellung und Eingliederung eines festsitzenden laborgefertigten Provisoriums (einschließlich Vorpräparation) kann im Rahmen einer Interimsversorgung erfolgen. Wenn die gebührenrechtlichen Voraussetzungen für die Leistung nach den Nrn. 7080 und 7090 GOZ erfüllt sind, können Festzuschüsse nach der Befundklasse 5 von der zuständigen Krankenkasse für das „festsitzende Brückenprovisorium“ bewilligt werden; es handelt sich in diesem Fall um eine andersartige Interimsversorgung, da in der Regelversorgung nur herausnehmbare Interimsprothesen abgebildet sind. Zur Bewilligung von Festzuschüssen nach der Befundklasse 5 sollte auf dem Heil- und Kostenplan, Teil 1, in dem Feld „Bemerkungen“ vermerkt werden: „Provisorien nach Nrn. 7080 und 7090 GOZ, Tragedauer von mehr als drei Monaten geplant“. Allerdings kann die Bewilligung eines Festzuschusses für ein laborgefertigtes festsitzendes Provisorium nur erfolgen, wenn zum Zeitpunkt der Eingliederung des Provisoriums die Planung des definitiven Zahnersatzes wegen der erforderlichen Vorbehandlungsmaßnahmen noch nicht erfolgen kann. Für Provisorien nach den Nrn. 19 und 21 BEMA oder den Nrn. 2260, 2270, 5120 und 5140 GOZ sind grundsätzlich keine Festzuschüsse ansetzbar. Für laborgefertigte Einzelzahnprovisorien sind keine Festzuschüsse ansetzbar. Bei medizinischer Notwendigkeit sind solche Provisorien nach Nrn. 19 bzw. 21 BEMA abzurechnen, die entsprechenden zahntechnischen Leistungen der Regelversorgung sind in der Festzuschuss-Richtlinie bei den Befund-Nrn. 1.1, 1.2, 2.1 – 2.5, 3.2, 4.6 und 4.8 abgebildet.

Zudem kommt eine Vereinbarung der Nr. 7090 GOZ im Rahmen einer Zahnersatzversorgung in Betracht, wenn zum Zeitpunkt der Eingliederung des laborgefertigten Provisoriums bereits die Planung des definitiven Zahnersatzes erfolgt ist, eine Tragezeit von mindestens drei Monaten – beispielsweise wegen notwendiger Ausheilungszeit – vorgesehen ist und die Anfertigung eines direkten Provisoriums vom Versicherten aus ästhetischen oder funktionellen Gründen nicht gewünscht ist. Soweit die Berechnung des laborgefertigten Provisoriums im Rahmen des Heil-und Kostenplanes der definitiven Versorgung erfolgt, handelt es sich in Abhängigkeit der befundorientierten Regelversorgung um eine gleich- oder andersartige provisorische Versorgung. Gesonderte Festzuschüsse sind hierfür nicht ansetzbar; daher kommt auch eine Vereinbarung als Privatleistung im Vorfeld der definitiven prothetischen Versorgung in Betracht.

Außerdem kann die Vereinbarung der Nr. 7090 GOZ unter anderem im Rahmen einer Funktionstherapie oder für eine langzeitprovisorische prothetische Versorgung außerhalb der Zahnersatz-Richtlinie erfolgen. In den letztgenannten Fällen handelt es sich um reine Privatleistungen, für die keine Festzuschüsse ansetzbar sind.

GOZ Nr. 7100

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion eines Langzeitprovisoriums, je Krone, Spanne oder Freiendbrückenglied	200	11,25 €	25,87 €	39,37 €

Abrechnungsbestimmungen GOZ

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.

Vereinbarung mit GKV-Versicherten

Eine Leistung nach der Nr. 7100 GOZ ist mit Versicherten der GKV im Rahmen von gleich- oder andersartigem Zahnersatz oder als reine Privatleistung **vereinbarungsfähig**.

Erläuterungen/Hinweise

Mit der Nr. 7100 GOZ werden „Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion eines Langzeitprovisoriums, je Krone, Spanne oder Freiendbrückenglied“ beschrieben. Auf Grundlage des sachlogischen Zusammenhangs und der Verortung dieser Leistung im Gebührenverzeichnis ist davon auszugehen, dass der Verordnungsgeber insbesondere die Wiederherstellung der Funktion von laborgefertigten Provisorien beschrieben hat.

Nach den Abrechnungsbestimmungen dieser Gebührennummer und den Nrn. 7080 und 7090 GOZ ist die Wiedereingliederung desselben festsitzenden laborgefertigten Provisoriums, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung mit den Gebühren nach den Nrn. 7080 bis 7100 GOZ abgegolten.

Mit „Wiederherstellungen der Funktion“ nach der Nr. 7100 GOZ sind demnach alle Maßnahmen berechenbar, die über die „einfache“ Wiedereingliederung hinausgehen. Wenn beispielsweise eine provisorische Ankerkrone nach der Nr. 7080 GOZ nach einer Fraktur mit Kunststoff- oder Kompositmaterial wiederhergestellt werden kann, ist hierfür die Nr. 7100 GOZ berechnungsfähig. Die Wiederherstellung kann im direkten oder im indirekten Verfahren erfolgen, die Berechnungsfähigkeit ist nicht an zahntechnische Leistungen gemäß § 9 GOZ gebunden, gleichwohl können zahntechnische Leistungen anfallen und abgerechnet werden.

Im Übrigen wird auf die Erläuterungen und Hinweise verwiesen, die zu den Gebührennummern 7080 und 7090 GOZ gegeben wurden.

J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen gehören gem. § 28 Abs. 2 Satz 8 SGB V nicht zur vertragszahnärztlichen Behandlung und dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden.

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen können bei Versicherten der GKV auf Grundlage der Vereinbarung privatzahnärztlicher Leistungen erbracht und nach GOZ abgerechnet werden.

Wegen des sehr speziellen Spektrums der funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen gibt es keine Überschneidungen bzw. Schnittstellen von im Abschnitt J. der GOZ aufgeführten Leistungen mit Sachleistungen, die im BEMA beschrieben sind. Dies gilt grundsätzlich auch für das Festzuschusssystem, allerdings wird mit der Nr. 8010 GOZ („Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers, auch Stützstiftregistrierung, je Registrat“) auch das Stützstiftregistrat erfasst. Soweit im Rahmen einer Versorgung mit Zahnersatz der Festzuschussbefund nach Nr. 4.9 („Schwierig zu bestimmende Lagebeziehung der Kiefer bei der Versorgung mit Totalprothesen und schleimhautgetragenen Deckprothesen [Erfordernis einer Stützstiftregistrierung], Zuschlag je Gesamtbefund“) ansetzbar ist, können zusätzlich notwendige Registrierungen der Zentrik des Unterkiefers nach Nr. 8010 GOZ vereinbart werden. Im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz sind grundsätzlich alle Zentrikbestimmungen nach GOZ zu berechnen, nur im Falle von Stützstiftregistrierungen muss die erste nach Nr. 98d BEMA und nach den zugeordneten Leistungen des Bundeseinheitlichen Verzeichnisses der abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen (BEL II) abgerechnet werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen müssen sich allerdings im Rahmen der Festzuschuss- und Zahnersatz-Richtlinien an den Kosten für Zahnkronen, Zahnersatz und Suprakonstruktionen auch dann beteiligen, wenn funktionsanalytische und/oder funktionstherapeutische Maßnahmen vor einer prothetischen Versorgung oder begleitend zu einer prothetischen Versorgung durchgeführt werden. Dies gilt allerdings nicht, wenn eine Versorgung mit Einzelkronen ausschließlich aus funktionstherapeutischen Gründen erfolgt.

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen können auch im Rahmen von kieferorthopädischen und kombiniert kieferorthopädisch-chirurgischen Therapien und im Rahmen der Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen vereinbart werden. Die kieferorthopädischen und die chirurgischen Leistungen bzw. die Maßnahmen zur Eingliederung von Schienen sind neben den funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen als Sachleistungen abzurechnen, soweit die entsprechenden Richtlinien erfüllt sind.

K. Implantologische Leistungen

Implantologische Leistungen gehören gem. § 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V nicht zur zahnärztlichen Behandlung von Versicherten der GKV und dürfen von den Krankenkassen auch nicht bezuschusst werden.

Etwas anderes gilt nur für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Abschnitt B. VII. der Behandlungsrichtlinie festgelegten Ausnahmeindikationen für besonders schwere Fälle. Ausschließlich in diesen Fällen übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen alle Kosten (als „Sachleistung“) für die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Leistungen, die mit einer Implantation im Zusammenhang stehen. Dazu werden die gesamten Kosten für Suprakonstruktionen in diesen „schweren“ Fällen von den Krankenkassen übernommen. Die Abrechnung erfolgt gegenüber dem Versicherten ausschließlich nach Maßgabe der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), ggf. kann – nach vorheriger Vereinbarung – auch eine Abrechnung direkt mit der Krankenkasse erfolgen. Eine Abrechnung über die KZV ist ausgeschlossen.

Wegen des sehr speziellen Spektrums der implantologischen Leistungen gibt es keine Überschneidungen bzw. Schnittstellen von im Abschnitt K. der GOZ aufgeführten Leistungen mit Sachleistungen, die im BEMA beschrieben sind.

Die gesetzlichen Krankenkassen müssen sich allerdings im Rahmen der Festzuschuss- und Zahnersatz-Richtlinien an den Kosten für Suprakonstruktionen beteiligen (siehe Abschnitt A. Nr. 6 der Festzuschuss-Richtlinie bzw. Abschnitt D. V. der Zahnersatz-Richtlinie). Die Höhe der Kostenbeteiligung entspricht grundsätzlich den durchschnittlichen Kosten der befundbezogenen Regelversorgung.

Die Abrechnung der Suprakonstruktionen erfolgt mit Ausnahme der in Nr. 36 der Zahnersatz-Richtlinie beschriebenen Ausnahmefälle, die nach BEMA abzurechnen sind, ebenfalls nach Maßgabe der GOZ.

Zudem ist zu beachten, dass gem. Abschnitt A. Nr. 7 der Festzuschuss-Richtlinie keine Beteiligung an den Kosten für Leistungen in Zusammenhang mit Implantaten (Implantatkörper, Implantataufbauten und implantatbedingte Verbindungselemente) erfolgen darf. Dies gilt für Erstversorgungen mit Suprakonstruktionen ebenso wie für Erneuerungen und Wiederherstellungen von Suprakonstruktionen.

Diese Regelungen sind insbesondere für die im Abschnitt K. der GOZ beschriebenen Leistungen nach den Nrn. 9040, 9050 und 9060 GOZ zu beachten.

L. Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen

GOZ Nr. 0500

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Zuschlag bei nichtstationärer 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	400	22,50 €	-------	-------

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Die Zuschläge nach den Nummern 0500 bis 0530 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

Der Zuschlag nach der Nummer 0500 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.

Der Zuschlag nach der Nummer 0500 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0510 bis 0530 nicht berechnungsfähig.

GOZ Nr. 0510

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 500 bis 799 Punkten bewertet sind	750	42,18 €	-------	-------

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Die Zuschläge nach den Nummern 0500 bis 0530 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

Der Zuschlag nach der Nummer 0510 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.

Der Zuschlag nach der Nummer 0510 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0500, 0520 und/oder 0530 nicht berechnungsfähig.

GOZ Nr. 0520

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind	1300	73,11 €	-------	-------

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Die Zuschläge nach den Nummern 0500 bis 0530 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

Der Zuschlag nach der Nummer 0520 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.

Der Zuschlag nach der Nummer 0520 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0500, 0510 und/oder 0530 nicht berechnungsfähig.

GOZ Nr. 0530

Leistungstext	Punktzahl	Gebühr		
		1-fach	2,3-fach	3,5-fach
Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind	2200	123,73 €	-------	-------

Abrechnungsbestimmungen GOZ

Die Zuschläge nach den Nummern 0500 bis 0530 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

Der Zuschlag nach der Nummer 0530 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.

Der Zuschlag nach der Nummer 0530 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0500 bis 0520 nicht berechnungsfähig.

Anhang: Musterformulare

Die folgenden Formulare sind Muster, die in den einzelnen KZV-Bereichen Individualisierungen unterliegen und deshalb von diesen Vorlagen abweichen können.

A.1 Vereinbarung gem. § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V
(Mehrkosten bei Füllungen)

A.2 Vereinbarung einer privatzahnärztlichen Behandlung außerhalb der vertraglichen Regelungen der GKV gem. § 4 Abs. 5d BMV-Z bzw. gem. § 7 Abs. 7 EKV-Z

A.3 Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung

A.4 Vereinbarung einer von der GOZ abweichenden Gebührenhöhe gem. § 2 Abs. 1 und 2 GOZ

A.5 Vereinbarung von „Verlangensleistungen“ gem. § 2 Abs. 3 GOZ

A.6 Ersatzfeststellung nach § 10 Abs. 3 Satz 3 GOZ

Vereinbarung gem. § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V* (Mehrkosten bei Füllungen)

zwischen

Patient/-in bzw. Zahlungspflichtige/-r

und

Zahnärztin/Zahnarzt

für

Patient (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen)

Region	Geb.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Faktor	Anzahl	Betrag EUR
				Geschätzte Material- und Laborkosten	
				Abzüglich der Kosten gem. den BEMA-Pos. 13a - d	
				Voraussichtliche Mehrkosten	

Erklärung des Versicherten

Ich bin von meiner Zahnärztin / meinem Zahnarzt über die nach den gesetzlichen Bestimmungen (§ 28 Abs. 2 SGB V) und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Zahnfüllungen unterrichtet worden. Ich wünsche eine darüber hinausgehende Versorgung auf Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und verpflichte mich, die anfallenden Mehrkosten selbst zu tragen.

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in bzw. Zahlungspflichtige/-r

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

***§ 28 Abs. 2 Satz 1 – 5 Sozialgesetzbuch, fünftes Buch (SGB V):**
„Die zahnärztliche Behandlung umfasst die Tätigkeit des Zahnarztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist; sie umfasst auch konservierend-chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen erbracht werden. Wählen Versicherte bei Zahnfüllungen eine darüber hinausgehende Versorgung, haben sie die Mehrkosten selbst zu tragen. In diesen Fällen ist von den Kassen die vergleichbare preisgünstigste plastische Füllung als Sachleistung abzurechnen. In Fällen des Satzes 2 ist vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Zahnarzt und dem Versicherten zu treffen. Die Mehrkostenregelung gilt nicht für Fälle, in denen intakte plastische Füllungen ausgetauscht werden."

Vereinbarung einer privatzahnärztlichen Behandlung außerhalb der vertraglichen Regelungen der GKV gem. § 4 Abs. 5 d Bundesmantelvertrag Zahnärzte bzw. gem. § 7 Abs. 7 Ersatzkassenvertrag Zahnärzte

zwischen

_____

Patient/-in bzw. Zahlungspflichtige/-r

und

_____

Zahnärztin/Zahnarzt

für

_____

Patient (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen)

Die unterzeichnenden Vertragspartner vereinbaren eine privatzahnärztliche Behandlung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) auf der Grundlage des beigefügten Heil- und Kostenplans Nr. _____ vom _____ .

Erklärung des Versicherten

Mir ist bekannt, dass ich als gesetzlich versicherter Patient das Recht habe, unter Vorlage einer gültigen Krankenversichertenkarte nach den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt zu werden und Anspruch auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung habe.

Ich wünsche ausdrücklich, auf der Grundlage des oben genannten Heil- und Kostenplans privat behandelt zu werden.

Ich weiß, dass die Kosten dieser Behandlung gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) berechnet werden und verpflichte mich, die anfallenden Kosten selbst zu tragen. Mir ist bekannt, dass eine Erstattung oder Bezuschussung dieser Behandlungskosten durch meine Krankenkasse nicht gewährleistet ist.

_____	_____
Ort, Datum	Ort, Datum
_____	_____
Unterschrift Patient/-in bzw. Zahlungspflichtige/-r	Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Was ist Kostenerstattung?
Als Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sind Sie es gewohnt, in der Zahnarztpraxis Ihre Krankenversichertenkarte bzw. Gesundheitskarte vorzulegen. Der Zahnarzt erhält so Ihre Versichertendaten und rechnet die Behandlung über die Kassenzahnärztliche Vereinigung mit der Krankenkasse ab. Allerdings übernimmt die Krankenkasse nur bestimmte Therapien. Für Behandlungsmethoden, die über das Ausreichende, Zweckmäßige und Wirtschaftliche hinausgehen, können auf Grundlage der gesetzlichen Regelungen keine Kosten übernommen werden. Einige Leistungen müssen vor der Behandlung genehmigt werden.

Wenn Sie von der Möglichkeit der Kostenerstattung Gebrauch machen, können Sie sämtliche zahnmedizinischen Leistungen in Anspruch nehmen. Sie brauchen ihre Versichertenkarte nicht mehr vorzulegen. Stattdessen erhalten Sie eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), die Sie bei der Krankenkasse einreichen. Die Kasse erstattet die Kosten, die für die Behandlung über die Versichertenkarte angefallen wären. Sie kann vom Erstattungsbetrag Verwaltungskosten in Höhe von höchstens fünf Prozent abziehen. Etwaige Mehrkosten für aufwendige Behandlungen tragen Sie selbst. Haben Sie eine Zusatzversicherung, übernimmt diese unter Umständen auch einen Teil der Rechnung.

Wie wählen Sie Kostenerstattung?
Sie können die Kostenerstattung für sich selbst und/oder mitversicherte Familienangehörige für die Dauer von mindestens drei Monaten wählen. Dabei steht es Ihnen frei, die Kostenerstattung auf die zahnmedizinische Versorgung zu beschränken. Zuerst müssen Sie die Krankenkasse über Ihre Entscheidung informieren. Ihr Zahnarzt wird Sie über die Kostenerstattung aufklären.

Erklärung des Versicherten:
Als Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung habe ich Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten in Höhe des üblicherweise als Sachleistung von meiner Krankenkasse abgerechneten Betrages. Von diesem Recht möchte ich zukünftig Gebrauch machen und wünsche als Privatpatient auf der Grundlage der GOZ behandelt zu werden. Ich werde Kosten, die nicht von meiner Krankenkasse oder einer Zusatzversicherung übernommen werden, selbst tragen.

Ich wurde von meinem Zahnarzt umfassend über die Kostenerstattung informiert.

Außerdem bestätige ich, dass ich meine Krankenkasse bereits darüber informiert habe, dass ich Kostenerstattung für

☐ meine zahnärztliche Versorgung
☐ die zahnärztliche Versorgung von _____ gewählt habe.

Name des mitversicherten Familienmitglieds

(bitte ankreuzen)

Ort, Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift Patient/Zahlungspflichtiger

Vereinbarung einer von der GOZ abweichenden Gebührenhöhe gem. § 2 Abs. 1 und 2 GOZ

zwischen

_____

Patient/-in bzw. Zahlungspflichtige/-r

und

_____

Zahnärztin/Zahnarzt

für

_____

Patient (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen)

Gemäß § 2 Abs. 1 und 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) werden für folgende Leistungen die aufgeführten Gebühren vereinbart:

Region	Geb.-Nr.	Bezeichnung der Leistung	Steigerungssatz	Anzahl	Betrag EUR
				Summe	

Es wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Dem Zahlungspflichtigem (oder dessen gesetzlichem Vertreter) wurde eine Ausfertigung dieser Vereinbarung ausgehändigt.

_____ _____

Ort, Datum Ort, Datum

_____ _____

Unterschrift Patient/-in bzw. Zahlungspflichtige/-r Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

Quelle/Grundlage: GOZ-Kommentar der Bundeszahnärztekammer vom 09.02.2013

Vereinbarung von „Verlangensleistungen“ gem. § 2 Abs. 3 GOZ

zwischen

_____

Patient/-in bzw. Zahlungspflichtige/-r

und

_____

Zahnärztin/Zahnarzt

für

_____

Patient (falls abweichend vom Zahlungspflichtigen)

Die nachfolgenden Leistungen werden auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht. Es handelt sich um Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen Versorgung hinausgehen, § 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ*. Sofern keine Angabe der GOZ/GOÄ-Ziffer erfolgt, handelt es sich um Leistungen, die nicht in der GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) oder GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) enthalten sind.

Region	Geb.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Faktor	Anzahl	Betrag EUR
				Zahnärztliches Honorar	
				Voraussichtliche Kosten für zahntechnische Leistungen	
				Voraussichtliche Kosten für Materialien	
				Voraussichtliche Gesamtkosten	

Eine Erstattung der anfallenden Kosten ist möglicherweise nicht gewährleistet.

_____ _____

Ort, Datum Ort, Datum

_____ _____

Unterschrift Patient/-in bzw. Zahlungspflichtige/-r Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

*** § 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ:**
„Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er [Redaktionelle Anmerkung: der Zahnarzt] nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.“

Ersatzfeststellung nach § 10 Abs. 3 Satz 3 GOZ

_____

Patient/-in bzw. Zahlungspflichtige/-r

und

_____

Zahnärztin/Zahnarzt

haben unter dem Datum vom _____ eine Gebührenvereinbarung über die nachstehenden Behandlungsmaßnahmen getroffen. Um dem Zahlungspflichtigen bei der Durchsetzung seiner Erstattungsansprüche behilflich zu sein, erstellt

_____

Zahnärztin/Zahnarzt

die nachstehende Ersatzfeststellung zur Überschreitung des Steigerungssatzes unter Berücksichtigung der Kriterien des § 5 Abs. 2 GOZ.

Geb.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Steigerungssatz	Begründung

Der Vergütungsanspruch der Zahnärztin / des Zahnarztes aus der Gebührenvereinbarung vom _____ bleibt von der vorstehenden Ersatzfeststellung unberührt.

Quelle/Grundlage: Zahnärztekammer Nordrhein, Januar 2013

Für Ihre Notizen:

Für Ihre Notizen:

KZBV

ISBN 978-3-9809917-8-0 (Broschur)
ISBN 978-3-9809917-9-7 (PDF)