

<p><b>Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)</b>  Vom 22. Oktober 1987  (BGBl. I, S. 2316)</p> <p><b>und einige häufig berechnete GOÄ-Leistungen</b></p>	<p><b>Erste Verordnung zur Änderung  der Gebührenordnung für Zahnärzte<sup>1</sup></b>  vom 16. November 2011</p>
<p>Eingangsformel  Auf Grund des § 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der durch Artikel 5 des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) geänderten Fassung verordnet die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates:</p>	<p>Auf Grund des § 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225) <b>verordnet</b> die Bundesregierung:</p> <p>Artikel 1  Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte  Die Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), zuletzt geändert durch Art. 18 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320), wird wie folgt geändert</p>
<p><b>§ 1 Anwendungsbereich</b>  (1) Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Zahnärzte bestimmen sich nach dieser Verordnung, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.  (2) Vergütungen darf der Zahnarzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.</p>	<p><b>§ 1 Anwendungsbereich</b>  (1) Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Zahnärzte bestimmen sich nach dieser Verordnung, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.  (2) Vergütungen darf der Zahnarzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.</p>
<p><b>§ 2 Abweichende Vereinbarung</b>  (1) Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden.</p>	<p><b>§ 2 Abweichende Vereinbarung</b>  (1) Durch Vereinbarung <b>zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem</b> kann eine von dieser Verordnung abweichende <b>Gebührenhöhe</b> festgelegt werden. <b>Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Absatz 1</b></p>

<sup>1</sup> ohne Gewähr

<p>(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem ist vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muß die Feststellung enthalten, daß eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.</p> <p>(3) Auf Verlangen des Zahlungspflichtigen können Leistungen im Sinne des § 1 Abs. 2 Satz 2, die weder im Gebührenverzeichnis (Anlage) noch im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte enthalten sind, und ihre Vergütung abweichend von dieser Verordnung in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden. Der Heil- und Kostenplan muß vor Erbringung der Leistung erstellt werden; er muß die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Feststellung enthalten, daß es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist. § 6 Abs. 2 bleibt unberührt.</p>	<p><u>Satz 2)</u> oder eines abweichenden Punktwertes (§ 5 Absatz 1 Satz 3) ist nicht zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.</p> <p>(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 <i>Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall</i> zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem ist vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes in einem <u>schriftlich</u> zu treffen. Dieses muss <u>neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem vereinbarten Steigerungssatz und dem sich daraus ergebenden Betrag auch</u> die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.</p> <p>(3) <u>Leistungen nach § 1 Absatz 2 Satz 2 und ihre Vergütung müssen in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden.</u> Der Heil- und Kostenplan muss vor Erbringung der Leistung erstellt werden; er muss die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Feststellung enthalten, dass es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist. <u>§ 6 Absatz 1</u> bleibt unberührt.</p> <p>(4) <u>Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privat Zahnärztlichen Leistungen ist eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 nur für vom Wahlzahnarzt persönlich erbrachte Leistungen zulässig.</u></p>
<p><b>§ 3 Vergütungen</b> Als Vergütungen stehen dem Zahnarzt Gebühren, Wegegeld und Ersatz von Auslagen zu.</p>	<p><b>§ 3 Vergütungen</b> Als Vergütungen stehen dem Zahnarzt Gebühren, <u>Entschädigungen</u> und Ersatz von Auslagen zu.</p>
<p><b>§ 4 Gebühren</b></p>	<p><b>§ 4 Gebühren</b></p>

<p>(1) Gebühren sind Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis (Anlage) genannten zahnärztlichen Leistungen.</p> <p>(2) Der Zahnarzt kann Gebühren nur für selbständige zahnärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Zahnarzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet.</p> <p>(3) Mit den Gebühren sind 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. Hat der Zahnarzt zahnärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach dieser Verordnung selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.</p> <p>(4) Kosten, die nach Absatz 3 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht gesondert berechnet werden. Eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in Höhe solcher Kosten ist gegenüber dem Zahlungspflichtigen unwirksam.</p> <p>(5) Sollen Leistungen durch Dritte erbracht werden, die diese dem Zahlungspflichtigen unmittelbar berechnen, so hat der Zahnarzt ihn darüber zu unterrichten.</p>	<p>(1) Gebühren sind Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis (<a href="#">Anlage 1</a>) genannten zahnärztlichen Leistungen.</p> <p>(2) Der Zahnarzt kann Gebühren nur für selbständige zahnärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Zahnarzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. <b>Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte. Eine Leistung ist methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der anderen Leistung (Zielleistung) umfasst und auch in deren Bewertung berücksichtigt worden ist.</b></p> <p>(3) Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf, für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten <b>sowie für Lagerhaltung</b> abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist. Hat der Zahnarzt zahnärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach dieser Verordnung selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.</p> <p>(4) Kosten, die nach Absatz 3 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht gesondert berechnet werden. Eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in Höhe solcher Kosten ist gegenüber dem Zahlungspflichtigen unwirksam.</p> <p>(5) Sollen Leistungen durch Dritte erbracht werden, die diese dem</p>
--	--

	Zahlungspflichtigen unmittelbar berechnen, so hat der Zahnarzt ihn darüber zu unterrichten.
<p><b>§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses</b></p> <p>(1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemißt sich nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt 5,62421 Cent. Bei der Bemessung von Gebühren sind Bruchteile von Pfennigen auf volle Pfennigbeträge abzurunden.</p> <p>(2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.</p>	<p><b>§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses</b></p> <p>(1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt 5,62421 Cent. <b>Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden; die Rundung ist erst nach der Multiplikation mit dem Steigerungsfaktor nach Satz 1 vorzunehmen.</b></p> <p>(2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. <b>Der 2,3fache Gebührensatz bildet die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab; ein Überschreiten dieses Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen; Leistungen mit unterdurchschnittlichem Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand sind mit einem niedrigeren Gebührensatz zu berechnen.</b></p>
<p><b>§ 5a Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung</b></p> <p>Für Leistungen, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen</p>	

<p>Gebühren nur bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden.</p>	
<p><b>§ 6 Gebühren für andere Leistungen</b>  (1) Erbringt der Zahnarzt Leistungen, die in den Abschnitten B I und II, C, D, E V und VI, J, L, M unter den Nummern 4113 und 4700, N sowie O des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen - Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522) - aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.  (2) 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.</p>	<p><b>§ 6 Gebühren für andere Leistungen</b>  (1) Selbstständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden. Sofern auch eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung im Gebührenverzeichnis dieser Verordnung nicht enthalten ist, kann die selbständige zahnärztliche Leistung entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der in Absatz 2 genannten Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden.  (2) Die Vergütungen sind nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte zu berechnen, soweit die Leistung nicht als selbständige Leistung oder Teil einer anderen Leistung im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte enthalten ist und wenn die Leistungen, die der Zahnarzt erbringt, in den folgenden Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt sind:  1. B I, B II, B III unter den Nummern 30, 31 und 34, B IV bis B VI,  2. C I unter den Nummern 200, 204, 210 und 211, C II, C III bis C VII, CVIII nur soweit eine zugrunde liegende ambulante operative Leistung berechnet wird,  3. E V und E VI,  4. J,  5. L I, L II unter den Nummern 2072 bis 2074, L III, L V unter den Nummern 2253 bis 2256 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VI unter den Nummern 2321, 2355 und 2356 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VII, L IX,  6. M unter den Nummern 3511, 3712, 3714, 3715, 4504, 4530, 4538, 4605, 4606 und 4715, N unter der Nummer 4852 sowie</p>

<p><b>§ 7 Gebühren bei stationärer Behandlung</b> Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privat Zahnärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 von Beleg Zahnärzten oder niedergelassenen anderen Zahnärzten 15 vom Hundert.</p>	<p>7. O.</p> <p><b>§ 7 Gebühren bei stationärer Behandlung</b> (1) Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privat Zahnärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren <b>einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge</b> um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen <b>und Zuschläge</b> nach Satz 1 von Beleg Zahnärzten oder niedergelassenen anderen Zahnärzten 15 vom Hundert. <b>Ausgenommen von dieser Minderungspflicht ist der Zuschlag nach Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte.</b> (2) Neben den nach Absatz 1 geminderten Gebühren darf der Zahnarzt Kosten nicht berechnen; die §§ 8 und 9 bleiben unberührt.</p>
<p><b>§ 8 Wegegeld</b> (1) Als Entschädigung für Besuche erhält der Zahnarzt Wegegeld; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten. Das Wegegeld umfasst Wegstreckenentschädigung und Aufwandsentschädigung. (2) Die Wegstreckenentschädigung beträgt 1. bei Benutzung eines eigenen Kraftfahrzeuges 50 Deutsche Pfennige für jeden zurückgelegten Kilometer, 2. bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die unter Berücksichtigung der Umstände angemessenen Fahrtkosten. (3) Die Aufwandsentschädigung beträgt für jeden zurückgelegten Kilometer 2,- Deutsche Mark, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 3,- Deutsche Mark. (4) Besucht der Zahnarzt auf einem Wege mehrere Patienten, darf er das Wegegeld insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.</p>	<p><b>§ 8 Entschädigungen</b> (1) Als Entschädigungen für Besuche erhält der Zahnarzt Wegegeld oder Reiseentschädigung; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten. (2) Der Zahnarzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Zahnarztes von 1. bis zu zwei Kilometern 4,30 Euro, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 8,60 Euro, 2. mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern 8,00 Euro, bei Nacht 12,30 Euro, 3. mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern 12,30 Euro, bei Nacht 18,40 Euro, 4. mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern 18,40 Euro, bei Nacht 30,70 Euro.  Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Zahnarztes aus, so tritt bei der</p>

	<p>Berechnung des Radius die Wohnung des Zahnarztes an die Stelle der Praxisstelle. Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht, darf der Zahnarzt das Wegegeld unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versichertenstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.</p> <p>(3) Bei Besuchen außerhalb eines Radius von 25 Kilometern um die Praxisstelle des Zahnarztes tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung. Als Reiseentschädigung erhält der Zahnarzt</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 0,42 Euro für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,</li> <li>2. bei Abwesenheit bis zu acht Stunden 56,00 Euro, bei Abwesenheit von mehr als acht Stunden 112,50 Euro je Tag,</li> <li>3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.</li> </ol> <p>Absatz 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.</p>
<p><b>§ 9 Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen</b> Neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnet werden, soweit diese Kosten nicht nach den Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses mit den Gebühren abgegolten sind.</p>	<p><b>§ 9 Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen</b></p> <p>(1) Neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnet werden, soweit diese Kosten nicht nach den Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses mit den Gebühren abgegolten sind.</p> <p>(2) Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen vor der Behandlung einen Kostenvoranschlag des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über die voraussichtlich entstehenden Kosten für zahntechnische Leistungen anzubieten und auf dessen Verlangen in Textform vorzulegen, sofern die Kosten insgesamt voraussichtlich einen Betrag von 1000 Euro überschreiten. Für Behandlungen, die auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplans für einen Behandlungszeitraum von mehr als zwölf Monaten geplant werden, gilt Satz 1 nur, sofern voraussichtlich bereits innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten Kosten von mehr als 1.000 Euro</p>

	<p>entstehen. Der Kostenvoranschlag muss die voraussichtlichen Gesamtkosten für zahntechnische Leistungen und die dabei verwendeten Materialien angeben. Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen, Berechnungsgrundlage und Herstellungsort der zahntechnischen Leistungen sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern. Ist eine Überschreitung der im Kostenvoranschlag genannten Kosten um mehr als 15 vom Hundert zu erwarten, hat der Zahnarzt den Zahlungspflichtigen hierüber unverzüglich in Textform zu unterrichten.</p>
<p><b>§ 10 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung, Rechnung</b>  (1) Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist.</p> <p>(2) Die Rechnung muß insbesondere enthalten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. das Datum der Erbringung der Leistung,</li> <li>2. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer verständlichen Bezeichnung des behandelten Zahnes sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,</li> <li>3. bei Gebühren für stationäre privat Zahnärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 7,</li> <li>4. bei Wegegeld nach § 8 den Betrag und die Berechnung,</li> <li>5.</li> </ol>	<p><b>§ 10 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung, Rechnung</b>  (1) Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung <a href="#">nach der Anlage 2<sup>2</sup></a> erteilt worden ist. <a href="#">Künftige Änderungen der Anlage 2 werden durch das Bundesministerium für Gesundheit durch Bekanntmachung veröffentlicht.</a></p> <p>(2) Die Rechnung muss insbesondere enthalten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. das Datum der Erbringung der Leistung,</li> <li>2. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer verständlichen Bezeichnung des behandelten Zahnes <a href="#">und einer in der Leistungsbeschreibung oder einer Abrechnungsbestimmung gegebenenfalls genannten Mindestdauer</a> sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,</li> <li>3. bei Gebühren für <a href="#">vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre</a> privat Zahnärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 7,</li> <li>4.</li> </ol>

<sup>2</sup> Anlage 2 siehe am Ende der Synopse



<p>bei Ersatz von Auslagen nach § 9 den Betrag und die Art der einzelnen Auslage sowie Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis verwendeter Legierungen,</p> <p>6. bei nach dem Gebührenverzeichnis gesondert berechnungsfähigen Kosten Art, Menge und Preis verwendeter Materialien.</p> <p>(3) Überschreitet die berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nr. 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies schriftlich zu begründen. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. Die Bezeichnung der Leistung nach Absatz 2 Nr. 2 kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigefügt ist, der die Bezeichnung für die abgerechnete Leistungsnummer entnommen werden kann. Bei Auslagen nach Absatz 2 Nr. 5 ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen. Wurden zahntechnische Leistungen in Auftrag gegeben, ist eine den Erfordernissen des Absatzes 2 Nr. 5 entsprechende Rechnung des Dentallabors beizufügen; insoweit genügt es, in der Rechnung des Zahnarztes den Gesamtbetrag für diese Leistungen anzugeben. Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 Satz 2 und § 2 Abs. 3), sind als solche zu bezeichnen.</p>	<p>bei Entschädigungen nach § 8 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,</p> <p>5. bei Ersatz von Auslagen nach § 9 Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen und deren Preise sowie die direkt zurechenbaren Materialien und deren Preise, insbesondere Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis der verwendeten Legierungen,</p> <p>6. bei nach dem Gebührenverzeichnis gesondert berechnungsfähigen Kosten Art, Menge und Preis verwendeter Materialien, die Auslagen sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern.</p> <p>(3) Überschreitet die berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nummer 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. Soweit im Falle einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 auch ohne die getroffene Vereinbarung ein Überschreiten der in Satz 1 genannten Steigerungssätze gerechtfertigt gewesen wäre, ist das Überschreiten auf Verlangen des Zahlungspflichtigen schriftlich zu begründen; die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend. Die Bezeichnung der Leistung nach Absatz 2 Nr. 2 kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigefügt ist, der die Bezeichnung für die abgerechnete Leistungsnummer entnommen werden kann. Bei Auslagen nach Absatz 2 Nr. 5 ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen. Wurden zahntechnische Leistungen in Auftrag gegeben, ist eine den Erfordernissen des Absatzes 2 Nr. 5 entsprechende Rechnung des Dentallabors beizufügen; insoweit genügt es, in der Rechnung des Zahnarztes den Gesamtbetrag für diese Leistungen anzugeben. Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 Satz 2 und § 2 Abs. 3), sind als solche zu bezeichnen.</p>
---	--

<p>(4) Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 2 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis "entsprechend" sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.</p> <p>(5) Durch Vereinbarung mit öffentlich-rechtlichen Kostenträgern kann eine von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 abweichende Regelung getroffen werden.</p>	<p>(4) Wird eine Leistung nach § 6 Absatz 1 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis "entsprechend" sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.</p> <p>(5) Durch Vereinbarung mit öffentlich-rechtlichen Kostenträgern kann eine von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 abweichende Regelung getroffen werden.</p> <p>(6) Die Übermittlung von Daten an einen Dritten zum Zwecke der Abrechnung ist nur zulässig, wenn der Betroffene gegenüber dem Zahnarzt in die Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Daten schriftlich eingewilligt und den Zahnarzt insoweit schriftlich von seiner Schweigepflicht entbunden hat.</p>
<p><b>§ 11 Berlin-Klausel</b> Diese Verordnung gilt nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes in Verbindung mit § 21 Satz 2 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der durch das Gesetz vom 25. Februar 1983 (BGBl. I S. 187) geänderten Fassung auch im Land Berlin.</p>	<p><b>§ 11 Übergangsvorschrift</b> Die Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem ... (einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 3) geltenden Fassung gilt weiter für</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leistungen, die vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom ... [einsetzen: Datum und Fundstelle dieser Verordnung] erbracht worden sind,</li> <li>2. vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom ... [einsetzen: Datum und Fundstelle dieser Verordnung] begonnene Leistungen nach den Nummern 215 bis 222, 500 bis 523 und 531 bis 534 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenverordnung für Zahnärzte in der vor dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 3] geltenden Fassung, wenn sie erst nach Inkrafttreten der Verordnung vom ... [einsetzen: Datum und Fundstelle dieser Verordnung] beendet werden,</li> <li>3. Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 3] geltenden Fassung, die auf Grund einer vor dem Inkrafttreten</li> </ol>

	<p>der Verordnung vom [einsetzen: Datum und Fundstelle dieser Verordnung] geplanten und begonnenen kieferorthopädischen Behandlung bis zum Behandlungsabschluss, längstens jedoch bis zum Ablauf von vier Jahren nach Inkrafttreten dieser Verordnung, erbracht werden.</p>
<p><b>§ 12 Inkrafttreten und Übergangsvorschrift</b>  (1) Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1988 in Kraft.  (2) Die Gebührenordnung für Zahnärzte vom 18. März 1965 (BGBl. I S. 123) gilt weiter  1.  für Leistungen, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung erbracht worden sind,  2.  für vor Inkrafttreten dieser Verordnung begonnene Leistungen nach den Nummern 15, 18, 20, 91 bis 93, 96 bis 98, 101 bis 104, 119 und 120 des Gebührenverzeichnisses - Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vom 18. März 1965 -, die erst nach Inkrafttreten dieser Verordnung beendet werden.</p>	<p><b>§ 12 Überprüfung</b>  Die Bundesregierung prüft die Auswirkungen der Neustrukturierung und -bewertung der Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte. Sie berichtet dem Bundesrat bis spätestens Mitte des Jahres 2015 über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe.</p>

## Anlage Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen

### Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen

#### Übersicht

Nummern 001 bis 011	A.	Allgemeine zahnärztliche Leistungen
Nummern 100 bis 102	B.	Prophylaktische Leistungen
Nummern 200 bis 244	C.	Konservierende Leistungen
Nummern 300 bis 331	D.	Chirurgische Leistungen
Nummern 400 bis 415	E.	Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
Nummern 500 bis 534	F.	Prothetische Leistungen
Nummern 600 bis 626	G.	Kieferorthopädische Leistungen
Nummern 700 bis 710	H.	Eingliederung von Aufbißbehelfen und Schienen
Nummern 800 bis 810	I.	Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
Nummern 900 bis 909	J.	Implantologische Leistungen

#### **A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen**

##### Allgemeine Bestimmungen

1.

Eine Beratungsgebühr nach Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen - Anlage zur Gebührenordnung, für Ärzte vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522) - darf im Behandlungsfall nur einmal zusammen mit einer Gebühr für eine Leistung nach diesem Gebührenverzeichnis und für eine Leistung aus den Abschnitten C bis Ö, des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen berechnet werden.

## Anlage 1 Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen

#### **A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen**

##### Allgemeine Bestimmungen

1.

Eine Beratungsgebühr nach Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte in der am [Datum des Inkrafttretens der GOZ-Novelle] geltenden Fassung – darf im Behandlungsfall nur einmal zusammen mit einer Gebühr für eine Leistung nach diesem Gebührenverzeichnis und für eine Leistung aus den Abschnitten C bis O des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen

<p>2. Das bei Leistungen nach diesem Gebührenverzeichnis verwendete Abformungsmaterial ist gesondert berechnungsfähig.</p> <p>3. Material- und Laborkosten im Sinne dieses Gebührenverzeichnisses umfassen Praxiskosten nach § 4 Abs. 3 und Auslagen für zahntechnische Leistungen nach § 9 dieser Gebührenordnung.</p>	<p>berechnet werden.</p> <p>Eine Beratungsgebühr nach Nummer 3 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach Nummer 0010 oder einer Untersuchung nach den Nummern 5 oder 6 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen. Andere weitere Leistungen dürfen neben der Leistung nach Nummer 3 nicht berechnet werden.</p> <p>Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Zahnarztes</p> <p>2. Das bei Leistungen nach diesem Gebührenverzeichnis verwendete Abformungsmaterial ist gesondert berechnungsfähig.</p> <p>3. Material- und Laborkosten im Sinne dieses Gebührenverzeichnisses umfassen Praxiskosten nach § 4 Abs. 3 und Auslagen für zahntechnische Leistungen nach § 9 dieser Gebührenordnung.</p>
---	---

Punktwert GOZ = 5,62421 Cent											
Nr.	Leistung	Punkt zahl	Gebühr in EURO			Nr.	Leistung	Punkt zahl	Gebühr in EURO		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach				1-fach	2,3-fach	3,5-fach
001	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes	100	5,62	12,92	19,67	0010	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes	100	5,62	12,92	19,67
002	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans auf Anforderung	90	5,06	11,63	17,71						
003	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans zur <b>prothetischen Versorgung</b> nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen	220	12,37	28,45	43,29	0030	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen	200	11,24	25,85	39,34
004	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans bei kieferorthopädischer Behandlung nach Befundaufnahme und Ausarbeitung einer Behandlungsplanung	250	14,06	32,33	49,21	0040	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans bei kieferorthopädischer Behandlung <b>oder bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen</b> nach Befundaufnahme und Ausarbeitung einer Behandlungsplanung  <i>Die Leistungen nach den Nummern 0030 und 0040 sind nicht</i>	250	14,06	32,33	49,21

							<i>nebeneinander berechnungsfähig.</i>				
005	Abformung eines Kiefers für ein Situationsmodell, auch Teilabformung, einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung	120	6,75	15,32	23,62	0050	Abformung <b>oder Teilabformung</b> eines Kiefers für ein Situationsmodell, einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung	120	6,75	15,32	23,62
006	Abformung beider Kiefer für Situationsmodelle und einfache Bißfixierung einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung	260	14,62	33,62	51,17	0060	Abformung beider Kiefer für Situationsmodelle und einfache Bißfixierung einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung <i>Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 0050 und 0060 ist in der Rechnung zu begründen.</i>	260	14,62	33,62	51,17
						0065	Optisch-elektronische Abformung einschließlich vorbereitender Maßnahmen, einfache digitale Bissregistrierung und Archivierung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich <i>Neben der Leistung nach der Nummer 0065 sind konventionelle Abformungen nach diesem Gebührenverzeichnis für dieselbe Kieferhälfte oder denselben Frontzahnbereich nicht berechnungsfähig.</i>	80	4,50	10,34	15,74
007	Vitalitätsprüfung eines Zahnes oder	50	2,81	6,46	9,83	0070	Vitalitätsprüfung eines Zahnes oder	50	2,81	6,46	9,83

	mehrerer Zähne einschließlich Vergleichstest						mehrerer Zähne einschließlich Vergleichstest, <i>je Sitzung</i>				
008	Intraorale Oberflächenanästhesie, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	30	1,69	3,88	5,91	0080	Intraorale Oberflächenanästhesie, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	30	1,69	3,88	5,91
009	Intraorale Infiltrationsanästhesie	60	3,37	7,75	11,79	0090	Intraorale Infiltrationsanästhesie	60	3,37	7,75	11,79
010	Intraorale Leitungsanästhesie	70	3,94	9,06	13,79	0100	Intraorale Leitungsanästhesie <i>Wird die Leistung nach Nummer 0090 je Zahn mehr als einmal berechnet, ist dies in der Rechnung zu begründen. Bei den Leistungen nach den Nummern 0090 und 0100 sind die Kosten der verwendeten Anästhetika gesondert berechnungsfähig.</i>	70	3,94	9,06	13,79
011	Extraorale Leitungsanästhesie	120	6,75	15,52	23,62	0110	Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei den Leistungen nach den Nummern 2195, 2330, 2340, 2360, 2410, 2440, 3020, 3030, 3040, 3045, 3060, 3110, 3120, 3190, 3200, 4090, 4100, 4130, 4133, 9100, 9110, 9120, 9130 und 9170  <i>Der Zuschlag nach der Nummer 0110 ist je Behandlungstag nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>	400	22,48	51,70	78,68



						0120	Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei den Leistungen nach den Nummern 2410, 3070, 3080, 3210, 3240, 4080, 4090, 4100, 4130, 4133 und 9160 <i>Der Zuschlag nach der Nummer 0120 beträgt 100 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 68 Euro. Der Zuschlag nach der Nummer 0120 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.</i>					
							[Hinweis: Die GOZ-Nummern 0500 ff. finden Sie am Ende des Gebührenverzeichnis unter L. Zuschläge]					
<p align="center"><b>Grundleistungen und allgemeine Leistungen</b></p> <p align="center">Aus Abschnitt B der Gebührenordnung für <b>Ärzte</b> <b>Allgemeine Bestimmungen</b> (Auszug)</p> <p>1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes. 2. Die Leistungen nach den Nummern 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. 3. Die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 können an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn dies durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalles geboten war. Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben. Bei den Leistungen nach den Nummern 1, 5, 6, 7 und/oder 8 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen, bei der Leistung nach Nummer 3 generell zu begründen. 4. ...</p>							<p align="center"><b>Die GOÄ soll nach der GOZ novelliert werden. Sie gilt unverändert.</b></p>					

<p>5. Mehr als zwei Visiten an demselben Tag können nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalles geboten waren. Bei der Berechnung von mehr als zwei Visiten an demselben Tag ist die jeweilige Uhrzeit der Visiten in der Rechnung anzugeben. Auf Verlangen ist die mehr als zweimalige Berechnung einer Visite an demselben Tag zu begründen. Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 und/oder 15 nicht berechnungsfähig.</p> <p>6. Besuchsgebühren nach den Nummern 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig.</p> <p>7. Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.</p> <p>8. ...</p> <p style="text-align: center;">I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen</p>										
<b>GOÄ = 5,82873 Cent</b>										
Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EURO							
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach					
1 GOÄ	Beratung – auch mittels Fernsprecher	80	4,66	10,72	16,31					
2* GOÄ	Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisung und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen - auch mittels Fernsprecher – durch die Arzthelferin und/oder Messung von Körperzuständen (z.B. Blutdruck, Temperatur) ohne Beratung, bei einer	30	1,75	3,15	4,38					

\* Reduzierter Gebührenrahmen

	Inanspruchnahme des Arztes. Die Leistung nach Nummer 2 darf anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnet werden.									
3 GOÄ	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung - auch mittels Fernsprecher - Die Leistung nach Nummer 3 (Dauer mindestens 10 Minuten) ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nummern 5, 6, 7, 8, 800 oder 801. Eine mehr als einmalige Berechnung im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung	150	8,74	20,10	30,59					
4 GOÄ	Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken. Die Leistung nach Nummer 4 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nummer 4 ist neben Leistungen nach den Nummern 30, 34, 801, 806, 807, 816, 817 und/oder 835 nicht berechnungsfähig.	220	12,82	29,49	44,87					

5 GOÄ	Symptombezogene Untersuchung Die Leistung nach Nummer 5 ist neben den Leistungen nach den Nummern 6 bis 8 nicht berechnungsfähig	80	4,66	10,72	16,31					
6 GOÄ	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: alle Augenabschnitte, der gesamte HNO-Bereich, das stomatognathe System, die Nieren und ableitenden Harnwege (bei Männern auch gegebenenfalls einschließlich der männlichen Geschlechtsorgane) oder Untersuchung zur Erhebung eines vollständigen Gefäßstatus - gegebenenfalls einschließlich Dokumentation Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nummer 6 beinhaltet insbesondere - bei Augen: .... - Bei dem HNO-Bereich: .... - bei dem stomatognathen System: Inspektion der Mundhöhle Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke sowie vollständiger Zahnstatus; - bei den Nieren und ableitenden Harnwegen: ...	100	5,83	13,41	20,41					

	- bei dem Gefäßstatus: ... Die Leistung nach Nummer 6 ist neben Leistungen nach den Nummern 5, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.									
<p>II. Zuschläge und Beratungen und Untersuchungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8</p> <p style="text-align: center;"><b>Allgemeine Bestimmungen</b></p> <p>Die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K1 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie dürfen unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben A bis D sowie K1 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K2 nicht berechnet werden. Die Zuschläge nach den Buchstaben B bis D dürfen von Krankenhausärzten nicht berechnet werden, es sei denn, die Leistungen werden durch den liquidationsberechtigten Arzt oder seinen Vertreter nach § 4 Abs. 2 Satz 3 erbracht. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluß an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.</p>										
A	Zuschlag für außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen Der Zuschlag nach Buchstabe A ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben B, C und/oder D nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Buchstabe A ist für Krankenhausärzte nicht berechnungsfähig.	70	4,08							
B	Zuschlag für in der Zeit zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr außerhalb der Sprechstunde	180	10,49							

	erbrachte Leistungen										
C	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen	320	18,65								
D	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen Werden Leistungen innerhalb einer Sprechstunde an Samstagen erbracht, so ist der Zuschlag nach Buchstabe D nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, ist neben dem Zuschlag nach Buchstabe D ein Zuschlag nach Buchstabe B oder C berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Buchstabe D ist für Krankenhausärzte im Zusammenhang mit zwischen 8 und 20 Uhr erbrachten Leistungen nicht berechnungsfähig.	220	12,82								
K1	Zuschlag zu Untersuchungen nach den Nummern 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	120	6,99								
<b>B. Prophylaktische Leistungen</b> Allgemeine Bestimmung Prophylaktische Leistungen nach Abschnitt B sind nur bei						<b>B. Prophylaktische Leistungen</b> Allgemeine Bestimmungen Prophylaktische Leistungen nach Abschnitt B sind nur bei					

Einzelunterweisung (Individualprophylaxe) berechnungsfähig; bei Gruppenunterweisung (Gruppenprophylaxe) sind sie nicht berechnungsfähig.						Einzelunterweisung (Individualprophylaxe) berechnungsfähig; bei Gruppenunterweisung (Gruppenprophylaxe) sind sie nicht berechnungsfähig.					
Punktwert GOZ = 5,62421 Cent											
Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EURO			Nr..	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EURO		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach				1-fach	2,3-fach	3,5-fach
100	Erstellen eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten	200	11,25	25,87	39,37	1000	Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten	200	11,25	25,87	39,37
101	Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten	100	5,62	12,92	19,67	1010	Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten	100	5,62	12,92	19,67
102	Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, je Sitzung	50	2,81	6,46	9,83	1020	Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel, je Sitzung	50	2,81	6,46	9,83
	<i>Die Leistung nach der Nummer 100 ist innerhalb eines Jahres einmal, die Leistung nach der Nummer 101 innerhalb eines Jahres dreimal berechnungsfähig. Die Leistungen umfassen die Erhebung von</i>						<i>Die Leistung nach der Nummer 1000 ist innerhalb eines Jahres einmal, die Leistung nach der Nummer 1010 innerhalb eines Jahres dreimal berechnungsfähig. Die Leistungen umfassen die</i>				

	<p><i>Mundhygieneindizes, das Anfärben der Zähne, die praktische Unterweisung mit individuellen Übungen und die Motivierung des Patienten.</i></p> <p><i>Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 100 und 101 sind eine Leistung nach der Nummer 001 und Beratung nach der Gebührenordnung für Ärzte nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Leistung nach der Nummer 102 ist innerhalb eines Jahres höchstens dreimal berechnungsfähig.</i></p>						<p><i>Erhebung von Mundhygieneindizes, das Anfärben der Zähne, die praktische Unterweisung mit individuellen Übungen und die Motivierung des Patienten.</i></p> <p><i>Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 1000 und 1010 sind Leistungen nach den Nummern 0010, 4000 und 8000 sowie Beratungen und Untersuchungen nach der Gebührenordnung für Ärzte nur dann berechnungsfähig, wenn diese Leistungen anderen Zwecken dienen und dies in der Rechnung begründet wird.</i></p> <p><i>Die Leistung nach der Nummer 1020 ist innerhalb eines Jahres höchstens viermal berechnungsfähig.</i></p>				
					1030	<p>Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger, je Kiefer</p> <p><i>1. Die Herstellung einer individuell angefertigten Schiene als Medikamententräger (z.B. Tiefziehschiene) ist gesondert berechnungsfähig.</i></p>	90	5,06	11,63	17,70	



						<p><i>2. Mit der Gebühr sind die Kosten für das verwendete Medikament abgegolten.</i></p> <p><i>3. Die Anwendung eines konfektionierten Löffels als Medikamententräger erfüllt nicht den Leistungsinhalt der Leistung nach Nummer 1030.</i></p> <p><i>4. Bei Anwendung einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger für Fluoridierungsmittel ist die mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 1030 innerhalb eines Jahres in der Rechnung zu begründen.</i></p>				
					1040	<p><i>Professionelle Zahnreinigung</i></p> <p><i>Die Leistung umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn oder Implantat oder Brückenglied</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 1040 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1020, 4050, 4055, 4060, 4070, 4075, 4090 und 4100 nicht</i></p>	28	1,57	3,62	5,51

							<i>berechnungsfähig.</i>						
<b>C. Konservierende Leistungen</b>						<b>C. Konservierende Leistungen</b> <i>Allgemeine Bestimmungen</i> <i>Nur einmal verwendbare Nickel-Titan-Instrumente zur Wurzelkanalaufbereitung sind gesondert berechnungsfähig.</i>							
<b>Punktwert GOZ = 5,62421 Cent</b>						<b>Punktwert GOZ = 5,62421 Cent</b>							
Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EURO			Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EURO				
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach				1-fach	2,3-fach	3,5-fach		
200	Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, je Zahn	90	5,06	11,63	17,71	2000	Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, <i>auch Glatflächenversiegelung</i> , je Zahn	90	5,06	11,63	17,71		
201	Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, je Kiefer	50	2,81	6,46	9,83	2010	Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, je Kiefer	50	2,81	6,46	9,83		
202	Exkavieren und temporärer Verschuß einer Kavität, als selbständige Leistung	100	5,62	12,92	19,67	2020	<i>Temporärer speicheldichter Verschluss einer Kavität</i>	98	5,51	12,67	19,28		
203	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten  (z. B. Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	65	3,66	8,41	12,81	2030	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten (z.B. Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	65	3,66	8,41	12,81		

							<i>Die Leistung nach Nummer 2030 ist je Sitzung für eine Kieferhälfte oder einen Frontzahnbereich höchstens einmal für besondere Maßnahmen beim Präparieren und höchstens nur einmal für besondere Maßnahmen beim Füllen von Kavitäten berechnungsfähig.</i>				
204	Anlegen von Spanngummi, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	65	3,66	8,41	12,81	2040	Anlegen von Spanngummi, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	65	3,66	8,41	12,81
205	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, einflächig	150	8,44	19,41	29,54	2050	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, einflächig	213	11,97	27,53	41,90
206	Polieren einer einflächigen Amalgamfüllung in einer folgenden Sitzung	30	1,69	3,88	5,91	2060	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), einflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	527	29,62	68,12	103,66
207	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial	210	11,81	27,16	41,33	2070	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem	242	13,60	31,28	47,60

	einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, zweiflächig						Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, zweiflächig				
208	Polieren einer zweiflächigen Amalgamfüllung in einer folgenden Sitzung	40	2,25	5,17	7,87	2080	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), zweiflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	556	31,25	71,87	109,37
209	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, dreiflächig	300	16,87	38,80	59,04	2090	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, dreiflächig	297	16,69	38,39	58,42
210	Polieren einer dreiflächigen Amalgamfüllung in einer folgenden Sitzung	50	2,81	6,46	9,83	2100	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), dreiflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	642	36,08	85,98	126,28
211	Präparieren einer Kavität, Füllen mit	380	21,37	49,15	74,79	2110	Präparieren einer Kavität und	319	17,93	41,23	62,75

	plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau						Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, mehr als dreiflächig				
212	Polieren einer mehr als dreiflächigen Amalgamfüllung in einer folgenden Sitzung	60	3,37	7,75	11,79	2120	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), mehr als dreiflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	770	43,27	99,53	151,46
213	Parapulpäre oder intrakanaläre Stiftverankerung einer Füllung oder eines Aufbaus, je Stiftverankerung <i>Die Leistung nach der Nummer 213 ist je Zahn höchstens dreimal berechnungsfähig. Die Kosten für die Verankerungselemente sind gesondert berechnungsfähig.</i>	110	6,19	14,23	21,66	2130	Kontrolle, Finieren/Polieren einer Restauration in separater Sitzung, auch Nachpolieren einer vorhandenen Restauration	104	5,84	13,44	20,46
214	Präparieren einer Kavität und Füllen mit Metallfolie (gehämmerte Füllung) einschließlich Unterfüllung, Polieren und Materialkosten <i>Die Kosten für die Metallfolie sind gesondert berechnungsfähig.</i>	950	53,43	122,88	187,00						

215	Einlagefüllung, einflächig	550	30,93	71,13	108,25	2150	Einlagefüllung, einflächig	1141	64,12	147,49	224,43
216	Einlagefüllung, zweiflächig	820	46,12	106,07	161,42	2160	Einlagefüllung, zweiflächig	1356	76,71	175,28	266,73
217	Einlagefüllung, mehr als zweiflächig	1200	67,49	155,22	236,21	2170	Einlagefüllung, mehr als zweiflächig	1709	96,05	220,91	336,16
218	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone	150	8,44	19,41	29,54	2180	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone	150	8,44	19,41	29,54
219	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch gegossenen Aufbau mit Stiftverankerung <del>oder</del> <b>Schraubenaufbau</b> zur Aufnahme einer Krone <i>Die Kosten für die Verankerungselemente sind gesondert berechnungsfähig.</i>	450	25,31	25,21	88,58	2190	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch gegossenen Aufbau mit Stiftverankerung zur Aufnahme einer Krone	450	25,31	25,21	88,58
						2195	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch einen Schraubenaufbau oder Glasfaserstift o.Ä. zur Aufnahme einer Krone  <i>Die Leistungen nach den Nummern 2180, 2190 oder 2195 sind neben den Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 nicht berechnungsfähig.</i>	300	1 6,86	38,78	59,01

							<p><i>Die Leistung nach Nummer 2190 ist neben der Leistung nach Nummer 2180 nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 2180, 2190 und/oder die Leistung nach Nummer 2195 ist je Zahn nur jeweils einmal berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 2195 ist neben der Leistung nach Nummer 2180 berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Kosten für die Verankerungselemente sind gesondert berechnungsfähig.</i></p>				
						2197	Adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Krone, Teilkrone, Veneer, etc.)	130	7,31	16,80	22,62
220	Versorgung eines Zahnes oder Implantats durch eine Vollkrone (Tangentialpräparation)	900	50,62	116,42	177,17	2200	Versorgung eines Zahnes oder Implantats durch eine Vollkrone (Tangentialpräparation)	1322	74,30	170,88	260,04
221	Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkehl- oder Stufenpräparation)	1300	73,11	168,15	255,88	2210	Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkehl- oder Stufenpräparation)	1678	94,30	216,90	330,06
222	Versorgung eines Zahnes durch eine Teilkrone mit Retentionsrillen oder -kästen oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der	1550	87,18	200,51	305,13	2220	Versorgung eines Zahnes durch eine Teilkrone mit Retentionssignalen oder -kästen oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der	2067	116,17	267,18	406,58

	gesamten Kaufläche						gesamten Kaufläche, auch Versorgung eines Zahnes durch ein Veneer				
	<p><i>Neben den Leistungen nach den Nummern 220 bis 222 sind Leistungen nach den Nummern 205 bis 212 nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Durch die Leistungen nach den Nummern 215 bis 217 und 220 bis 222 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantats, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder Krone, Nachkontrolle und Korrekturen.</i></p>						<p><i>Neben den Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 sind Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2130 nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Leistung nach der Nummer 2210 ist im Zusammenhang mit Implantaten nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Durch die Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 und 2200 bis 2220 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantats, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder der Krone oder der Teilkrone oder des Veneers, Nachkontrolle und Korrekturen.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 2200 umfasst auch die Verschraubung und Abdeckung mit Füllungsmaterial.</i></p>				



							<i>Zu den Kronen nach den Nummern 2200 bis 2220 gehören Kronen (Voll- und Teilkronen) jeder zahntechnischen Ausführung.</i>				
	<i>Teilleistungen nach den Nummern 220 bis 222:</i>						<i>Teilleistungen nach den Nummern 2200 bis 2220:</i>				
223	<i>Enden die Leistungen mit der Präparation eines Zahnes, so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.</i>					2230	Enden die Leistungen mit der Präparation eines Zahnes <b>oder Abdrucknahme beim Implantat</b> so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.				
224	<i>Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.</i>					2240	Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.				
							<i>Die Leistungen nach den Nummern 2230 oder 2240 sind nur berechnungsfähig, wenn es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen oder eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.</i>				
225	Eingliederung einer konfektionierten Krone in der pädiatrischen Zahnheilkunde <i>Die Kosten für konfektionierte Kronen sind gesondert berechnungsfähig</i>	210	11,81	27,16	41,33	2250	Eingliederung einer konfektionierten Krone in der pädiatrischen Zahnheilkunde <i>Die Kosten für konfektionierte Kronen sind gesondert berechnungsfähig</i>	210	11,81	27,16	41,33

226	Schutz eines präparierten oder frakturierten Zahnes durch eine abnehmbare konfektionierte Hülse <i>Die Kosten für die konfektionierte Hülse sind gesondert berechnungsfähig.</i>	100	5,62	12,92	19,67	2260	Provisorium im direkten Verfahren ohne Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung	100	5,62	12,92	19,67
227	Eingliederung einer provisorischen Krone zum Schutz eines präparierten oder frakturierten Zahnes und zur Sicherung der Kauffunktion, einschließlich Entfernung	270	15,19	34,93	53,16	2270	Provisorium im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung	270	15,19	34,93	53,16
228	Eingliederung einer provisorischen Krone mit Stiftverankerung zum Schutz eines präparierten oder frakturierten Zahnes und zur Sicherung der Kauffunktion, einschließlich Entfernung	320	18,00	41,40	63,00						
	Das Wiedereingliedern derselben provisorischen Krone, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung, ist mit den Gebühren nach den Nummern 227 und 228 abgegolten.						Bei Verwendung eines konfektionierten Provisoriums sind die Kosten hierfür gesondert berechnungsfähig. <i>Das Wiedereingliedern desselben Provisoriums, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung, ist mit der Gebühr nach Nummer 2260 oder 2270 abgegolten.</i>				
229	Entfernung einer Einlagefüllung,	180	10,12	23,27	35,42	2290	Entfernung einer Einlagefüllung,	180	10,12	23,27	35,42

	einer Krone, eines Brückenankers, Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges						einer Krone, eines Brückenankers, Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges <b>oder Ähnliches</b>				
230	Entfernung eines Wurzelstiftes	270	15,19	34,93	53,16	2300	Entfernung eines Wurzelstiftes	270	15,19	34,93	53,16
231	Wiedereingliederung einer Einlagefüllung oder Krone oder Wiederherstellung einer Verblendschale an herausnehmbarem Zahnersatz	145	8,16	18,76	28,56	2310	Wiedereingliederung einer Einlagefüllung, <b>einer Teilkrone, eines Veneers</b> oder einer Krone oder Wiederherstellung einer Verblendschale an herausnehmbarem Zahnersatz	145	8,16	18,76	28,56
232	Wiederherstellung einer Krone, eines Brückenankers, einer Verblendschale oder Verblendung an festsitzendem Zahnersatz, gegebenenfalls einschließlich Wiedereingliederung und Abformung	350	19,68	45,26	68,88	2320	Wiederherstellung einer Krone, <b>einer Teilkrone</b> , eines Veneers, eines Brückenankers, einer Verblendschale oder einer Verblendung an festsitzendem Zahnersatz, gegebenenfalls einschließlich Wiedereingliederung und Abformung	350	19,68	45,26	68,88
233	Maßnahmen zur Erhaltung der vitalen Pulpa bei Caries profunda (Exkavieren, indirekte Überkappung, <b>gegebenenfalls temporärer Verschuß</b> )	110	6,19	14,23	21,66	2330	Maßnahmen zur Erhaltung der vitalen Pulpa bei Caries profunda (Exkavieren, indirekte Überkappung), <b>je Kavität</b>	110	6,19	14,23	21,66
234	Maßnahmen zur Erhaltung der freiliegenden vitalen Pulpa (Exkavieren, direkte Überkappung, <b>gegebenenfalls temporärer Verschuß</b> )	200	11,25	25,87	39,37	2340	Maßnahmen zur Erhaltung der freiliegenden vitalen Pulpa (Exkavieren, direkte Überkappung, <b>je Kavität</b> )	200	11,25	25,87	39,37
235	Amputation und Versorgung der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren <b>und gegebenenfalls</b>	290	16,31	37,51	57,08	2350	Amputation und Versorgung der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren	290	16,31	37,51	57,08

	temporärem Verschuß										
236	Exstirpation der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren und temporärem Verschuß, je Kanal	110	6,19	14,23	21,66	2360	Exstirpation der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren, je Kanal	110	6,19	14,23	21,66
237	Devitalisieren der Pulpa einschließlich Exkavieren, gegebenenfalls temporärer Verschuß	50	2,81	6,46	9,83						
238	Amputation und endgültige Versorgung der devitalisierten Milchzahnpulpa	160	9,00	20,70	31,50	2380	Amputation und endgültige Versorgung der avitalen Milchzahnpulpa	160	9,00	20,70	31,50
239	Trepanation eines Zahnes	65	3,66	8,41	12,81	2390	Trepanation eines Zahnes, als selbständige Leistung	65	3,66	8,41	12,81
240	Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals	70	3,94	9,06	13,79	2400	Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals <i>Die Leistung nach Nummer 2400 ist je Wurzelkanal höchstens zweimal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	70	3,94	9,06	13,79
241	Aufbereitung eines Wurzelkanals	280	15,75	36,22	55,12	2410	Aufbereitung eines Wurzelkanals auch retrograd, je Kanal, gegebenenfalls in mehreren Sitzungen  <i>Die Leistung nach Nummer 2410 ist für denselben Wurzelkanal nur dann erneut berechnungsfähig, wenn der Wurzelkanal nach der ersten Aufbereitung definitiv versorgt</i>	392	22,03	50,67	77,11

							<i>worden ist. Wenn auf Grund anatomischer Besonderheiten eine Aufbereitung in einer Sitzung nicht erfolgen kann, ist die Leistung nach Nummer 2410 für denselben Wurzelkanal erneut berechnungsfähig. Dies ist in der Rechnung zu begründen. Je Aufbereitung eines Wurzelkanals ist die Leistung in diesem Fall höchstens zweimal berechnungsfähig.</i>				
242	Zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden, je Kanal	70	3,94	9,06	13,79	2420	Zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden, je Kanal	70	3,94	9,06	13,79
243	Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nummern 236 bis 238 und 241 einschließlich temporärem Verschuß, je Zahn und Sitzung	130	7,31	16,81	25,58	2430	Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nummern 2360, 2380 und 2410, je Zahn und Sitzung	204	11,46	26,37	40,12
244	Füllung eines Wurzelkanals einschließlich temporärem Verschuß	200	11,25	25,87	39,37	2440	Füllung eines Wurzelkanals	258	14,50	33,35	50,75
<b>D. Chirurgische Leistungen</b> Allgemeine Bestimmungen						<b>D. Chirurgische Leistungen</b> Allgemeine Bestimmungen					
1. Die primäre Wundversorgung ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt D und nicht gesondert berechnungsfähig.						1. Die primäre Wundversorgung (z.B. Reinigen der Wunde, Glätten des Knochens, Umschneidung, Tamponieren, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, gegebenenfalls Fixieren eines plastischen					

2. Alloplastische Materialien sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen sind gesondert berechnungsfähig.						<p><b>Wundverbandes)</b> ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt D und nicht gesondert berechnungsfähig.</p> <p>2. Die Schaffung des operativen Zugangs ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt D und nicht gesondert berechnungsfähig.</p> <p>3. <b>Knochenersatzmaterialien</b> sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder der <b>Geweberegeneration</b> (z.B. Membranen) sowie zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen <b>oder, wenn dies zum Schutz wichtiger anatomischer Strukturen</b> (z.B. Nerven) erforderlich ist, sowie <b>atraumatisches Nahtmaterial</b> oder <b>nur einmal verwendbare Explantationsfräsen</b>, sind gesondert berechnungsfähig.</p>					
<b>Punktwert GOZ = 5,62421 Cent</b>						<b>Punktwert GOZ = 5,62421 Cent</b>					
Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EURO			Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EURO		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach				1-fach	2,3-fach	3,5-fach
300	Entfernung eines einwurzeligen Zahnes oder eines enossalen Implantats	70	3,94	9,06	13,79	3000	Entfernung eines einwurzeligen Zahnes oder eines enossalen Implantats	70	3,94	9,06	13,79
301	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes	110	6,19	14,23	21,66	3010	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes	110	6,19	14,23	21,66
302	Entfernung eines tief frakturierten oder tief zerstörten Zahnes	270	15,19	34,93	53,16	3020	Entfernung eines tief frakturierten oder tief zerstörten Zahnes	270	15,19	34,93	53,16
303	Entfernung eines Zahnes oder eines enossalen Implantats durch Osteotomie	350	19,68	45,26	68,88	3030	Entfernung eines Zahnes oder eines enossalen Implantats durch Osteotomie	350	19,68	45,26	68,88

304	Entfernung eines retinierten, impaktierten oder tief verlagerten Zahnes durch Osteotomie	540	30,37	69,85	106,29	3040	Entfernung eines retinierten, impaktierten oder verlagerten Zahnes durch Osteotomie	540	30,37	69,85	106,29
2650 GOÄ	Entfernung eines extrem verlagerten oder retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen	740	43,13	99,20	150,96	3045	Entfernung eines extrem verlagerten oder retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen	767	43,11	99,14	150,87
2651 GOÄ	Entfernung tiefliegender Fremdkörper oder Sequestrotomie durch Osteotomie aus dem Kiefer	550	32,06	73,74	112,21						
305	Stillung einer übermäßigen Blutung im Mund- und/oder Kieferbereich, als selbständige Leistung	110	6,19	14,23	21,66	3050	Stillung einer übermäßigen Blutung im Mund- und/oder Kieferbereich, als selbständige Leistung	110	6,19	14,23	21,66
306	Stillung einer Blutung durch Abbinden oder Umstechen des Gefäßes oder durch Knochenbolzung	140	7,87	18,10	27,54	3060	Stillung einer Blutung durch Abbinden oder Umstechen des Gefäßes oder durch Knochenbolzung	140	7,87	18,10	27,54
2660 GOÄ	Stillung einer Blutung durch Abbinden oder Umstechen des Gefäßes oder durch Knochenbolzung	400	23,31	53,61	81,59						
307	Exzision von Schleimhaut oder Granulationsgewebe, als selbständige Leistung	45	2,53	5,81	8,85	3070	Exzision von Schleimhaut oder Granulationsgewebe, als selbständige Leistung	45	2,53	5,81	8,85
308	Exzision einer Schleimhautwucherung größeren Umfangs (z.B. lappiges Fibrom,	150	8,34	19,41	29,54	3080	Exzision einer Schleimhautwucherung größeren Umfangs (z.B. lappiges Fibrom,	150	8,34	19,41	29,54

	Epulis)						Epulis)				
2670 GOÄ	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung	500	29,14	67,02	101,99						
2671 GOÄ	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, in Verbindung mit den Leistungen nach den Nummern 2675 oder 2676 (siehe unten, nach Nr. 325)	300	17,49	40,23	61,22						
309	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle	370	20,81	47,86	72,83	3090	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle	370	20,81	47,86	72,83
310	Trepanation des Kieferknochens, als selbständige Leistung	140	7,87	18,10	27,54	3100	Plastische Deckung im Rahmen einer Wundversorgung einschließlich einer Periostschlitzung, je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnittführung) <i>Die Leistung nach der Nummer 3100 ist für dasselbe Operationsgebiet nicht neben der Leistung nach der Nummer 3090 berechnungsfähig.</i>	270	15,17	34,90	53,11
311	Resektion einer Wurzelspitze an einem Frontzahn	460	25,87	59,50	90,54	3110	Resektion einer Wurzelspitze an einem Frontzahn	460	25,87	59,50	90,54



312	Resektion einer Wurzelspitze an einem Seitenzahn	580	32,62	75,02	114,17	3120	Resektion einer Wurzelspitze an einem Seitenzahn	580	32,62	75,02	114,17
	<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 311 und 312 ist eine Leistung nach der Nummer 310 nicht berechnungsfähig. Die Kosten für konfektionierte apikale Stiftsysteme sind gesondert berechnungsfähig</i>						<i>Die Kosten für konfektionierte apikale Stiftsysteme sind gesondert berechnungsfähig</i>				
313	Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes	280	15,75	36,22	55,12	3130	<i>Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes</i>	280	15,75	36,22	55,12
314	Reimplantation eines Zahnes einschließlich einfacher Fixation	550	30,93	71,13	108,25	3140	Reimplantation eines Zahnes einschließlich einfacher Fixation	550	30,93	71,13	108,25
315	<i>Endodontische Stabilisierung eines Zahnes im Knochen Die Kosten für das Verankerungselement sind gesondert berechnungsfähig.</i>	270	15,19	34,93	53,16	3150					
316	Transplantation eines Zahnes einschließlich operativer Schaffung des Knochenbettes	650	35,56	84,08	127,96	3160	Transplantation eines Zahnes einschließlich operativer Schaffung des Knochenbettes	650	35,56	84,08	127,96
317	<i>Operation einer Zyste durch Zystostomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion</i>	230	12,94	29,76	45,29						
318	<i>Operation einer Zyste durch Zystostomie, als selbständige Leistung</i>	400	22,50	51,75	78,75						

2567 GOÄ	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystostomie	760	44,30	101,89	155,05						
2568 GOÄ	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystostomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagelter Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion	500	29,14	67,02	101,99						
319	Operation einer Zyste durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	270	15,19	34,93	53,16	3190	Operation einer Zyste durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	270	15,19	34,93	53,16
320	Operation einer Zyste durch Zystektomie, als selbständige Leistung <i>Das Auskratzen von Granulationsgewebe oder kleinen Zysten in Verbindung mit Extraktionen, Osteotomien oder Wurzelspitzenresektionen kann nicht nach den Nummern 317 bis 320 berechnet werden.</i>	500	28,12	64,67	98,42	3200	Operation einer Zyste durch Zystektomie, als selbständige Leistung <i>Das Auskratzen von Granulationsgewebe oder kleinen Zysten in Verbindung mit Extraktionen, Osteotomien oder Wurzelspitzenresektionen kann nicht nach den Nummern 3190 bis 3200 sowie 3310 berechnet werden.</i>	500	28,12	64,67	98,42
2655 GOÄ	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei	950	55,37	127,35	193,80						

	Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystektomie										
2656 GOÄ	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystektomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagelter Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion	620	36,14	83,12	126,49						
321	Beseitigung störender Schleimhautbänder, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	140	7,87	18,10	27,54	3210	Beseitigung störender Schleimhautbänder, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	140	7,87	18,10	27,54
322	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers in Verbindung mit Extraktionen von mehr als vier nebeneinander stehenden Zähnen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	280	15,75	36,22	55,12	3220					
323	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers als selbständige Leistung, je Kiefer	440	24,75	56,92	86,62	3230	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers, als selbständige Leistung, je Kiefer	440	24,75	56,92	86,62
2370 GOÄ	Operative Maßnahmen zur Lagerbildung beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	500	29,14	67,02	101,99						

2732 GOÄ	Operation zur Lagerbildung für Knochen oder Knorpel bei ausgedehnten Kieferdefekten	2000	116,57	268,11	408,00						
324	Vestibulumplastik oder Mundbodenplastik kleineren Umfangs, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	550	30,93	71,13	108,25	3240	Vestibulumplastik oder Mundbodenplastik kleineren Umfangs auch Gingivaextensionsplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, für einen Bereich bis zu zwei nebeneinanderliegenden Zähnen ggf. auch im zahnlosen Kieferabschnitt	550	30,93	71,13	108,25
325	Tuberplastik, einseitig	270	15,19	34,93	53,16	3250	Tuberplastik, einseitig	270	15,19	34,93	53,16
2675 GOÄ	Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuberplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	850	49,54	113,94	173,39						
2676 GOÄ	Totale Mundboden- oder Vestibulumplastik zur Formung des Prothesenlagers mit partieller Ablösung der Mundbodenmuskulatur, je Kiefer	2200	128,23	294,93	448,81						
2677 GOÄ	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung	700	40,80	93,84	142,80						
326	Freilegen eines retinierten oder verlagerten Zahnes zur orthopädischen Einstellung	550	30,93	71,13	108,25	3260	Freilegen eines retinierten oder verlagerten Zahnes zur orthopädischen Einstellung	550	30,93	71,13	108,25

327	Germektomie	590	33,18	76,31	116,13	3270	Germektomie	590	33,18	76,31	116,13
328	Lösen, Verlegen und Fixieren des Lippenbändchens und Durchtrennen des Septums bei echtem Diastema	270	15,19	34,93	53,16	3280	Lösen, Verlegen und Fixieren des Lippenbändchens und Durchtrennen des Septums bei echtem Diastema	270	15,19	34,93	53,16
329	Kontrolle nach chirurgischem Eingriff, als selbständige Leistung	55	3,09	7,10	10,81	3290	Kontrolle nach chirurgischem Eingriff, als selbständige Leistung, <b>je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich</b>	55	3,09	7,10	10,81
330	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff (z. B. Tamponieren), als selbständige Leistung	65	3,66	8,41	12,81	3300	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff (z. B. Tamponieren), als selbständige Leistung, <b>je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnittführung)</b>  <i>Die Leistung nach Nummer 3300 ist höchstens zweimal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 3300 sind die Leistungen nach den Nummern 3060 oder 3310 nicht berechnungsfähig.</i>	65	3,66	8,41	12,81
331	Chirurgische Wundrevision (z. B. Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht), als selbständige Leistung	100	5,62	12,92	19,67	3310	Chirurgische Wundrevision (z. B. Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht), <b>je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnittführung)</b>	100	5,62	12,92	19,67

							<p><i>Die Leistung nach Nummer 3310 ist höchstens zweimal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Neben der Leistung nach Nummer 3310 sind die Leistungen nach den Nummern 3060 oder 3300 nicht berechnungsfähig.</i></p>				
<p><b>im Bereich des Gesichtsschädels</b>  Aus Abschnitt L IX  (Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie)  der Gebührenordnung für Ärzte</p>											
<p><b>Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen</b>  Aus Abschnitt C der Gebührenordnung für Ärzte</p>							<p><b>[Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen finden Sie am Ende des Gebührenverzeichnis unter L.]</b></p>				
<p><b>E. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums</b>  Allgemeine Bestimmung</p> <p>Die primäre Wundversorgung ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt E und nicht gesondert berechnungsfähig.</p>							<p><b>E. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums</b>  Allgemeine Bestimmungen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Die primäre Wundversorgung (z.B. Reinigen der Wunde, Glätten des Knochens, Umschneidung, Tamponieren, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, gegebenenfalls Fixieren eines plastischen Wundverbandes) ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt E und nicht gesondert berechnungsfähig</li> <li>Knochenersatzmaterialien sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder der Geweberegeneration (z.B. Membranen) sowie zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen oder, wenn dies zum Schutz wichtiger anatomischer Strukturen (z.B. Nerven) erforderlich ist, sowie atraumatisches Nahtmaterial und Materialien zur Fixierung von</li> </ol>				

						Membranen sind gesondert berechnungsfähig.					
Punktwert GOZ = 5,62421 Cent						Punktwert GOZ = 5,62421 Cent					
Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EURO			Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EURO		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach				1-fach	2,3-fach	3,5-fach
400	Erstellen eines Parodontalstatus <b>nach vorgeschriebenem Formblatt</b> Die Leistung nach Nummer 400 ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig.	160	9,00	20,70	31,50	4000	Erstellen <b>und Dokumentieren</b> eines Parodontalstatus <i>Die Leistung nach Nummer 4000 ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig.</i>	160	9,00	20,70	31,50
						4005	Erhebung mindestens eines Gingivalindex und/oder eines Parodontalindex (z.B des Parodontalen Screening Index PSI) <i>Die Leistung nach Nummer 4005 ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig</i>	80	4,50	10,34	15,74
401	Anwendung elektromechanischer Verfahren zur Parodontaldiagnostik (z.B. Periotest), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	50	2,81	6,46	9,83						
402	Lokalbehandlung von	45	2,53	5,81	8,85	4020	Lokalbehandlung von	45	2,53	5,81	8,85

	Mundschleimhauterkrankungen, je Sitzung						Mundschleimhauterkrankungen gegebenenfalls einschließlich Taschenspülungen, je Sitzung				
						4025	Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation, je Zahn <i>Die verwendeten antibakteriellen Materialien sind gesondert berechnungsfähig.</i>	15	0,84	1,93	2,95
403	Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	35	1,97	4,53	6,89	4030	Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	35	1,97	4,53	6,89
404	Beseitigung grober Vorkontakte der Okklusion und Artikulation durch Einschleifen des natürlichen Gebisses oder bereits vorhandenen Zahnersatzes, je Sitzung	45	2,53	5,81	8,85	4040	Beseitigung grober Vorkontakte der Okklusion und Artikulation durch Einschleifen des natürlichen Gebisses oder bereits vorhandenen Zahnersatzes, je Sitzung	45	2,53	5,81	8,85
405	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren, je Zahn	10,9	0,61	1,40	2,13	4050	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge <b>gegebenenfalls</b> einschließlich Polieren <b>an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, auch Brückenglied</b>	10,0	0,56	1,29	1,97
						4055	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge <b>gegebenenfalls</b> einschließlich Polieren <b>an einem mehrwurzeligen Zahn</b>	13,0	0,73	1,68	2,56
							<i>Die Leistungen nach den Nummer</i>				



							<i>4050 und 4055 sind für denselben Zahn innerhalb von 30 Tagen nur einmal berechnungsfähig.</i>				
406	Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge mit Nachreinigung einschließlich Polieren, je Zahn  Neben den Leistungen nach den Nummern 409 und 410 sind Leistungen nach den Nummern 405 bis 408 in der gleichen Sitzung nicht berechnungsfähig.	6,4	0,36	0,82	1,26	4060	Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge <b>oder professioneller Zahnreinigung nach Nummer 1040</b> mit Nachreinigung einschließlich Polieren, je Zahn <b>oder Implantat, auch Brückenglied</b> <i>Die Leistung nach der Nummer 4060 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1040, 4050 und 4055 nicht berechnungsfähig.</i>	7,0	0,39	0,90	1,38
407	Subgingivale Konkremententfernung, Wurzelglättung und Gingivakürettage als parodontalchirurgische Maßnahme, je Zahn	110	6,19	14,23	21,66	4070	Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkreme und Wurzelglättung) an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, geschlossenes Vorgehen	100	5,62	12,92	19,67
						4075	Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkreme und Wurzelglättung) an einem mehrwurzeligen Zahn, geschlossenes Vorgehen	130	7,30	16,80	25,57
408	Gingivektomie, Gingivoplastik, je	45	2,53	5,81	8,85	4080	Gingivektomie, Gingivoplastik, je	45	2,53	5,81	8,85

	Parodontium						Parodontium				
409	Lappenoperation, offene Kürettage, einschließlich Osteoplastik an einem Frontzahn, je Parodontium	180	10,12	23,27	35,42	4090	Lappenoperation, offene Kürettage, einschließlich Osteoplastik an einem Frontzahn, je Parodontium	180	10,12	23,27	35,42
410	Lappenoperation, offene Kürettage, einschließlich Osteoplastik an einem Seitenzahn, je Parodontium	275	15,47	35,58	54,14	4100	Lappenoperation, offene Kürettage, einschließlich Osteoplastik an einem Seitenzahn, je Parodontium	275	15,47	35,58	54,14
	Neben den Leistungen nach den Nummern 409 und 410 sind Leistungen nach den Nummern 405 bis 408 in der gleichen Sitzung nicht berechnungsfähig.						<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 4090 und 4100 sind Leistungen nach den Nummern 4050 bis 4080 in der gleichen Sitzung nicht berechnungsfähig.</i>				
411	Auffüllen parodontaler Knochendefekte mit autologem oder alloplastischem Material, je Zahn  Bei der Leistung nach der Nummer 411 sind Kosten für alloplastisches Material gesondert berechnungsfähig.	180	10,12	23,27	35,42	4110	Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit <b>Aufbaumaterial (Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial), auch Einbringen von Proteinen zur regenerativen Behandlung parodontaler Defekte, ggf. einschließlich Materialentnahme im Aufbauggebiet, je Zahn oder Parodontium oder Implantat</b>  <i>Die Leistung nach Nummer 4110 ist auch im Rahmen einer chirurgischen Behandlung berechnungsfähig. Die Kosten eines einmal verwendbaren Knochenkollektors oder –schabers</i>	180	10,12	23,27	35,42

							<i>sind gesondert berechnungsfähig.</i>				
412	Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	275	15,47	35,58	54,14	4120	Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	275	15,47	35,58	54,14
413	Chirurgische Maßnahmen zur Verbreiterung der unverschieblichen Gingiva und/oder zur Vertiefung des Mundvorhofes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	450	25,31	58,21	88,58	4130	Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut, gegebenenfalls einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Transplantat	180	10,12	23,27	35,42
						4133	Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Zahnzwischenraum	880	49,46	113,75	173,10
						4136	Osteoplastik auch Kronenverlängerung, Tunnelierung oder Ähnliches, je Zahn oder Parodontium, auch Implantat, als selbständige Leistung	200	11,24	25,85	39,34
						4138	Verwendung einer Membran zur Behandlung eines Knochendefektes einschließlich Fixierung, je Zahn, je Implantat	220	12,36	28,44	43,27
414	Entnahme eines freien Schleimhauttransplantats	90	5,06	11,63	17,71						
415	Nachbehandlung nach parodontalchirurgischen Maßnahmen nach den Nummern 407 bis 414, je Zahn	6,4	0,36	0,82	1,26	4150	Kontrolle / Nachbehandlung nach parodontalchirurgischen Maßnahmen, je Zahn, Implantat oder	7,0	0,37	0,85	1,29

							Parodontium				
<b>F. Prothetische Leistungen</b>						<b>F. Prothetische Leistungen</b>					
Punktwert GOZ = 5,62421 Cent						Punktwert GOZ = 5,62421 Cent					
Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EURO			Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EURO		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach				1-fach	2,3-fach	3,5-fach
500	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Tangentialpräparation)	820	46,12	106,07	161,42	5000	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Tangentialpräparation)	1016	57,10	131,31	199,85
501	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Hohlkehl- und Stufenpräparation) oder Einlagefüllung	1100	61,87	142,30	216,54	5010	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Hohlkehl- und Stufenpräparation) oder Einlagefüllung	1483	83,34	191,69	291,71
502	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken oder Prothesenanker mit einer Teilkkrone mit Retentionsrillen oder -kasten oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der Kaufläche	1300	73,11	168,15	255,88	5020	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teilkkrone mit Retentionsrillen, oder -kasten oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der Kaufläche	1997	112,23	258,13	392,80

503	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken oder Prothesenanker mit einer Wurzelkappe mit Stift, gegebenenfalls zur Aufnahme einer Verbindungsvorrichtung	1100	61,87	142,30	216,54	5030	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn <b>oder Implantat</b> als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Wurzelkappe mit Stift, gegebenenfalls zur Aufnahme einer Verbindungsvorrichtung <b>oder anderer Verbindungselemente</b>	1483	83,34	191,69	291,71
504	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken oder Prothesenanker mit einer Teleskopkrone, auch Konuskrone	1400	78,74	181,10	275,59	5040	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn <b>oder Implantat</b> als Brücken oder Prothesenanker mit einer Teleskopkrone, auch Konuskrone  <i>Die Leistung nach Nummer 5040 ist neben der Leistung nach Nummer 5080 nicht berechnungsfähig.</i>	2605	146,40	336,72	512,40
	Durch die Leistungen nach den Nummern 500 bis 504 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren der Zähne oder Implantate, Bestimmung der Kieferrelation, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Kronen oder Einlagefüllungen, Nachkontrolle und Korrekturen.						Durch die Leistungen nach den Nummern <b>5000 bis 5040</b> sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren <b>des Zahnes</b> oder <b>Implantates</b> , <b>Relationsbestimmung</b> , Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Krone oder der Einlagefüllung, der <b>Teilkrone o.a.</b> , Nachkontrolle und Korrekturen. <i>Die Leistung nach den Nummern</i>				

						<p><i>5000 und 5030 umfassen auch die Verschraubung und Abdeckung mit Füllungsmaterial.</i></p> <p><i>Zu den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 gehören Brücken- oder Prothesenanker mit Verbindungselementen jeder Ausführung.</i></p> <p><i>Die Leistungen nach den Nummern 5010 und 5020 sind im Zusammenhang mit Implantaten nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Zu den Kronen nach den Nummern 5000 bis 5040 gehören Kronen (Voll-, Teil- und Teleskopkronen, sowie Wurzelstiftkappen) jeder zahntechnischen Ausführung.</i></p>				
	Teilleistungen nach den Nummern 500 bis 504:					Teilleistungen nach den Nummern 5000 bis 5040				
505	Enden die Leistungen mit der Präparation der Brückenpfeiler, so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.					5050 Enden die Leistungen mit der Präparation der Brückenpfeiler oder Prothesenanker mit Verbindungselementen oder der Abdrucknahme beim Implantat, , so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.				
506	Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei					5060 Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei				

	Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig						Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.				
							<i>Die Leistungen nach den Nummern 5050 oder 5060 sind nur berechnungsfähig, wenn es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen oder eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.</i>				
507	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: Verbindung von Kronen oder Einlagefüllungen durch Brückenglieder oder Stege, je zu überbrückende Spanne oder Freiendsattel	400	22,50	51,75	78,75	5070	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: Verbindung von Kronen oder Einlagefüllungen durch Brückenglieder, <b>Prothesenspannen</b> oder Stege, je zu überbrückende Spanne oder Freiendsattel	400	22,50	51,75	78,75
508	Versorgung eines Lückengebisses durch eine zusammengesetzte Brücke oder Prothese, je Verbindungselement	230	12,94	29,76	45,29	5080	Versorgung eines Lückengebisses durch eine zusammengesetzte Brücke oder Prothese, je Verbindungselement  <i>Matrize und Patrize gelten als ein Verbindungselement.</i>  <i>Die Leistung nach Nummer 5080 ist neben der Leistung nach Nummer 5040 nicht berechnungsfähig.</i>	230	12,94	29,76	45,29
509	Wiederherstellung der Funktion eines	110	6,19	14,23	21,66	5090	Wiederherstellung der Funktion	110	6,19	14,23	21,66

	Verbindungselements nach Nummer 508						eines Verbindungselements nach Nummer 5080				
510	Erneuern des Sekundärteils einer Teleskopkrone einschließlich Abformung	450	25,31	58,21	88,58	5100	Erneuern des Sekundärteils einer Teleskopkrone einschließlich Abformung	450	25,31	58,21	88,58
511	Wiedereingliederung einer endgültigen Brücke nach Wiederherstellung der Funktion	360	20,25	46,50	70,87	5110	Wiedereingliederung einer endgültigen Brücke nach Wiederherstellung der Funktion	360	20,25	46,50	70,87
512	Eingliederung einer provisorischen Brücke einschließlich Entfernung, je provisorische Krone	180	10,12	23,27	35,42	5120	Provisorische Brücke im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung	240	13,49	31,02	47,21
513	Eingliederung einer provisorischen Brücke einschließlich Entfernung, je provisorische Krone mit Stiftverankerung	290	16,31	37,51	57,08						
514	Eingliederung einer provisorischen Brücke einschließlich Entfernung, je zu überbrückende Spanne oder Freiendsattel	160	9,00	20,70	31,50	5140	Provisorische Brücke im direkten Verfahren mit Abformung, je Brückenspanne oder Freiendsattel, einschließlich die Entfernung	80	4,50	10,34	15,74
	Das Wiedereingliedern derselben provisorischen Brücke, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 512 bis 514 abgegolten.						<i>Das Wiedereingliedern derselben provisorischen Brücke, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 5120 bis 5140 abgegolten.</i>				
515	Versorgung eines Lückengebisses mit Hilfe einer durch Adhäsivtechnik	730	41,06	94,43	143,71	5150	Versorgung eines Lückengebisses mit Hilfe einer durch	730	41,06	94,43	143,71



	befestigten Brücke, für die erste zu überbrückende Spanne						Adhäsivtechnik befestigten Brücke, für die erste zu überbrückende Spanne				
516	Versorgung eines Lückengebisses nach Nummer 515, für jede weitere zu überbrückende Spanne	360	20,25	46,57	70,87	5160	Versorgung eines Lückengebisses nach Nummer 515, für jede weitere zu überbrückende Spanne	360	20,25	46,57	70,87
517	Anatomische Abformung des Kiefers mit individuellem Löffel bei ungünstigen Zahnbogen und Kieferformen und/oder tief ansetzenden Bändern oder spezielle Abformung zur Remontage, je Kiefer	250	14,06	32,33	49,21	5170	Anatomische Abformung des Kiefers mit individuellem Löffel bei ungünstigen Zahnbogen- und Kieferformen und/ oder tief ansetzenden Bändern oder spezielle Abformung zur Remontage, je Kiefer	250	14,06	32,33	49,21
518	Funktionelle Abformung des Oberkiefers mit individuellem Löffel	450	25,31	58,21	88,58	5180	Funktionelle Abformung des Oberkiefers mit individuellem Löffel	450	25,31	58,21	88,58
519	Funktionelle Abformung des Unterkiefers mit individuellem Löffel	540	30,37	69,85	106,29	5190	Funktionelle Abformung des Unterkiefers mit individuellem Löffel	540	30,37	69,85	106,29
520	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Teilprothese mit einfachen, gebogenen Halteelementen einschließlich Einschleifen der Auflagen	700	39,37	90,55	137,79	5200	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Teilprothese mit einfachen, gebogenen <b>Haftelementen</b> einschließlich Einschleifen der Auflagen	700	39,37	90,55	137,79
521	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Modellgußprothese mit gegossenen Halte- und Stützelementen einschließlich Einschleifen der	1400	78,74	181,10	275,59	5210	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Modellgussprothese mit gegossenen Halte- und Stützelementen einschließlich Einschleifen der	1400	78,74	181,10	275,59

	Auflagen						Auflagen				
522	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Oberkiefer	1850	104,05	239,31	364,17	5220	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese <b>oder Deckprothese</b> bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Oberkiefer <i>Eine Deckprothese setzt eine Basisgestaltung wie bei einer totalen Prothese voraus.</i>	1850	104,05	239,31	364,17
523	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Unterkiefer	2200	123,73	284,57	433,05	5230	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese <b>oder Deckprothese</b> bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Unterkiefer <i>Eine Deckprothese setzt eine Basisgestaltung wie bei einer totalen Prothese voraus.</i>	2200	123,73	284,57	433,05
	Durch die Leistungen nach den Nummern 520 bis 523 sind folgende Leistungen abgegolten: Anatomische Abformungen (auch des Gegenkiefers), Bestimmung der Kieferrelation, Einproben, Einpassen bzw. Einfügen, Nachkontrolle und Korrekturen.						<i>Durch die Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5230 sind folgende Leistungen abgegolten: Anatomische Abformungen (auch des Gegenkiefers), Bestimmung der Kieferrelation, Einproben, Einpassen bzw. Einfügen, Nachkontrolle und Korrekturen.</i>				
524	Teilleistungen nach den Nummern 520 bis 523: Für Maßnahmen bis einschließlich Bestimmung der Kieferrelation ist die					5240	Teilleistungen nach den Nummern <b>5200</b> und <b>5230</b> : Für Maßnahmen bis einschließlich Bestimmung der Kieferrelation ist				

	Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig; bei weitergehenden Maßnahmen sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.						<i>die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig; bei weitergehenden Maßnahmen sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig</i>				
525	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (ohne Abformung)	140	7,87	18,10	27,54	5250	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (ohne Abformung)	140	7,87	18,10	27,54
526	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (mit Abformung) einschließlich Halte- und Stützvorrichtungen	270	15,19	34,93	53,16	5260	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (mit Abformung) einschließlich Halte- und Stützvorrichtungen	270	15,19	34,93	53,16
527	Teilunterfütterung einer Prothese	180	10,12	23,27	35,42	5270	Teilunterfütterung einer Prothese	180	10,12	23,27	35,42
528	Vollständige Unterfütterung einer Prothese	270	15,19	34,93	53,16	5280	Vollständige Unterfütterung einer Prothese	270	15,19	34,93	53,16
529	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Oberkiefer	450	25,31	58,21	88,58	5290	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Oberkiefer	450	25,31	58,21	88,58
530	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Oberkiefer	540	30,37	69,85	106,29	5300	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Unterkiefer	540	30,37	69,85	106,29
531	Vollständige Unterfütterung bei einer Defektprothese einschließlich funktioneller Randgestaltung	730	41,06	94,43	143,71	5310	Vollständige Unterfütterung bei einer Defektprothese einschließlich funktioneller Randgestaltung	730	41,06	94,43	143,71
	Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 527 bis 531						<i>Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310</i>				

	dürfen Leistungen nach den Nummern 525 und 526 nur berechnet werden, wenn es sich um zeitlich getrennte Verrichtungen handelt. Leistungen nach den Nummern 527 bis 531 sind nur als Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion einer abnehmbaren Prothese berechnungsfähig.						<i>dürfen Leistungen nach den Nummern 5250 und 5260 nur berechnet werden, wenn es sich um zeitlich getrennte Verrichtungen handelt. Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 sind nur als Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion einer abnehmbaren Prothese berechnungsfähig.</i>				
532	Eingliederung eines Obturators zum Verschluß von Defekten des Gaumens	2200	123,73	284,57	433,05	5320	Eingliederung eines Obturators zum Verschluss von Defekten des Gaumens	2200	123,73	284,57	433,05
533	Eingliederung einer Resektionsprothese zum Verschluß und zum Ausgleich von Defekten der Kiefer	2800	157,48	362,20	551,18	5330	Eingliederung einer Resektionsprothese zum Verschluss und zum Ausgleich von Defekten der Kiefer	2800	157,48	362,20	551,18
534	Eingliederung einer Prothese oder Epithese zum Verschluß extraoraler Weichteildefekte oder zum Ersatz fehlender Gesichtsteile einschl. Stütz-, Halte oder Hilfsvorrichtungen	7300	410,26	943,60	1436,91	5340	Eingliederung einer Prothese oder Epithese zum Verschluss extraoraler Weichteildefekte oder zum Ersatz fehlender Gesichtsteile einschließlich Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen	7300	410,57	943,60	1436,91
	Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 520 bis 534 abgegolten.						<i>Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5340 abgegolten</i>				
<b>G. Kieferorthopädische Leistungen</b>						<b>G. Kieferorthopädische Leistungen</b>					

						<p>Allgemeine Bestimmungen</p> <p>Die Leistungen nach den Nummern 6100, 6120, 6140 und 6150 beinhalten auch die Material- und Laborkosten für Standardmaterialien wie zum Beispiel unprogrammierte Edelstahlbrackets, unprogrammierte Attachments und Edelstahlbänder.</p> <p>Werden darüber hinausgehende Materialien verwendet, können die Mehrkosten für diese Materialien gesondert berechnet werden, der Verwendung mit dem Zahlungspflichtigen nach persönlicher Absprache schriftlich vereinbart worden ist. Diese Vereinbarung hat Angaben über die voraussichtliche Höhe der einzelnen Material- und Laborkosten und die Material- und Laborkosten der in Abzug zu bringenden Standardmaterialien zu enthalten. In der Vereinbarung ist darauf hinzuweisen, dass eine Erstattung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht im vollen Umfang gewährleistet ist.</p>					
<b>Punktwert GOZ = 5,62421 Cent</b>						<b>Punktwert GOZ = 5,62421 Cent</b>					
Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EURO			Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EURO		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach				1-fach	2,3-fach	3,5-fach
600	Profil- oder Enfacefotografie	80	4,50	10,35	15,75	6000	Profil- oder Enfacefotografie	80	4,50	10,35	15,75

	einschließlich kieferorthopädischer Auswertung						einschließlich kieferorthopädischer Auswertung				
							<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach der Nummer 6000 im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung ist in der Rechnung zu begründen.</i>				
601	Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale, graphische oder metrische Analysen, Diagramme)	180	10,12	23,27	35,42	6010	Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale, graphische oder metrische Analysen, Diagramme), je Leistung nach Nummer 0060	180	10,12	23,27	35,42
602	Anwendung von Methoden zur Untersuchung des Gesichtsschädels (zeichnerische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels, Wachstumsanalysen)	360	20,25	46,57	70,87	6020	Anwendung von Methoden zur Untersuchung des Gesichtsschädels (zeichnerische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels, Wachstumsanalysen)	360	20,25	46,57	70,87
603	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, geringer Umfang	1350	75,93	174,63	265,75	6030	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, geringer Umfang	1350	75,93	174,63	265,75
604	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, mittlerer Umfang	2100	118,11	271,65	413,38	6040	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, mittlerer Umfang	2100	118,11	271,65	413,38
605	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, hoher Umfang	3600	202,47	465,68	708,64	6050	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, hoher Umfang	3600	202,47	465,68	708,64
	Bei Maßnahmen von mittlerem						<i>Bei Maßnahmen von mittlerem</i>				

	Umfang nach der Nummer 604 müssen mindestens drei, bei Maßnahmen von hohem Umfang mindestens vier der Kriterien nach den Buchstaben a bis e erfüllt sein: a) Zahl der bewegten Zahngruppen: zwei und mehr Zahngruppen, b) Ausmaß der Zahnbewegung: mehr als 2 Millimeter, c) Art der Zahnbewegung: körperlich mehr als 2 Millimeter, kontrollierte Wurzelbewegung, direkte Veränderung der Bißhöhe, Zahndrehung mehr als 30 Grad, d) Richtung der Zahnbewegung: entgegen Wanderungstendenz, e) Verankerung: mit zusätzlichen intra- oder extraoralen Maßnahmen,						<i>Umfang nach der Nummer 6040 müssen mindestens drei, bei Maßnahmen von hohem Umfang mindestens vier der Kriterien nach den Buchstaben a) bis e) erfüllt sein: a) Zahl der bewegten Zahngruppen: zwei und mehr Zahngruppen, b) Ausmaß der Zahnbewegung: mehr als 2 Millimeter, c) Art der Zahnbewegung: körperlich mehr als 2 Millimeter, kontrollierte Wurzelbewegung, direkte Veränderung der Bisshöhe, Zahndrehung mehr als 30 Grad, d) Richtung der Zahnbewegung: entgegen Wanderungstendenz, e) Verankerung: mit zusätzlichen intra- oder extraoralen Maßnahmen.</i>				
606	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiß während der Wachstumsphase einschließlich Retention, geringer Umfang	1800	101,24	232,85	354,34	6060	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, geringer Umfang	1800	101,24	232,85	354,34
607	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiß während der Wachstumsphase einschließlich Retention, mittlerer Umfang	2600	146,23	336,32	511,80	6070	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, mittlerer Umfang	2600	146,23	336,32	511,80
608	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiß während der	3600	202,47	465,68	708,64	6080	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der	3600	202,47	465,68	708,64

Wachstumsphase einschließlich Retention, hoher Umfang						Wachstumsphase einschließlich Retention, hoher Umfang				
<p>Bei Maßnahmen von mittlerem Umfang muß mindestens ein Kriterium nach den Buchstaben a) bis c), bei Maßnahmen von hohem Umfang müssen mindestens zwei der Kriterien erfüllt sein:</p> <p>a) Ausmaß der Bißverschiebung: mehr als 4 Millimeter,  b) Richtung der durchzuführenden Bißverschiebung, Unterkiefer relativ zum Oberkiefer: dorsal,  c) Skelettale Bedingungen: ungünstige Wachstumsvoraussetzungen.</p> <p>Die Leistungen nach den Nummern 603 bis 608 umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren.</p> <p>Neben den Leistungen nach den Nummern 603 bis 608 sind Leistungen nach den Nummern 619 bis 626 nicht berechnungsfähig.</p>						<p><i>Bei Maßnahmen von mittlerem Umfang muss mindestens ein Kriterium nach den Buchstaben a) bis c), bei Maßnahmen von hohem Umfang müssen mindestens zwei der Kriterien erfüllt sein:</i></p> <p><i>a) Ausmaß der Bissverschiebung: mehr als 4 Millimeter;  b) Richtung der durchzuführenden Bissverschiebung, Unterkiefer relativ zum Oberkiefer: dorsal,  c) Skelettale Bedingungen: ungünstige Wachstumsvoraussetzungen.</i></p> <p><i>Die Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren.</i></p> <p><i>Die Maßnahmen im Sinne der Nummern 6030 bis 6080 umfassen alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss, innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren, unabhängig von den</i></p>				



							<i>angewandten Behandlungsmethoden oder den verwendeten Therapiegeräten.</i>				
							<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 sind Leistungen nach den Nummern 6190 bis 6260 nicht berechnungsfähig.</i>				
609	Maßnahmen zur Einstellung der Okklusion durch alveolären Ausgleich bei abgeschlossener Wachstumsphase einschließlich Retention	700	39,37	90,55	137,79	6090	Maßnahmen zur Einstellung der Okklusion durch alveolären Ausgleich bei abgeschlossener Wachstumsphase einschließlich Retention, <b>je Kiefer</b>	700	39,37	90,55	137,79
610	Eingliederung eines Klebebrackets zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	165	9,28	21,34	32,48	6100	Eingliederung eines Klebebrackets zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	165	9,28	21,34	32,48
611	Entfernung eines Klebebrackets einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes	70	3,94	9,06	13,79	6110	Entfernung eines Klebebrackets einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes	70	3,94	9,06	13,79
612	Eingliederung eines Bandes zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	230	12,94	29,76	45,29	6120	Eingliederung eines Bandes zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	230	12,94	29,76	45,29
613	Entfernung eines Bandes einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes	20	1,12	2,57	3,92	6130	Entfernung eines Bandes einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes	20	1,12	2,57	3,92
614	Eingliederung eines Teilbogens	210	11,81	27,16	41,33	6140	Eingliederung eines Teilbogens	210	11,81	27,16	41,33

615	Eingliederung eines ungeteilten Bogens, alle Zahngruppen umfassend	500	28,12	64,67	98,42	6150	Eingliederung eines ungeteilten Bogens, alle Zahngruppen umfassend, <i>je Kiefer</i>	500	28,12	64,67	98,42
616	Eingliederung einer intra-extraoralen Verankerung (z.B. Headgear)	370	20,81	47,86	72,83	6160	Eingliederung einer intra- / extraoralen Verankerung (z.B. Headgear)	370	20,81	47,86	72,83
617	Eingliederung einer Kopf-Kinn-Kappe	500	28,12	64,67	98,42	6170	Eingliederung einer Kopf-Kinn-Kappe	500	28,12	64,67	98,42
	In den Leistungen nach den Nummern 610 bis 615 sind die Material und Laborkosten enthalten. Die Kosten für die eingegliederten Hilfsmittel nach den Nummern 616 und 617 sind gesondert berechnungsfähig						<i>Die Kosten für die eingegliederten Hilfsmittel nach den Nummern 6160 und 6170 sind gesondert berechnungsfähig.</i>				
618	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit und/oder Erweiterung von herausnehmbaren Behandlungsgeräten einschließlich Abformung und Wiedereinfügen, je Kiefer und je Sitzung einmal berechnungsfähig	270	15,19	34,93	53,16	6180	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit und/oder Erweiterung von herausnehmbaren Behandlungsgeräten einschließlich Abformung und Wiedereinfügen, je Kiefer und je Sitzung einmal berechnungsfähig	270	15,19	34,93	53,16
619	Beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktion  Neben der Leistung nach der Nummer 619 ist eine Leistung nach der Nummer 001 in derselben Sitzung	140	7,87	18,10	27,54	6190	Beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen  <i>Neben der Leistung nach der Nummer 6190 ist die Leistung nach der Nummer 0010 in</i>	140	7,87	18,10	27,54

	nicht berechnungsfähig.						<i>derselben Sitzung nicht berechnungsfähig</i>				
620	Eingliedern von Hilfsmitteln zur Beseitigung von Funktionsstörungen (z. B. Mundvorhofplatte) einschließlich Anweisung zum Gebrauch und Kontrollen	450	25,31	58,21	88,58	6200	Eingliedern von Hilfsmitteln zur Beseitigung von Funktionsstörungen (z. B. Mundvorhofplatte) einschließlich Anweisung zum Gebrauch und Kontrollen	450	25,31	58,21	88,58
621	Kontrolle des Behandlungsverlaufs oder Weiterführung der Retention einschließlich kleiner Änderungen der Behandlungs- oder Retentionsgeräte, Therapiekontrolle der gesteuerten Extraktion, je Sitzung	90	5,06	11,63	17,71	6210	Kontrolle des Behandlungsverlaufs oder Weiterführung der Retention einschließlich kleiner Änderungen der Behandlungs- oder Retentionsgeräte, Therapiekontrolle der gesteuerten Extraktion, je Sitzung	90	5,06	11,63	17,71
622	Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln (z.B. Abformung, Bißnahme), je Kiefer	180	10,12	23,27	35,42	6220	Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln (z. B. Abformung, Bißnahme), je Kiefer	180	10,12	23,27	35,42
623	Eingliederung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer	180	10,12	23,27	35,42	6230	Eingliederung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer	180	10,12	23,27	35,42
624	Maßnahmen zur Verhütung von Folgen vorzeitigen Zahnverlustes (Offenhalten einer Lücke)	270	15,19	34,93	53,16	6240	Maßnahmen zur Verhütung von Folgen vorzeitigen Zahnverlustes (Offenhalten einer Lücke)	270	15,19	34,93	53,16
625	Beseitigung des Diastemas, als selbständige Leistung	450	25,31	58,21	88,58	6250	Beseitigung des Diastemas, als selbständige Leistung	450	25,31	58,21	88,58

626	Maßnahmen zur Einordnung eines verlagerten Zahnes in den Zahnbogen, als selbständige Leistung	1100	61,87	142,30	216,54	6260	Maßnahmen zur Einordnung eines verlagerten Zahnes in den Zahnbogen, als selbständige Leistung	1100	61,87	142,30	216,54
<b>H. Eingliederung von Aufbißbehelfen und Schienen</b> Allgemeine Bestimmungen  Endgültige Kronen, Brücken und Prothesen dürfen nicht als Aufbißbehelfe oder Schienen nach Abschnitt H berechnet werden.						<b>H. Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen</b> Allgemeine Bestimmungen  Endgültige Kronen, Brücken und Prothesen dürfen nicht als Aufbissbehelfe oder Schienen nach Abschnitt H berechnet werden.					
Punktwert GOZ = 5,62421 Cent						Punktwert GOZ = 5,62421 Cent					
Nr.	Leistung	Punkt zahl	Gebühr in EURO			Nr.	Leistung	Punkt zahl	Gebühr in EURO		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach				1-fach	2,3-fach	3,5-fach
700	Eingliederung eines Aufbißbehelfs ohne adjustierte Oberfläche	270	15,19	34,93	53,16	7000	Eingliederung eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche	270	15,19	34,93	53,16
701	Eingliederung eines Aufbißbehelfs mit adjustierter Oberfläche	800	44,99	103,47	157,46	7010	Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche	800	44,99	103,47	157,46
702	Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbißbehelf	450	25,31	58,21	88,58	7020	Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf	450	25,31	58,21	88,58
703	Wiederherstellung der Funktion eines Aufbißbehelfs, z.B. durch Unterfütterung	370	20,81	47,86	72,83	7030	Wiederherstellung der Funktion eines Aufbissbehelfs, z. B. durch Unterfütterung	370	20,81	47,86	72,83
704	Kontrolle eines Aufbißbehelfs	65	3,66	8,41	12,81	7040	Kontrolle eines Aufbissbehelfs	65	3,66	8,41	12,81
705	Kontrolle eines Aufbißbehelfs mit	180	10,12	23,20	35,42	7050	Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit	180	10,12	23,20	35,42

	adjustierter Oberfläche: subtraktive Maßnahmen, je Sitzung						adjustierter Oberfläche: subtraktive Maßnahmen, je Sitzung				
706	Kontrolle eines Aufbißbehelfs mit adjustierter Oberfläche: additive Maßnahmen, je Sitzung	410	23,06	53,03	80,71	7060	Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche: additive Maßnahmen, je Sitzung	410	23,06	53,03	80,71
707	Semipermanente Schiene unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum	90	5,06	11,63	17,71	7070	Semipermanente Schiene unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum	90	5,06	11,63	17,71
708	Versorgung eines Kiefers mit einem Interimszahnersatz als Langzeitprovisorium, je Krone	450	25,31	52,21	88,58	7080	Versorgung eines Kiefers mit einem festsitzenden laborgefertigten Provisorium (einschließlich Vorpräparation) im indirekten Verfahren, je Zahn oder je Implantat, einschließlich Entfernung	600	33,72	77,56	118,02
709	Versorgung eines Kiefers mit einem Interimszahnersatz als Langzeitprovisorium, je zu überbrückende Spanne oder Freiendsattel	270	15,19	34,93	53,16	7090	Versorgung eines Kiefers mit einem laborgefertigten Provisorium (einschließlich Vorpräparation) im indirekten Verfahren, je Brückenglied, einschließlich Entfernung	270	15,19	34,93	53,16
	Die Leistungen nach den Nummern 708 und 709 sind nicht in zeitlichem Zusammenhang mit der Herstellung von endgültigem Zahnersatz berechnungsfähig.						<i>Die Berechnung der Leistungen nach den Nummern 7080 und 7090 setzt voraus, dass es sich bei dem festsitzenden laborgefertigten Provisorium um ein Langzeitprovisorium mit einer Tragezeit von mindestens drei Monaten handelt. Im</i>				

							<i>Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nummern 7080 oder 7090 sind die Leistungen nach den Nummern 2230, 2240, 5050 oder 5060 nicht berechnungsfähig.</i>				
							<i>Beträgt die Tragezeit des festsitzenden laborgefertigten Provisoriums unter drei Monaten, sind anstelle der Leistungen nach den Nummern 7080 und 7090 die Leistungen nach den Nummern 2260, 2270 oder 5120 und 5140 berechnungsfähig.</i>				
710	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion eines Interimszähnersatzes, je Krone, Spanne oder Freiendsattel	200	11,25	25,87	39,37	7100	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion eines Interimszähnersatzes, je Krone, Spanne oder <b>Freiendbrückenglied</b>	200	11,25	25,87	39,37
	Die Wiedereingliederung desselben Interimszähnersatzes, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 708 bis 710 abgegolten						Die Wiedereingliederung desselben <b>festsitzenden laborgefertigten Provisoriums nach den Nummern 7080 oder 7090</b> , gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern <b>7080 bis 7100</b> abgegolten				
<b>J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen</b>						<b>J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen</b>					
Punktwert GOZ = 5,62421 Cent						Punktwert GOZ = 5,62421 Cent					

Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EURO			Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EURO		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach				1-fach	2,3-fach	3,5-fach
800	<p>Befunderhebung des stomatognathen Systems nach vorgeschriebenem Formblatt</p> <p>Die Leistung nach der Nummer 800 umfaßt folgende zahnärztliche Leistungen: prophylaktische, prothetische, parodontologische und okklusale Befunderhebung, funktionsdiagnostische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels und der Halswirbelsäule, klinische Reaktionstests (z. B. Resilienztest, Provokationstest).</p> <p><i>Neben der Leistung nach der Nummer 800 ist eine Leistung nach der Nummer 001 in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig .</i></p>	500	28,12	64,67	98,42	8000	<p><b>Klinische Funktionsanalyse einschließlich Dokumentation</b></p> <p><i>Die Leistung nach der Nummer 8000 umfasst folgende zahnärztliche Leistungen: prophylaktische, prothetische, parodontologische und okklusale Befunderhebung, funktionsdiagnostische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels und der Halswirbelsäule, klinische Reaktionstests (z. B. Resilienztest, Provokationstest).</i></p>	500	28,12	64,67	98,42
801	<p>Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers, je Registrat</p> <p>Die Leistung nach Nummer 801 ist höchstens zweimal berechnungsfähig.</p>	180	10,12	23,20	35,42	8010	<p>Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers <b>auch Stützstiftregistrierung</b>, je Registrat</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 8010 ist je Sitzung höchstens zweimal berechnungsfähig.</i></p>	180	10,12	23,20	35,42

							<i>Neben der Leistung nach der Nummer 8010 sind die Material- und Laborkosten für die Bissnahme und die Lieferung und Anbringung des Stützstiftbestecks gesondert berechnungsfähig.</i>				
802	Modellmontage nach arbiträrer Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die arbiträre Scharnierachsenbestimmung, Anlegen eines Übertragungsbogens, Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator und Modellmontage) <b>einschließlich Material und Laborkosten</b>	400	22,50	51,75	78,75	8020	Arbiträre Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die arbiträre Scharnierachsenbestimmung, das Anlegen eines Übertragungsbogens, das Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator)	300	19,96	38,78	59,01
803	Modellmontage nach kinematischer Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die kinematische Scharnierachsenbestimmung, definitives Markieren der Referenzpunkte, Anlegen eines Übertragungsbogens, Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator <del>und Modellmontage</del> ) <b>einschließlich Material und Laborkosten</b>	550	30,93	71,13	108,25	8030	Kinematische Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die kinematische Scharnierachsenbestimmung, das definitive Markieren der Referenzpunkte, das Anlegen eines Übertragungsbogens, das Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator)	550	30,93	71,13	108,25
						8035	Kinematische Scharnierachsenbestimmung mittels elektronischer	550	30,93	71,13	108,25



							Aufzeichnung (eingeschlossen sind die kinematische Scharnierachsenbestimmung, das definitive Markieren der Referenzpunkte, ggf. das Anlegen eines Übertragungsbogens, ggf. das Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator)				
							<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 8020 bis 8035 sind die Material- und Laborkosten für die Artikulation des Ober- und Unterkiefermodells im (halb) individuellen Artikulator gesondert berechnungsfähig.</i>				
804	Montage des Gegenkiefermodells mit Hilfe von Registraten oder ähnlichen Verfahren einschließlich Fixieren und überprüfen der gefundenen Position einschließlich Material und Laborkosten.	200	11,25	58,87	39,37						
805	Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung halbindividueller Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten	350	19,68	45,26	68,88	8050	Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung halbindividueller Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, je Sitzung	500	28,12	64,67	98,42
806	Registrieren von	500	28,12	64,67	98,42	8060	Registrieren von	750	42,15	96,95	147,53

	<p>Unterkieferbewegungen zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten</p> <p>Wird bei unterbrochener Zahnreihe oder Freiendsattel zur Bestimmung der Vertikaldimension eine Bißschablone im Labor angefertigt, so sind die Kosten für die Bißschablone neben den Gebühren nach den Nummern 802 bis 806 gesondert berechnungsfähig.</p>						<p>Unterkieferbewegungen zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, <i>je Sitzung</i></p>				
						8065	<p>Registrieren von Unterkieferbewegungen mittels elektronischer Aufzeichnung zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, <i>je Sitzung</i></p> <p><i>Neben den Leistungen nach den Nummern 8050 bis 8065 sind Material- und Laborkosten für die Einstellung des (halb) individuellen Artikulators nach den gemessenen Werten gesondert berechnungsfähig.</i></p>	850	47,77	109,87	167,20
807	<p>Aufbau einer individuellen Frontzahnführung im Artikulator einschließlich Material und</p>	150	8,44	19,41	59,54						

	Laborkosten											
808	Diagnostische Maßnahmen an Modellen im Artikulator einschließlich subtraktiver oder additiver Korrekturen, Befundauswertung und Behandlungsplanung	200	11,25	25,87	39,37	8080	Diagnostische Maßnahmen an Modellen im Artikulator einschließlich subtraktiver oder additiver Korrekturen, Befundauswertung und Behandlungsplanung, je Sitzung	250	14,05	32,31	49,18	
809	Diagnostischer Aufbau von Funktionsflächen am natürlichen Gebiß, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz	200	11,25	25,87	39,37	8090	Diagnostischer Aufbau von Funktionsflächen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Sitzung	250	14,05	32,31	49,18	
810	Systematische subtraktive Maßnahmen am natürlichen Gebiß, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Zahnpaar  Die Leistung nach der Nummer 810 ist je Sitzung höchstens fünfmal berechnungsfähig.	15	0,84	1,93	2,94	8100	Systematische subtraktive Maßnahmen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Zahnpaar	20	1,12	2,59	3,93	
<b>K. Implantologische Leistungen</b> Allgemeine Bestimmungen  1. Die primäre Wundversorgung ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt K und nicht gesondert berechnungsfähig. 2. Die bei den Leistungen nach Abschnitt K verwendeten Implantate und Implantatteile sind gesondert berechnungsfähig.						<b>K. Implantologische Leistungen</b> Allgemeine Bestimmungen  1. Die primäre Wundversorgung (z. B. Reinigen der Wunde, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, ggf. einschließlich Fixieren eines plastischen Wundverbandes) ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt K und nicht gesondert berechnungsfähig.						

						2. Die bei den Leistungen nach Abschnitt K verwendeten Implantate, Implantatteile <b>und nur einmal verwendbare Implantatfräsen</b> sind gesondert berechnungsfähig. <b>Knochenersatzmaterialien sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder der Geweberegeneration (z.B. Membranen), zur Fixierung von Membranen, zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen oder, wenn dies zum Schutz wichtiger anatomischer Strukturen (z.B. Nerven) erforderlich ist, sowie atraumatisches Nahtmaterial oder nur einmal verwendbare Explantationsfräsen, sind gesondert berechnungsfähig.</b>					
<b>Punktwert GOZ = 5,62421 Cent</b>						<b>Punktwert GOZ = 5,62421 Cent</b>					
Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EURO			Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EURO		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach				1-fach	2,3-fach	3,5-fach
900	Implantatbezogene Analyse und Vermessung des Alveolarfortsatzes des Kieferkörpers und der Schleimhaut einschließlich metrischer Auswertung von Röntgenaufnahmen zur Festlegung der Implantatposition mit Hilfe einer individuellen Schablone, je Kiefer	540	30,37	69,85	106,29	9000	Implantatbezogene Analyse und Vermessung des Alveolarfortsatzes, des Kieferkörpers und <b>der angrenzenden knöchernen Strukturen sowie</b> der Schleimhaut, einschließlich metrischer Auswertung von <b>radiologischen Befundunterlagen, Modellen und Fotos</b> zur Feststellung der Implantatposition, ggf. mit Hilfe einer individuellen Schablone <b>zur Diagnostik, einschließlich Implantatauswahl</b> , je Kiefer.	884	49,68	114,27	173,88

							<i>Bei Verwendung einer Röntgenmessschablone sind die Material- und Laborkosten gesondert berechnungsfähig.</i>				
						9003	Verwenden einer Orientierungsschablone/ Positionierungsschablone zur Implantation, je Kiefer  <i>Bei Verwendung einer Orientierungsschablone sind die Material- und Laborkosten gesondert berechnungsfähig.</i>	100	5,62	12,93	19,67
						9005	Verwenden einer auf dreidimensionale Daten gestützten Navigationsschablone/chirurgischen Führungsschablone zur Implantation, ggf. einschließlich Fixierung, je Kiefer  <i>Die verwendeten Fixierungselemente sowie die Material- und Laborkosten der Navigationsschablone sind gesondert berechnungsfähig</i>	300	16,96	38,78	59,01
901	Präparieren einer Knochenkavität für ein enossales Implantat	480	27,00	62,10	94,50	9010	Implantatinsertion, je Implantat	1545	86,83	199,71	303,90

902	Einsetzen einer Implantatschablone zur Überprüfung der Knochenkavität	90	5,06	11,63	17,71		Präparieren einer Knochenkavität für ein enossales Implantat, Einsetzen einer Implantatschablone zur Überprüfung der Knochenkavität (z.B. Tiefenlehre), ggf. einschließlich Knochenkondensation, Knochenglättung im Bereich des Implantates, Einbringen eines enossalen Implantates, einschließlich Verschlusschraube und ggf. Einbringen von Aufbauelementen bei offener Einheilung sowie Wundverschluss				
903	Einbringen eines enossalen Implantats	480	27,00	62,10	94,50						
						9020	Insertion eines Implantates zum temporären Verbleib, auch orthodontisches Implantat	515	28,94	66,57	101,30
904	Freilegen eines Implantats und Einfügen von Sekundärteilen bei einem zweiphasigen Implantationssystem	320	18,00	41,40	63,00	9040	Freilegen eines Implantats, und Einfügen eines oder mehrerer Aufbauelemente (z.B. eines Gingivaformer) bei einem zweiphasigen Implantatsystem	626	35,18	80,92	123,13
905	Auswechseln eines Sekundärteils bei einem zusammengesetzten Implantat	320	18,00	41,40	63,00	9050	Entfernen und Wiedereinsetzen sowie Auswechseln eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem während der rekonstruktiven Phase  <i>1. Die Leistung nach Nummer 9050</i>	313	17,59	40,46	61,57

							<i>ist nicht neben den Leistungen nach den Nummern 9010 und 9040 berechnungsfähig.</i>				
							<i>2. Die Leistung nach Nummer 9050 ist je Implantat höchstens dreimal und nur höchstens einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>				
906	Präparieren eines Kiefers für subpersonale Gerüstimplantate einschließlich Abformung und Analyse des gewonnenen Modells, je Kiefer	640	35,99	82,77	125,96	9060	Auswechseln von Aufbauelementen (Sekundärteilen) im Reparaturfall  <i>Die Leistung nach Nummer 9060 ist für ein Implantat höchstens einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	313	17,59	40,46	61,57
907	Einsetzen eines subperiostalen Gerüstimplantats einschließlich Fixation	320	18,00	41,40	63,00						
908	Entfernung eines subperiostalen Gerüstimplantats	1100	61,87	142,30	216,54						
909	Einbringen eines Nadelimplantats	90	5,06	11,63	17,71	9090	Knochengewinnung, (z.B. Knochenkollektor oder Knochenschaber) Knochenaufbereitung und -implantation, auch zur Weichteilunterfütterung  <i>Die Kosten eines einmal verwendbaren Knochenkollektors oder –schabers sind gesondert</i>	400	22,48	51,70	78,68

						berechnungsfähig.				
					9100	<p>Aufbau des Alveolarfortsatzes durch Augmentation ohne zusätzliche Stabilisierungsmaßnahmen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich</p> <p><i>Mit der Leistung nach Nummer 9100 sind folgende Leistungen abgegolten:</i></p> <p><i>Lagerbildung, Glättung des Alveolarfortsatzes, ggf. Entnahme von Knochen innerhalb des Aufbaubereiches, Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial) und Wundverschluss mit vollständiger Schleimhautabdeckung, ggf. einschließlich Einbringung und Fixierung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren</i></p> <p><i>1. Die Leistung nach Nummer 9100 ist für die Glättung des Alveolarfortsatzes im Bereich des Implantatbettes nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>2. Neben der Leistung nach Nummer 9100 sind die Leistungen nach der Nummer 9130 nicht</i></p>	2694	151,40	348,23	529,91



						<p><i>berechnungsfähig.</i></p> <p><i>3. Wird die Leistung nach Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach Nummer 9110 erbracht, ist die Hälfte der Gebühr der Nummer 9100 berechnungsfähig</i></p> <p><i>4. Wird die Leistung nach Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach Nummer 9120 erbracht, ist ein Drittel der Gebühr der Nummer 9100 berechnungsfähig.</i></p>				
					9110	<p>Geschlossene Sinusbodenelevation vom Kieferkamm aus (interner Sinuslift)</p> <p>Mit einer Leistung nach Nummer 9110 sind folgende Leistungen abgegolten:</p> <p>Schaffung des Zugangs durch die Alveole oder das Implantatfach, Anhebung des Kieferhöhlenbodens durch knochenverdrängende oder knochenverdichtende Maßnahmen und der Kieferhöhlenmembran, Entnahme von Knochenspänen innerhalb des Aufbaugesbietes des</p>	1500	84,30	193,89	295,05

						<p>Implantatfaches und Einbringen von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial)</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 9110 ist für dieselbe Implantatkavität nicht neben den Leistungen nach den Nummern 9120 und 9130 berechnungsfähig.</i></p>				
					9120	<p>Sinusbodenelevation durch externe Knochenfensterung (externer Sinuslift), je Kieferhälfte</p> <p><i>Mit einer Leistung nach Nummer 9120 sind folgende Leistungen abgegolten:</i></p> <p><i>Schaffung des Zugangs zur Kieferhöhle durch Knochenfensterung (auch Knochendeckel), Präparation der Kieferhöhlenmembran, Anhebung des Kieferhöhlenbodens und der Kieferhöhlenmembran, Lagerbildung, ggf. Entnahme von Knochenspänen innerhalb des Aufbaubereiches, Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial), ggf. Einbringung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren –</i></p>	3000	168,60	387,78	590,10

							<i>einschließlich Fixierung –, ggf. Reposition des Knochendeckels, Verschluss der Kieferhöhle und Wundverschluss</i>				
						9130	Spaltung und Spreizung von Knochensegmenten (Bone Splitting) ggf. mit Auffüllung der Spalträume mittels Knochen oder Knochenersatzmaterial, ggf. einschließlich zusätzlicher Osteosynthesemaßnahmen, ggf. einschließlich Einbringung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren und deren Fixierung -, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, oder vertikale Distraction des Alveolarfortsatzes, einschließlich Fixierung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich  <i>Neben der Leistung nach Nummer 9130 ist die Leistung nach der Nummer 9100 nicht berechnungsfähig.</i>	1540	86,55	199,06	302,92
						9140	Intraorale Entnahme von Knochen außerhalb des Aufbaugesbietes ggf. einschließlich Aufbereitung des Knochenmaterials und/oder der Aufnahme-region, einschließlich der notwendigen Versorgung der	650	36,53	84,02	127,86

						Entnahmestelle, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich  <i>Bei Entnahme von einem oder mehreren Knochenblöcken ist das Doppelte der Gebühr nach Nummer 9140 berechnungsfähig. Von einem Knochenblock im Sinne dieser Abrechnungsbestimmung ist auszugehen, wenn dieser bei der Implantation eigenständig fixiert werden muss.</i>				
					9150	Fixation oder Stabilisierung des Augmentates durch Osteosynthesemaßnahmen (z. B. Schrauben- oder Plattenosteosynthese oder Titanetze), zusätzlich zu der Leistung nach der Nummer 9100, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	675	37,94	87,25	132,77
					9160	Entfernung unter der Schleimhaut liegender Materialien (z. B. Barrieren – einschließlich Fixierung –, Osteosynthesematerial), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	330	18,55	42,63	64,91
					9170	Entfernung im Knochen liegender Materialien durch Osteotomie (z. B. Osteosynthesematerial, Knochenschrauben) oder Entfernung eines subperiostalen	500	28,10	64,63	98,35

						Gerüstimplantats, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich				
						<i>Die Entfernung eines Implantats ist mit der Gebühr für die Leistungen nach den Nummern 3000 und 3030 abgegolten.</i>				
						<p><b>L. Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen</b></p> <p><b>Allgemeine Bestimmungen</b></p> <p>1. Bei nichtstationärer Durchführung bestimmter zahnärztlich-chirurgischer Leistungen in der Praxis niedergelassener Zahnärzte oder in Krankenhäusern können zur Abgeltung der Kosten für die Aufbereitung wiederverwendbarer Operationsmaterialien bzw. –geräte und/oder von Materialien, die mit der einmaligen Verwendung verbraucht sind, Zuschläge berechnet werden.</p> <p>2. Die Zuschläge nach den Nummern 0500 bis 0530 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</p> <p>3.. Die Zuschläge nach den Nummern 0500 bis 0530 sind zahnärztlich-chirurgischen Leistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nach den Nummern 3020, 3030, 3040, 3045, 3090, 3100, 3110, 3120, 3130, 3140, 3160, 3190, 3200, 3230, 3240, 3250, 3260, 3270, 3280 in Abschnitt D,</li> <li>- nach den Nummern 4090, 4100, 4130 und 4133 in Abschnitt E sowie</li> <li>- nach den Nummern 9010, 9020, 9090, 9100, 9110, 9120, 9130, 9140, 9150, 9160 und 9170 in Abschnitt K zuzuordnen.</li> </ul> <p>4. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die</p>				

					<p>zugeordnete zahnärztlich-chirurgische Leistung aufzuführen.</p> <p>5. Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlages nach den Nummern 0500 bis 0530 ist die erbrachte zahnärztlich-chirurgische Leistung mit der höchsten Punktzahl. Eine Zuordnung des Zuschlags nach den Nummern 0500 bis 0530 zu der Summe der jeweils ambulant erbrachten einzelnen zahnärztlich-chirurgischen Leistungen ist nicht möglich.</p> <p>6. Die Zuschläge nach den Nummern 0500 bis 0530 sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen wird; das gilt nicht, wenn die stationäre Behandlung wegen unvorhersehbarer Komplikationen während oder nach der nichtstationären Operation notwendig und entsprechend begründet wird.</p> <p>7. Die Zuschläge nach den Nummern 0110, 0120 sowie 0500 bis 0530 sind neben den entsprechenden Zuschlägen nach den Nummern 440 bis 445 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen für dieselbe Sitzung nicht berechnungsfähig.</p>				
<b>Punktwert GOZ = 5,62421 Cent</b>									
					Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EURO	
								1-fach	
					0500	Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 250 bis 499 Punkten bewertet sind, oder zu den Leistungen nach den Nummern 4090 oder 4130	400	22,48	

							<i>Der Zuschlag nach Nummer 0500 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 0500 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0510 bis 0530 nicht berechnungsfähig.</i>				
						0510	Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 500 bis 799 Punkten bewertet sind  <i>Der Zuschlag nach Nummer 0510 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 0520 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0500, 0520 und/oder 0530 nicht berechnungsfähig.</i>	750	42,15		
						0520	Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind  <i>Der Zuschlag nach Nummer 0520 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag</i>	1300	73,06		

							<i>nach Nummer 0520 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0500, 0510 und/oder 0530 nicht berechnungsfähig.</i>				
						0530	Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind  <i>Der Zuschlag nach Nummer 0530 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 0530 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0500 bis 0520 nicht berechnungsfähig.</i>	2200	123,64		



Anlage 2 Liquidationsformular (§ 10 (1))

Feld für Briefkopf (Vordruck Form A nach DIN 676)

Feld für Anschrift des Empfängers

10 Zeilen für freien Text

z. B. Bankverbindung  
Angabe des Zahnarztes bei Verrechnungsstelle  
Angabe Original/Kopie usw.

3 Zeilen für Freitext

L

Behandelte Person:  
Geburtsdatum:

Rechnungsdatum  
Rechnungsbetrag €  
Rechnungsnummer  
Abschlagsnummer

4 Zeilen für Freitext

3 Zeilen für Freitext

Datum	Zahn/ Region	GOZ Nr.	Leistungsbeschreibung/ Auslagen	Anz.	E-Satz	Faktor	Erl.	Betrag €
-------	-----------------	---------	------------------------------------	------	--------	--------	------	----------

Übertrag

freie Textzeilen

Übertrag

Zwischensumme

Minderung stationär

Auslagen

Auslagen nach § 9 GOZ  
(Eigenlabor)

Auslagen nach § 9 GOZ  
(Fremdlabor)

**Rechnungsbetrag**


Begründungen: (Ausführungen, soweit in Spalte Erläuterung (Erl.) Kennzeichen gesetzt wurde)

Kennz. Text

--

--

zusätzlich kann nachfolgend ein zwei- oder dreidimensionaler Barcode aufgedruckt werden:

--

--



11