

## **Hinweise zum Gebührenrecht**

### **1. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**

#### **1.1 Bemessung der Gebühren**

<sup>1</sup>Nach § 5 GOÄ bemisst sich die Höhe der einzelnen Gebühr nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen, bei den sogenannten medizinisch-technischen Leistungen – § 5 Abs. 3 GOÄ – nach dem Einfachen bis Zweieinhalbfachen sowie bei Laborleistungen – § 5 Abs. 4 GOÄ – nach dem Einfachen bis 1,3fachen des im Gebührenverzeichnis angegebenen Gebührensatzes. <sup>2</sup>Überschreitet eine Gebühr den in § 5 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 oder Abs. 4 GOÄ vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nur dann als angemessen angesehen werden, wenn der Rechnungsaussteller dargelegt hat, dass Besonderheiten der in § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ genannten Bemessungskriterien die Überschreitung der Schwellenwerte rechtfertigen. <sup>3</sup>Aus der Begründung der Rechnung muss ersichtlich sein, dass die Leistung auf Grund der tatsächlichen Umstände vom Typischen und Durchschnittlichen erheblich abweicht. <sup>4</sup>Dazu reicht im Allgemeinen eine stichwortartige Kurzbegründung aus, in der die „Besonderheiten“ der einzelnen Leistung substantiiert angesprochen sind. <sup>5</sup>Besonderheiten der Bemessungskriterien können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

- a) besonders schwierig war oder
- b) einen besonderen Zeitaufwand beanspruchte oder
- c) wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung über das gewöhnliche Maß hinausging.

<sup>6</sup>Eine einfache Wiederholung der Bemessungskriterien reicht folglich nicht aus.

<sup>7</sup>Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) vom 17. Februar 1994 – 2 C 10.92 – (NJW 1994 S. 3023) hat die Überschreitung des Schwellenwertes „den Charakter einer Ausnahme“; Gebühren bis zum Schwellenwert sind danach nicht nur für einfache oder höchstens durchschnittlich schwierige und aufwändige Behandlungsfälle, sondern für die große Mehrzahl aller Behandlungsfälle zur Verfügung gestellt und decken in diesem Rahmen auch die Mehrzahl der schwierigeren und aufwendigeren Behandlungsfälle ab. <sup>8</sup>In Fortführung dieser Rechtsprechung hat das BVerwG mit Urteil vom 30. Mai 1996 – 2 C 10.95 – (NJW 1996 S. 3094) darauf hingewiesen, dass die Beihilfefestsetzungsstellen zur Überprüfung der ärztlichen Gebührenrechnungen befugt und eventuelle Zweifel anhand der Gebührenordnung einschließlich des Gebührenverzeichnisses zu beurteilen sind. <sup>9</sup>Eine vorherige Bekanntgabe der Auffassung des Dienstherrn sei nicht generell, sondern nur in den Ausnahmefällen erforderlich, in denen bei objektiven Unklarheiten der Gebührenordnung für Ärzte ernsthaft widerstreitende Auffassungen über die Berechtigung eines Gebührenansatzes bestehen.

<sup>10</sup>Aufwendungen über den Schwellenwert hinaus sind nicht schon wegen der Besonderheiten der angewandten Verfahren beihilfefähig, sondern vor allem wegen Besonderheiten, die gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten, abweichend von der Mehrzahl der Behandlungsfälle, aufgetreten sind (personenbezogene Bemessungskriterien), zum Beispiel besondere Erschwernis bei einer Unterleibsoperation wegen anlagebedingter starker Blutungsneigung der Patientin.

<sup>11</sup>Besonderheiten im Bereich des behandelnden Arztes, zum Beispiel seine besondere Qualifikation (zum Beispiel Chefarzt, Professor) oder der Einsatz eines besonders teuren Gerätes bei der Leistungserbringung scheiden als Gründe für die Überschreitung der Schwellenwerte grundsätzlich aus.

<sup>12</sup>Besonderheiten der patientenbezogenen Bemessungskriterien rechtfertigen die Überschreitung des Schwellenwertes jeweils nur bei den Leistungen, mit denen sie im Zusammenhang stehen (leistungsbezogene Begründungen). <sup>13</sup>Verwachsungen im Operationsbereich können zum Beispiel Anlass für das Überschreiten des Schwellenwertes bei der Operationsgebühr geben, stellen aber in der Regel keine gebührenrechtliche Besonderheit bezüglich anderer ärztlicher Leistungen wie zum Beispiel Visiten, Infusionen, Injektionen dar. <sup>14</sup>Als leistungsbezogene Begründung kann unter Umständen auch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles angesehen werden (§ 5 Abs. 2 Satz 2 GOÄ), zum Beispiel bei Leistungen in den ersten Tagen nach einem Unfall mit vielfältigen Verletzungen.

<sup>15</sup>Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder vom Wahlarzt noch von dessen vor Abschluss des Vertrages über die Wahlleistungen benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, ist ein Überschreiten der Schwellenwerte nicht zulässig (§ 5 Abs. 5 GOÄ).

## **1.2 Leistungen bei Nacht oder an Sonn- und Feiertagen**

<sup>1</sup>Nach Auffassung des zuständigen Bundesministeriums ist eine Leistungserbringung außerhalb der üblichen Präsenz des Arztes im Krankenhaus für sich allein keine ausreichende Begründung für ein Überschreiten der Schwellenwerte nach § 5 Abs. 2 GOÄ (2,3facher, 1,8facher oder 1,15facher Satz). <sup>2</sup>Ein über die Schwellenwerte hinausgehender Multiplikator kann allenfalls dann gerechtfertigt sein, wenn sonstige besondere Umstände des § 5 Abs. 2 GOÄ vorliegen.

## **1.3 Minderung der ärztlichen Honorare bei stationärer Behandlung**

<sup>1</sup>Nach § 6a Abs. 1 Satz 1 GOÄ sind bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf

entfallenden Zuschläge (ausgenommen der Zuschlag nach Buchstabe J im Abschnitt B V) um 25 % zu mindern. <sup>2</sup>Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach § 6a Abs. 1 Satz 1 GOÄ von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten 15 %.

<sup>3</sup>Entsprechende Minderungssätze gelten nach § 7 GOZ auch für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen.

<sup>4</sup>Der jeweilige Minderungsbetrag ist in der Rechnung anzugeben (§ 12 Abs. 2 Nr. 3 GOÄ, § 10 Abs. 2 Nr. 3 GOZ). <sup>5</sup>Für die Begründungspflicht bei Überschreiten der Schwellenwerte ist der Gebührensatz vor Abzug des Minderungsbetrages maßgebend (§ 12 Abs. 3 Satz 1 GOÄ, § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ).

<sup>6</sup>Nach den Urteilen des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 14. Januar 1998 – IV ZR 61/97 – (NJW 1998 S. 1790), vom 17. September 1998 – III ZR 222/97 – (NJW 1999 S. 868) und vom 13. Juni 2002 – III ZR 186/01 – (NJW 2002 S. 2948) sind die Gebühren nach § 6a Abs. 1 GOÄ für sämtliche wahlärztliche, belegärztliche, konsiliarärztliche und sonstige privatärztliche Leistungen zu mindern, die untrennbar mit einer vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Behandlung verbunden sind. <sup>7</sup>Dies gilt unabhängig vom Ort der Leistungserbringung – auch wenn die Ärztin bzw. der Arzt für solche Leistungen eigenes Personal, Geräte oder Materialien eingesetzt hat (externe Leistungserbringung). <sup>8</sup>Der Vorschrift liegt zur Harmonisierung von Bundespflegesatzverordnung und Gebührenordnung für Ärzte eine pauschalierende Betrachtungsweise zugrunde, die nicht darauf abstellt, ob, bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten für die Leistungen im Einzelfall entstehen, denn § 6a GOÄ soll nicht das Kosteninteresse des Leistungserbringers, sondern die Patientin bzw. den Patienten vor finanziellen Benachteiligungen schützen.

#### **1.4 Berechenbarkeit einer Leistung nach Nr. 4 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte**

Das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium hat zur Frage der Berechnungsfähigkeit einer Leistung nach Nr. 4 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte wie folgt Stellung genommen:

„Nach ihrem Sinn und Zweck soll die Gebührenposition nach Nr. 4 des GOÄ-Gebührenverzeichnisses die Abrechnung einer Anamneseerhebung und/oder Beratung auch dann ermöglichen, wenn diese nach den besonderen Umständen des Behandlungsfalles die Einbeziehung einer Bezugs- oder Begleitperson erfordert, weil eine unmittelbare Vornahme gegenüber dem behandelten Patienten nicht möglich oder nicht sinnvoll ist.

Sofern die Anamneseerhebung über eine Bezugsperson bei bestimmten Personengruppen (z. B. bei Kindern) auch bei „normalem“ Gesundheitszustand den Regelfall bildet, muss diese als mit den Leistungen nach den Nrn. 1 bzw. 3 abgegolten betrachtet werden. Eine Berechnung der Nr. 4 im Zusammenhang mit der Behandlung von Kindern wird deshalb in der Regel nur bei Vorliegen besonderer Erschwernisse (z. B. bei behinderten Kindern) geboten sein.

Sofern aus im Einzelfall gegebenem Anlass die Leistung nach Nr. 4 – auch im Hinblick auf eine dabei unter Einbeziehung einer Bezugsperson vorgenommene Beratung – berechnet werden kann, ist daneben für die Abrechnung einer Beratung nach den Nrn. 1 oder 3 kein Raum. Da es sich bei der im Leistungstext der Nr. 4 angesprochenen „Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en)“ charakteristischerweise um eine Leistung mit beratendem Inhalt handelt, ist diese mit der Gebühr nach Nr. 4 abgegolten und kann daneben nicht gesondert nach den Nrn. 1 oder 3 abgerechnet werden. Dem steht das Fehlen eines

formellen Abrechnungsausschlusses (z. B. „...ist daneben nicht berechnungsfähig“), dem insoweit ohnehin nur deklaratorische Bedeutung zukommen könnte, nicht entgegen, da sich der Abrechnungsausschluss allgemein bereits aus § 4 Abs. 2a Satz 1 GOÄ ergibt.“

## **1.5 Wegegeld und Besuchsgebühren**

Das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium hat zur Frage der Voraussetzungen für die Berechnung von Wegegeld und Besuchsgebühren nach der Gebührenordnung für Ärzte wie folgt Stellung genommen:

„Wegegeld nach § 8 GOÄ und Besuchsgebühren nach den Nrn. 48 bis 51 sowie Zuschläge nach Abschnitt B V, Buchstaben E bis H und K 2 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ werden nur für Besuche gezahlt. Ein Besuch im gebührenrechtlichen Sinn liegt vor, wenn ein Arzt zur Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit einen Patienten an einem Ort aufsucht, an dem er üblicherweise nicht seiner beruflichen Tätigkeit nachgeht.

Besuchsgebühren nach den Nrn. 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig (Abschnitt B Ziff. 6 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).

Soweit niedergelassene Ärzte oder Ärzte anderer Krankenhäuser vom Krankenhaus oder vom behandelnden Krankenhausarzt zum Konsilium oder zur Mitbehandlung gerufen werden, kommt die Berechnung von Wegegeld und Besuchsgebühren nur in Betracht, wenn der Arzt nicht vereinbarungsgemäß oder regelmäßig beigezogen, sondern für einen bestimmten Patienten im konkreten Fall angefordert wird.“

## **1.6 Ambulantes Operieren**

<sup>1</sup>Nach Abschnitt C Nr. VIII des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte können zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen Zuschläge nach Nrn. 440 bis 449 berechnet werden. <sup>2</sup>Die Zuschläge sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig und in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete operative bzw. anästhesiologische Leistung aufzuführen.

## **1.7 Kreuzband-Ruptur**

<sup>1</sup>Aus Gründen der Normsystematik und des Normzwecks sind mit dem Ansatz der Nr. 2191 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte (arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Kreuz- oder Seitenbands an einem Kniegelenk - einschließlich Kapselnaht) die Aufwendungen für die Entnahme der Semitendinosus- sowie der Gracilissehne mit abgegolten. <sup>2</sup>Damit sind neben der Nr. 2191 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte zusätzlich verrechnete Gebühren nach der Nr. 2083 oder der Nr. 2064 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte für die Präparation der genannten Sehnen nicht beihilfefähig (LG München II, Urteil vom 22. Oktober 2013, AN 1 K 13.00010, LG München I, Urteil vom 31. März 2010, 9 S 13229/09).

<sup>3</sup>Ferner ist der zusätzliche Absatz der Nr. 2257 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte dann nicht beihilfefähig, wenn neben der Nr. 2191 die Nr. 2195 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte verrechnet wurde (LG München I, Urteil vom 31. März 2010, 9 S 13229/09).

<sup>4</sup>Besondere Umstände bei der Leistungserbringung können durch die Anwendung eines entsprechenden Steigerungsfaktors – mit entsprechender Einzelfall bezogener Begründung – berücksichtigt werden.

## **1.8 Aufwendungen des Einsatzes eines Femtosekundenlasers bei einer Katarakt-Operation**

<sup>1</sup>Zur Frage des Ansatzes einer eigenständigen Gebührenposition für den Einsatz eines Femtosekundenlasers bei einer Katarakt-Operation hat der Bundesgerichtshof dieses Verfahren als eine besondere Ausführung einer Katarakt-Operation gewertet. <sup>2</sup>Hierfür kann nach der Entscheidung des Bundesgerichtshofes der Laser-Zuschlag nach Nr. 441 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte angesetzt werden, ein (zusätzlicher) Analogansatz der Nr. 5855 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte ist hingegen unzulässig (Urteile vom 14. Oktober 2021, Az. III ZR 350/20 und 353/20).

## **1.9 Sonstige Auslegungsfragen zur Gebührenordnung für Ärzte und analoge Bewertungen**

<sup>1</sup>Bei der Bundesärztekammer wurde ein „Zentraler Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen“ eingerichtet. <sup>2</sup>Dieser Konsultationsausschuss gibt sachverständige Stellungnahmen oder Gutachten zu grundsätzlichen Auslegungsfragen der Gebührenordnung für Ärzte gegenüber Ärztekammern und Mitgliedern ab. <sup>3</sup>Die einvernehmlichen Beschlüsse sind bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen. <sup>4</sup>Nach § 6 Abs. 2 GOÄ kann der Arzt selbständige ärztliche Leistungen, die in der Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der Anlage Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen berechnen (analoge Bewertung). <sup>5</sup>Das in Nr. 1.9.1 dargestellte von der Bundesärztekammer herausgegebene Verzeichnis analoger Bewertungen ist bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen. <sup>6</sup>Darin sind die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses zu Analogbewertungen enthalten.



## 1.9.1 Verzeichnis der Analogbewertungen

Nummer	Leistung	Analog-Nummer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in €
A 36	Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Minuten bei Asthma bronchiale, Hypertonie – einschließlich Evaluation – zur Qualitätssicherung zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich Auswertung standardisierter Fragebögen, je Sitzung	33	300	17,49
A 72	Vorläufiger Entlassungsbericht im Krankenhaus	70	40	2,33
A 353	Einbringung des Kontrastmittels mittels intraarterieller Hochdruckinjektion zur selektiven Arteriographie (z. B. Nierenarterie), einschließlich Röntgenkontrolle und ggf. einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle, je Arterie	351	500	29,14
A 409	A-Bild-Sonographie	410	200	11,66
A 482	Relaxometrie während und/oder nach einer Allgemeinanästhesie bei Vorliegen von die Wirkungs-dauer von Muskelrelaxantien verändernden Vorerkrankungen (z. B. AChE-Hemmer-Mangel) oder gravierenden pathophysiologischen Zuständen (z. B. Unterkühlung)	832	158	9,21
A 496	Drei-in-eins-Block, Knie- oder Fußblock	476	380	22,15
A 618*	H2-Atemtest (z. B. Laktosetoleranztest), einschließlich Verabreichung der Testsubstanz, Probeentnahmen und Messungen der H2-Konzentration, einschließlich Kosten	617*	341	19,88
A 619*	Durchführung des 13C-Harnstoff-Atemtests, einschließlich Verabreichung der Testsubstanz und Probeentnahmen	615*	227	13,23
A 658	Hochverstärktes Oberflächen-EKG aus drei orthogonalen Ableitungen mit Signalermittlung zur Analyse ventrikulärer Spätpotentiale im Frequenz- und Zeitbereich (Spätpotential-EKG)	652	445	25,94
A 704	Analtonometrie	1791	148	8,63
A 707	Untersuchung des Dünndarms mittels Kapselendoskopie und Auswertung des Bildmaterials bei unklarer gastrointestinaler Blutung, nach vorausgegangener Endoskopie des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes. Voraussetzung für das Erbringen der Kapselendoskopie ist die Gebietsbezeichnung Fachärztin/ Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie (zukünftig Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie). Der Zeitaufwand für die Auswertung der Videodokumentation beträgt durchschnittlich zwei Stunden. Ist er im konkreten Fall deutlich niedriger oder deutlich höher, ist dies beim Ansatz des Steigerungsfaktors zu berücksichtigen.	684 plus 687	1200 plus 1500	69,94 plus 87,43
A 795	Kipptisch-Untersuchung mit kontinuierlicher EKG- und Blutdruckregistrierung	648	605	35,26

Nummer	Leistung	Analog- Nummer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in €
A 796*	Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad/oder Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen), einschließlich Dokumentation	650*	152	8,86
A 888	Psychiatrische Behandlung zur Reintegration eines Erwachsenen mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild als Gruppenbehandlung (in Gruppen von 3 bis 8 Teilnehmern) durch syndrombezogene verbale Intervention als therapeutische Konsequenz aus dem dokumentierten Ergebnissen der selbsterbrachten Leistung nach Nr. 801, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer und Sitzung	887	200	11,66
A 1006*	Gezielte weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung bei aufgrund einer Untersuchung nach Nr. 415 erhobenem Verdacht auf Schädigung eines Fetus durch Fehlbildung oder Erkrankung oder ausgewiesener besonderer Risikosituation (Genetik, Anamnese, exogene Noxe) unter Verwendung eines Ultraschalluntersuchungsgerätes, das mindestens über 64 Kanäle im Sende- und Empfangsbereich, eine variable Tiefenfokussierung, mindestens 64 Graustufen und eine aktive Vergrößerungsmöglichkeit für Detaildarstellungen verfügt, ggf. mehrfach, zur gezielten Ausschlussdiagnostik bis zu dreimal im gesamten Schwangerschaftsverlauf, im Positivfall einer fetalen Fehlbildung oder Erkrankung auch häufiger, Anlage 1c zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend, je Sitzung	5373*	1900	110,75
A 1007	Farbkodierte Doppler-echokardiographische Untersuchung eines Fetus einschließlich Bilddokumentation, einschließlich eindimensionaler Doppler-echokardiographischer Untersuchung ggf. einschließlich Untersuchung mit cw-Doppler und Frequenzspektrumanalyse, ggf. einschließlich zweidimensionaler echokardiographischer Untersuchung mittels Time-Motion-Verfahren (M-Mode), ggf. zusätzlich zur Leistung nach Nr. A 1006 Anlage 1d zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend	424 plus 404 plus 406	700 plus 250 (Einfachsatz) plus 200 (Einfachsatz)	40,80 plus 14,57 plus 11,66
A 1008	Weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung des fetomaternalen Gefäßsystems mittels Duplexverfahren, ggf. farbkodiert und/oder direktionale Doppler-sonographische Untersuchung im fetomaternalen Gefäßsystem, einschließlich Frequenzspektrumanalyse, ggf. zusätzlich zu den Untersuchungen nach Nrn. 415 oder A 1006, Anlage 1d zu Abschnitt B. Nr. 4 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung gilt entsprechend.  <i>Bei Mehrlingen sind die Leistungen nach Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.</i>	649	650	37,89

Nummer	Leistung	Analog- Nummer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in €
	<i>Voraussetzung für das Einbringen der Leistungen nach Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 ist der Nachweis der Fachkunde Sonographie des Fetus in der Frauenheilkunde oder der fakultativen Weiterbildung Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin oder einer gleichwertigen Qualifikation</i>			
A 1157	Chorionzottenbiopsie, transvaginal oder transabdominal unter Ultraschallsicht	1158	739	43,07
A 1387	Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender oder abgelöster Netzhaut ohne netzhautablösende Membranen, einschließlich Parsplana-Vitrektomie, Retinopexie, ggf. einschließlich Glaskörper-Tamponade, ggf. einschließlich Membran-Peeling.  <i>Neben Nr. A 1387 sind keine zusätzlichen Eingriffe an Netzhaut und Glaskörper berechnungsfähig</i>	2551	7500	437,15
A 1387.1	Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender und/oder abgelöster Netzhaut mit netzhautablösenden Membranen und/oder therapierefraktärem Glaukom und/oder submakulärer Chirurgie, einschließlich Parsplana-Vitrektomie, Buckelchirurgie, Retinopexie, Glaskörper-Tamponade, Membran-Peeling, ggf. einschließlich Rekonstruktion eines Iris-Diaphragmas, ggf. einschließlich Retinotomie, ggf. einschließlich Daunomycin-Spülung, ggf. einschließlich Zell-Transplantation, ggf. einschließlich Versiegelung eines Netzhautlochs mit Thrombozytenkonzentraten, ggf. einschließlich weiterer mikrochirurgischer Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper (z. B. Pigmentgewinnung und -implantation).  <i>Neben Nr. A 1387.1 sind keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig.</i>	2251 plus 2531	7500 plus 7500	437,15 plus 437,15
	<b><i>Ergänzende Abrechnungsempfehlung zu den Nrn. A 1387 und 1387.1:</i></b>  <i>Die Ausschlussbestimmungen bei Nrn. A 1387 und A 1387.1, wonach keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig sind, gelten nicht für Netzhaut-Glaskörper-chirurgische Eingriffe bei Ruptur des Augapfels mit oder ohne Gewebeerlust oder bei Resektion uvealer Tumoren und/oder Durchführung einer Macula-Rotation. Neben Leistungen nach Nrn. A 1387 oder A 1387.1 können in diesen Ausnahmefällen – je nach Indikation – die genannten Maßnahmen als zusätzliche Leistungen berechnet werden, wie z. B. Nr. A 1387.2 für die Macula-Rotation.</i>			
A 1387.2	Macula Rotation	1375	3500	204,01
A 1716	Spaltung einer Hamröhrenstriktur unter Sicht (z. B. nach Sachse)	1802	739	43,07

Nummer	Leistung	Analog- Nummer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in €
A 1833a	Wechsel eines suprapubischen Hamblasenfistelkatheters, einschl. Spülung, Katheterfixation und Verband	1833	237	13,81
A 3289	Operation eines großen Leisten- oder Schenkelbruchs oder Rezidivoperation eines Leisten- oder Schenkelbruchs, jeweils einschließlich Implantation eines Netzes	3286	2000	116,57
A 3732*	Troponin-T-Schnelltest	3741*	200	11,66
A 3733*	Trockenchemische Bestimmung von Theophyllin	3736*	120	6,99
A 3734*	Qualitativer immunologischer Nachweis von Albumin im Stuhl	3736*	120	6,99
A 3757*	Eiweißuntersuchung aus eiweißarmen Flüssigkeiten (z. B. Liquor-, Gelenk- oder Pleurapunktat)	3760*	70	4,08
A 4463*	Qualitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	4462*	230	13,41
A 5830*	<p>Computergestützte Individual-Ausblendung (Multileaf-Kollimatoren = MLC) einmal je Feld und Bestrahlungsserie, einschließlich Programmierung.</p> <p><i>Individuelle Ausblendungen zum Schutz von Normalgewebe und Organen können anstelle von Bleiblöcken auch durch Programmierung eines (Mikro)Multileaf-Kollimators erstellt werden, wobei für den Programmieraufwand die analoge Nr. 5378 GOÄ einmal je Feld und Bestrahlungsserie angesetzt werden kann. Der je nach Feldkonfiguration und Feldgröße unterschiedliche Schwierigkeitsgrad ist über den Gebührenrahmen nach § 5 Absatz 2 und 3 zu berücksichtigen.</i></p>	5378*	1000	58,29
A 5860*	<p>Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung benigner Tumoren mittels Linearbeschleuniger – einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske –, einschließlich vorausgegangener Bestrahlungsplanung, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen einschließlich individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners.</p> <p><i>Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen.</i></p> <p><i>Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig. Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: Akustikneurinom, Hypophysenadenom, Meningeom, Arteriovenöse Malformation, medikamentös oder operativ therapierefraktäre Trigeminusalgie, Chordom.</i></p> <p><i>Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden.</i></p>	6 x 5855*	6 x 6900	6 x 402,18
A 5861	Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung primär maligner Tumoren oder von Hirnmetastasen	3,5 x 5855*	3,5 x 6900	3,5 x 402,18

Nummer	Leistung	Analog- Nummer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in €
	<p>mittels Linearbeschleuniger – einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske –, einschließlich vorausgegangener Bestrahlungsplanung, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners.</p> <p><i>Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen.</i></p> <p><i>Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig. Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: Inoperabler primärer Hirntumor oder Rezidiv eines Hirntumors, symptomatische Metastase ZNS, Aderhautmelanom.</i></p> <p><i>Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden.</i></p>			
A 7001	<p>Untersuchung der alters- oder erkrankungsbedingten Visusäquivalenz, z. B. bei Amblyopie, Medientrübung oder fehlender Mitarbeit.</p> <p>Zu diesen Untersuchungen zählen beispielsweise Sehschärfenprüfungen mittels Preferential Looking, die Untersuchung des Interferenzvisus und die Untersuchung des Crowding-Phänomens</p>	1225	121	7,05
A 7002	<p>Qualitative Aniseikonieprüfung mittels einfacher Trennverfahren</p> <p>Die Untersuchung nach Nr. A 7002 kann nur bei besonderer Begründung, und dann auch zusätzlich zur Kernleistung nach Nr. 1200, berechnet werden.</p>	1200	59	3,44
A 7003	Quantitative Aniseikoniemessung, ggf. einschließlich qualitativer Aniseikonieprüfung	1226	182	10,61
A 7006	Bestimmung elektronisch vergrößernder Sehhilfen, je Sitzung	1227	248	14,46
A 7007	<p>Quantitative Untersuchung der Hornhautsensibilität</p> <p>Nr. A 7007 ist nicht berechnungsfähig neben Nr. 6</p>	825	83	4,84
A 7008	Konfokale Scanning-Mikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einschließlich quantitativer Beurteilung des Hornhautendothels und Messung von Hornhautdicke und Streulicht, ggf. einschließlich Bilddokumentation je Auge	1249	484	28,21
A 7009	Quantitative topographische Untersuchung der Hornhautbrechkraft mittels computergestützter Videokeratoskopie, ggf. an beiden Augen	415	300	17,49
A 7010	Laserscanning-Ophthalmoskopie	1249	484	28,21
A 7011	Biomorphometrische Untersuchung des hinteren Augenpols, ggf. beidseits	423	500	29,41

Nummer	Leistung	Analog- Nummer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in €
	Weiterführende Untersuchung des Augenhintergrunds einschließlich Papillenanalyse, beispielsweise mittels Heidelberg Retinatomograph (HRT) oder Optic Nerve Head Analyzer (ONHA)			
A 7012	Frequenz-Verdopplungs-Perimetrie oder Rauschfeld-Perimetrie	1229	182	10,61
A 7013	Überschwellige und/oder schwellenbestimmende quantitativ abgestufte, rechnergestützte statische Rasterperimetrie, einschließlich Dokumentation	1227	248	14,46
A 7014	Ultraschall-Biomikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einmal je Sitzung	413	280	16,32
A 7015	Optische und sonographische Messung der Vorderkammertiefe und/oder der Hornhautdicke des Auges	410	200	11,66
	für die Untersuchung des anderen Auges in der gleichen Sitzung	420	80	4,66
A 7016	Berechnung einer intraokularen Linse, je Auge	1212	132	7,69
A 7017	Zweidimensionale Laserdoppler-Untersuchung der Netzhautgefäße mit Farbkodierung, ggf. beidseits	424 plus 406	700 plus 200	40,80 plus 11,66
A 7018	Einlegen eines Plastikröhrchens in die ableitenden Tränenwege bis in die Nasenhöhle, ggf. einschließlich Nahtfixation, je Auge	1298	132	7,69
A 7019	Prismenadaptionstest vor Augenmuskeloperationen, je Sitzung	1215	121	7,05
A 7020*	Präoperative kontrollierte Bulbushypotonie mittels Okulopression	1257*	242	14,11
A 7021	Operative Reposition einer intraokularen Linse	1353	832	48,50
A 7022	Chirurgische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Pupillenfunktion und/oder Einsetzen eines Irisblendenrings	1326	1110	64,70
A 7023	Messung der Zyklotropie mittels haploskopischer Verfahren und/oder Laser-scanning Ophthalmoskopie	1217	242	14,11
A 7024	Differenzierende Analyse der Augenstellung beider Augen mittels Messung von Horizontal-, Vertikal- und Zyklodeviation an Tangentenskalen in neun Blickrichtungen, einschließlich Kopfneige-Test	1217	242	14,11
A 7025	Korrektur dynamischer Schielwinkelveränderungen mittels retroäquatorialer Myopexie (sog. Fadenoperation nach Cüppers) an einem geraden Augenmuskel	1376	14880	86,27
A 7026	Chirurgische Maßnahmen bei Erkrankungen des Aufhängeapparates der Linse  <i>Eine Berechnung der Nr. 7026 neben einer Katarakt-Operation, z. B. nach Nrn. 1349 bis 1351, Nr. 1362, Nr. 1374 oder Nr. 1375, ist in der gleichen Sitzung nur bei präoperativer Indikationsstellung zu diesem Zweiteingriff aufgrund des Vorliegens einer besonderen Erkrankung (z. B. der subluxierten Linse bei Marfan-Syndrom oder Pseudoexfoliationssyndrom) zulässig.</i>	1326	1480	86,27
A 7027	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen, einschließlich Kryopexie der Netzhaut und/oder Endolaser-Applikation	1368	3030	176,61

Nummer	Leistung	Analog- Nummer GOÄ	Punktzahl	Gebühr in €
A 7028	Untersuchung und Beurteilung einer okulär bedingten Kopfwangshaltung, beispielsweise mit Prismenadaptionstest oder Disparometer	1217	242	14,11
A 7029	Isolierte Kryotherapie zur Behandlung oder Verhinderung einer Netzhautablösung, als alleinige Leistung	1366	1110	64,70

\* Reduzierter Gebührenrahmen

## 1.9.2 Medizinisches Aufbautraining/Medizinische Trainingstherapie

Nach einem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung sind folgende Leistungen bis zum 2,3fachen bzw. 1,8fachen der Einzelsätze der Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig:

- a) Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie / zum Medizinischem Aufbautraining einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und gegebenenfalls anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nr. 842 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte.

Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nr. 842 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.

- b) Medizinische Trainingstherapie / Medizinisches Aufbautraining mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischem Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen (zum Beispiel MedX-CE- oder LE-Therapiemaschinen oder Beides) analog Nr. 846 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte, zuzüglich zusätzliches Geräte-Sequenztraining analog Nr. 558 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte (je Sitzung), zuzüglich begleitende krankengymnastische Übungen nach Nr. 506 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte. Die Nrn. 846 analog, 558 analog und 506 sind pro Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

### **1.9.3 Extrakorporale Stoßwellentherapie**

<sup>1</sup>Auf Grundlage eines Beschlusses der Bundesärztekammer kann die Extrakorporale Stoßwellentherapie bei den in Nr. 2 Buchst. b der Anlage 2 zu § 7 Abs. 5 genannten Indikationen analog Nr. 1800 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte (je Sitzung, 1480 Punkte) berechnet werden. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig. <sup>2</sup>Die Behandlung einer Pseudarthrose setzt auf Grund größerer Risiken zwingend besondere Kenntnisse und Erfahrungen in der Traumatologie voraus, die verbunden mit einem im Einzelfall höheren Schwierigkeitsgrad und überdurchschnittlichen Zeitaufwand Gebühren bis zum 3,5fachen Gebührensatz rechtfertigen können.

## **2. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)**

### **2.1 Praxiskosten**

<sup>1</sup>Gemäß § 4 Abs. 3 GOZ sind mit den Gebühren die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist, oder wenn die Aufwendungen einen erheblichen Anteil am Honorar der Zahnärztin bzw. des Zahnarztes für diese Leistung ausmachen würde. <sup>2</sup>Zu den Praxiskosten gehören nicht Kosten für zahn-technische Leistungen (§ 9 GOZ). <sup>3</sup>Diese sind neben den Gebühren gesondert berechnungsfähig. <sup>4</sup>Implantatbohrsätze gehören ebenfalls nicht zu den Praxisgebühren und können gesondert berechnet werden (BGH, Urteil vom 27. Mai 2004 – III ZR 264/03). <sup>5</sup>Nicht berechnungsfähig sind dagegen die Kosten, die der Zahnärztin bzw. dem Zahnarzt für die Bevorratung von Implantaten entstehen. <sup>6</sup>Sie sind als Praxiskosten mit den Gebühren abgegolten.



<sup>7</sup>Eine gesonderte Berechnung von Auslagen nach § 10 GOÄ darf nur bei den in § 6 Abs. 1 GOZ ausdrücklich genannten Leistungen erfolgen. <sup>8</sup>Eine entsprechende Anwendung des § 10 GOÄ auch auf andere zahnärztliche Leistungen ist gemäß § 1 Abs. 1 GOZ ausgeschlossen (vergleiche Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Beschluss vom 19. April 1999 – 4 S 3178/98).

## **2.2 Bemessung der Gebühren**

Für die Bemessung der Gebühren gemäß § 5 GOZ gelten die Hinweise zum ärztlichen Gebührenrecht unter Nr. 1.1 entsprechend.

## **2.3 Gebühren für andere Leistungen**

<sup>1</sup>Die Anwendung des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen durch Zahnärzte ist auf die in § 6 Abs. 2 GOZ genannten Abschnitte und einzelne Gebührensätze des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte begrenzt.

<sup>2</sup>Soweit Zahnärzte Leistungen aus diesen Abschnitten erbringen, bestimmt sich die Vergütung dieser Leistungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils geltenden Fassung.

<sup>3</sup>Berechnet ein Zahnarzt nach der Anlage 1 Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte, erfassen die darin enthaltenen Abrechnungsbestimmungen auch Leistungen, die der Zahnarzt auf der Grundlage der Gebührenordnung für Zahnärzte erbringt.

<sup>4</sup>Zur Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte durch Zahnärzte hat das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium für Gesundheit wie folgt Stellung genommen:

„Die Verweisung betrifft nur solche Abschnitte der GOÄ, in denen Leistungen enthalten sind, die für Zahnärzte nach dem Berufsrecht in Frage kommen können. Die Verweisung auf ganze Abschnitte des

Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen ist aus pragmatischen, regelungstechnischen Gründen erfolgt. Aus diesen Abschnitten kann der Zahnarzt nicht alle Leistungen erbringen und berechnen, sondern nur solche Leistungen, die zu seinen beruflichen Leistungen gehören (§ 1 Abs. 1 GOZ) und den Regeln der zahnärztlichen Kunst entsprechen (§ 1 Abs. 2 GOZ).“

## **2.4 Analoge Bewertungen**

<sup>1</sup>Gemäß § 6 Abs. 1 GOZ können selbständige zahnärztliche Leistungen, die erst nach Inkrafttreten der Gebührenordnung für Zahnärzte auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt werden, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet werden. <sup>2</sup>Vermeintliche Lücken im Gebührenverzeichnis oder anderweitige Auffassungen über den Wert einer zahnärztlichen Leistung rechtfertigen keine analoge Bewertung. <sup>3</sup>Dies gilt auch für Leistungen, die lediglich eine besondere Ausführung einer nach dem Gebührenverzeichnis bewerteten Leistung darstellen (§ 4 Abs. 2 GOZ).

## **2.5 Einzelfragen zum Gebührenverzeichnis der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte**

### **2.5.1 Gesteuerte Geweberegeneration**

<sup>1</sup>Für das Einbringen und Entfernen der Membran im Rahmen der gesteuerten Geweberegenerationsbehandlung (Guided Tissue Regeneration, GTR) kann Nr. 4130 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte analog als Komplexgebühr oder Nrn. 4120 und 4110 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte analog jeweils als gesonderte Gebühr für das Einbringen und Entfernen der Membran berechnet werden. <sup>2</sup>Die Kosten für die Membranen (Manschetten) können gesondert berechnet werden.

## **2.5.2 Abschläge bei kieferorthopädischen Behandlungen**

<sup>1</sup>Mit Rücksicht auf die Länge des Behandlungszeitraums für kieferorthopädische Behandlungen nach Nrn. 6030 bis 6080 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte können quartalsmaige Abschlagszahlungen als beihilfefähig anerkannt werden. <sup>2</sup>Die Beihilfeleistungen stehen unter dem Vorbehalt einer ordnungsgemäßen Schluss- oder Gesamtabrechnung über den Leistungskomplex gemäß den jeweiligen Vorgaben der Gebührenordnung. <sup>3</sup>Die Leistungen nach Nrn. 6030 bis 6080 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren. <sup>4</sup>Für einen Verlängerungszeitraum der ursprünglichen Kieferumformung kann regelmäßig pro Jahr der Weiterbehandlung ein Viertel der jeweils vollen Gebühr unter Berücksichtigung der Kriterien des § 5 Abs. 2 GOZ als angemessen angesehen werden (vergleiche BayVGh, Beschluss vom 24. März 1997 – 3 B 95.1895).

## **2.5.3 Eingliederung von Klebebrackets bei kieferorthopädischen Behandlungen**

<sup>1</sup>Für die Eingliederung von Klebebrackets im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung kann neben der Nr. 6100 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht zusätzlich auch die Nr. 2197 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte abgerechnet werden, weil deren selbstständige Berechnungsfähigkeit nach § 4 Abs. 2 Satz 2 GOZ ausgeschlossen ist. <sup>2</sup>Denn mit dem Begriff „Eingliederung eines Klebebrackets“ wird eine Technik umschrieben, die im Sinne eines Oberbegriffs auch die Adhäsivtechnik umfasst (BVerwG, Urteil vom 5. März 2021 – 5 C 11/19).

#### **2.5.4 Retentionsmaßnahmen bei kieferorthopädischen Behandlungen**

<sup>1</sup>Für die Eingliederung eines festsitzenden Lingualretainers sind neben den Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers nach den Nrn. 6030 bis 6080 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte Aufwendungen für Leistungen, die zusätzlich nach den Nrn. 6100 und 6140 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte in analoger Anwendung nach § 6 Abs. 1 GOZ abgerechnet werden, nicht beihilfefähig, da die Eingliederung eines solchen Retainers als Maßnahme der Retention eine Überschneidung mit dem Leistungsinhalt der Nrn. 6030 bis 6080 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte bewirkt. <sup>2</sup>Wenn in diesem Zusammenhang bereits der analoge Ansatz der Nrn. 6100 und 6140 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht beihilfefähig ist, ist in der Folge der ebenfalls analoge Ansatz der Nr. 2197 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte zur Abgeltung der adhäsiven Befestigung von Klebebrackets ebenfalls nicht beihilfefähig (BVerwG, Urteile vom 26. Februar 2021 – 5 C 7.19 und vom 5. März 2021 – 5 C 8.19).

#### **2.5.5 Relationsbestimmung**

<sup>1</sup>Die Leistungen für die Versorgung mit Einlagefüllungen (Nrn. 2150 bis 2170 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte), Kronen (Nrn. 2200 bis 2220 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte), Brücken (Nrn. 5000 bis 5040 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte) und Prothesen (Nrn. 5200 bis 5230 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte) umfassen nach den Abrechnungsbestimmungen der Nrn. 2220, 5040 und 5230 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte auch die Relationsbestimmung sowie die Bestimmung der Kieferrelation. <sup>2</sup>Deshalb dürfen in zeitlichem Zusammenhang mit diesen Leistungen keine Gebühren aus dem Abschnitt J der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) berechnet werden. <sup>3</sup>Bei umfangreichen

oder aufwändigen Maßnahmen ist eine beihilferechtliche Anerkennung nach den Vorgaben des § 16 BayBhV möglich.

### **2.5.6 Nr. 3 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte**

Nr. 3 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte ist neben Nr. 0010 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnungsfähig, da es sich einerseits um eine (reine) Beratungsgebühr, andererseits um eine Untersuchungsgebühr handelt; andere Leistungspositionen der Gebührenordnung für Ärzte und Gebührenordnung für Zahnärzte sind daneben nicht beihilfefähig.

### **2.5.7 Nr. 5 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte**

Nr. 5 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte ist berechnungsfähig, da eine vergleichbare Leistung nicht in der Gebührenordnung für Zahnärzte enthalten ist.

## **2.6 Beschlüsse des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen**

<sup>1</sup>Die Bundeszahnärztekammer, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Beihilfestellen von Bund und Ländern haben im Jahr 2013 die Einrichtung eines Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen vereinbart, um im partnerschaftlichen Miteinander daran zu arbeiten, Rechtsunsicherheiten nach der Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte zu beseitigen. <sup>2</sup>Das neue Gremium hat die Aufgabe übernommen, grundsätzliche Auslegungsfragen der Gebührenordnung für Zahnärzte, Fragen der privat Zahnärztlichen Qualitätssicherung sowie Fragen des Inhalts und der Abgrenzung privat Zahnärztlicher Leistungen zu diskutieren und möglichst einvernehmlich zu beantworten. <sup>3</sup>Ein wichtiges Ziel ist dabei die Verbesserung der Beziehung zwischen Patient, Zahnarzt und Versicherungsmitarbeitern in der täglichen Praxis.

<sup>4</sup>Mit der erklärten Zielsetzung, Probleme im Vorfeld zu lösen und dadurch Auslegungstreitigkeiten oder vielfache gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden, haben sich die Mitglieder des Beratungsforums einvernehmlich auf die nachfolgenden Beschlüsse verständigt, die von den Vorständen der Gremien der Mitglieder bestätigt wurden.

<sup>5</sup>Diese sind bei der Festsetzung der Beihilfe zu berücksichtigen.

### **Berechnungsfähigkeit des Operationsmikroskops**

1. <sup>1</sup>Der Zuschlag für die Anwendung des Operationsmikroskops ist nur für die in der Nr. 0110 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte abschließend aufgezählten Gebührenpositionen berechnungsfähig. <sup>2</sup>Eine analoge Anwendung dieser Zuschlagsposition oder anderer Positionen der Gebührenordnung für Zahnärzte für die Verwendung des Operationsmikroskops bei anderen als den in Nr. 0110 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte bezeichneten Leistungen kommt nicht in Betracht. <sup>3</sup>Wird eine nicht zuschlagsfähige Leistung erbracht, die aufgrund von darzulegender Schwierigkeit oder Zeitaufwand den Einsatz des Operationsmikroskops erfordert, kann dies mittels des § 5 oder des § 2 der Gebührenordnung für Zahnärzte abgebildet werden.

**Zusätzliche Berechnung der Nr. 2197** der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte **neben der Nr. 2000** der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte

2. Im Zusammenhang mit der Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen und Glattflächenversiegelung nach der Nr. 2000 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte ist die Nr. 2197 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für die adhäsive Befestigung der Versiegelung nicht zusätzlich berechnungsfähig, da die adhäsive Befestigung der

Versiegelung nach der wissenschaftlichen „Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde“ Bestandteil der Fissurenversiegelung ist.

### **Stillung einer übermäßigen Blutung**

3. <sup>1</sup>Die Nr. 3050 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte ist im Rahmen der dentoalveolären Chirurgie gegebenenfalls als selbständige Leistung zusätzlich berechenbar, wenn die Blutung das typische Maß bei dem Eingriff deutlich übersteigt und eine Unterbrechung der eigentlichen operativen Maßnahme erfordert. <sup>2</sup>In allen anderen Fällen sind Blutstillungsmaßnahmen (auch größeren Umfangs), die ortsgleich mit chirurgischen Leistungen erfolgen, Bestandteil der jeweiligen Hauptleistung und dürfen nicht gesondert nach Nr. 3050 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnet werden. <sup>3</sup>Dies gilt auch für die chirurgischen Leistungen aus der Gebührenordnung für Ärzte, die für den Zahnarzt gemäß § 6 Abs. 2 GOZ geöffnet sind.

### **Adhäsive Wurzelfüllung**

4. Die Nr. 2197 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte ist bei adhäsiver Befestigung der Wurzelfüllung neben der Nr. 2440 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte zusätzlich berechnungsfähig.

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

5. Bestimmungen, welche tarifbedingte Vertragsbestandteile des Versicherungsvertrages im reinen Innenverhältnis zwischen Versichertem und Versicherer sind, haben keinen Einfluss auf die Berechenbarkeit von Leistungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte.

## Wurzelkanalbehandlungen

6. <sup>1</sup>Der Verschluss atypisch weiter apikaler Foramina unter Verwendung von Mineral Trioxid Aggregate (MTA) wird in den Fällen, in denen ohne apikalen Verschluss (Apexifikation) eine ordnungsgemäße Wurzelfüllung nicht möglich ist und insofern der apikale Verschluss eine nach Art, Material- und apparativem Einsatz selbstständige Leistung darstellt, gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. <sup>2</sup>Um eine vollständige Aushärtung des Mineral Trioxid Aggregates zu gewährleisten, sollte die Wurzelfüllung in einer folgenden getrennten Sitzung erfolgen. <sup>3</sup>Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. <sup>4</sup>Der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) hält als Analoggebühr die Nr. 2060 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für angemessen.
  
7. <sup>1</sup>Der Verschluss innerhalb des Parodontiums gelegener Perforationen des Wurzelkanalsystems stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. <sup>2</sup>Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. <sup>3</sup>Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die Nr. 2060 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für angemessen.
  
8. <sup>1</sup>Die Entfernung frakturierter Wurzelkanalinstrumente aus dem Wurzelkanalsystem stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. <sup>2</sup>Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. <sup>3</sup>Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die Nr. 2300 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (Entfernung eines Wurzelstiftes) für angemessen.



9. <sup>1</sup>Die Entfernung nekrotischen Pulpagewebes vor der Aufbereitung des Wurzelkanals stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. <sup>2</sup>Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. <sup>3</sup>Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die Nr. 2360 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (Vitalexstirpation) für angemessen.
10. <sup>1</sup>Das erschwerte Aufsuchen verengter Wurzelkanaleingänge und das Überwinden natürlicher Hindernisse bei der Aufbereitung des Wurzelkanals (zum Beispiel Dentikel, Obliterationen, Verengungen, Krümmungen) sowie natürlicher oder iatrogener Stufen stellen keine selbstständigen, analog zu berechnenden Leistungen dar, sondern sind mit der Grundleistung unter Berücksichtigung von § 5 Abs. 2 GOZ zu berechnen.

<sup>2</sup>Anmerkung zu Beschlüsse Wurzelkanalbehandlungen:

Über die analoge Berechnungsfähigkeit der Entfernung vorhandenen definitive Wurzelkanalfüllmaterials konnte kein Konsens erzielt werden.

## **Materialkosten**

11. <sup>1</sup>Mit den Gebühren der Gebührenordnung für Zahnärzte sind grundsätzlich gemäß § 4 Abs. 3 GOZ alle Auslagen abgegolten, soweit im Gebührenverzeichnis nichts anderes bestimmt ist. <sup>2</sup>Darüber hinaus sind – beziehend auf das BGH-Urteil vom 27. Mai 2004 (Az.: III ZR 264/03) – folgende Materialien zusätzlich berechnungsfähig:
- Oraqix® im Zusammenhang mit der Nr. 0080 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte,
  - ProRoot MTA® im Zusammenhang mit der Berechnung der Nr. 2440 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte,

- Harvard MTA OptiCaps® im Zusammenhang mit der Berechnung der Nr. 2440 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte.

### **Anästhesieleistungen**

12. <sup>1</sup>Die Nrn. 490, 491, 493, 494 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte dürfen von Zahnärzten ohne ärztliche Approbation nicht zum Zwecke der intraoralen Lokal- oder Leitungsanästhesie berechnet werden. <sup>2</sup>Die Berechnung der Nr. 494 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte ist auch für den MKG-Chirurgen zum alleinigen Zwecke der Schmerzausschaltung bei zahnärztlich-chirurgischen Leistungen fachlich nicht indiziert und daher nicht berechnungsfähig.

### **Zuschlag digitales Röntgen**

13. Im Zusammenhang mit den in der zahnärztlichen Therapie gängigen Röntgenaufnahmen (Nrn. 5000, 5002, 5004 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte) ist eine Berechnung der Nr. 5298 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte nicht zulässig.

### **Chirurgie/Implantation**

14. <sup>1</sup>Neben der Nr. 9100 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte ist die Nr. 9090 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht berechnungsfähig. <sup>2</sup>Neben den Nrn. 9110, 9120 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte ist die Nr. 9090 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte dann berechnungsfähig, wenn die Knochentransplantation im Operationsgebiet nicht der Auffüllung des durch die Anhebung der Kieferhöhlenschleimhaut entstandenen Hohlraumes dient. <sup>3</sup>Dies ist bei der Auffüllung von Knochendefiziten mit Eigenknochen im Bereich der Implantatschulter bei zeitgleicher Implantation oder beim

Ausgleich von Knochendefiziten des Alveolarkamms mit Eigenknochen getrennt vom Bereich des Sinuslifts der Fall. <sup>4</sup>Wird neben den Nrn. 9110, 9120 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte die Nr. 9100 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte in Ansatz gebracht, ist eine Berechnung der Nr. 9090 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte in derselben Kieferhälfte nicht möglich.

### **Fotodokumentation**

15. <sup>1</sup>Im Rahmen einer zahnärztlichen Behandlung sind Fotos, die ausschließlich zu dokumentarischen Zwecken angefertigt worden sind, mit den Gebührennummern abgegolten und dürfen nicht gesondert berechnet werden. <sup>2</sup>Fotos, die therapeutischen oder diagnostischen Zwecken, nicht jedoch einer kieferorthopädischen Auswertung dienen, sind analog berechnungsfähig. <sup>3</sup>Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. <sup>4</sup>Der PKV-Verband hält als Analoggebühr die Nr. 6000 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für angemessen.

### **Protokollnotiz 6. November 2015:**

Die Träger der Beihilfe schließen sich den Empfehlungen des PKV-Verbandes zu den Beschlüssen 6, 7, 8, 9 und 15 an.

### **Provisorien**

16. <sup>1</sup>Die Wiedereingliederung (inklusive Säuberung, gegebenenfalls Wiederanpassung) andernorts angefertigter direkter oder laborgefertigter Provisorien ist analog zu berechnen. <sup>2</sup>Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. <sup>3</sup>Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die Nr. 2260 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für angemessen.

## **Knochenresektion**

17. <sup>1</sup>Neben Extraktionen ist die Nr. 3230 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte dann gesondert berechnungsfähig, wenn die Resektion aufgrund eigenständiger Indikation (nicht zur oder durch die Zahnentfernung notwendig) mit einem separaten auf der Rechnung dokumentierten Operationszugang erbracht wird und es sich insofern um eine selbstständige Leistung handelt. <sup>2</sup>Die eigenständige Indikation ist auf der Rechnung zu erläutern.

## **Abschnittsübergreifende Berechnung**

18. Die Auflistung einer Gebührennummer in einem bestimmten Abschnitt der Gebührenordnung für Zahnärzte hat nicht zur Folge, dass die dieser Gebührennummer zuzuordnende Leistung nur in Zusammenhang mit einem Leistungsgeschehen berechnungsfähig wäre, das fachlich diesem Gebührenordnungsabschnitt zuzuordnen ist.

## **Periimplantitis-Behandlung**

19. <sup>1</sup>Eine Periimplantitis-Behandlung im offenen Verfahren stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. <sup>2</sup>Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. <sup>3</sup>Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr je nach Lokalisation die Nr. 4090 oder die Nr. 4100 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für angemessen.

## **Protrusionsschiene**

20. <sup>1</sup>Die Eingliederung einer Protrusionsschiene, zum Beispiel zur Behandlung einer Schlafapnoe, stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. <sup>2</sup>Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. <sup>3</sup>Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die Nr. 7010 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche) für angemessen.

## **Begründung bei Vereinbarungen**

21. <sup>1</sup>Eine Überschreitung des 3,5fachen Steigerungssatzes im Rahmen einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 GOZ erfordert dann eine Begründung auf Verlangen des/der Zahlungspflichtigen, wenn der Vereinbarung Kriterien gemäß § 5 Abs. 2 GOZ zugrunde liegen. <sup>2</sup>Die Wirksamkeit der Vereinbarung bleibt hiervon unberührt.

## **Computergesteuerte Anästhesie**

22. Die computergesteuerte Anästhesie (zum Beispiel WAND/STA) erfüllt trotz modifizierter Handhabung die Leistungsinhalte der Nr. 0090 oder Nr. 0100 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte und ist je nach Lokalisation und Indikation originär nach den Nr. 0090 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für die Infiltrationsanästhesie (dazu zählen auch die intraligamentäre, intrakanaläre, intrapulpäre und intraossäre Anästhesie) oder Nr. 0100 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für die Leitungsanästhesie zu berechnen.

### **Berechnung „je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich“**

23. <sup>1</sup>Im Falle der Berechnungsweise einer Gebühr „je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich“ ist zu berücksichtigen, dass der Frontzahnbereich nur Anwendung findet, wenn die Leistung im Bereich von Eckzahn bis Eckzahn durchgeführt wird. <sup>2</sup>Geht der Bereich über den Eckzahn hinaus, so wird nach Kieferhälften (Quadranten) berechnet. <sup>3</sup>Eine Berechnungsweise je Frontzahnbereich und je Kieferhälfte ist nicht zulässig.

### **Berechnungsweise der Nr. 2030 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte**

24. Für die Nr. 2030 GOZ gilt: Wird in allen vier Kieferhälften präpariert und gefüllt und sind daneben jeweils besondere Maßnahmen erforderlich, kann die Nr. 2030 GOZ in einer Sitzung maximal achtmal berechnet werden (viermal im Oberkiefer, viermal im Unterkiefer).

### **Zugriff auf die Gebührenordnung für Ärzte für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen**

25. <sup>1</sup>Erbringen Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach der jeweils geltenden Fassung der Gebührenordnung für Zahnärzte zu berechnen. <sup>2</sup>Ein Wahlrecht zwischen Gebührenordnung für Ärzte und Gebührenordnung für Zahnärzte besteht insoweit nicht.

### **Nr. 5000 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte**

26. <sup>1</sup>Von der Nr. 5000 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte ist die Aufnahme eines Zahns, Implantats oder zahnlosen Kieferabschnitts je Projektion umfasst. <sup>2</sup>Die Abrechnungsbestimmung

nach der Nr. 5000 der Anlage der Gebührenordnung für Ärzte ist zu beachten.

### **Wurzelamputation**

27. <sup>1</sup>Die Entfernung einer oder mehrerer Wurzeln eines mehrwurzeligen Zahnes (Wurzelamputation) unter Belassung der klinischen oder prothetischen Krone stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. <sup>2</sup>Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. <sup>3</sup>Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten – je nach Aufwand – die Nrn. 3110, 3120 oder 3130 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für angemessen.

### **Table Tops**

28. <sup>1</sup>„Table Tops“ als langzeitprovisorische Maßnahme im indirekten Verfahren (laborgefertigt) stellen eine selbstständige Leistung dar und werden gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. <sup>2</sup>Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. <sup>3</sup>Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die Nr. 7080 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für angemessen. <sup>4</sup>Im Falle einer adhäsiven Befestigung ist die Nr. 2197 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte zusätzlich berechnungsfähig.
29. <sup>1</sup>„Table Tops“ als definitive Maßnahme sind als Oberbegriff für die Versorgung von verlorengegangenen Funktionsflächen als Folge einer Fehlfunktion der Okklusion und Artikulation zu verstehen. <sup>2</sup>Entsprechend des Defektes unterscheiden sich die Table Tops in ihrer Ausdehnung voneinander. <sup>3</sup>Dementsprechend richtet sich die analoge Berechnung einer Gebühr nach

der konkreten Ausdehnung der verlorengegangenen Funktionsflächen. <sup>4</sup>Vor der Versorgung mit Table Tops müssen alle notwendigen Schritte einer Funktionsdiagnostik oder -therapie durchgeführt worden sein (zum Beispiel Schienentherapie).

### **Teleskopbrücke**

30. Im Falle einer sattelfreien, rein parodontal abgestützten teleskopierenden Brücke – im Gegensatz zu einer Teleskopprothese – ist die Nr. 5210 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht zusätzlich zu den Nrn. 5040 und 5070 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnungsfähig.

### **Wiederherstellung/Wiederbefestigung einer definitiven Krone zum temporären Verbleib**

31. <sup>1</sup>Das Umarbeiten einer definitiven Krone oder Brücke zu einem Provisorium oder einer Wiederbefestigung oder Beidem der definitiven Krone oder Brücke zum provisorischen Verbleib sind in der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht beschrieben. <sup>2</sup>Die Leistung wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. <sup>3</sup>Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. <sup>4</sup>Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr – je nach Aufwand – die Nr. 2260, 2270 oder 5120 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte je Zahn oder je Brückenpfeiler für angemessen. <sup>5</sup>Das Wiedereingliedern dieses Provisoriums, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung, ist mit der Berechnung der Analoggebühr abgegolten.



## **NICO (Behandlung einer chronischen Kieferostitis als Störfeld)**

32. <sup>1</sup>Bei der Behandlung der sogenannten NICO (Neuralgia Inducing Cavitational Osteonecrosis), der fettig-degenerativen Osteolyse/Osteonekrose im Kieferknochen oder ähnlicher Diagnosen, handelt es sich um medizinische nicht notwendige Maßnahmen, da die Wirksamkeit durch wissenschaftlich medizinisch fundierte Studienuntersuchungen nicht belegt ist. <sup>2</sup>Darüber hinaus ist das vermeintliche Krankheitsbild der NICO weder nach ICD10 Schlüssel noch in den Verzeichnissen der WHO als Erkrankung gelistet. <sup>3</sup>Es besteht daher keine medizinische Notwendigkeit für die Durchführung der Diagnostik und der Behandlungen dieser Erkrankung, wie zum Beispiel Cavitat-Diagnostik, OroTox-Tests sowie die Entfernung eines chronischen NICO-Störfeldes. <sup>4</sup>Vor diesem Hintergrund kommt nur eine Berechnung gemäß § 2 Abs. 3 GOZ – nach umfassender und qualifizierter Aufklärung – in Betracht.

## **Elektronische Funktionsdiagnostik durch Zahntechniklabore**

33. <sup>1</sup>Nach § 1 des Zahnheilkundegesetzes (ZHG) ist die Ausübung der Zahnheilkunde approbierten Zahnärzten vorbehalten. <sup>2</sup>Nach § 1 Abs. 3 ZHG ist Ausübung der Zahnheilkunde die „berufsmäßige, auf zahnärztlich-wissenschaftliche Erkenntnisse gegründete Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten. <sup>3</sup>Als Krankheit ist jede von der Norm abweichende Erscheinung im Bereich der Zähne, des Mundes und der Kiefer anzusehen, einschließlich der Anomalien der Zahnstellung und des Fehlens von Zähnen.“ <sup>4</sup>Die „Feststellung und Behandlung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten“ (§ 1 Abs. 3 ZHG), also Diagnose und Therapie einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz sind dem Zahnarzt übertragen und diesem vorbehalten. <sup>5</sup>Eine Übertragung zahnärztlicher Leistun-

gen, das heißt insbesondere intraorales Scannen, das Eingliedern von Zahnersatz oder intraorale manipulative Tätigkeiten an Patient oder Zahntechnik und Ähnliches an Zahntechniker ist ein Verstoß gegen die Bestimmungen des Zahnheilkundengesetzes und nicht zulässig.

### **Teilleistungen bei Einlagefüllungen, Stiftaufbauten und Schienen**

41. <sup>1</sup>Teilleistungen bei der Anfertigung von Stiftaufbauten oder Einlagefüllungen (Kapitel C der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind gemäß den Leistungsinhalten und den Abrechnungsbestimmungen der Nrn. 2230 oder 2240 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte analog berechnungsfähig. <sup>2</sup>Die angefallenen Material- und Laborkosten sind ebenfalls berechnungsfähig. <sup>3</sup>Voraussetzung für die Anwendung dieses Beschlusses ist, dass es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen oder eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.
42. <sup>1</sup>Teilleistungen bei der Anfertigung von Schienen (Kapitel H der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte) sind gemäß dem Leistungsinhalt und der Abrechnungsbestimmung der Nr. 5240 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte analog berechnungsfähig. <sup>2</sup>Die angefallenen Material- und Laborkosten sind ebenfalls berechnungsfähig. <sup>3</sup>Voraussetzung für die Anwendung dieses Beschlusses ist, dass es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen oder eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.

## **Provisorische Stiftverankerung bereits vorhandener Kronen**

43. <sup>1</sup>Die provisorische Verankerung von bereits vorhandenen definitiven oder provisorischen Kronen auf frakturierten, aber erhaltungswürdigen Zähnen mit reversiblen Stiftaufbauten im Rahmen einer endodontischen Versorgung ist analog berechnungsfähig. <sup>2</sup>Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. <sup>3</sup>Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die Nr. 2270 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (Provisorium im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung) für angemessen.

## **Erneuerung einer Primärteleskopkrone**

44. <sup>1</sup>Die Erneuerung eines Primärteleskops im Rahmen der Reparatur einer teleskopverankerten Versorgung stellt eine selbstständige Leistung dar, die nicht in der Gebührenordnung für Zahnärzte beschrieben ist. <sup>2</sup>Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. <sup>3</sup>Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die Nr. 5000 und ggf. zusätzlich die Nr. 5090 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für angemessen. <sup>4</sup>Mit der Berechnung sind auch folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantates, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Krone, Nachkontrolle und Korrekturen.

## **Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation am Implantat**

45. <sup>1</sup>Eine subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation im Rahmen einer Periimplantitisbehandlung an einem Implantat stellt eine selbstständige Leistung dar, die nicht in der Gebührenordnung für Zahnärzte beschrieben ist. <sup>2</sup>Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. <sup>3</sup>Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die Nr. 4025 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für angemessen.

## **Adjuvante antimikrobielle Photodynamische Therapie (aPDT) im Rahmen einer Periimplantitis-Behandlung zusätzlich zum manuellen Debridement**

46. <sup>1</sup>Die Durchführung der adjuvanten aPDT (antimikrobielle Photodynamische Therapie) zusätzlich zum manuellen Debridement im Rahmen einer nichtchirurgischen Behandlung der Periimplantitis im Einklang mit der S3-Leitlinie „Die Behandlung periimplantärer Infektionen an Zahnimplantaten“ stellt eine selbstständige Leistung dar, die nicht in der Gebührenordnung für Zahnärzte beschrieben ist. <sup>2</sup>Die Berechnung der analogen Leistung gemäß Gebührenordnung für Zahnärzte ist neben der Leistung für die parodontalchirurgische Therapie am Implantat (Nr. 4070 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte) zulässig. <sup>3</sup>Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. <sup>4</sup>Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die Nr. 4110 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für angemessen.

## **Teilleistungen nach den Nrn. 5210 und 5220 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte**

48. Der PKV-Verband, die Beihilfeträger und die Bundeszahnärztekammer stimmen überein, dass die Regelungen der Nr. 5240 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht nur für die in der Leistungslegende genannten Nrn. 5200 und 5230 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte, sondern auch für die Nrn. 5210 und 5220 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte entsprechend Anwendung finden sollen.

### **Anwendung OP Mikroskop**

50. <sup>1</sup>Die operationsmikroskopische Untersuchung zur Feststellung intrakoronaler oder intrakanalärer pathologischer Veränderungen eines Zahnes ist nur berechnungsfähig als alleinige endodontologische Leistung oder neben der Trepanation nach Nr. 2390 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte. <sup>2</sup>Weitere endodontologische Leistungen sind sitzungsgleich nicht berechnungsfähig. <sup>3</sup>Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. <sup>4</sup>Da eine analoge Berechnung von Zuschlägen nicht in Betracht kommt, halten der PKV-Verband und die Beihilfeträger unter Berücksichtigung der Bewertung der einschlägigen Zuschlagsposition nach der Nr. 0110 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte die analoge Berechnung der Nr. 2290 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (höchstens zum 2,3fachen Faktor) für angemessen.
- <sup>5</sup>In den Fällen, in denen trotz der oben genannten Veränderungen des Wurzelkanalsystems in gleicher Sitzung eine Wurzelkanalbehandlung durchgeführt wird, ist die Anwendung des OP-Mikroskops in dieser Sitzung mit der Berechnung der Nr. 0110 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte (als

Zuschlagsleistung zu den Nrn. 2360, 2410 und 2440 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte) abgegolten und darf nicht zusätzlich analog berechnet werden.

### **Protokollnotiz 18. November 2022:**

Beschluss Nr. 50 hebt Beschluss Nr. 1 für den in Beschluss Nr. 50 genannten Anwendungsfall auf.

### **Wiederherstellung der Funktion eines direkten Provisoriums**

51. <sup>1</sup>Die Wiederherstellung der Funktion eines direkten Provisoriums mit Abformung ist in der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht beschrieben und ist daher gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnen. <sup>2</sup>Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. <sup>3</sup>Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die Nr. 2270 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für angemessen. <sup>4</sup>Die Abformung ist mit der Analoggebühr abgegolten. <sup>5</sup>Das Abformmaterial ist zusätzlich berechnungsfähig. <sup>6</sup>Die Abrechnungsbestimmungen nach Nr. 2270 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte sind anzuwenden.

### **Nr. 0090 neben Nr. 0100 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte**

52. Die Infiltrationsanästhesie nach der Nr. 0090 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte ist bei Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit zahn-/regionsgleich neben der Leitungsanästhesie nach der Nr. 0100 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnungsfähig.

## **Auswertung digitaler Situationsmodelle**

53. <sup>1</sup>Die kieferorthopädische Analyse eines digitalen Situationsmodellpaares (dreidimensionale, graphische oder metrische Analysen, Diagramme), das nach optisch-elektronischer Abformung einschließlich einfacher Bissregistrierung zur Diagnose oder Planung vorliegt, stellt eine selbstständige Leistung dar und wird gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog berechnet. <sup>2</sup>Aus grundsätzlichen Erwägungen empfiehlt die Bundeszahnärztekammer keine konkrete Analoggebühr. <sup>3</sup>Der PKV-Verband und die Beihilfeträger halten als Analoggebühr die Nr. 6010 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für angemessen.

### **Die PAR-Behandlungsstrecke in der Gebührenordnung für Zahnärzte basierend auf der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie**

#### **Die Erhebung eines Gingivalindex oder eines Parodontalindex oder beides (zum Beispiel des Parodontalen Screening-Index PSI) im Rahmen einer Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT)**

54. <sup>1</sup>Die Erhebung mindestens eines Gingivalindex oder eines Parodontalindex oder beides (zum Beispiel des Parodontalen Screening-Index PSI) im Rahmen einer Unterstützenden Parodontitistherapie (UPT) – im Einklang mit der Empfehlung aus der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ zur Häufigkeit der Durchführung der Unterstützenden Parodontitistherapie – mehr als zweimal im Jahr ist in der Gebührenordnung für Zahnärzte nicht beschrieben. <sup>2</sup>Die Bundeszahnärztekammer, der PKV-Verband und die Beihilfeträger sehen die Nr. 4005 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte zusätzlich zur originären Leistung bis zu in der Regel zweimal analog innerhalb eines Jahres als berechnungsfähig an.

## **Die subgingivale Instrumentierung (AIT) in der zweiten Therapiestufe**

55. <sup>1</sup>Die subgingivale Instrumentierung in der zweiten Therapiestufe gemäß der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie e. V. (DG Paro) und der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde e. V. (DGZMK) ist aufgrund der darin nicht enthaltenen Weichgewebeskürettage nicht in der Gebührenordnung für Zahnärzte beschrieben. <sup>2</sup>Die Bundeszahnärztekammer, der PKV-Verband und die Beihilfeträger empfehlen als Analoggebühren für die subgingivale Instrumentierung am einwurzeligen Zahn die Nr. 3010a der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte und am mehrwurzeligen Zahn die Nr. 4138a der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte. <sup>3</sup>Um Erstattungsschwierigkeiten vorzubeugen ist verpflichtend auf der Rechnung anzugeben: „GOZ-Nr. 3010a“ bzw. „4138a“ mit der Beschreibung „Subgingivale Instrumentierung – PAR (AIT)“. <sup>4</sup>Die Nrn. 4070 bzw. 4075 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte sind daneben nicht berechnungsfähig. <sup>5</sup>Die Entfernung der gingivalen/supragingivalen weichen und harten Beläge ist originär nach der Gebührenordnung für Zahnärzte zu berechnen.

## **Lokalisierte subgingivale Instrumentierung bei Resttaschen in der Unterstützenden Parodontistherapie (UPT)**

56. <sup>1</sup>Die subgingivale Instrumentierung bei Resttaschen im Rahmen einer Unterstützenden Parodontistherapie (UPT) gemäß der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ der DG Paro und DGZMK ist eine selbstständige, nicht in der Gebührenordnung für Zahnärzte beschriebene Leistung. <sup>2</sup>Die Leistung ist gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnen. <sup>3</sup>Die



Bundeszahnärztekammer, der PKV-Verband und die Beihilfeträger empfehlen als Analoggebühr die Nr. 0090a der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für den einwurzeligen Zahn und die Nr. 2197a der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte für den mehrwurzeligen Zahn. <sup>4</sup>Um Erstattungsschwierigkeiten vorzubeugen ist verpflichtend auf der Rechnung anzugeben: GOZ-Nr. „0090a“ bzw. „2197a“ mit der Beschreibung „Subgingivale Instrumentierung – UPT“. <sup>5</sup>Die Nrn. 4070 bzw. 4075 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte sind daneben nicht berechnungsfähig. <sup>6</sup>Die Entfernung der gingivalen/supragingivalen weichen und harten Beläge ist originär nach der Gebührenordnung für Zahnärzte zu berechnen.

### **Parodontale Diagnostik einschließlich Staging und Grading des Parodontitisfalles und Dokumentation auf Formblatt**

57. <sup>1</sup>Die Parodontale Diagnostik einschließlich Staging und Grading gemäß der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ der DG Paro und der DGZMK ist analog berechnungsfähig. <sup>2</sup>Die Ergebnisse sind auf einem wissenschaftlich anerkannten Formblatt vollständig zu dokumentieren. <sup>3</sup>Dieses Formblatt ist dem Zahlungspflichtigen auf dessen Verlangen zu überreichen. <sup>4</sup>Die Bundeszahnärztekammer, der PKV-Verband und die Beihilfeträger empfehlen für die parodontale Diagnostik einschließlich Staging und Grading und Dokumentation als Analoggebühr die Nr. 8000 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte. <sup>5</sup>Die Leistung ist einmal je Parodontitis-Behandlungsstrecke berechnungsfähig. <sup>6</sup>Um Erstattungsschwierigkeiten vorzubeugen ist verpflichtend auf der Rechnung anzugeben: GOZ-Nr. „8000a“ mit der Beschreibung „PAR-Diagnostik, Staging/Grading, Dokumentation“. <sup>7</sup>Die Nr. 4000 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte ist daneben nicht berechnungsfähig. <sup>8</sup>Die Ausfertigung des Formblattes für den Zah-

lungspflichtigen kann nach Auffassung der Bundeszahnärztekammer, des PKV-Verbandes und der Beihilfeträger mit der Nr. 4030 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte analog berechnet werden. <sup>9</sup>Um Erstattungsschwierigkeiten vorzubeugen ist verpflichtend auf der Rechnung anzugeben: GOZ-Nr. „4030a“ mit der Beschreibung „Ausfertigung PAR-Formblatt“.

### **Qualifiziertes parodontologisches Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG) zum personalisierten Behandlungsplan**

58. <sup>1</sup>Das qualifizierte parodontologische Aufklärungs- und Therapiegespräch zum personalisierten Behandlungsplan in der ersten Therapiestufe gemäß der S3-Leitlinie „Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III“ der DG Paro und der DGZMK ist analog berechnungsfähig. <sup>2</sup>Die Leistung umfasst die Aufklärung über:

- Diagnose,
- Gründe der Erkrankung,
- Risikofaktoren,
- Therapiealternativen,
- zu erwartende Vor- und Nachteile der Behandlung,
- die Option, die Behandlung nicht durchzuführen

sowie die Erläuterung des personalisierten Therapieplanes einschließlich notwendiger Verhaltensänderungen und allgemeinmedizinischer Wechselwirkungen. <sup>3</sup>Die Bundeszahnärztekammer, der PKV-Verband und die Beihilfeträger empfehlen als Analoggebühr die Nr. 2110 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte. <sup>4</sup>Die Leistung ist einmal je Parodontitis-Behandlungsstrecke berechnungsfähig. <sup>5</sup>Um Erstattungsschwierigkeiten vorzubeugen ist verpflichtend auf der Rechnung anzugeben: GOZ-Nr. „2110a“ mit der Beschreibung „Parodontologisches

Aufklärungs- und Therapiegespräch (ATG)“. <sup>6</sup>Andere Gesprächs- und Beratungsleistungen sind daneben nicht berechnungsfähig.

### **Befundevaluation (BEV)**

59. <sup>1</sup>Die parodontologische Reevaluation ist nach medizinischer Notwendigkeit je nach Schweregrad bis zu dreimal innerhalb eines Jahres berechnungsfähig. <sup>2</sup>Sie umfasst die erneute Dokumentation des klinischen Befunds, einschließlich der Bestimmung der Sondierungstiefen und Sondierungsblutung, der Zahnlockerung, des Furkationsbefalls, des röntgenologischen Knochenabbaus sowie die Angabe des Knochenabbaus in Relation zum Patientenalter (Prozent/Alter). <sup>3</sup>Die individuelle Reaktion auf die zweite bzw. dritte Therapiestufe und die Unterstützende Parodontitistherapie (UPT) wird bestimmt, indem die erhobenen Befunddaten mit den Daten der Eingangsdiagnostik bzw. der vorangegangenen Befundevaluation (BEV) verglichen werden. <sup>4</sup>Die Leistung enthält auch die Aufklärung des Patienten über die Maßnahmen der UPT und über die weiteren geplanten Interventionen. <sup>5</sup>Die Bundeszahnärztekammer, der PKV-Verband und die Beihilfeträger empfehlen als Analoggebühr die Nr. 5070 der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte. <sup>6</sup>Um Erstattungsschwierigkeiten vorzubeugen ist verpflichtend auf der Rechnung anzugeben: GOZ-Nr. „5070a“ mit der Beschreibung „Befundevaluation – PAR“. <sup>7</sup>Die Nrn. 4000, 4005(a) der Anlage 1 der Gebührenordnung für Zahnärzte und weitere Gesprächs- und Beratungsleistungen sind daneben nicht berechnungsfähig.