

2.

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316),

zuletzt geändert durch Gesetz vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661)

Auf Grund des § 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225) verordnet die Bundesregierung:

Artikel 1

Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte

Die Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 1

Anwendungsbereich

(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.

§ 2

Abweichende Vereinbarung

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

(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes schriftlich zu treffen. Dieses muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem vereinbarten Steigerungssatz und dem sich daraus ergebenden Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung

der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhandigen.

(3) Leistungen nach § 1 Absatz 2 Satz 2 und ihre Vergütung müssen in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden. Der Heil- und Kostenplan muss vor Erbringung der Leistung erstellt werden; er muss die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Feststellung enthalten, dass es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist. § 6 Abs. 1 bleibt unberührt.

(4) 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.

§ 3 Vergütungen

Als Vergütungen stehen dem Zahnarzt Gebühren, Entschädigungen und Ersatz von Auslagen zu.

§ 4 Gebühren

(1) Gebühren sind Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis (Anlage 1) genannten zahnärztlichen Leistungen.

(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. 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.

(3) Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf, für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten sowie für Lagerhaltung 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.

(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.

(5) Sollen Leistungen durch Dritte erbracht werden, die diese dem Zahlungspflichtigen unmittelbar berechnen, so hat der Zahnarzt ihn darüber zu unterrichten.

§ 5

Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

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

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

§ 6

Gebühren für andere Leistungen

(1) Selbstständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden. Sofern auch eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung im Gebührenverzeichnis dieser Verordnung nicht enthalten ist, kann die selbstständige zahnärztliche Leistung entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der in Absatz 2 genannten Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden.

(2) Die Vergütungen sind nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte zu berechnen, soweit die Leistung nicht als 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, C VIII 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,
7. N unter der Nummer 4852 sowie
8. O.

§ 7

Gebühren bei stationärer Behandlung

(1) Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privat-zahnärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen und Zuschläge nach Satz 1 von Belegzahnärzten oder niedergelassenen anderen Zahnärzten 15 vom Hundert. Ausgenommen von dieser Minderungspflicht ist der Zuschlag nach Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte.

(2) Neben den nach Absatz 1 geminderten Gebühren darf der Zahnarzt Kosten nicht berechnen; die §§ 8 und 9 bleiben unberührt.

§ 8 Entschädigungen

(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 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 Versicherungstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

(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

1. 0,42 Euro für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,
2. bei Abwesenheit bis zu acht Stunden 56,00 Euro, bei Abwesenheit von mehr als acht Stunden 112,50 Euro je Tag,
3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.

Absatz 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

§ 9

Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen

(1) Neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnet werden, soweit diese Kosten nicht nach den Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses mit den Gebühren abgegolten sind.

(2) Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen vor der Behandlung einen Kostenvoranschlag des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über die voraussichtlich entstehenden Kosten für zahntechnische Leistungen anzubieten und auf dessen Verlangen in Textform vorzulegen, sofern die Kosten insgesamt voraussichtlich einen Betrag von 1.000 Euro überschreiten. Für Behandlungen, die auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplans für einen Behandlungszeitraum von mehr als zwölf Monaten geplant werden, gilt Satz 1 nur, sofern voraussichtlich bereits innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten Kosten von mehr als 1.000 Euro entstehen. Der Kostenvoranschlag muss die voraussichtlichen Gesamtkosten für zahntechnische Leistungen und die dabei verwendeten Materialien angeben. Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen, Berechnungsgrundlage und Herstellungsort der zahntechnischen Leistungen sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern. Ist eine Überschreitung der im Kostenvoranschlag genannten Kosten um mehr als 15 vom Hundert zu erwarten, hat der Zahnarzt den Zahlungspflichtigen hierüber unverzüglich in Textform zu unterrichten.

§ 10

Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

(1) Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung nach der Anlage 2 erteilt worden ist. Künftige Änderungen der Anlage 2 werden durch das Bundesministerium für Gesundheit durch Bekanntmachung veröffentlicht.

(2) Die Rechnung muss insbesondere enthalten:

1. das Datum der Erbringung der Leistung,
2. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer verständlichen Bezeichnung des behandelten Zahnes und einer in der Leistungsbeschreibung oder einer Abrechnungsbestimmung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
3. bei Gebühren für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privat Zahnärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 7,

4. bei Entschädigungen nach § 8 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,
5. bei Ersatz von Auslagen nach § 9 Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen und deren Preise sowie die direkt zurechenbaren Materialien und deren Preise, insbesondere Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis der verwendeten Legierungen,
6. bei nach dem Gebührenverzeichnis gesondert berechnungsfähigen Kosten Art, Menge und Preis verwendeter Materialien; die Auslagen sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern.

(3) Überschreitet die berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nr. 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. Soweit im 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.

(4) Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 1 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis „entsprechend“ sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.

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

(6) Die Übermittlung von Daten an einen Dritten zum Zwecke der Abrechnung ist nur zulässig, wenn der Betroffene gegenüber dem Zahnarzt in die Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Daten schriftlich eingewilligt und den Zahnarzt insoweit schriftlich von seiner Schweigepflicht entbunden hat.

§ 11

Übergangsvorschrift

Die Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem 1. Januar 2012 geltenden Fassung gilt weiter für

1. Leistungen, die vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) erbracht worden sind,
2. vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) begonnene Leistungen nach den Nummern 215 bis 222, 500 bis 523 und 531 bis 534 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem 1. Januar 2012 geltenden Fassung, wenn sie erst nach Inkrafttreten der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) beendet werden,
3. Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem 1. Januar 2012 geltenden Fassung, die auf Grund einer vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) geplanten und begonnenen kieferorthopädischen Behandlung bis zum Behandlungsabschluss, längstens jedoch bis zum Ablauf von vier Jahren nach Inkrafttreten dieser Verordnung, erbracht werden.

§ 12

Überprüfung

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.

Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen

A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Eine Beratungsgebühr nach der Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen — Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte in der am 01. 01. 2012 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 berechnet werden.

Eine Beratungsgebühr nach der Nummer 3 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach der Nummer 0010 oder einer Untersuchung nach den Nummern 5 oder 6 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen. Andere weitere Leistungen dürfen neben der Leistung nach der Nummer 3 nicht berechnet werden.

Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Zahnarztes.

2. Das bei Leistungen nach diesem Gebührenverzeichnis verwendete Abformungsmaterial ist gesondert berechnungsfähig.
3. Material- und Laborkosten im Sinne dieses Gebührenverzeichnisses umfassen Praxiskosten nach § 4 Abs. 3 und Auslagen für zahntechnische Leistungen nach § 9 dieser Gebührenordnung.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
0010	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes	100	5,62	12,94	19,68	11,24
0030	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen	200	11,25	25,87	39,37	22,50
0040	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans bei kieferorthopädischer Behandlung oder bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen nach Befundauf-	250	14,06	32,34	49,21	28,12

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
	nahme und Ausarbeitung einer Behandlungsplanung <i>Die Leistungen nach den Nummern 0030 und 0040 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>					
0050	Abformung oder Teilabformung eines Kiefers für ein Situationsmodell einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung	120	6,75	15,52	23,62	13,50
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	33,63	51,18	29,24
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	10,35	15,75	9,00
0070	Vitalitätsprüfung eines Zahnes oder mehrerer Zähne einschließlich Vergleichstest, je Sitzung	50	2,81	6,47	9,84	5,62
0080	Intraorale Oberflächenanästhesie, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	30	1,69	3,88	5,91	3,38
0090	Intraorale Infiltrationsanästhesie	60	3,37	7,76	11,81	6,74
0100	Intraorale Leitungsanästhesie <i>Wird die Leistung nach der Nummer 0090 je Zahn mehr als einmal berechnet, ist dies in der Rechnung zu begründen.</i> <i>Bei den Leistungen nach den Nummern 0090 und 0100 sind die Kosten der verwendeten Anästhetika gesondert berechnungsfähig.</i>	70	3,94	9,05	13,78	7,88

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
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	22,50	–	–	–
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>		max. 68,00	–	–	–

B. Prophylaktische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

Prophylaktische Leistungen nach Abschnitt B sind nur bei Einzelunterweisung (Individualprophylaxe) berechnungsfähig; bei Gruppenunterweisung (Gruppenprophylaxe) sind sie nicht berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
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	22,50
1010	Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten	100	5,62	12,94	19,68	11,24
1020	Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kari-	50	2,81	6,47	9,84	5,62

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
	<p>esvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel, je Sitzung</p> <p><i>Die Leistung nach der Nummer 1000 ist innerhalb eines Jahres einmal, die Leistung nach der Nummer 1010 innerhalb eines Jahres dreimal berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Leistungen umfassen die Erhebung von Mundhygiene-Indizes, 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>1. <i>Die Herstellung einer individuell angefertigten Schiene als Medikamententräger (z. B. Tiefziehschiene) ist gesondert berechnungsfähig.</i></p> <p>2. <i>Mit der Gebühr sind die Kosten für das verwendete Medikament abgegolten.</i></p> <p>3. <i>Die Anwendung eines konfektionierten Löffels als Medikamententräger erfüllt nicht den Inhalt der Leistung nach der Nummer 1030.</i></p> <p>4. <i>Bei Anwendung einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger für Fluoridierungsmittel ist die mehr als viermalige</i></p>	90	5,06	11,64	17,72	10,12

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
	<i>Berechnung der Leistung nach der Nummer 1030 innerhalb eines Jahres in der Rechnung zu begründen.</i>					
1040	Professionelle Zahnreinigung <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. Die Leistung nach der Nummer 1040 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1020, 4050, 4055, 4060, 4070, 4075, 4090 und 4100 nicht berechnungsfähig.</i>	28	1,57	3,62	5,51	3,14

C. Konservierende Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

Nur einmal verwendbare Nickel-Titan-Instrumente zur Wurzelkanalaufbereitung sind gesondert berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
2000	Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, auch Glatflächenversiegelung, je Zahn	90	5,06	11,64	17,72	10,12
2010	Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, je Kiefer	50	2,81	6,47	9,84	5,62
2020	Temporärer speicheldichter Verschluss einer Kavität	98	5,51	12,68	19,29	11,02
2030	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten (z. B. Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich <i>Die Leistung nach der Nummer 2030 ist je Sitzung für eine Kieferhälfte oder</i>	65	3,66	8,41	12,80	7,32

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
	<i>einen Frontzahnbereich höchstens einmal für besondere Maßnahmen beim Präparieren und höchstens einmal für besondere Maßnahmen beim Füllen von Kavitäten berechnungsfähig.</i>					
2040	Anlegen von Spanngummi, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	65	3,66	8,41	12,80	7,32
2050	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, einflächig	213	11,98	27,55	41,93	23,96
2060	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), einflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	527	29,64	68,17	103,74	59,28
2070	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, zweiflächig	242	13,61	31,30	47,64	27,22
2080	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), zweiflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	556	31,27	71,92	109,45	62,54
2090	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, dreiflächig	297	16,70	38,42	58,46	33,40
2100	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), dreiflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polie-	642	36,11	83,05	126,38	72,22

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
	ren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts					
2110	Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, mehr als dreiflächig	319	17,94	41,26	62,79	35,88
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	43,31	99,60	151,57	86,62
2130	Kontrolle, Finieren/Polieren einer Restauration in separater Sitzung, auch Nachpolieren einer vorhandenen Restauration	104	5,85	13,45	20,47	11,70
2150	Einlagefüllung, einflächig	1141	64,17	147,60	224,60	128,34
2160	Einlagefüllung, zweiflächig	1356	76,26	175,41	266,93	152,52
2170	Einlagefüllung, mehr als zweiflächig	1709	96,12	221,07	336,41	192,24
2180	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone	150	8,44	19,40	29,53	16,88
2190	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch gegossenen Aufbau mit Stiftverankerung zur Aufnahme einer Krone	450	25,31	58,21	88,58	50,62
2195	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch einen Schraubenaufbau oder Glasfaserstift o. Ä. zur Aufnahme einer Krone	300	16,87	38,81	59,05	33,74

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

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
	<i>Die Leistungen nach den Nummern 2180, 2190 und/oder die Leistung nach der Nummer 2195 ist je Zahn nur jeweils einmal berechnungsfähig. Die Kosten für die Verankerungselemente sind gesondert berechnungsfähig.</i>					
2197	Adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Krone, Teilkrone, Veneer etc.)	130	7,31	16,82	25,59	14,62
2200	Versorgung eines Zahnes oder Implantats durch eine Vollkrone (Tangentialpräparation)	1322	74,35	171,01	260,23	148,70
2210	Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkehl- oder Stufenpräparation)	1678	94,37	217,06	330,31	188,74
2220	Versorgung eines Zahnes durch eine Teilkrone mit Retentionsrillen oder -kästen oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der gesamten Kaufläche, auch Versorgung eines Zahnes durch ein Veneer	2067	116,25	267,38	406,88	232,50
	<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 sind die Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2130 nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach der Nummer 2210 ist im Zusammenhang mit Implantaten nicht berechnungsfähig. Durch die Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 und 2200 bis 2220 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantats, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder der Krone oder der Teilkrone oder des Veneers, Nachkontrolle und Korrekturen. Die Leistung nach der Nummer 2200 umfasst auch die Verschraubung und Abdeckung mit Füllungsmaterial. Zu den Kronen nach den Num-</i>					

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
	<i>mern 2200 bis 2220 gehören Kronen (Voll- und Teilkronen) jeder zahntechnischen Ausführung.</i>					
	Teilleistungen nach den Nummern 2200 bis 2220:					
2230	Enden die Leistungen mit der Präparation eines Zahnes oder Abdrucknahme beim Implantat, so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.					
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>					
2250	Eingliederung einer konfektionierten Krone in der pädiatrischen Zahnheilkunde <i>Die Kosten für konfettierte Kronen sind gesondert berechnungsfähig.</i>	210	11,81	27,16	41,34	23,62
2260	Provisorium im direkten Verfahren ohne Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung	100	5,62	12,94	19,68	11,24
2270	Provisorium im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung <i>Bei Verwendung eines konfektionierten Provisoriums sind die Kosten hierfür gesondert berechnungsfähig. Das Wiedereingliedern desselben Provisoriums, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung, ist mit der Gebühr nach der Nummer 2260 oder 2270 abgegolten.</i>	270	15,19	34,93	53,15	30,38
2290	Entfernung einer Einlagefüllung, einer Krone, eines Brückenankers, Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges oder Ähnliches	180	10,12	23,28	35,43	20,24

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
2300	Entfernung eines Wurzelstiftes	270	15,19	34,93	53,15	30,38
2310	Wiedereingliederung einer Einlagefüllung, einer Teilkrone, eines Veneers oder einer Krone oder Wiederherstellung einer Verblendschale an herausnehmbarem Zahnersatz	145	8,16	18,76	28,54	16,32
2320	Wiederherstellung einer Krone, einer Teilkrone, eines Veneers, eines Brückenankers, einer Verblendschale oder einer Verblendung an feststehendem Zahnersatz, gegebenenfalls einschließlich Wiedereingliederung und Abformung	350	19,68	45,27	68,90	39,36
2330	Maßnahmen zur Erhaltung der vitalen Pulpa bei Caries profunda (Exkavieren, indirekte Überkappung), je Kavität	110	6,19	14,23	21,65	12,38
2340	Maßnahmen zur Erhaltung der freiliegenden vitalen Pulpa (Exkavieren, direkte Überkappung), je Kavität	200	11,25	25,87	39,37	22,50
2350	Amputation und Versorgung der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren	290	16,31	37,51	57,09	32,62
2360	Exstirpation der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren, je Kanal	110	6,19	14,23	21,65	12,38
2380	Amputation und endgültige Versorgung der avitalen Milchzahnpulpa	160	9,00	20,70	31,50	18,00
2390	Trepanation eines Zahnes, als selbständige Leistung	65	3,66	8,41	12,80	7,32
2400	Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals <i>Die Leistung nach der Nummer 2400 ist je Wurzelkanal höchstens zweimal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	70	3,94	9,05	13,78	7,88
2410	Aufbereitung eines Wurzelkanals auch retrograd, je Kanal, gegebenenfalls in mehreren Sitzungen <i>Die Leistung nach der Nummer 2410 ist für denselben Wurzelkanal nur dann erneut berechnungsfähig, wenn der Wurzelkanal nach der ersten Aufbereitung definitiv versorgt worden ist. Wenn auf Grund anatomischer Beson-</i>	392	22,05	50,71	77,16	44,10

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
	<i>derheiten eine Aufbereitung in einer Sitzung nicht erfolgen kann, ist die Leistung nach der Nummer 2410 für denselben Wurzelkanal erneut berechnungsfähig. Dies ist in der Rechnung zu begründen. Je Aufbereitung eines Wurzelkanals ist die Leistung in diesem Fall höchstens zweimal berechnungsfähig.</i>					
2420	Zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden, je Kanal	70	3,94	9,05	13,78	7,88
2430	Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nummern 2360, 2380 und 2410, je Zahn und Sitzung	204	11,47	26,39	40,16	22,94
2440	Füllung eines Wurzelkanals	258	14,51	33,37	50,79	29,02

D. Chirurgische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. 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 D und nicht gesondert berechnungsfähig.
2. Die Schaffung des operativen Zugangs ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt D und nicht gesondert berechnungsfähig.
3. 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 oder nur einmal verwendbare Explantationsfräsen, sind gesondert berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
3000	Entfernung eines einwurzeligen Zah- nes oder eines enossalen Implantats	70	3,94	9,05	13,78	7,88
3010	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes	110	6,19	14,23	21,65	12,38
3020	Entfernung eines tief frakturierten oder tief zerstörten Zahnes	270	15,19	34,93	53,15	30,38
3030	Entfernung eines Zahnes oder eines enossalen Implantats durch Osteotomie	350	19,68	45,27	68,90	39,36
3040	Entfernung eines retinierten, impak- tierten oder verlagerten Zahnes durch Osteotomie	540	30,37	69,85	106,30	60,74
3045	Entfernen eines extrem verlagerten und/ oder extrem retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährde- ten anatomischen Nachbarstrukturen	767	43,14	99,22	150,98	86,28
3050	Stillung einer übermäßigen Blutung im Mund- und/oder Kieferbereich, als selbständige Leistung	110	6,19	14,23	21,65	12,38
3060	Stillung einer Blutung durch Abbin- den oder Umstechen des Gefäßes oder durch Knochenbolzung	140	7,87	18,11	27,56	15,74
3070	Exzision von Schleimhaut oder Gra- nulationsgewebe, als selbständige Leistung	45	2,53	5,82	8,86	5,06
3080	Exzision einer Schleimhautwucherung größeren Umfangs (z. B. lappiges Fi- brom, Epulis)	150	8,44	19,40	29,53	16,88
3090	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle	370	20,81	47,86	72,83	41,62
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 Num- mer 3090 berechnungsfähig.</i>	270	15,19	34,93	53,15	30,38
3110	Resektion einer Wurzelspitze an einem Frontzahn	460	25,87	59,50	90,55	51,74

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
3120	Resektion einer Wurzelspitze an einem Seitenzahn <i>Die Kosten für konfektionierte apikale Stiftsysteme sind gesondert berechnungsfähig.</i>	580	32,62	75,03	114,17	65,24
3130	Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes	280	15,75	36,22	55,12	31,50
3140	Reimplantation eines Zahnes einschließlich einfacher Fixation	550	30,93	71,15	108,27	61,86
3160	Transplantation eines Zahnes einschließlich operativer Schaffung des Knochenbettes	650	36,56	84,08	127,95	73,12
3190	Operation einer Zyste durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	270	15,19	34,93	53,15	30,38
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	64,68	98,42	56,24
3210	Beseitigung störender Schleimhautbänder, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	140	7,87	18,11	27,56	15,74
3230	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers, als selbständige Leistung, je Kiefer	440	24,75	56,92	86,61	49,50
3240	Vestibulumplastik oder Mundbodenplastik kleineren Umfangs auch Gingivaextensionsplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, für einen Bereich bis zu zwei nebeneinanderliegenden Zähnen, ggf. auch am zahnlosen Kieferabschnitt	550	30,93	71,15	108,27	61,86
3250	Tuberplastik, einseitig	270	15,19	34,93	53,15	30,38
3260	Freilegen eines retinierten oder verlagerten Zahnes zur orthopädischen Einstellung	550	30,93	71,15	108,27	61,86
3270	Germektomie	590	33,18	76,32	116,14	66,36

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
3280	Lösen, Verlegen und Fixieren des Lippenbändchens und Durchtrennen des Septums bei echtem Diastema	270	15,19	34,93	53,15	30,38
3290	Kontrolle nach chirurgischem Eingriff, als selbständige Leistung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	55	3,09	7,11	10,83	6,18
3300	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff (z. B. Tamponieren), als selbständige Leistung, je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnittführung) <i>Die Leistung nach der Nummer 3300 ist höchstens zweimal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechnungsfähig. Neben der Leistung nach der Nummer 3300 sind die Leistungen nach den Nummern 3060 oder 3310 nicht berechnungsfähig.</i>	65	3,66	8,41	12,80	7,32
3310	Chirurgische Wundrevision (z. B. Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht), je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnittführung) <i>Die Leistung nach der Nummer 3310 ist höchstens zweimal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechnungsfähig. Neben der Leistung nach der Nummer 3310 sind die Leistungen nach den Nummern 3060 oder 3300 nicht berechnungsfähig.</i>	100	5,62	12,94	19,68	11,24

E. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums

Allgemeine Bestimmungen

1. 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.
2. 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 Membranen sind gesondert berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellenwert	Höchstwert	Standard-/Basistarif
4000	Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus <i>Die Leistung nach der Nummer 4000 ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig.</i>	160	9,00	20,70	31,50	18,00
4005	Erhebung mindestens eines Gingivalindex und/oder eines Parodontalindex (z. B. des Parodontalen Screening-Index PSI) <i>Die Leistung nach der Nummer 4005 ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig.</i>	80	4,50	10,35	15,75	9,00
4020	Lokalbehandlung von Mundschleimhauterkrankungen gegebenenfalls einschließlich Taschenspülung, je Sitzung	45	2,53	5,82	8,86	5,06
4025	Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation, je Zahn <i>Die verwendeten antibakteriellen Materialien sind gesondert berechnungsfähig.</i>	15	0,84	1,94	2,95	1,68
4030	Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	35	1,97	4,53	6,89	3,94
4040	Beseitigung grober Vorkontakte der Okklusion und Artikulation durch Einschleifen des natürlichen Gebisses oder bereits vorhandenen Zahnersatzes, je Sitzung	45	2,53	5,82	8,86	5,06
4050	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, auch Brückenglied	10,0	0,56	1,29	1,97	1,12
4055	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem mehrwurzeligen Zahn <i>Die Leistungen nach den Nummern 4050 und 4055 sind für denselben</i>	13,0	0,73	1,68	2,56	1,46

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
	<i>Zahn innerhalb von 30 Tagen nur einmal berechnungsfähig.</i>					
4060	Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge oder professioneller Zahnreinigung nach der Nummer 1040 mit Nachreinigung einschließlich Polieren, je Zahn, oder Implantat, auch Brückenglied <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	0,91	1,38	0,78
4070	Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkreme und Wurzelglättung) an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, geschlossenes Vorgehen	100	5,62	12,94	19,68	11,24
4075	Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkreme und Wurzelglättung) an einem mehrwurzeligen Zahn, geschlossenes Vorgehen	130	7,31	16,82	25,59	14,62
4080	Gingivektomie, Gingivoplastik, je Parodontium	45	2,53	5,82	8,86	5,06
4090	Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Frontzahn, je Parodontium	180	10,12	23,28	35,43	20,24
4100	Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Seitenzahn, je Parodontium <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>	275	15,47	35,57	54,13	30,94
4110	Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Aufbaumaterial (Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial), auch Einbringen von Proteinen, zur regenerativen Behandlung parodontaler Defekte, ggf. einschließlich Materialentnahme im Aufbaubereich, je Zahn oder Parodontium oder Implantat	180	10,12	23,28	35,43	20,24

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
	<i>Die Leistung nach der Nummer 4110 ist auch im Rahmen einer chirurgischen Behandlung berechnungsfähig. Die Kosten eines einmal verwendbaren Knochenkollektors oder -schabers sind gesondert berechnungsfähig.</i>					
4120	Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	275	15,47	35,57	54,13	30,94
4130	Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut, gegebenenfalls einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Transplantat	180	10,12	23,28	35,43	20,24
4133	Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Zahnzwischenraum	880	49,49	113,83	173,23	98,98
4136	Osteoplastik auch Kronenverlängerung, Tunnelierung oder Ähnliches, je Zahn oder Parodontium, auch Implantat, als selbständige Leistung	200	11,25	25,87	39,37	22,50
4138	Verwendung einer Membran zur Behandlung eines Knochendefektes einschließlich Fixierung, je Zahn, je Implantat	220	12,37	28,46	43,31	24,74
4150	Kontrolle/Nachbehandlung nach parodontalchirurgischen Maßnahmen, je Zahn, Implantat oder Parodontium	7,0	0,39	0,91	1,38	0,78

F. Prothetische Leistungen

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
5000	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Tangentialpräparation)	1016	57,14	131,43	200,00	114,28
5010	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker	1483	83,41	191,84	291,92	166,82

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
	mit einer Vollkrone (Hohlkehl- und Stufenpräparation) oder Einlagefüllung					
5020	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teilkronen mit Retentionsrillen oder -kanten oder mit Pinedges einschließlich Rekonstruktion der Kaufläche	1997	112,32	258,33	393,10	224,64
5030	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Wurzelkappe mit Stift, gegebenenfalls zur Aufnahme einer Verbindungsvorrichtung oder anderer Verbindungselemente	1483	83,41	191,84	291,92	166,82
5040	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teleskopkrone, auch Konuskrone <i>Die Leistung nach der Nummer 5040 ist neben der Leistung nach der Nummer 5080 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Durch die Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantates, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Krone, der Einlagefüllung, der Teilkronen o. a., Nachkontrolle und Korrekturen</i> <i>Die Leistung nach den Nummern 5000 und 5030 umfassen auch die Verschraubung und Abdeckung mit Füllungsmaterial.</i> <i>Zu den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 gehören Brücken- oder Prothesenanker mit Verbindungselementen jeder Ausführung.</i> <i>Die Leistungen nach den Nummern 5010 und 5020 sind im Zusammenhang mit Implantaten nicht berechnungsfähig.</i>	2605	146,51	336,97	512,79	293,02

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
	<i>Zu den Kronen nach den Nummern 5000 bis 5040 gehören Kronen (Voll-, Teil- und Teleskopkronen, sowie Wurzelstiftkappen) jeder zahntechnischen Ausführung.</i>					
	Teilleistungen nach den Nummern 5000 bis 5040:					
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.					
5060	Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei 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>					
5070	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: Verbindung von Kronen oder Einlagefüllungen durch Brückenglieder, Prothesenspannen oder Stege, je zu überbrückende Spanne oder Freiendsattel	400	22,50	51,74	78,74	45,00
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 der Nummer 5080 ist neben der Leistung nach der Nummer 5040 nicht berechnungsfähig.</i>	230	12,94	29,75	45,27	25,88
5090	Wiederherstellung der Funktion eines Verbindungselements nach der Nummer 5080	110	6,19	14,23	21,65	12,38
5100	Erneuern des Sekundärteils einer Teleskopkrone einschließlich Abformung	450	25,31	58,21	88,58	50,62

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
5110	Wiedereingliederung einer endgültigen Brücke nach Wiederherstellung der Funktion	360	20,25	46,57	70,87	40,50
5120	Provisorische Brücke im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung	240	13,50	31,05	47,24	27,00
5140	Provisorische Brücke im direkten Verfahren mit Abformung, je Brückenspanne oder Freundsattel, einschließlich Entfernung	80	4,50	10,35	15,75	9,00
	<i>Das Wiedereingliedern derselben provisorischen Brücke, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 5120 bis 5140 abgegolten.</i>					
5150	Versorgung eines Lückengebisses mit Hilfe einer durch Adhäsivtechnik befestigten Brücke, für die erste zu überbrückende Spanne	730	41,06	94,43	143,70	82,12
5160	Versorgung eines Lückengebisses nach der Nummer 5150, für jede weitere zu überbrückende Spanne	360	20,25	46,57	70,87	40,50
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	32,34	49,21	28,12
5180	Funktionelle Abformung des Oberkiefers mit individuellem Löffel	450	25,31	58,21	88,58	50,62
5190	Funktionelle Abformung des Unterkiefers mit individuellem Löffel	540	30,37	69,85	106,30	60,74
5200	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Teilprothese mit einfachen, gebogenen Haftelementen (<i>Halteelementen, Anm. der Red.</i>) einschließlich Einschleifen der Auflagen	700	39,37	90,55	137,79	78,74
5210	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Modellgussprothese mit gegossenen Halte- und Stützelementen einschließlich Einschleifen der Auflagen	1400	78,74	181,10	275,59	157,48

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
5220	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese oder Deckprothese 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	208,10
5230	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese oder Deckprothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Unterkiefer <i>Eine Deckprothese setzt eine Basisgestaltung wie bei einer totalen Prothese voraus.</i> <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>	2200	123,73	284,59	433,06	247,46
5240	Teilleistungen nach den Nummern 5200 und (bis, Anm. der Red.) 5230: <i>Für Maßnahmen bis einschließlich Bestimmung der Kieferrelation ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig; bei weitergehenden Maßnahmen sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.</i>					
5250	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (ohne Abformung)	140	7,87	18,11	27,56	15,74
5260	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (mit Abformung) einschließlich Halte- und Stützvorrichtungen	270	15,19	34,93	53,15	30,38
5270	Teilunterfütterung einer Prothese	180	10,12	23,28	35,43	20,24
5280	Vollständige Unterfütterung einer Prothese	270	15,19	34,93	53,15	30,38

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
5290	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Oberkiefer	450	25,31	58,21	88,58	50,62
5300	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Unterkiefer	540	30,37	69,85	106,30	60,74
5310	Vollständige Unterfütterung bei einer Defektprothese einschließlich funktioneller Randgestaltung <i>Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 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>	730	41,06	94,43	143,70	82,12
5320	Eingliederung eines Obturators zum Verschluss von Defekten des Gaumens	2200	123,73	284,59	433,06	247,46
5330	Eingliederung einer Resektionsprothese zum Verschluss und zum Ausgleich von Defekten der Kiefer	2800	157,48	362,20	551,17	314,96
5340	Eingliederung einer Prothese oder Epithese zum Verschluss extraoraler Weichteildefekte oder zum Ersatz fehlender Gesichtsteile einschließlich Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen <i>Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5340 abgegolten.</i>	7300	410,57	944,30	1436,99	821,14

G. Kieferorthopädische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 6100, 6120, 6140 und 6150 beinhalten auch die Material- und Laborkosten für Standardmaterialien wie zum Beispiel unprogrammierte Edelstahlbrackets, unprogrammierte Attachements und Edelstahlbänder.

Werden darüber hinausgehende Materialien verwendet, können die Mehrkosten für diese Materialien gesondert berechnet werden, wenn dies vor 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.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
6000	Profil- oder Enfacefotografie 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>	80	4,50	10,35	15,75	9,00
6010	Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale, graphische oder metrische Analysen, Diagramme), je Leistung nach der Nummer 0060	180	10,12	23,28	35,43	20,24
6020	Anwendung von Methoden zur Untersuchung des Gesichtsschädels (zeichnerische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels, Wachstumsanalysen)	360	20,25	46,57	70,87	40,50
6030	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, geringer Umfang	1350	75,93	174,63	265,74	151,86
6040	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, mittlerer Umfang	2100	118,11	271,65	413,38	236,22
6050	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, hoher Umfang <i>Bei Maßnahmen von mittlerem 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:</i>	3600	202,47	465,68	708,65	404,94

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
	<i>a) Zahl der bewegten Zahngruppen: zwei und mehr Zahngruppen, b) Ausmaß der Zahnbewegung: mehr als 2 Millimeter, c) Art der Zahnbewegung: körper- lich mehr als 2 Millimeter, kontrol- lierte Wurzelbewegung, direkte Veränderung der Bisshöhe, Zahn- drehung mehr als 30 Grad, d) Richtung der Zahnbewegung: ent- gegen Wanderungstendenz, e) Verankerung: mit zusätzlichen in- tra- oder extraoralen Maßnahmen</i>					
6060	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, geringer Umfang	1800	101,24	232,84	354,33	202,48
6070	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, mittlerer Umfang	2600	146,23	336,33	511,80	292,46
6080	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, hoher Umfang	3600	202,47	465,68	708,65	404,94
	<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: a) Ausmaß der Bissverschiebung: mehr als 4 Millimeter, b) Richtung der durchzuführenden Bissverschiebung, Unterkiefer relativ zum Oberkiefer: dorsal, c) Skelettale Bedingungen: ungünstige Wachstumsvoraussetzungen. Die Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren.</i>					

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
	<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 angewandten Behandlungsmethoden oder den verwendeten Therapiegeräten. Neben den Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 sind Leistungen nach den Nummern 6190 bis 6260 nicht berechnungsfähig.</i>					
6090	Maßnahmen zur Einstellung der Okklusion durch alveolären Ausgleich bei abgeschlossener Wachstumsphase einschließlich Retention, je Kiefer	700	39,37	90,55	137,79	78,74
6100	Eingliederung eines Klebebrackets zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	165	9,28	21,34	32,48	18,56
6110	Entfernung eines Klebebrackets einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes	70	3,94	9,05	13,78	7,88
6120	Eingliederung eines Bandes zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	230	12,94	29,75	45,27	25,88
6130	Entfernung eines Bandes einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes	20	1,12	2,59	3,94	2,24
6140	Eingliederung eines Teilbogens	210	11,81	27,16	41,34	23,62
6150	Eingliederung eines ungeteilten Bogens, alle Zahngruppen umfassend, je Kiefer	500	28,12	64,68	98,42	56,24
6160	Eingliederung einer intra-/extraoralen Verankerung (z. B. Headgear)	370	20,81	47,86	72,83	41,62
6170	Eingliederung einer Kopf-Kinn-Kappe <i>Die Kosten für die eingegliederten Hilfsmittel nach den Nummern 6160 und 6170 sind gesondert berechnungsfähig.</i>	500	28,12	64,68	98,42	56,24
6180	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit und/oder Erweiterung von herausnehmbaren Behandlungsgeräten einschließlich Ab-	270	15,19	34,93	53,15	30,38

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
	formung und Wiedereinfügen, je Kiefer und je Sitzung einmal berechnungsfähig					
6190	Beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen <i>Neben der Leistung nach der Nummer 6190 ist eine Leistung nach der Nummer 0010 in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig.</i>	140	7,87	18,11	27,56	15,74
6200	Eingliedern von Hilfsmitteln zur Beseitigung von Funktionsstörungen (z. B. Mundvorhofplatte) einschließlich Anweisung zum Gebrauch und Kontrollen	450	25,31	58,21	88,58	50,62
6210	Kontrolle des Behandlungsverlaufs oder Weiterführung der Retention einschließlich kleiner Änderungen der Behandlungs- oder Retentionsgeräte, Therapiekontrolle der gesteuerten Extraktion, je Sitzung	90	5,06	11,64	17,72	10,12
6220	Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln (z. B. Abformung, Bissnahme), je Kiefer	180	10,12	23,28	35,43	20,24
6230	Eingliederung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer	180	10,12	23,28	35,43	20,24
6240	Maßnahmen zur Verhütung von Folgen vorzeitigen Zahnverlustes (Offenhalten einer Lücke)	270	15,19	34,93	53,15	30,38
6250	Beseitigung des Diastemas, als selbstständige Leistung	450	25,31	58,21	88,58	50,62
6260	Maßnahmen zur Einordnung eines verlagerten Zahnes in den Zahnbogen, als selbstständige Leistung	1100	61,87	142,29	216,53	123,74

H. Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen

Allgemeine Bestimmungen

Endgültige Kronen, Brücken und Prothesen dürfen nicht als Aufbissbehelfe oder Schienen nach Abschnitt H berechnet werden.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
7000	Eingliederung eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche	270	15,19	34,93	53,15	30,38
7010	Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche	800	44,99	103,49	157,48	89,98
7020	Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf	450	25,31	58,21	88,58	50,62
7030	Wiederherstellung der Funktion eines Aufbissbehelfs, z. B. durch Unterfütterung	370	20,81	47,86	72,83	41,62
7040	Kontrolle eines Aufbissbehelfs	65	3,66	8,41	12,80	7,32
7050	Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche: subtraktive Maßnahmen, je Sitzung	180	10,12	23,28	35,43	20,24
7060	Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche: additive Maßnahmen, je Sitzung	410	23,06	53,04	80,71	46,12
7070	Semipermanente Schiene unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdenttalraum	90	5,06	11,64	17,72	10,12
7080	Versorgung eines Kiefers mit einem festsitzenden laborgefertigten Provisorium (einschließlich Vorpräparation) im indirekten Verfahren, je Zahn oder je Implantat, einschließlich Entfernung	600	33,75	77,61	118,11	67,50
7090	Versorgung eines Kiefers mit einem laborgefertigten Provisorium im indirekten Verfahren, je Brückenglied, einschließlich Entfernung	270	15,19	34,93	53,15	30,38

Die Berechnung der Leistungen nach den Nummern 7080 und 7090 setzt voraus, dass es sich bei dem festsitzenden laborgefertigten Provisorium um ein Langzeitprovisorium mit einer Tragezeit von mindestens drei Monaten handelt.

Beträgt die Tragezeit des festsitzenden laborgefertigten Provisoriums unter drei Monaten, sind anstelle der Leistungen nach den Nummern 7080 und 7090 die Leistungen nach den Num-

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
	<i>mern 2260, 2270 oder 5120 und 5140 berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nummern 7080 oder 7090 sind die Leistungen nach den Nummern 2230, 2240, 5050 oder 5060 nicht berechnungsfähig.</i>					
7100	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion eines Langzeitprovisoriums, je Krone, Spanne oder Freibrückenglied <i>Die Wiedereingliederung desselben festsitzenden laborgefertigten Provisoriums nach den Nummern 7080 oder 7090, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 7080 bis 7100 abgegolten.</i>	200	11,25	25,87	39,37	22,50

J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
8000	Klinische Funktionsanalyse einschließlich Dokumentation <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>	500	28,12	64,68	98,42	56,24
8010	Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers, auch Stützstiftregistrierung, je Registrat <i>Die Leistung nach der Nummer 8010 ist je Sitzung höchstens zweimal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach der Nummer 8010 sind die Material- und Laborkos-</i>	180	10,12	23,28	35,43	20,24

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
	<i>ten für die Bissnahme und die Lieferung und Anbringung des Stützstiftbestecks gesondert berechnungsfähig.</i>					
8020	Arbiträre Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die arbiträre Scharnierachsenbestimmung, das Anlegen eines Übertragungsbogens, das Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator)	300	16,87	38,81	59,05	33,74
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	71,15	108,27	61,86
8035	Kinematische Scharnierachsenbestimmung mittels elektronischer Aufzeichnung (eingeschlossen sind die kinematische Scharnierachsenbestimmung, das definitive Markieren der Referenzpunkte, ggf. das Anlegen eines Übertragungsbogens, ggf. das Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator)	550	30,93	71,15	108,27	61,86
	<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>					
8050	Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung halbindividueller Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, je Sitzung	500	28,12	64,68	98,42	56,24
8060	Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, je Sitzung	750	42,18	97,02	147,64	84,36

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
8065	Registrieren von Unterkieferbewegungen mittels elektronischer Aufzeichnung zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, je Sitzung <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>	850	47,81	109,96	167,34	95,62
8080	Diagnostische Maßnahmen an Modellen im Artikulator einschließlich subtraktiver oder additiver Korrekturen, Befundauswertung und Behandlungsplanung, je Sitzung	250	14,06	32,34	49,21	28,12
8090	Diagnostischer Aufbau von Funktionsflächen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Sitzung	250	14,06	32,34	49,21	28,12
8100	Systematische subtraktive Maßnahmen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Zahnpaar	20	1,12	2,59	3,94	2,24

K. Implantologische Leistungen

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 und nur einmal verwendbare Implantatfräsen sind gesondert berechnungsfähig.

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.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
9000	Implantatbezogene Analyse und Vermessung des Alveolarfortsatzes, des Kieferkörpers und der angrenzenden knöchernen Strukturen sowie der Schleimhaut, einschließlich metrischer Auswertung von radiologischen Befundunterlagen, Modellen und Fotos zur Feststellung der Implantatposition, ggf. mit Hilfe einer individuellen Schablone zur Diagnostik, einschließlich Implantatauswahl, je Kiefer <i>Bei Verwendung einer Röntgenmessschablone sind die Material- und Laborkosten gesondert berechnungsfähig.</i>	884	49,72	114,35	174,01	99,44
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	12,94	19,68	11,22
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	16,87	38,81	59,05	33,74
9010	Implantatinserterion, je Implantat <i>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</i>	1545	86,89	199,86	304,13	173,78

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
9020	Insertion eines Implantates zum temporären Verbleib, auch orthodontisches Implantat	515	28,96	66,62	101,38	57,92
9040	Freilegen eines Implantats, und Einfügen eines oder mehrerer Aufbauelemente (z. B. eines Gingivaformers) bei einem zweiphasigen Implantatsystem	626	35,21	80,98	123,23	70,42
9050	Entfernen und Wiedereinsetzen sowie Auswechseln eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem während der rekonstruktiven Phase <i>1. Die Leistung nach der Nummer 9050 ist nicht neben den Leistungen nach den Nummern 9010 und 9040 berechnungsfähig.</i> <i>2. Die Leistung nach der Nummer 9050 ist je Implantat höchstens dreimal und höchstens einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	313	17,60	40,49	61,61	35,20
9060	Auswechseln von Aufbauelementen (Sekundärteilen) im Reparaturfall <i>Die Leistung nach der Nummer 9060 ist für ein Implantat höchstens einmal je Sitzung berechnungsfähig.</i>	313	17,60	40,49	61,61	35,20
9090	Knochengewinnung (z. B. Knochensammler oder Knochenschaber), Knochenaufbereitung und -implantation, auch zur Weichteilunterfütterung <i>Die Kosten eines einmal verwendbaren Knochensammlers oder -schabers sind gesondert berechnungsfähig.</i>	400	22,50	51,74	78,74	45,00
9100	Aufbau des Alveolarfortsatzes durch Augmentation ohne zusätzliche Stabilisierungsmaßnahmen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich <i>Mit der Leistung nach der Nummer 9100 sind folgende Leistungen abgegolten:</i> <i>Lagerbildung, Glättung des Alveolarfortsatzes, ggf. Entnahme von Knochen innerhalb des Aufbaubereiches,</i>	2694	151,52	348,49	530,31	303,04

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
	<p><i>Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial) und Wundverschluss mit vollständiger Schleimhautabdeckung, ggf. einschließlich Einbringung und Fixierung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>Die Leistung nach der Nummer 9100 ist für die Glättung des Alveolarfortsatzes im Bereich des Implantatbettes nicht berechnungsfähig.</i> <i>Neben der Leistung nach der Nummer 9100 sind die Leistungen nach der Nummer 9130 nicht berechnungsfähig.</i> <i>Wird die Leistung nach der Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach der Nummer 9110 erbracht, ist die Hälfte der Gebühr der Nummer 9100 berechnungsfähig.</i> <i>Wird die Leistung nach der Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach der Nummer 9120 erbracht, ist ein Drittel der Gebühr der Nummer 9100 berechnungsfähig.</i> 					
9110	<p>Geschlossene Sinusbodenelevation vom Kieferkamm aus (interner Sinuslift)</p> <p><i>Mit einer Leistung nach der Nummer 9110 sind folgende Leistungen abgegolten:</i></p> <p><i>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 Aufbaubereiches des Implantatfaches und Einbringen von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial)</i></p>	1500	84,36	194,04	295,27	168,72

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
	<i>Die Leistung nach der Nummer 9110 ist für dieselbe Implantatkavität nicht neben den Leistungen nach den Nummern 9120 und 9130 berechnungsfähig.</i>					
9120	Sinusbodenelevation durch externe Knochenfensterung (externer Sinuslift), je Kieferhälfte <i>Mit einer Leistung nach der Nummer 9120 sind folgende Leistungen abgegolten:</i> <i>Schaffung des Zugangs zur Kieferhöhle durch Knochenfensterung (auch Knochenendeckel), Präparation der Kieferhöhlenmembran, Anhebung des Kieferhöhlenbodens und der Kieferhöhlenmembran, Lagerbildung, ggf. Entnahme von Knochenspänen innerhalb des Aufbaugesbietes, Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial), ggf. Einbringung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren — einschließlich Fixierung —, ggf. Reposition des Knochenendeckels, Verschluss der Kieferhöhle und Wundverschluss</i>	3000	168,73	388,07	590,54	337,46
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 der Nummer 9130 ist die Leistung nach der Nummer 9100 nicht berechnungsfähig.</i>	1540	86,61	199,21	303,14	173,22
9140	Intraorale Entnahme von Knochen außerhalb des Aufbaugesbietes ggf. ein-	650	36,56	84,08	127,95	73,12

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
	schließlich Aufbereitung des Knochenmaterials und/oder der Aufnahme-region, einschließlich der notwendigen Versorgung der Entnahmestelle, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich <i>Bei Entnahme von einem oder mehreren Knochenblöcken ist das Doppelte der Gebühr nach der 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 Titannetze), zusätzlich zu der Leistung nach der Nummer 9100, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	675	37,96	87,32	132,87	75,92
9160	Entfernung unter der Schleimhaut liegender Materialien (z. B. Barrieren — einschließlich Fixierung —, Osteosynthesematerial), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	330	18,56	42,69	64,96	37,12
9170	Entfernung im Knochen liegender Materialien durch Osteotomie (z. B. Osteosynthesematerial, Knochenschrauben) oder Entfernung eines subperiostalen 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>	500	28,12	64,68	98,42	56,24

L. Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

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.

2. Die Zuschläge nach den Nummern 0500 bis 0530 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.
3. Die Zuschläge nach den Nummern 0500 bis 0530 sind zahnärztlich-chirurgische Leistungen
 - 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,
 - nach den Nummern 4090, 4100, 4130 und 4133 in Abschnitt E sowie
 - nach den Nummern 9010, 9020, 9090, 9100, 9110, 9120, 9130, 9140, 9150, 9160 und 9170 in Abschnitt K zuzuordnen.
4. Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete zahnärztlich-chirurgische Leistung aufzuführen.
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.
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.
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.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
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 <i>Der Zuschlag nach der Nummer 0500 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach</i>	400	22,50	—	—	—

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €			
			1-fach	Schwellen- wert	Höchst- wert	Standard-/ Basistarif
	<i>der 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 der Nummer 0510 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach der Nummer 0510 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0500, 0520 und/oder 0530 nicht berechnungsfähig.</i>	750	42,18	–	–	–
0520	Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind <i>Der Zuschlag nach der Nummer 0520 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach der Nummer 0520 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0500, 0510 und/oder 0530 nicht berechnungsfähig.</i>	1300	73,11	–	–	–
0530	Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind <i>Der Zuschlag nach der Nummer 0530 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach der Nummer 0530 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0500 bis 0520 nicht berechnungsfähig.</i>	2200	123,73	–	–	–

Begründung zum Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen

Abschnitt A

Allgemeine zahnärztliche Leistungen

Zu den Allgemeinen Bestimmungen:

Die bisher auf das Gebührenverzeichnis der GOÄ vom 12. November 1982 Bezug nehmende Abrechnungsbestimmung nach Ziffer 1 zur Berechnung der allgemeinen zahnärztlichen Beratungen nach der GOÄ wurde neu gefasst. Abgebildet wird damit die bisher übliche Anwendungspraxis der Berechnung der zahnärztlichen Beratungen nach den Nummern 1 und 3 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.

Zu den Leistungen nach den Nummern 0030 und 0040:

Eine Differenzierung zwischen Heil- und Kostenplänen auf Anforderung und solchen ohne Anforderung ist entbehrlich. Die bisherige GOZ Nummer 002 entfällt daher.

Nach der Nummer 0040 können auch Heil- und Kostenpläne bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen berechnet werden.

Die neu eingefügte Abrechnungsbestimmung schließt die Abrechnung von Heil- und Kostenplänen nach den Nummern 0030 und 0040 im gleichen Behandlungsfall nebeneinander aus. Für Behandlungsfälle, in denen aufgrund der komplexen Versorgung planerische Leistungen z. B. sowohl bezüglich der geplanten prothetischen als auch der funktionsanalytischen oder kieferorthopädischen Leistungen erforderlich sind, kann der im Einzelfall höhere Aufwand ggf. bei der Bemessung des Honorars innerhalb des Gebührenrahmens berücksichtigt werden.

Zu den Leistungen nach den Nummern 0050 und 0060:

Die Nebeneinanderbringung und -berechnung der Leistungen nach den Nummern 0050 und 0060 ist im Regelfall nicht erforderlich. Erfolgt eine Nebeneinanderberechnung dieser Leistungen, ist dies in der Rechnung zu begründen.

Zu der Leistung nach der Nummer 0065:

Die Leistung nach der Nummer 0065 bildet die optisch-elektronische Abformung einschließlich vorbereitender Maßnahmen, einer einfachen digitalen Bissregistrierung sowie der Archivierung je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich ab. Neben der Leistung nach der Nummer 0065 kann in derselben Sitzung für dieselbe Kieferhälfte oder denselben Frontzahnbereich keine andere im Gebührenverzeichnis beschriebene konventionelle Abformung berechnet werden.

Zu der Leistung nach der Nummer 0070:

Ausgehend von in der Anwendungspraxis strittigen Einzelfällen stellt die vorgenommene Ergänzung klar, dass die Leistung nach der Nummer 0070 in einer Sitzung nur einmal berechnungsfähig ist.

Zu den Leistungen nach den Nummern 0080 bis 0100:

Die Leistung nach der Nummer 0090 ist im Regelfall nur einmal je Zahn und Sitzung berechnungsfähig. Eine routinemäßige Berechnung je Einstich ist nicht zulässig. Eine mehr als einmalige Berechnung je Zahn ist im Ausnahmefall möglich. Dies ist dann in der Rechnung zu begründen.

Die Leitungsanästhesie nach der Nummer 0100 wird im Regelfall nur einmal je Sitzung und Kieferhälfte erforderlich sein. Bei lang andauernden Eingriffen oder Versagen der Leitungsanästhesie ist eine weitere Berechnung zulässig. Diese besonderen Umstände sollten zur Vermeidung von Nachfragen vom Zahnarzt in der Rechnung angegeben werden. Dies gilt auch für die im Einzelfall notwendige Erbringung und Berechnung einer Infiltrationsanästhesie und einer Leitungsanästhesie in derselben Kieferhälfte und derselben Sitzung.

Die bei der Erbringung der Leistungen nach den Nummern 0080 bis 0100 verwendeten Einmalartikel sind mit den Gebühren abgegolten. Dies gilt bei der Leistung nach der Nummer 0080 auch für die verwendeten Arzneimittel. Bei den Leistungen nach den Nummern 0090 und 0100 ist das verwendete Anästhetikum gesondert berechnungsfähig. Bei der Ausgliederung der nunmehr gesondert berechnungsfähigen Anästhetika ist nach den Angaben der BZÄK davon auszugehen, dass derzeit je Anästhesieleistung nach den Nummern 0090 oder 0100 durchschnittlich 0,7 Kartullen mit Kosten von durchschnittlich rd. 0,5 Euro verwendet werden.

Zu den Leistungen nach den Nummern 0110 und 0120:

Die Leistungen nach den Nummern 0110 und 0120 bilden für einige Leistungen der Abschnitte C, D, E und K nach dem Vorbild der GOÄ Zuschläge für die Anwendung eines Operationsmikroskops und eines Lasers ab.

Abschnitt B

Prophylaktische Leistungen

Zu der Leistung nach der Nummer 1020:

Die Leistungsbeschreibung der Leistung nach der Nummer 1020 (lokale Fluoridierung) wird im Hinblick auf die präventive Zielsetzung dieser Maßnahme ergänzt.

Um die präventive Zahnheilkunde zu stärken, werden die bisherigen Mengenbegrenzungen angehoben. Zur Vermeidung von Kumulationseffekten können neben den präventiven Leistungen nach den Nummern 1000 und 1010 Beratungen und Untersuchungen nach dieser Verordnung (Nrn. 0010, 4000 und 8000) sowie

nach der GOÄ, nur dann im gleichen zeitlichen Zusammenhang berechnet werden, wenn sie anderen Zwecken dienen.

Zu der Leistung nach der Nummer 1030:

Die Leistung nach der Nummer 1030 beschreibt eine präventive Leistung, bei der mittels einer individuell angefertigten Schiene Medikamente (z. B. Chlorhexidin) zur Kariesvorbeugung und initialen Kariesbehandlung angewandt werden. Die Behandlung erfolgt in der Regel in Serien mit jeweils 10 Sitzungen; innerhalb eines Jahres werden typischerweise bis zu 3 Serien durchgeführt. Bei Verwendung von Medikamenten zur Fluoridierung sind in aller Regel deutlich weniger Sitzungen notwendig. Daher ist bei Anwendung solcher Medikamente eine mehr als viermalige Berechnung innerhalb eines Jahres in der Rechnung zu begründen. Die Kosten für die zahntechnische Herstellung einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger sind gesondert berechnungsfähig.

Zu der Leistung nach der Nummer 1040:

Die professionelle Zahnreinigung (PZR) ist eine häufig mit präventiver Zielsetzung oder im Vorfeld einer Parodontalbehandlung durchgeführte Maßnahme, die auch an qualifizierte nichtzahnärztliche Fachangestellte delegiert werden kann. Mit der Aufnahme in das Gebührenverzeichnis der GOZ wird eine transparente Abrechnung dieser Leistung ermöglicht und das bisher heterogene Abrechnungsgeschehen vereinheitlicht.

Abschnitt C

Konservierende Leistungen

Zu der Allgemeinen Bestimmung:

Die Allgemeine Bestimmung stellt klar, dass nur einmal verwendbare Nickel-Titan Instrumente zur Wurzelkanalaufbereitung gesondert berechnungsfähig sind. Es handelt sich im Vergleich zu herkömmlichen Instrumenten um deutlich kostenaufwendigere Instrumente, die im Einzelfall auch sehr schwierige Wurzelkanalaufbereitungen ermöglichen.

Zu der Leistung nach der Nummer 2000:

Die vom Aufwand mit einer Versiegelung von Zahnfissuren vergleichbare Glattflächenversiegelung wird in der Leistungsbeschreibung der GOZ Nr. 2000 ergänzt. Hierunter fällt auch die Bracketumfeldversiegelung.

Zu der Leistung nach der Nummer 2020:

Die auf Vorschlag der BZÄK erfolgte Neugestaltung der Leistungsbeschreibung ermöglicht die bisher gebührenrechtlich nicht zulässige gesonderte Berechnung eines speicheldichten temporären Verschlusses bei Versorgungen mit Einlagefüllungen, endodontischen Behandlungen, der Überkappung und der Behandlung

der Caries profunda. Bei dem temporären Verschluss von kariösen Läsionen (z. B. als Notfallmaßnahme etwa bei Verlust einer Füllung) ist eine ggf. notwendige Erweiterung oder Anpassung der Kavität Leistungsbestandteil der GOZ Nr. 2020.

Zu der Leistung nach der Nummer 2030:

Die im bisherigen Gebührenrecht nicht abschließend geklärte Frage, ob die Leistung nach der Nummer 2030 je Kieferhälfte bzw. Frontzahnbereich nur höchstens einmal (Maßnahmen beim Präparieren und/oder Füllen von Kavitäten) oder zweimal (Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten) je Sitzung berechnungsfähig ist, wird durch die neu eingefügte Abrechnungsbestimmung geklärt. Die Leistung nach der Nummer 2030 kann je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich je Sitzung höchstens zweimal berechnet werden, wenn mindestens eine besondere Maßnahme beim Präparieren und mindestens eine besondere Maßnahme beim Füllen von Kavitäten erbracht wird. Werden mehrere besondere Maßnahmen in derselben Kieferhälfte oder im Frontzahnbereich nur beim Präparieren erbracht, kann die Leistung nach der Nummer 2030 nur einmal je Sitzung berechnet werden. Gleiches gilt, wenn mehrere besondere Maßnahmen nur beim Füllen von Kavitäten erbracht werden. Der mit dieser Neuregelung verbundene Anstieg der berechnungsfähigen Leistungen nach der Nummer 2030 ist bei der Kalkulation der finanziellen Auswirkungen berücksichtigt worden.

Zu den Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2120

Die Füllungsleistungen werden neu strukturiert. Die Nrn. 2050, 2070, 2090 und 2110 bilden die plastischen Füllungen ohne Verwendung von Kompositmaterialien in Adhäsivtechnik unterschiedlichen Umfangs ab. Die Leistungen nach den Nummern 2060, 2080, 2100 und 2120 beschreiben die entsprechenden Füllungen unter Verwendung von Kompositmaterialien in Adhäsivtechnik, das heißt insbesondere mit obligatorischer Lichtaushärtung und fakultativem Einsatz der Mehrschichttechnik. Der Begriff Adhäsivtechnik wird als Oberbegriff für die Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik und die Schmelz-Adhäsiv-Technik verwendet. Ein möglicher höherer Aufwand bei der Anwendung der Mehrfarbentechnik und bei einer speziellen Farbanpassung kann einzelfallbezogen bei der Bemessung der Honorare innerhalb des Gebührenrahmens berücksichtigt werden. Die Leistungen nach den Nummern 2060, 2080, 2100 und 2120 umfassen ggf. auch Unterfüllungen und die Anwendung von Formungshilfen.

Die bisherige Leistung nach der Nummer 213 „Parapulpäre oder intrakanaläre Stiftverankerung einer Füllung oder eines Aufbaus“ ist nach Angaben der BZÄK fachlich obsolet. Diese Leistung wurde daher nicht in das Gebührenverzeichnis der neuen GOZ übernommen.

Wegen zahnmedizinisch gleichwertiger, aber kostengünstigerer Behandlungsalternativen ist die bisherige Leistung nach der Nummer 214 (gehämmerte Füllung)

allenfalls als Verlangensleistung anzusehen. Auch diese Leistung wurde daher nicht in das Gebührenverzeichnis der neuen GOZ übernommen.

Zu der Leistung nach der Nummer 2130:

Die bisher nach Größe der Füllung differenzierte Abbildung der Politur einer Amalgamfüllung in einer auf das Legen der Füllung folgenden Sitzung wird geändert. Die Politur wird in einer Leistung zusammengefasst. Diese gilt die Politur bzw. das Finieren jeder Füllung (z. B. Amalgam oder Kompositmaterialien) in einer gesonderten Sitzung nach dem Legen der jeweiligen Füllung unabhängig von der Größe der Füllung ab. Die Leistung ist auch berechnungsfähig, wenn z. B. bereits länger vorhandene Füllungen nachpoliert werden müssen.

Zu den Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170:

Im Rahmen der Neubewertung einiger Leistungen wird auch die Punktzahl der Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 (Einlagefüllungen) angehoben. Im Gegenzug wird von der Annahme der BZÄK ausgegangen, dass künftig im Durchschnitt der 2,3fache Gebührensatz berechnet wird.

Zu den Leistungen nach den Nummern 2180 bis 2197:

Die Leistungen nach den Nummern 2180, 2195 und 2197 können entsprechend den durchgeführten Leistungen auch nebeneinander berechnet werden. Die Leistung nach der Nummer 2180 umfasst den plastischen Aufbau. Dieser kann mit der Leistung nach der Nummer 2195 kombiniert werden. Bei einem gegossenen Aufbau (Nummer 2190) entfällt diese Möglichkeit aus fachlich zahnmedizinischen Gründen. Die Leistung nach der Nummer 2197 gilt den Mehraufwand für eine adhäsive Befestigung z. B. eines plastischen Aufbaumaterials (Nummer 2180) oder eines Schraubenaufbau bzw. Glasfaserstift (Nummer 2195) ab. Dabei kann die Leistung nach der Nummer 2197 nur einmal je Sitzung und Zahn berechnet werden, da die Aufzählung der adhäsiv zu befestigenden Teile kumulativ angelegt ist. Der denkbare höhere Aufwand bei adhäsiver Befestigung mehrerer Teile im Rahmen des Aufbaus eines Zahnes kann einzelfallbezogen bei der Bemessung des Honorars im Gebührenrahmen berücksichtigt werden.

Neben Einlagefüllungen (Nummern 2150 bis 2170) können die Aufbauleistungen nach den Nummern 2180 bis 2195 nicht berechnet werden. Je Zahn kann die Leistung nach den Nummern 2180 oder 2190 und/oder 2195 nur einmal berechnet werden.

Zu den Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220:

Die Versorgung eines Implantates mit einer Vollkrone ist nach der Leistung nach der Nummer 2200 zu berechnen; die Berechnung der Leistung nach der Nummer 2210 im Zusammenhang mit der Versorgung eines Implantates ist nicht zulässig.

In die Leistung nach der Nummer 2220 wird auch die Versorgung eines Zahnes mit einem Veneer aufgenommen. Die Versorgung eines Zahnes mit einem konfektionierten Inlay ist nicht mit dieser Gebührenposition berechnungsfähig. Eine solche Versorgung wäre allenfalls analog mit den für Einlagefüllungen oder Kompositrestaurationen vorhandenen Gebührenpositionen und einem innerhalb des Gebührenrahmens zu bemessenden Honorars zwischen den beiden vorgenannten Versorgungsberechnungsfähig.

Zur Klarstellung werden die Verschraubung und die Abdeckung mit Füllungsmaterial als Leistungsbestandteil der Einlagefüllungen und Kronenversorgungen ergänzt. Ebenso wird klargestellt, dass Teilkronen und Kronen jeder zahntechnischen Ausführung (z. B. keramische, galvanische und glaskeramische Verblendkronen) zu den in den Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 beschriebenen Voll- und Teilkronen zuzuordnen sind.

Zu den Leistungen nach den Nummern 2230 bis 2240:

Bei einer nicht vollendeten Implantatversorgung kann die Leistung nach der Nummer 2230 berechnet werden, sobald die Abdrucknahme erfolgt ist.

Die neu eingefügte Abrechnungsbestimmung stellt klar, dass Teilleistungen nur dann berechnet werden können, wenn die Fortführung der Versorgung aus medizinischen Gründen oder aufgrund anderer objektiver Gründe nicht möglich war.

Zu den Leistungen nach den Nummern 2260 und 2270:

Die Leistungen nach den Nummern 2260 und 2270 können nicht nur für die Provisorien bei Teil- bzw. Vollkronenversorgungen, sondern auch für die provisorische Versorgung bei Einlagefüllungen (Nummern 2150 bis 2170) berechnet werden. Die Leistungen beinhalten auch die Entfernung des Provisoriums.

Zu der Leistung nach der Nummer 2290:

Die Entfernung einer Teilkrone oder eines Veneers werden zur Klarstellung in die Leistungsbeschreibung aufgenommen. Die Entfernung anderer Teile kann auch nach der Nummer 2290 berechnet werden, wenn diese einen vergleichbaren Aufwand auslöst.

Zu den Leistungen nach den Nummern 2310 und 2320:

In die Leistungen nach den Nummern 2310 und 2320 werden die Wiedereingliederung bzw. das Wiederherstellen einer Teilkrone und eines Veneer als vergleichbare Leistungen aufgenommen.

Zu den Leistungen nach den Nummern 2330 und 2340:

Bei den Leistungen nach den Nummern 2330 und 2340 wird zur Klarstellung die Abrechnung der Leistung auf eine Kavität bezogen.

Zu der Leistung nach der Nummer 2380:

Zur Klarstellung wird das Wort „avitalen“ eingefügt.

Zu der Leistung nach der Nummer 2390:

Die Leistung nach der Nummer 2390 kann allenfalls im Rahmen einer Notfallbehandlung angezeigt sein. Sie ist nur als selbständige Leistung berechnungsfähig und nicht z. B. als Zugangsleistung zur Erbringung der Leistungen nach den Nummern 2410 und 2440.

Zu der Leistung nach der Nummer 2400:

Die Leistung nach der Nummer 2400 kann je Wurzelkanal und Sitzung höchstens zweimal berechnet werden.

Zu der Leistung nach der Nummer 2410:

Die Aufbereitung eines Wurzelkanals nach der Nummer 2410 ist als Gesamtleistung auch bei Durchführung in mehreren Sitzungen grundsätzlich nur einmal berechnungsfähig. Hiervon kann in zwei Fällen abgewichen werden. Erfolgt nach der Aufbereitung eine definitive Versorgung des Kanals und ist danach eine weitere Aufbereitung notwendig, kann die Leistung nach der Nummer 2410 erneut berechnet werden. Bei anatomischen Besonderheiten kann eine Aufbereitung des Wurzelkanals ggf. nicht in einer Sitzung erfolgen. Nach Angaben der BZÄK liegen solche Besonderheiten in rd. 10 Prozent der Wurzelkanalaufbereitungen vor. Auch in diesen Fällen kann die Leistung nach der Nummer 2410 erneut berechnet werden. Die Berechnung der Nummer 2410 ist aber bei dieser Fallkonstellation auf höchstens zweimal je Aufbereitung eines Kanals — bezogen auf den gesamten Aufbereitungsvorgang bis zur definitiven Füllung — begrenzt. Im Einzelfall darüber hinausgehende erheblich höhere Aufwände können einzelfallbezogen bei der Bemessung des Honorars im Gebührenrahmen berücksichtigt werden.

Abschnitt D

Chirurgische Leistungen

Zu den Allgemeinen Bestimmungen:

Die Allgemeinen Bestimmungen vor Abschnitt D werden neu gefasst, um einige in der Anwendung der GOZ bisher strittige Anwendungsfragen zu klären und die gesondert berechnungsfähigen Materialien von den mit den Honoraren abgegoltenen Materialien abzugrenzen.

Zu den Leistungen nach den Nummern 3040 und 3045:

Das Wort „tief“ vor dem Wort „verlagert“ in der bisherigen GOZ-Nummer 304 wird gestrichen, weil es sich für die Abgrenzung dieser Leistung und der GOÄ Nr. 2650 als nicht hilfreich erwiesen hat. Die neu in das Gebührenverzeichnis der GOZ aufgenommene Leistung nach der Nummer 3045 entspricht inhaltlich weit-

gehend der GOÄ Nr. 2650. Sie ist dabei stärker auf die Entfernung eines retinierten Zahnes abgestellt. Damit wird das in der Anwendungspraxis auftretende Problem der Abgrenzung dieser Leistung zur Germektomie (Nr. 3270) gelöst.

Zu der Leistung nach der Nummer 3070:

Die Leistung nach der Nummer 3070 ist — wie bereits bisher — nur als selbständige Leistung berechnungsfähig. Dieser Zusatz in der Leistungsbeschreibung betont nochmals das in § 4 Abs. 2 Satz 2 GOZ festgelegte Prinzip der Zielleistung. Es soll damit ausgeschlossen werden, dass diese Leistung als notwendiger Leistungsbestandteil einer anderen, umfassenderen Leistung zusätzlich berechnet wird. Dies ist z. B. der Fall, wenn es sich um Zugangsleistungen oder der eigentlichen Hauptleistung vorangehende oder nachgeschaltete Begleitverrichtungen handelt, die immer oder mit einer erkennbaren Regelmäßigkeit mit der Hauptleistung verknüpft sind. Mit dem Zusatz „als selbständige Leistung“ ist jedoch nicht gemeint, dass diese Leistung nur als einzige oder alleinige Leistung berechnet werden kann.

Zu der Leistung nach der Nummer 3100:

Die Leistung nach der Nummer 3100 bildet die plastische Deckung im Rahmen einer Wundversorgung ab. Diese Leistung soll kleinere im Rahmen einer Wundversorgung einschließlich einer erforderlichen Periostschlitzung auftretende Eingriffe abbilden. Eine Periostschlitzung erfüllt im Rahmen der Wundversorgung nicht den Leistungsinhalt der Leistung nach der Nummer 3100. Ortsgleiche Eingriffe ohne Verlagerung von Weichgewebe sind jedoch mit den Gebühren für die operativen Leistungen abgegolten und nicht gesondert berechnungsfähig. Die Leistung nach der Nummer 3100 kann neben anderen operativen Leistungen berechnet werden.

Zu der Leistung nach der Nummer 3240:

Die Leistung nach der Nummer 3240 beschreibt Vestibulumplastiken oder Mundbodenplastiken kleineren Umfangs für einen Bereich von bis zu zwei nebeneinanderliegenden Zähnen oder einen vergleichbar großen Bereich am zahnlosen Kieferabschnitt. Operative Eingriffe größeren Umfangs sind nach den Nummern GOÄ 2675 (Kieferhälfte oder Frontzahnbereich) oder 2676 (totale Mundboden- oder Vestibulumplastik) zu berechnen. Die Gingivaextensionsplastik wird wegen des vergleichbaren Aufwandes in die Leistung nach der Nummer 3240 einbezogen.

Zu der Leistung nach der Nummer 3290:

Die in der Beschreibung der Leistung nach der Nummer 3290 enthaltene Formulierung „als selbständige Leistung“ bedeutet nicht, dass die Kontrolle nur als einzige Leistung berechnet werden kann. Ausgeschlossen ist die gesonderte Berechnung dann, wenn die Kontrolle als unselbständige Teilleistung einer in gleicher

Sitzung anfallenden anderen, umfassenderen Leistung anzusehen ist. Zur Klarstellung wird die Leistung auf die Kieferhälfte bzw. den Frontzahnbereich bezogen.

Zu den Leistungen nach den Nummern 3300 und 3310:

Die Leistungen nach den Nummern 3300 und 3310 werden auf ein Operationsgebiet bezogen, das als Raum einer zusammenhängenden Schnittführung definiert wird. Um mögliche unangemessene Mengenausweitungen zu begrenzen, können diese Leistungen höchstens zweimal je Sitzung und Kieferhälfte bzw. Frontzahnbereich berechnet werden. Die Nebeneinanderberechnung der Nachbehandlung und der chirurgischen Wundrevision sowie der Blutstillung nach der Nummer 3060 wird ausgeschlossen.

Bei der Leistung nach der Nummer 3310 wird die Vorgabe „als selbständige Leistung“ der GO-Zalt Nr. 331 gestrichen. Der Ausschluss anderer kleiner operativer Leistungen erfolgt in der Abrechnungsbestimmung zu der Nummer 3200.

Abschnitt E **Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut** **und des Parodontiums**

Zu den Allgemeinen Bestimmungen:

Die Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt E wurden neu gefasst. Im Wesentlichen werden die in den einzelnen Leistungen des Abschnitts E enthaltenen und nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen der primären Wundversorgung konkretisiert und diejenigen Materialien beschrieben, die gesondert berechnet werden können.

Zu den Leistungen nach den Nummern 4000 und 4005:

Die Beschreibung der Leistung nach der Nummer 4000 wird allgemeiner gefasst. Die Leistung nach der Nummer 4005 beschreibt die Erhebung und Dokumentation eines oder mehrerer Gingivalindices oder Parodontalindices (z. B. des Parodontalen Screening-Index PSI). Werden aufgrund einer besonderen Schwierigkeit des einzelnen Krankheitsfalles mehrere Indices erhoben und dokumentiert, kann dies bei der Bemessung des Honorars innerhalb des Gebührenrahmens berücksichtigt werden. Die Begrenzung der Berechnungsfähigkeit dieser Leistung auf zweimal pro Jahr ist fachlich vertretbar.

Zu den Leistungen nach den Nummern 4020 und 4025:

In die Leistung nach der Nummer 4020 wird die Taschenspülung als fakultative Leistung einbezogen. Die neu aufgenommene Leistung nach der Nummer 4025 bildet die antibakterielle Behandlung mit gezielter Einbringung von antibakteriellen Substanzen in den subgingivalen Raum ab. Davon zu unterscheiden sind einfache Taschenspülungen, die nach der Nummer 4020 berechnungsfähig sind.

Die subgingival eingebrachten antibakteriellen Substanzen wie z. B. bestimmte Materialien, die antibiotisch wirksame Substanzen abgeben, sind gesondert berechnungsfähig.

Zu den Leistungen nach den Nummern 4050 und 4055:

Die Leistungen nach den Nummer 4050 und 4055 beschreiben im Kern die bislang der GOZalt Nummer 405 zugeordnete Entfernung der harten und weichen Zahnbeläge. Es erfolgt eine Differenzierung zwischen ein- und mehrwurzeligen Zähnen, um dem unterschiedlichen Aufwand Rechnung zu tragen. Darüber hinaus sind diese Leistungen in einem Zeitraum von 30 Tagen nach der Durchführung für denselben Zahn nicht erneut berechnungsfähig. Innerhalb dieses Zeitraums kann die Leistung nach der Nummer 4060 berechnet werden.

Zu den Leistungen nach den Nummern 4070 und 4075:

Die Leistungen nach den Nummern 4070 und 4075 beschreiben im Wesentlichen die bisher der GOZalt Nummer 407 zugeordneten parodontal-chirurgischen Leistungen. Es erfolgt aufgrund des unterschiedlichen Aufwandes eine Differenzierung nach ein- und mehrwurzeligen Zähnen.

Zu der Leistung nach der Nummer 4110:

Die Leistung nach der Nummer 4110 beschreibt das Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Aufbaumaterial, das aus Knochen oder Knochenersatzmaterial bestehen und ggf. auch regenerativ wirksame Proteine enthalten kann. Die Leistung beinhaltet auch die fakultative Entnahme von Material im Aufbaubereich. Werden neben einer Entnahme von Material (z. B. Knochenmaterial) im Aufbaubereich auch regenerativ wirkende Proteine eingebracht, so kann ein sich im Einzelfall ergebender erhöhter Zeitbedarf bei der Bemessung des Honorars innerhalb des Gebührenrahmens berücksichtigt werden.

Die Leistung nach der Nummer 4110 ist mit der Leistung nach der Nummer 4138 kombinierbar, die die zusätzliche Verwendung einer Membran — bezogen auf die Behandlung eines Zahnes oder Implantates — zur Behandlung eines Knochendefektes abbildet. Die Leistungen nach den Nummern 4110 und 4138 können auch im Rahmen von chirurgischen Behandlungen indiziert sein und sind dann auch nach den genannten Nummern berechnungsfähig.

Die Kosten für einen im Rahmen der Erbringung der Leistung nach der Nummer 4110 genutzten einmal verwendbaren sogenannten Knochenkollektor oder -schaber sind gesondert berechnungsfähig.

Zu den Leistungen nach den Nummern 4130 bis 4136:

Die Leistung nach der Nummer 4130 umfasst die Gewinnung — ggf. einschließlich der Versorgung der Entnahmestelle — und die Transplantation von Schleimhaut. Die Leistung nach der Nummer 4130 ist je Transplantat berechnungsfähig.

Die neu in das Gebührenverzeichnis eingefügte Leistung nach der Nummer 4133 bildet die Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe ab und beinhaltet auch die ggf. notwendige Versorgung der Entnahmestelle. Die Berechnung dieser Leistung erfolgt je Zahnzwischenraum. Die Osteoplastik oder die Kronenverlängerung sowie die Tunnelierung als selbstständige Leistungen werden in der Leistung nach der Nummer 4136 beschrieben.

Zu der Leistung nach der Nummer 4138:

Die Leistung nach der Nummer 4138 umfasst die Verwendung einer Membran zur Behandlung von Knochendefekten einschließlich der Fixierung der Membran. Diese Leistung kann ggf. mit dem Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mittels Knochen-, Knochenersatzmaterial oder regenerativ wirkenden Substanzen nach der Nummer 4110 kombiniert werden.

Abschnitt F **Prothetische Leistungen**

Zu den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040:

Die bisher durchschnittlich bei den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 (Nummern 500 bis 504 GOZalt) berechneten Gebührensätze liegen deutlich über dem 2,3 fachen Gebührensatz. Auf Vorschlag der BZÄK wurden die Punktzahlen dieser Leistungen erhöht. Die BZÄK geht im Gegenzug davon aus, dass nach Inkrafttreten dieser Verordnung im Mittel der 2,3fache Gebührensatz berechnet wird. Diese Annahme wurde den Berechnungen zu den finanziellen Auswirkungen des neuen Gebührenverzeichnisses zugrunde gelegt.

Die bisher gebührenrechtlich umstrittene aber nach Angaben der Kostenträger weithin übliche Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 5080 und 5040 wird ausgeschlossen. Im Gegenzug wird die Punktzahl der Leistung nach der Nr. 5040 erhöht.

Die Beschreibung des Leistungsumfangs der Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 wird präzisiert. Im Zusammenhang mit der implantatgestützten prothetischen Versorgung stehen nur die Leistungen nach den Nummern 5000, 5030 oder 5040 zur Verfügung. Die Leistung nach der Nummer 5040 ist im Zusammenhang mit der Versorgung auf einem Implantat nur dann berechnungsfähig, wenn auf dem Implantataufbau ein individueller Innenkonus (bzw. individuelle Mesostruktur oder Innenteleskop) plus Außenkonus (bzw. Außenteleskop) hergestellt wird. Der Innenkonus ist mit dem Innenteleskop/Primärteil und der Außenkonus mit dem Außenteleskop/Sekundärteil eines Teleskops vergleichbar.

Zu den Leistungen nach den Nummern 5050 und 5060:

Die Leistungsbeschreibung der Nr. 5050 wird hinsichtlich der Prothesenanker präzisiert. Durch eine neue Abrechnungsbestimmung wird klargestellt, dass die Teilleistungen nach den Nummern 5050 und 5060 nur dann berechnungsfähig sind, wenn es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen, oder dies aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.

Zu der Leistung nach der Nummer 5070:

Die Ergänzung der Leistungsbeschreibung nach der Nummer 5070 mit „Prothesenspannen“ beschreibt die übliche Anwendungspraxis.

Zu der Leistung nach der Nummer 5080:

Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 5040 und 5080 wird ausgeschlossen. In den Fällen, in denen im Rahmen einer Leistung nach der Nummer 5040 eine besonders aufwendige Versorgung mit Verbindungselementen erfolgt, die im Einzelfall zu einem gegenüber dem Durchschnitt erheblich erhöhten Zeitaufwand führt, kann dies bei der Bemessung des Honorars innerhalb des Gebührenrahmens berücksichtigt werden.

Zu den Leistungen nach den Nummern 5120 und 5140:

Die Leistungen nach den Nummern 5120 und 5140 werden neu gefasst und auf das direkte Verfahren zur Herstellung der Provisorien abgestellt. Die Entfernung der provisorischen Brücken bzw. Brückenspannen oder Freiendsattel ist Leistungsbestandteil und nicht gesondert berechnungsfähig.

Zu den Leistungen nach den Nummern 5220 und 5230:

Die Leistungsbeschreibungen der Nummern 5220 und 5230 werden um die Deckprothese erweitert.

Abschnitt G

Kieferorthopädische Leistungen

Zu den Allgemeinen Bestimmungen:

Mit der Neufassung der Allgemeinen Bestimmungen vor Abschnitt G wird die Möglichkeit geschaffen, dass die kieferorthopädisch tätige Zahnärztin und der kieferorthopädisch tätige Zahnarzt und der zahlungspflichtige Patient unter bestimmten Bedingungen Vereinbarungen zu Mehrkosten für die im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung eingesetzten Materialien treffen können. Hierdurch erhalten die Patienten hinsichtlich der für die kieferorthopädische Behandlung verwendeten Materialien größere Wahlmöglichkeiten. Die einer Vereinbarung zugrunde liegenden Materialien müssen ebenso wie die in den genannten Gebührenpositionen enthaltenen Standardmaterialien zahnmedizinisch notwendig sein.

Zu der Leistung nach der Nummer 6000:

Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach der Nummer 6000 im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung ist in der Rechnung zu begründen. Die Leistung umfasst als obligatorischen Bestandteil die kieferorthopädische Auswertung. Auch bei einer Heranziehung der Leistung im Rahmen einer Analogbewertung ist eine entsprechende Auswertung obligater Leistungsbestandteil.

Zu der Leistung nach der Nummer 6010:

Die Berechnung der Leistung nach der Nummer 6010 wird zur Klarstellung auf die Leistung nach der Nummer 0060 (Abformung beider Kiefer) bezogen.

Zu den Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080:

Der Leistungsinhalt der Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 wird näher beschrieben, um in der Anwendungspraxis aufgetretene Unklarheiten zu vermeiden. Die Ergänzung des dritten Absatzes der Abrechnungsbestimmung stellt klar, dass die Gebührennummern 6030 bis 6080 auch dann nur einmal in einem Vier-Jahres-Zeitraum abgerechnet werden dürfen, wenn besondere Behandlungsmethoden angewandt oder besondere Therapiegeräte (z. B. Loops, Bögen, Attachments bei Alignern, festsitzenden Retainer oder Kunststoffschienen) verwendet werden.

Der vierte Absatz der Abrechnungsbestimmung stellt klar, dass neben den Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 die Leistungen nach den Nummern 6190 bis 6260 nicht berechnungsfähig sind. Damit können die übrigen Leistungen des Abschnitts G sowie diagnostische Leistungen außerhalb dieses Abschnitts (z. B. Abformungen, Röntgen) neben den Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 berechnet werden.

Zu den Leistungen nach den Nummern 6090 und 6150:

Der Bezug der Leistung nach den Nummern 6090 und 6150 auf einen Kiefer wird durch die Ergänzung der Leistungsbeschreibung klargestellt.

Zu der Leistung nach der Nummer 6190:

Die Leistung nach der Nummer 6190 kann in bestimmten Fällen auch außerhalb einer kieferorthopädischen Behandlung indiziert sein und wäre in diesen Fällen auch berechnungsfähig.

Abschnitt H

Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen

Zu den Leistungen nach den Nummern 7080 und 7090:

Die Leistungen nach den Nummern 7080 und 7090 werden neu gefasst und gegen die Teilleistungen bei definitiven Kronen und Brücken (Nrn. 2230, 2240, 5050 und

5060) ausgeschlossen. Abgrenzungskriterium ist eine Mindesttragezeit von 3 Monaten nach Eingliederung. Die Vorgabe einer Mindesttragezeit von drei Monaten dient der Abgrenzung zu den für eine kürzere Liegedauer ausgelegten Provisorien. Die Leistungen nach den Nummern 7080 und 7090 können auch vor Ablauf der Frist von drei Monaten berechnet werden. Falls die Mindestdauer aber nicht erfüllt wird, könnte dem Patienten gegenüber dem Zahnarzt ein Ausgleichsanspruch zu kommen. Wiedereingliederungen sind im Hinblick auf die Mindesttragezeit unschädlich. Die Leistungen umfassen auch die Entfernung des laborgefertigten Provisoriums.

Abschnitt J

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Zu der Leistung nach der Nummer 8000:

Bei der Leistung nach der Nummer 8000 wird mit der **Neufassung der Leistungsbeschreibung** klargestellt, dass unabhängig von konkret angewandten Verfahren zur Analyse der Befunde der Gesamtvorgang der klinischen Befunderhebung einschließlich der Dokumentation der erhobenen Befunde nach der Nummer 8000 zu berechnen ist. Im Zentrum der klinischen Funktionsanalyse steht insbesondere die visuelle, nicht-instrumentelle Analyse der Bewegungsbahnen des Unterkiefers, das Abtasten der Gelenkregion bei den Kieferbewegungen, die Erfassung von Knack- und Reibegeräuschen, das Abtasten der Kiefer- und Halsmuskulatur z. B. auf Verhärtungen und Myogelosen. Der bisherige Abrechnungsausschluss gegenüber der eingehenden Untersuchung nach der Nummer 0010 entfällt, weil die Leistung nach der Nummer 8000 nach Art und Umfang in der Regel eine andere Zielrichtung hat.

Zu der Leistung nach der Nummer 8010:

In die Leistung nach der Nummer 8010 wird auch die vergleichbar aufwendige Stützstiftregistrierung einbezogen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass sich die Abrechnungsbestimmung mit der höchstens zweimaligen Berechnungsfähigkeit auf eine Sitzung bezieht. Die Material- und Laborkosten für die Bissnahme und die Lieferung und Anbringung des Stützstiftbestecks sind gesondert berechnungsfähig.

Zu den Leistungen nach den Nummern 8020 bis 8035:

Bei den Leistungen nach den Nummern 8020, 8030 und 8035 sind die Material- und Laborkosten gesondert berechnungsfähig. Dies betrifft die Kosten für die Artikulation des Ober- und Unterkiefermodells im (halb) individuellen Artikulator. Die Leistung nach der Nummer 8035 bildet den Leistungsinhalt der Leistung nach der Nummer 8030 ab, wenn die Aufzeichnung elektronisch erfolgt.

Zu den Leistungen nach den Nummern 8050 bis 8065:

Die Leistungen nach den Nummern 8050 und 8060 werden unter Anpassung der Bewertung zur Klarstellung auf eine Sitzung bezogen. Die Leistung nach der Nummer 8065 bildet den Leistungsinhalt der Leistung nach der Nummer 8060 ab, wenn die Aufzeichnung elektronisch erfolgt. Die Material- und Laborkosten für die Einstellung des (halb) individuellen Artikulators sind bei den Leistungen nach den Nummern 8050 bis 8065 gesondert berechnungsfähig.

Zu den Leistungen nach den Nummern 8080 bis 8090:

Die Leistungen nach den Nummern 8080 und 8090 werden unter Anpassung der Bewertung zur Klarstellung auf eine Sitzung bezogen.

Zu der Leistung nach der Nummer 8100:

Die Leistung nach der Nummer 8100 wird in der Bewertung angehoben. Die bisher geltende mengenbegrenzende Abrechnungsbestimmung wird aufgehoben, weil im Einzelfall auch an mehr als fünf Zahnpaaren systematische subtraktive Maßnahmen angezeigt sein können. Dabei wird davon ausgegangen, dass es bei dieser Leistung allenfalls zu einem moderaten Mengenzuwachs von rd. 10 v. H. kommen wird.

Abschnitt K **Implantologische Leistungen**

Zu den Allgemeinen Bestimmungen:

Die Allgemeinen Bestimmungen vor Abschnitt K werden neu gefasst, um einige in der Anwendung der GOZ bisher strittige Anwendungsfragen zu klären und die gesondert berechnungsfähigen Materialien von den mit den Honoraren abgegoltenen Materialien abzugrenzen. Zu den gesondert berechnungsfähigen Materialien gehören auch die im Rahmen einer Geweberegeneration verwendeten Membranen.

Zu der Leistung nach der Nummer 9000:

Die Leistung nach der Nummer 9000 beschreibt die vor einer Implantation erforderliche Analyse und Vermessung des Kieferknochens. Die ggf. in diesem Zusammenhang eingesetzte individuelle Schablone wird auch als Röntgen(mess)schablone bezeichnet. Mit Hilfe dieser Schablone, in die Referenzkörper (z. B. Messkugeln) eingearbeitet sind, können radiologische Abstandsmessungen und Positionierungsbefunde für die individuelle Planung der Implantateinbringung genutzt werden. Die Kosten für die zahntechnische Herstellung dieser Schablone sind gesondert berechnungsfähig.

Zu den Leistungen nach den Nummern 9003 und 9005:

Die Leistungen nach den Nummern 9003 und 9005 bilden die Nutzung spezieller Schablonen für die Einbringung des Implantats in den Kieferknochen ab. Die Leistung nach der Nummer 9003 beschreibt eine Schablone (Orientierungs- oder Positionierungsschablone), die der Positionierung des Implantates nach prothetischen Maßgaben entspricht, d. h. diese Art der Schablone gibt die Implantatposition vor, die für eine nachfolgende Kronenversorgung günstig erscheint. In Erweiterung hierzu bildet die Leistung nach der Nummer 9005 die Anwendung einer auf dreidimensionale Daten gestützten Schablone (Navigations- oder chirurgische Führungsschablone) ab. Hierbei wird zusätzlich zu der o. a. prothetischen Positionierung des Implantates das individuelle Knochenangebot exakt berücksichtigt, sodass diese Art der Schablone z. B. die Tiefenpositionierung und Winkelstellung des Implantates im Knochenlager vorgibt.

Zu der Leistung nach der Nummer 9010:

Die Leistung nach der Nummer 9010 beschreibt die in der Regel im Rahmen einer Implantateinbringung erforderlichen Leistungen. Hierzu gehört bei Implantaten im Rahmen einer offenen Einheilung auch ggf. das Einbringen von einem oder mehreren Aufbauelementen (auch Gingivaformer).

Zu der Leistung nach der Nummer 9020:

Die Leistung nach der Nummer 9020 bildet die Einbringung von Implantaten zum temporären Verbleib ab. Zu diesen — in der Regel transgingival eingebrachten — Implantaten gehören auch die orthodontischen, im Rahmen kieferorthopädischer Maßnahmen genutzten Implantate.

Zu der Leistung nach der Nummer 9040:

Die Leistung nach der Nummer 9040 beinhaltet neben dem Freilegen des Implantats auch das Einfügen eines oder mehrerer Aufbauelemente (z. B. Gingivaformer) bei einem zweiphasigen Implantatsystem.

Zu der Leistung nach der Nummer 9050:

Mit der Neufassung der Leistung nach der Nummer 9050 wird eine bisher gebührenrechtlich strittige Frage geklärt. Die Leistung beschreibt das Auswechseln (auch das Entfernen und Wiedereinbringen) eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem. Sie ist nur in der rekonstruktiven Phase berechnungsfähig. Darüber hinaus kann sie je Implantat insgesamt höchstens dreimal und je Sitzung höchstens einmal berechnet werden.

Zu der Leistung nach der Nummer 9060:

Die Leistung nach der Nummer 9060 bezieht sich auf den Reparaturfall. Je Sitzung kann die Leistung nach der Nummer 9060 nur einmal je Implantat berechnet werden. Ein im Einzelfall erhöhter Aufwand z. B. bei einer gebrochenen Schraube

kann bei der Bemessung des Honorars im Gebührenrahmen berücksichtigt werden.

Zu der Leistung nach der Nummer 9090:

Die Leistung nach der Nummer 9090 beschreibt die Knochengewinnung und -aufbereitung und -implantation im Zusammenhang mit einer Implantateinbringung. Wie auch bei der Leistung nach der Nummer 4110 sind die Kosten eines einmal verwendbaren Knochenkollektors oder Knochenschabers gesondert berechnungsfähig.

Zu der Leistung nach der Nummer 9100:

Die Leistung nach der Nummer 9100 ist als Komplexleistung ausgestaltet und beschreibt die Augmentation des Alveolarfortsatzes als vorbereitende oder begleitende Maßnahme für eine Implantateinbringung. In den Fällen, in denen mehr als eine Leistung nach der Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte oder Frontzahnbereich in derselben Sitzung erbracht wird, kann der Mehraufwand bei der Festlegung der Gebühr innerhalb des Gebührenrahmens berücksichtigt werden. Im Rahmen der Beratungen in der AG GOZ ist darauf hingewiesen worden, dass operative Maßnahmen zum Erhalt der Alveole („socket-preservation“) der Leistung nach der Nummer 4110 zuzuordnen wären.

Zu der Leistung nach der Nummer 9120:

Ein im Einzelfall erhöhter Aufwand bei der Erbringung der Leistung nach der Nummer 9120, wie z. B. durch in ca. 10 bis 20 Prozent der Fälle vorliegenden Septen, kann bei der Bemessung des Honorars im Gebührenrahmen berücksichtigt werden.

Zu der Leistung nach der Nummer 9130:

Die Leistung nach der Nummer 9130 beschreibt sowohl die Spaltung und Spreizung von Knochensegmenten als auch die vertikale Distraktion von Knochen als Maßnahmen zur Verbesserung der Knochenverhältnisse vor oder während einer Implantateinbringung. Im Zusammenhang mit einer vertikalen Distraktion ist eine Einbringung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren zahnmedizinisch nicht indiziert.

Zu der Leistung nach der Nummer 9140:

Die Leistung nach der Nummer 9140 beinhaltet die intraorale Entnahme von Knochen z. B. am Kinn oder im Unterkiefer retromolar. Die extraorale Entnahme von Knochen, z. B. aus dem Beckenkamm oder Schädelkalotte, unterliegt wie bisher entsprechenden Gebührenpositionen der GOÄ. Die intraorale Einbringung von Knochenmaterial wird durch die Leistung nach der Nummer 9100 und ggf. 9150 abgebildet.

Abschnitt L

Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen

Zu den Allgemeinen Bestimmungen:

Für bestimmte zahnärztlich-chirurgische Leistungen werden Zuschläge vorgesehen, die u. a. der Abgeltung der Kosten für die Aufbereitung wiederverwendbarer Operationsmaterialien bzw. -geräte sowie von Materialien dienen, die mit der einmaligen Verwendung verbraucht sind. Die zuschlagsberechtigten Leistungen wurden von der BZÄK vorgeschlagen. Die Abrechnungsbestimmungen entsprechen denen, die nach Abschnitt C VIII des Gebührenverzeichnisses der GOÄ für die dort aufgeführten Zuschläge gelten.