



Deutsche Gesellschaft  
für Implantologie im  
Zahn-, Mund- und  
Kieferbereich e. V.



Deutsche Gesellschaft  
für zahnärztliche  
Implantologie e. V.



Deutsche Gesellschaft  
für Mund-, Kiefer-  
und Gesichtschirurgie e. V.



Berufsverband  
Deutscher  
Oralchirurgen e. V.

## Gemeinsame Erklärung zur gebührenrechtlichen Bewertung neuerer Verfahren in der Implantologie

Die Deutsche Gesellschaft für Implantologie im Zahn-, Mund-, und Kieferbereich e. V.,  
die Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Implantologie e. V.,  
die Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e. V.,  
und der Berufsverband Deutscher Oralchirurgen e. V.,

haben eine gemeinsame Empfehlung zur gebührenrechtlichen Bewertung neuerer Verfahren im Bereich der rekonstruktiven Periimplantatchirurgie auf Grundlage des § 6 Absatz 2 GOZ 88 erarbeitet, die regelmäßig überprüft und ggf. aktualisiert werden soll.

### Präambel:

Chirurgische Techniken zur Verbesserung defizitärer Implantatlagerverhältnisse sind in der amtlichen GOZ 88 nicht abgebildet, da zur damaligen Zeit Defizite des knöchernen Implantatlagers und der Weichteile als relative, wenn nicht gar absolute Kontraindikationen angesehen wurden. Eine Implantatinsertion schien hierbei mit unverhältnismäßig hohem Risiko verbunden.

In den folgenden Jahren setzte eine intensive Entwicklung ein, die mit Hilfe von augmentativen Techniken eine quantitative und/oder qualitative Kompensation von defizitären Implantatlagerverhältnissen ermöglichte. Eine nachfolgende Insertion von enossalen Implantaten kann bei erfolgreicher chirurgischer Kompensationstechnik ohne signifikant erhöhtes Risiko für deren Verweildauer realisiert werden. Die wissenschaftliche Basis für diese Entwicklung gründet in mehreren Bereichen:

- Neue Erkenntnisse über die pathologisch anatomische Dynamik der Involution alveolärer Strukturen nach Zahnverlust.
- Neue Erkenntnisse über die Entstehung der Defektmorphologie und deren Regenerationsmöglichkeiten bei parodontalen Erkrankungen.
- Neue Erkenntnisse der rekonstruktiven Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie.
- Neue Forschungsergebnisse bei der Entwicklung und Nutzung von gewebeintegrierten Biomaterialien, humoralen Wachstumsfaktoren, zahnärztlich prothetischen Werkstoffen und Hilfsmitteln.

Die Problematik bei der zahnärztlichen Rechnungslegung neuerer Verfahren liegt bekanntermaßen darin, dass die zu einem bestimmten Zeitpunkt erlassene zahnärztlich/ärztliche Gebührenordnung eine notwendig zeitpunktbezogene und damit statische Abbildung der (zahn)ärztlichen Tätigkeit darstellt.

(Zahn)ärztliches Handeln unterliegt, gestützt auf die sich weiter entwickelnden wissenschaftlichen Empfehlungen zu speziellen medizinischen Prozeduren, einer erheblichen Dynamik. Die Halbwertszeit gesicherten (zahn)medizinischen Wissens liegt mittlerweile deutlich unter fünf Jahren.

Die Gebührenordnungen der Zahnärzte und Ärzte enthalten jeweils im allgemeinen Teil Regelungen wie neue Verfahren in einer Liquidation angemessen bewertet und berechnet werden können. So lautet der diesbezügliche Verordnungstext der derzeit gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte

(§ 6 Abs. 2 GOZ):

Selbständige zahnärztliche Leistungen, die erst nach Inkrafttreten dieser Gebührenordnung auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt werden, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet werden.

Bezogen sich implantologische Versorgungskonzepte zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Gebührenordnung am 01.01.1988 vorwiegend auf den Bereich der Spätversorgung zahnloser Kieferabschnitte, so hat sich bis heute ein Paradigmenwechsel vollzogen. Eine möglichst frühzeitige implantologische Versorgung verhindert die Gewebeinvolution nach Zahnverlust langfristig. Patienten im mittleren Lebensabschnitt hingegen profitieren von den neueren Techniken der Rekonstruktion defizitärer Gewebeverhältnisse in zahnlosen Kieferabschnitten mit nachfolgender Implantatinsertion. Eine solche Rekonstruktion bietet ebenfalls langfristige morphologische, funktionelle und ästhetische Vorteile. Konventionelle Teilprothetik als Alternative kann im Bereich von Schattlücken und Freisituationen eine weiter fortschreitende Geweberückbildung nicht verhindern. Nicht zuletzt hierdurch ist die Nachfrage nach frühzeitigen Versorgungskonzepten und rekonstruktiven präimplantologischen Behandlungen in Verbindung mit implantatgetragenen prothetischen Versorgungen deutlich angestiegen. Diese Entwicklung macht heute vielfach kompensationschirurgische augmentative Eingriffe erforderlich.

Die prophylaktisch-gewebeprotektiven und rekonstruktiv-augmentativen Verfahren sind immer implantatspezifisch gekoppelt und gelangen in der Regel verbunden mit deren Besonderheiten zur Anwendung. Sie sind überwiegend nach Inkrafttreten der GOZ am 01.01.1988 zur Anwendungsreife in der Praxis entwickelt worden und deshalb meistens nach der analogen Bewertung gem. § 6 Abs. 2 GOZ abzurechnen, auch wenn in anderen Bereichen der Medizin/Zahnmedizin ähnliche Verfahren existieren. Die Modifikationen bekannter Prozeduren aus der Medizin für das Einsatzgebiet der Implantologie führen meist zu differenter neuartigen Prozeduren. **Die Entscheidung darüber, ob eine Methode modifiziert zur Anwendung gelangt und analog bewertet wird oder ob diese durch die Gebührenordnungen vollständig abgebildet werden und direkt zur Abrechnung von Leistungen dienen, wird der behandelnde Zahnarzt/Arzt individuell entscheiden.**

#### Allgemeine vorbereitende Maßnahmen:

- Augmentative Verfahren in Verbindung mit implantologischen Behandlungskonzepten sollen erst nach Abschluss konservierender, chirurgischer und parodontologischer Sanierung erfolgen. Zusätzlich empfiehlt sich die Erhebung eines klinischen Funktionsstatus und ggf. eine entsprechende Vorbehandlung.
- Arbiträr einartikulierte Modelle des Ober- und Unterkiefers, Wax-up oder Set-up der fehlenden Kaueinheiten, sowie modellmäßiges Erfassen von Gewebedefiziten sind bedeutsame Planungsunterlagen.
- Weitergehende funktionsanalytische Maßnahmen sollten bei funktionell bedeutsamen Rekonstruktionen eingesetzt werden.
- In der Regel sind Panoramaschichtaufnahmen des Ober- und Unterkiefers mit Messkugeln sowie Einzelzahnrontgenbilder und/oder Spezialprojektionen verschiedener Gebiete zur Befunderhebung und Planung erforderlich.
- Bei der Sanierung komplexer Fälle ist eine bildgebende 3D-Diagnostik über eine digitale Volumetomographie (DVT) aus dem Bereich der zahnärztlichen Radiologie respektive eine digitale Spiraltomographie (CT) oder vergleichbar aussagekräftige Verfahren hilfreich und ggf. geboten.
- Ein diagnostisches Set-up in Verbindung mit – ggf. dreidimensionalen – Röntgenanalysen dient u. A. auch der Herstellung von Bohrschablonen als Navigationshilfe.

#### Zuordnungssystematik neuerer medizinischer Prozeduren zum Erhalt und/oder zur Verbesserung des Implantatlagers.

Resorptionsklassen (RKL), wie sie von *Atwood*<sup>1</sup> (1963) für den Unterkiefer und *Fallschüssel*<sup>2</sup> (1986) für den Oberkie-

fer beschrieben wurden, eignen sich für die Zuordnung kompensationschirurgischer Techniken zum pathologisch anatomischen Befund des Einzelfalles. Die Involution der beteiligten Gewebe nach Zahnverlust im Bereich des Ober- und Unterkiefers folgt einem zeitlichen Ablauf, wenn nicht weitere pathologische Prozesse zu berücksichtigen sind.

#### Prophylaktisch-gewebeprotektive und rekonstruktiv-augmentative Verfahren in der Implantologie unter Berücksichtigung der Resorptionsklassen (RKL) 0 – 5 nach *Fallschüssel* für den Oberkiefer und 1 – 6 nach *Atwood* für den Unterkiefer:

RKL 0 nach *Fallschüssel* Oberkiefer Front- und Seitenzahnbereich, RKL 2 nach *Atwood* Unterkiefer

Bei diesen Resorptionsklassen besteht heute in den zahnmedizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften eine Indikation für die Sofortimplantation wie die verzögerte Sofortimplantation, auch in Verbindung mit Sofortversorgungskonzepten, die prophylaktisch-gewebeprotektive Verfahren darstellen und der Stützung der beteiligten Gewebe dienen. Ggf. ist eine Kombination mit „non additiven“ und/oder „additiven“ chirurgischen Techniken zur Kompensation vorhandener Hart- und/oder Weichgewebdefizite erforderlich. Individuelle Abutments und Langzeitprovisorien dienen in dieser Phase speziell dem Erhalt der Papillen.

RKL 1 nach *Fallschüssel* Oberkiefer Front- und Seitenzahnbereich, RKL 2 – 3 nach *Atwood* im Unterkiefer

In diesen Resorptionsklassen dominieren Knochenqualitätsverluste durch innere Resorptionsprozesse. Eine Kompensation, vor allem im Oberkiefer, kann durch „non additive“ Verfahren der Knochenkondensationen erfolgen. Bei zusätzlichen horizontalen und/oder vertikalen Defiziten werden ebenfalls „additive“ chirurgische Maßnahmen erforderlich, ggf. auch durch additives Einbringen von alloplastischem Material und/oder autologem Knochen. Diese Indikation ist heute in den zahnmedizinisch-wissenschaftlichen Fachkreisen ebenfalls anerkannt.

RKL 2 – 3 nach *Fallschüssel* Oberkieferfrontzahnbereich, RKL 3 – 4 nach *Atwood* Unterkiefer

In diesen Resorptionsklassen dominiert das Bild eines fortgeschrittenen horizontalen Gewebedefizits. Kompensierend werden „non additive“ chirurgische Techniken wie Bone-Spreading/-Splitting in Verbindung mit Bone-Condensing und/oder „additive“ chirurgische Verfahren eingesetzt, ggf. in Verbindung mit Osteosynthesetechniken und Weichgewebsmanagement. Diese Indikation ist heute gleichfalls anerkannt.

1-2 Aus Literatur: Enossale Implantate in der oralen Implantologie.  
Autor: G. Watzek, Quintessenz Verlag, Berlin 1993.

#### RKL 2 nach *Fallschüssel* Oberkieferseitenzahnbereich

In dieser Resorptionsklasse dominiert oft schon ein vertikales knöchernes Defizit durch Kaudalentwicklung der Kieferhöhle. Kompensierend werden „non additive“ chirurgische Verfahren (interner Sinuslift, Bone-Condensing, Bone-Spreading/-Splitting) und/oder „additive“ chirurgische Techniken eingesetzt (externer Sinuslift). Auch diese Indikationsklasse ist heute anerkannt.

#### RKL 3 nach *Fallschüssel* Oberkieferfrontzahnbereich, RKL 4 nach *Atwood* Unterkiefer

Diese Resorptionsklassen zeichnen sich durch die Ausprägung eines Spitzkammkiefers aus (Knife-Edge-Profil). Überwiegend werden hierbei „additiv“ chirurgische Verfahren in Verbindung mit Osteosynthesetechniken eingesetzt sowie Verfahren zum Weichgewebsmanagement, um das extreme horizontale Defizit zu kompensieren. Ein „non additives“ Verfahren zur Kompensation des Spitzkammkiefers wäre die Spitzkammumkehrplastik. Bei simultaner Implantatinsertion können weitere „non additive“ Techniken notwendig werden (Bone-Condensing, Bone-Spreading/-Splitting).

#### RKL 3 nach *Fallschüssel* Oberkieferseitenzahnbereich

Kompensierende Techniken für diese Resorptionsklasse sind die verschiedenen Verfahren zur externen Sinusbodenelevation als „additiv“ chirurgische Techniken, ggf. in Verbindung mit Osteosynthese und Weichgewebsmanagement. „Non additive“ Verfahren wie Bone-Condensing, Bone-Spreading/-Splitting oder die Distraktionsosteogenese können ebenfalls notwendig werden. Bei simultaner Implantatinsertion können Fixationsmaßnahmen für die Implantate notwendig werden.

#### RKL 4 nach *Fallschüssel* Oberkieferfrontzahnbereich und RKL 5 nach *Atwood* Unterkiefer

Techniken, die vertikale Defizite dieser Resorptionsklassen zu kompensieren, existieren als „non additive“ Verfahren (Distraktionsosteogenese, Nervverlagerung) und/oder „additive“ Verfahren wie vertikale Auflagerungsplastiken in Verbindung mit Osteosyntheseverfahren und Weichgewebsmanagement.

#### RKL 4 und RKL 5 nach *Fallschüssel* im Oberkieferzahnbereich

Die extremen Resorptionszustände dieser Resorptionsklassen werden in der Regel über „additive“ Verfahren kompensiert (externer Sinuslift, crestale vertikale Auflagerungsplastiken) in Verbindung mit Osteosynthesetechniken und Weichgewebsmanagement.

#### RKL 5 nach *Fallschüssel* Oberkieferfrontzahnbereich und RKL 6 nach *Atwood* Unterkiefer

„Additive“ chirurgische Kompensationstechniken in Verbindung mit Osteosynthesen, auch in Verbindung mit „non

additiven“ Techniken (Nervverlagerung) und Weichgewebsmanagement.

Die Empfehlungen orientieren sich an o. g. medizinisch relevanter Systematik von Resorptionsklassen zahnloser Kieferabschnitte. Es existieren chirurgische Techniken zur Kompensation von Defiziten im knöchernen skelettalen Bereich und im Bereich der Weichgewebe. Die Verfahren können in „non additive“ (das vorhandene Knochen- bzw. Weichgewebsangebot wird nicht vermehrt) und „additive“ (das vorhandene Knochen- und Weichgewebsangebot wird vermehrt/ergänzt) Verfahren unterschieden werden.

### **Derzeitige Techniken zur Kompensation von qualitativen oder quantitativen Defiziten – Knochen/Weichgewebe**

„Non additive“ Verfahren:

Im knöchernen Lager:

- Bone-Condensing<sup>1</sup>
- Bone-Spreading/-Splitting
- Interner Sinuslift<sup>2</sup>
- Distraktionsosteogenese
- Nervverlagerung

Im Weichgewebe:

- Diverse Verschiebelappentechniken

„Additive“ Verfahren:

Im knöchernen Lager:

- Defektfüllungen nach Extraktionen/Osteotomien/Bone-Splitting/Segmentosteotomien
- Horizontale Auflagerungsplastiken
- Vertikale Auflagerungsplastiken crestal
- Externe Sinusbodenelevation mit Auffüllung des artifizialen Raumes
- Stabilisierende Membrantechniken

Im Weichgewebe:

- Freie Bindegewebstransplantate
- Freie Schleimhauttransplantate

Bei „additiven“ Techniken kommen z. B. zur Verwendung:

Im knöchernen Lager:

- Granuläre Augmentate (autologe Knochenspäne und/oder alloplastische Präparate natürlichen oder synthetischen Ursprungs)
- Blockpräparate (autologe Knochenblöcke intra- und extraoralen Ursprungs, konservierter homologer Knochen, alloplastische Blockmaterialien natürlichen oder synthetischen Ursprungs)

Im Weichgewebe:

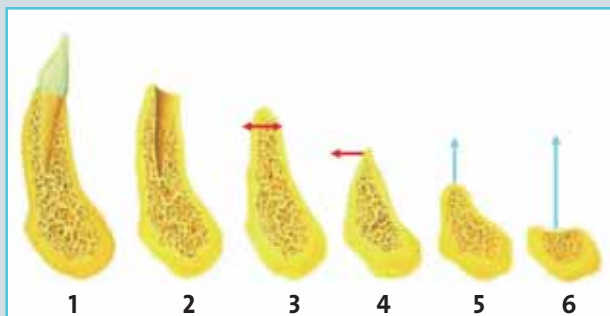
- Autologe Bindegewebstransplantate
- Knorpeltransplantate
- Schleimhauttransplantate

<sup>1</sup> Die Knochenkondensation ist eine Sonderform des Bone-Spreading. Hierbei findet lediglich eine „interne Knochenspreizung“ mit vorwiegend horizontaler Komponente statt. Eine merkliche Volumenänderung der knöchernen Region erfolgt nicht.

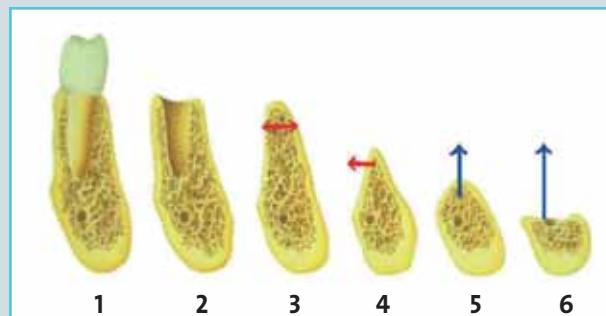
<sup>2</sup> Der interne Sinuslift ist eine Sonderform des Bone-Spreading. Hierbei findet eine vertikale Knochenspreizung statt zur Elevation des Kieferhöhlenbodens. Das regionale Knochenvolumen wird extendiert.

### Grafische Darstellungen nach Atwood und Fallschüssel

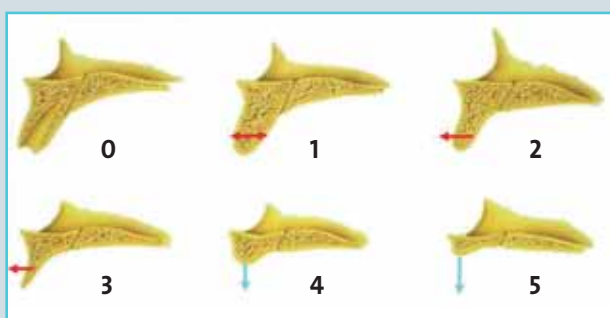
Aus Literatur: Enossale Implantate in der oralen Implantologie. Autor: G. Watzek, Quintessenz Verlag, Berlin 1993.



RKL 1 – 6 UK Front nach Atwood.



RKL 1 – 6 UK Seitenzahn nach Atwood.



RKL 0 – 5 OK Front nach Fallschüssel.



RKL 0 – 5 OK Seitenzahn nach Fallschüssel.

**„Non additive“ und „additive“ Verfahren müssen ggf. kombiniert eingesetzt werden, auch in Verbindung mit Membrantechniken und/oder Osteosyntheseverfahren.**

Die nachfolgend empfohlenen Gebührenziffern zur Analogbewertung neuerer Verfahren in der Implantologie können den unterschiedlichen Resorptionsklassen im individuellen

Falle zugeordnet werden. Diese Zuordnung muss vom behandelnden Zahnarzt/Arzt vorgenommen werden, der auf Grund der vorliegenden Defektmorphologie und des geplanten prothetischen Konzeptes die entsprechenden Verfahren zur Kompensation der Gewebedefizite plant und durchführt. Resorptionsklassen sind charakteristische Zustände eines dynamisch ablaufenden Prozesses, Zwischenstadien können vorliegen.

### Bewertungsempfehlungen zur Periimplantatchirurgie

#### Qualitative Gewebedefizite: – Knochen

##### Knochen:

„Non additive“ Verfahren zur Kompensation mangelnder Knochendichte

Knochenkondensation	GOÄ 2250 analog „Keilförmige oder lineare Osteotomie“
---------------------	---

„Additive“ Verfahren zur Kompensation mangelnder Knochendichte

lokal alloplastisch	GOZ 411 analog „Auffüllen parodontaler Knochendefekte mit autologem oder alloplastischem Material, je Zahn“
---------------------	---

größerer Umfang alloplastisch	GOÄ 2442 analog „Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbständige Leistung“
-------------------------------	---

##### und/oder

autologer Knochen Entnahme	GOÄ 2253 „Knochenspanentnahme“
-------------------------------	--------------------------------

Implantation	GOÄ 2254 „Implantation von Knochen“
--------------	-------------------------------------

in Verbindung mit Membran zusätzlich

geringerer Aufwand oder lokal	GOZ 413 analog „Chirurgische Maßnahmen zur Verbreiterung der unverschieblichen Gingiva und/oder zur Vertiefung des Mundvorhofes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich.“ (Mehrfachlagen und Setzen von Nägeln über Steigerungsfaktor, Nägel und Membran sind gesondert abrechenbar)
-------------------------------	---

größerer Aufwand oder regional	GOÄ 2442 analog „Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbständige Leistung“
--------------------------------	---

#### Horizontale Gewebedefizite: – Knochen – Weichgewebe

##### Knochen:

„Non additive“ Verfahren zur Kompensation horizontaler knöcherner Gewebedefizite

Bone-Spreading/-Splitting lokal, bei einem Ausmaß bis zu zwei Zähnen	GOÄ 2250 analog „Keilförmige oder lineare Osteotomie“
---	---

regional, bei einem Ausmaß von mehr als zwei Zähnen	2 x GOÄ 2250 analog „Keilförmige oder lineare Osteotomie“
---	---

als zwei Zähnen mit Lagerbildung zusätzlich	GOÄ 2730 analog „Operative Maßnahmen zur Lagerbildung beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich“
---	--

##### oder

Lagerbildung größeren Umfangs	GOÄ 2732 analog „Operation zur Lagerbildung für Knochen oder Knorpel bei ausgedehnten Kieferdefekten“
-------------------------------	---

##### Knochen:

„Additive“ Verfahren zur Kompensation horizontaler knöcherner Gewebedefizite

Spaltfüllung beim Bonesplitting ohne Membran/Nagelfixation

lokal	GOZ 411 analog „Auffüllen parodontaler Knochendefekte mit autologem oder alloplastischem Material, je Zahn“
-------	---

regional	GOÄ 2442 analog „Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbständige Leistung“
----------	---

in Verbindung mit Membran zusätzlich

geringerer Aufwand oder lokal	GOZ 413 analog „Chirurgische Maßnahmen zur Verbreiterung der unverschieblichen Gingiva und/oder zur Vertiefung des Mundvorhofes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich.“ (Mehrfachlagen und Setzen von Nägeln über Steigerungsfaktor, Nägel, Membran gesondert)
-------------------------------	---

größerer Aufwand oder regional	GOÄ 2442 analog „Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbständige Leistung“
--------------------------------	---

Horizontale Anlagerungsplastik

• mit Bankknochenblock	GOÄ 2254 „Implantation von Knochen“
------------------------	-------------------------------------

• mit autologem Knochenblock	GOÄ 2255 „Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen“
------------------------------	---



in Verbindung mit Osteosynthesemaßnahmen zusätzlich	GOÄ 2348 „Nagelung und/oder Drahtung eines kleinen Röhrenknochens“
oder bei größerem Aufwand	GOÄ 2355 analog „Operative Stabilisierung einer Pseudoarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs“
in Verbindung mit alloplastischem Material	
zusätzlich lokal	GOZ 411 analog „Auffüllen parodontaler Knochendefekte mit autologem oder alloplastischem Material, je Zahn“
zusätzlich regional	GOÄ 2442 analog „Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbstständige Leistung“
in Verbindung mit Membran zusätzlich	
geringerer Aufwand oder lokal	GOZ 413 analog „Chirurgische Maßnahmen zur Verbreiterung der unverschieblichen Gingiva und/oder zur Vertiefung des Mundvorhofes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich.“ (Mehrfachlagen und Setzen von Nägeln über Steigerungsfaktor, Nägel, Membran gesondert)
größerer Aufwand oder regional	GOÄ 2442 analog „Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbstständige Leistung“
Lagerbildung	GOÄ 2730 analog „Operative Maßnahmen zur Lagerbildung beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich“
oder Lagerbildung größeren Umfangs	GOÄ 2732 analog „Operation zur Lagerbildung für Knochen oder Knorpel bei ausgedehnten Kieferdefekten“
<b>oder</b>	
autologe Knochenspäne Entnahme	GOÄ 2253 „Knochenspanentnahme“
Implantation	GOÄ 2254 „Implantation von Knochen“
in Verbindung mit Membran zusätzlich	
geringerer Aufwand oder lokal	GOZ 413 „Chirurgische Maßnahmen zur Verbreiterung der unverschieblichen Gingiva und/oder zur Vertiefung des Mundvorhofes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich.“ (Mehrfachlagen und Setzen von Nägeln über Steigerungsfaktor, Nägel und Membran gesondert)
größerer Aufwand oder regional	GOÄ 2442 analog „Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbstständige Leistung“
in Verbindung mit alloplastischem Material	
zusätzlich lokal	GOZ 411 analog „Auffüllen parodontaler Knochendefekte mit autologem oder alloplastischem Material, je Zahn“
zusätzlich regional	GOÄ 2442 analog „Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbstständige Leistung“
Lagerbildung	GOÄ 2730 analog „Operative Maßnahmen zur Lagerbildung beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich“
oder Lagerbildung größeren Umfangs	GOÄ 2732 analog „Operation zur Lagerbildung für Knochen oder Knorpel bei ausgedehnten Kieferdefekten“
<b>Weichgewebe:</b>	
„Non additive“ Verfahren zur horizontalen Kompensation von dünnem und/oder wenig fixiertem Weichgewebe	
Verschiebelappentechniken	GOÄ 2675 „Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuberplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich“
<b>oder</b>	
bei größerem Umfang (z. B. VIP-Lappen)	GOÄ 2676 analog „Totale Mundboden- oder Vestibulumplastik zur Formung des Prothesenlagers mit partieller Ablösung der Mundbodenmuskulatur, je Kiefer“
auch in Verbindung mit	
• Vestibulumplastik	GOÄ 2675 „Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuberplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich“
• submuköser Vestibulumplastik	GOÄ 2677 „Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbstständige Leistung“
• und Mundbodenplastik zusätzlich	GOÄ 2676 „Totale Mundboden- oder Vestibulumplastik zur Formung des Prothesenlagers mit partieller Ablösung der Mundbodenmuskulatur, je Kiefer“

**Weichgewebe:**

„Additive“ Verfahren zur Kompensation von dünnem und/oder wenig fixiertem Weichgewebe

einfache Plastik	GOÄ 2381 analog „Einfache Hautlappenplastik“
schwierige Plastik	GOÄ 2382 analog „Schwierige Hautlappen-plastik oder Spalthaut-transplantation“
freies Schleimhauttransplantat	GOÄ 2386 „Schleimhauttransplantation – einschließlich operativer Unterminierung der Entnahmestelle und plastischer Deckung“
freies Bindegewebestransplantat	GOÄ 2384 analog „Knorpeltransplantation“
Membran	
geringerer Aufwand oder lokal	GOZ 413 „Chirurgische Maßnahmen zur Verbreiterung der unverschieblichen Gingiva und/oder zur Vertiefung des Mundvorhofes, je Kieferhälfte oder Front-zahnbereich.“ (Mehrfachlagen und Setzen von Nägeln über Steigerungsfaktor, Nägel und Membran gesondert)
größerer Aufwand oder regional	GOÄ 2442 analog „Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunter-fütterung, als selbstständige Leistung“
in Verbindung mit alloplastischem Material	
zusätzlich lokal	GOZ 411 analog „Auffüllen parodontaler Knochendefekte mit autologem oder alloplastischem Material, je Zahn“
zusätzlich regional	GOÄ 2442 analog „Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunter-fütterung, als selbstständige Leistung“