

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Ersten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 05. Dezember 2011 (BGBl. S. 2661).

§ 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 Abs. 1 Satz 2) oder eines abweichenden Punktwertes (§ 5 Abs. 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 in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem vereinbarten Steigerungssatz und dem sich daraus ergebenden Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.
- (3) Leistungen nach § 1 Abs. 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 höchstpersönlich erbrachte Leistungen zulässig.

Punktwert GOZ = 5,62421 Cent

§ 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 sowie 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 Leistungsverzeichnisses

- (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 Gebührenzeichnisses 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 Multiplikation mit dem Steigerungsfaktor nach Satz 1 vorzunehmen.

Punktwert GOZ = 5,62421 Cent

- (2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leitungen 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) Selbständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden. Sofern auch eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung im Gebührenverzeichnis dieser Verordnung nicht enthalten ist, kann die selbständige zahnärztliche Leistung entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der in Absatz 2 genannten Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden.
- (2) Erbringt der Zahnarzt Leistungen, die in den Abschnitten B I, B II, B III unter den Nummern 30, 31 und 34, B IV bis B VI, 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, E V und E VI, J, 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, M unter den Nummern 3511, 3712, 3714, 3715, 4504, 4530, 4538, 4605, 4606 und 4715, N unter der Nummer 4852 und O des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt sind, sind die Vergütungen 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.

§ 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 Beleg Zahnärzten 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 Entschädigung 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- und Pflegeheim besucht, darf der Zahnarzt das Wegegeld unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versichertenstatus 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 1000 Euro überschreiten. Für Behandlungen, die auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplans für einen Behandlungszeitraum von mehr als zwölf Monaten geplant werden, gilt Satz 1 nur, sofern voraussichtlich bereits innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten Kosten von mehr als 1000 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 stationäre 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 Preis sowie die direkt zurechenbare 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 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 beigelegt 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 öffentlichrechtlichen Kostenträgern kann eine von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 abweichende Regelung getroffen werden.
- (6) Mit der Ausstellung der Rechnung darf ein Dritter nur beauftragt werden, wenn der Betroffene gegenüber dem Zahnarzt der erforderlichen Datenübermittlung schriftlich zustimmt und den Zahnarzt insoweit schriftlich von seiner Schweigepflicht entbindet.

§ 11 Übergangsvorschriften

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 Gebührenverordnung 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 werde.

§ 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 Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte in der am 1. Januar 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 Nummer 3 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach Nummer 0010 oder einer Untersuchung nach den Nummern 5 oder 6 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen. Andere weitere Leistungen dürfen neben der Leistung nach Nummer 3 nicht berechnet werden.

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	2,3-fach	3,5-fach
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
0030	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen	200	11,25	25,87	39,37
0040	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans bei kieferorthopädischer Behandlung oder bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen nach Befundaufnahme und Ausarbeitung einer Behandlungsplanung	250	14,06	32,34	49,21
	Die Leistungen nach den Nummern 0030 und 0040 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.				
0050	Abformung oder Teilabformung eines Kiefers für ein Situationsmodell einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung	120	6,75	15,52	23,62

Punktwert GOZ = 5,62421 Cent

0060	Abformung beider Kiefer für Situationsmodelle und einfache Bissfixierung einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung	260	14,62	33,63	51,18
	Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 0050 und 0060 ist in der Regel zu begründen.				
0065	Optisch-elektronische Abformung einschließlich vorbereitender Maßnahmen, einfache digitale Bissregistrierung und Archivierung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	80	4,50	10,35	15,75
	Neben der Leistung nach der Nummer 0065 sind konventionelle Abformungen nach diesem Gebührenverzeichnis für dieselbe Kieferhälfte oder denselben Frontzahnbereich nicht berechnungsfähig.				
0070	Vitalitätsprüfung eines Zahnes oder mehrerer Zähne einschließlich Vergleichstest	50	2,81	6,47	9,84
0080	Intraorale Oberflächenanästhesie, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	30	1,69	3,88	5,91
0090	Intraorale Infiltrationsanästhesie	60	3,37	7,76	11,81
0100	Intraorale Leitungsanästhesie	70	3,94	9,05	13,78
	Wird die Leistung nach Nummer 0090 je Zahn mehr als einmal berechnet, ist dies in der Rechnung zu begründen.				
	Bei den Leistungen nach den Nummern 0090 und 0100 sind die Kosten der verwendeten Anästhetika gesondert berechnungsfähig.				
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	400	22,50	--	--
	Der Zuschlag nach der Nummer 0110 ist je Behandlungstag nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.				
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	--	--	--	--
	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.				

B. Prophylaktische Leistungen

Allgemeine Bestimmung

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	2,3-fach	3,5-fach
1000	Erstellen eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten	200	11,25	25,87	39,37
1010	Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten	100	5,62	12,94	19,68
1020	Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel, je Sitzung	50	2,81	6,47	9,84

Die Leistung nach der Nummer 1000 ist innerhalb eines Jahres einmal, die Leistung nach der Nummer 1010 innerhalb eines Jahres dreimal berechnungsfähig.

Die Leistungen umfassen die Erhebung von Mundhygiene-Indizes, das Anfärben der Zähne, die praktische Unterweisung mit individuellen Übungen und die Motivierung des Patienten.

Im Zusammenhang mit 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.

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

1030	Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger, je Kiefer	90	5,06	11,64	17,72
------	--	----	------	-------	-------

1. Die Herstellung einer individuellen Schiene als Medikamententräger (z. B. Tiefziehschiene) ist gesondert berechnungsfähig.
2. Mit der Gebühr sind die Kosten für das verwendete Medikament abgegolten.
3. Die Anwendung eines konfektionierten Löffels als Medikamententräger erfüllt nicht den Inhalt der Leistung nach der Nummer 1030.
4. Bei Anwendung einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger für Fluoridierungsmittel ist die mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 1030 innerhalb eines Jahres in der Rechnung zu begründen.

1040	Professionelle Zahnreinigung	28	1,57	3,62	5,51
------	------------------------------	----	------	------	------

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

C. Konservierende Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
2000	Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, auch Glattflächenversiegelung, je Zahn	90	5,06	11,64	17,72
2010	Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, je Kiefer	50	2,81	6,47	9,84
2020	Temporärer speicheldichter Verschluss einer Kavität	98	5,51	12,68	19,29
2030	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten (z. B. Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	65	3,66	8,41	12,80
	Die Leistung nach Nummer 2030 ist je Sitzung für eine Kieferhälfte oder einen Frontzahnbereich höchstens einmal für besondere Maßnahmen beim Präparieren und höchstens einmal für besondere Maßnahmen beim Füllen von Kavitäten berechnungsfähig.				
2040	Anlegen von Spanngummi, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	65	3,66	8,41	12,80
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
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
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
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
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

Punktwert GOZ = 5,62421 Cent

2100	Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), dreiflächig, ggf. einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, ggf. einschließlich Verwendung von Inserts	642	36,11	83,05	126,38
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
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
2130	Kontrolle, Finieren/Polieren einer Restauration in separater Sitzung, auch Nachpolieren einer vorhandenen Restauration	104	5,85	13,45	20,47
2150	Einlagefüllung, einflächig	1141	64,17	147,60	224,60
2160	Einlagefüllung, zweiflächig	1356	76,26	175,41	266,93
2170	Einlagefüllung, mehr als zweiflächig	1709	96,12	221,07	336,41
2180	Vorbereiten eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone	150	8,44	19,40	29,53
2190	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch gegossenen Aufbau mit Stiftverankerung zur Aufnahme einer Krone	450	25,31	58,21	88,58
2195	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch einer Schraubenaufbau oder Glasfaserstift o. ä. zur Aufnahme einer Krone	300	16,87	38,81	59,05
Die Leistungen nach den Nummern 2180, 2190 oder 2195 sind neben den Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 nicht berechnungsfähig.					
Die Leistung nach Nummer 2180 ist neben der Leistung nach Nummer 2190 nicht berechnungsfähig.					
Die Leistung nach Nummer 2195 ist neben der Leistung nach Nummer 2180 berechnungsfähig.					
Die Leistungen nach Nummer 2180, 2190 und/oder die Leistung nach Nummer 2195 ist je Zahn nur jeweils einmal berechnungsfähig.					
Die Kosten für die Verankerungselemente sind gesondert berechnungsfähig.					
2197	Adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Krone, Teilkrone, Veneer etc.)	130	7,31	16,82	25,59
2200	Versorgung eines Zahnes oder Implantats durch eine Vollkrone (Tangentialpräparation)	1322	74,35	171,01	260,23

Punktwert GOZ = 5,62421 Cent

2210	Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkehl- oder Stufenpräparation)	1678	94,37	217,06	330,31
------	---	------	-------	--------	--------

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
------	---	------	--------	--------	--------

Neben den Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 sind 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 2220 bis 2220 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten:

Präparieren des Zahnes oder Implantats, Relationsbestimmungen, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder der Krone oder der Teilkrone oder des Veneers, Nachkontrolle und Korrekturen.

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

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

Teilleistungen nach den Nummern 2200 bis 2220:

2230	Enden die Leistungen mit der Präparation eines Zahnes, so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.
------	--

2240	Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.
------	---

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.

2250	Eingliederung einer konfektionierten Krone in der pädiatrischen Zahnheilkunde	210	11,81	27,16	41,34
------	---	-----	-------	-------	-------

Die Kosten für konfektionierte Kronen sind gesondert berechnungsfähig.

2260	Provisorium im direkten Verfahren ohne Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung	100	5,62	12,94	19,68
------	---	-----	------	-------	-------

2270	Provisorium im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung	270	15,19	34,93	53,15
	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 Nummer 2260 oder 2270 abgegolten.				
2290	Entfernung einer Einlagefüllung, einer Krone, eines Brückenankers, Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges oder Ähnliches	180	10,12	23,28	35,43
2300	Entfernung eines Wurzelstiftes	270	15,19	34,93	53,15
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
2320	Wiederherstellung einer Krone, einer Teilkrone, eines Veneers, eines Brückenankers, einer Verblendschale oder einer Verblendung an festsitzendem Zahnersatz, gegebenenfalls einschließlich Wiedereingliederung und Abformung	350	19,68	45,27	68,90
2330	Maßnahmen zur Erhaltung der vitalen Pulpa bei Caries profunda (Exkavieren, indirekte Überkappung), je Kavität	110	6,19	14,23	21,65
2340	Maßnahmen zur Erhaltung der freiliegenden vitalen Pulpa (Exkavieren, direkte Überkappung), je Kavität	200	11,25	25,87	39,37
2350	Amputation und Versorgung der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren	290	16,31	37,51	57,09
2360	Exstirpation der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren, je Kanal	110	6,19	14,23	21,65
2380	Amputation und endgültige Versorgung der avitalen Milchzahnpulpa	160	9,00	20,70	31,50
2390	Trepanation eines Zahnes, als selbständige Leistung	65	3,66	8,41	12,80
2400	Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals	70	3,94	9,05	13,78

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

2410	Aufbereitung eines Wurzelkanals auch retrograd, je Kanal, gegebenenfalls in mehreren Sitzungen	392	22,05	50,71	77,16
------	--	-----	-------	-------	-------

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

Wenn aufgrund anatomischer Besonderheiten eine Aufbereitung in einer Sitzung nicht erfolgen kann, ist die Leistung nach Nummer 2410 für denselben Wurzelkanal erneut berechnungsfähig. Dies ist in der Rechnung zu begründen. Je Aufbereitung eines Wurzelkanals ist die Leistung in diesem Fall höchstens zweimal berechnungsfähig.

2420	Zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden, je Kanal	70	3,94	9,05	13,78
------	---	----	------	------	-------

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
------	---	-----	-------	-------	-------

2440	Füllung eines Wurzelkanals	258	14,51	33,37	50,79
------	----------------------------	-----	-------	-------	-------

D. Chirurgische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Die primäre Wundversorgung (z. B. Reinigen der Wunde, Glätten des Knochens, Umschneidung, Tampieren, 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. Knochenersatzmaterial 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	2,3-fach	3,5-fach
3000	Entfernung eines einwurzeligen Zahnes oder eines enossalen Implantats	70	3,94	9,05	13,78
3010	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes	110	6,19	14,23	21,65
3020	Entfernung eines tief frakturierten oder tief zerstörten Zahnes	270	15,19	34,93	53,15
3030	Entfernung eines Zahnes oder eines enossalen Implantats durch Osteotomie	350	19,68	45,27	68,90
3040	Entfernung eines retinierten, impaktierten oder verlagerten Zahnes durch Osteotomie	540	30,37	69,85	106,30
3045	Entfernen eines extrem verlagerten und/oder extrem retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen	767	43,14	99,22	150,98
3050	Stillung einer übermäßigen Blutung im Mund- und/oder Kieferbereich, als selbständige Leistung	110	6,19	14,23	21,65
3060	Stillung einer Blutung durch Abbinden oder Umstechen des Gefäßes oder durch Knochenbolzung	140	7,87	18,11	27,56
3070	Exzision von Schleimhaut oder Granulationsgewebe, als selbständige Leistung	45	2,53	5,82	8,86
3080	Exzision einer Schleimhautwucherung größeren Umfangs (z.B. lappiges Fibrom, Epulis)	150	8,44	19,40	29,53
3090	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle	370	20,81	47,86	72,83

Punktwert GOZ = 5,62421 Cent

3100	Plastische Deckung im Rahmen einer Wundversorgung einschließlich einer Periostschlitzung, je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnittführung)	270	15,19	34,93	53,15
	Die Leistung nach der Nummer 3100 ist für dasselbe Operationsgebiet nicht neben der Leistung nach der Nummer 3090 berechnungsfähig.				
3110	Resektion einer Wurzelspitze an einem Frontzahn	460	25,87	59,50	90,55
3120	Resektion einer Wurzelspitze an einem Seitenzahn	580	32,62	75,03	114,17
	Die Kosten für konfektionierte apikale Stiftsysteme sind gesondert berechnungsfähig.				
3130	Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes	280	15,75	36,22	55,12
3140	Reimplantation eines Zahnes einschließlich einfacher Fixation	550	30,93	71,15	108,27
3160	Transplantation eines Zahnes einschließlich operativer Schaffung des Knochenbettes	650	36,56	84,08	127,95
3190	Operation einer Zyste durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	270	15,19	34,93	53,15
3200	Operation einer Zyste durch Zystektomie, als selbständige Leistung	500	28,12	64,68	98,42
	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.				
3210	Beseitigung störender Schleimhautbänder, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	140	7,87	18,11	27,56
3230	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers als selbständige Leistung, je Kiefer	440	24,75	56,92	86,61
3240	Vestibulumplastik oder Mundbodenplastik kleineren Umfangs auch Gingivaextensionsplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, für einen Bereich bis zu zwei nebeneinander liegenden Zähnen, ggf. auch am zahnlosen Lieferabschnitt	550	30,93	71,15	108,27
3250	Tuberplastik, einseitig	270	15,19	34,93	53,15
3260	Freilegen eines retinierten oder verlagerten Zahnes zur orthopädischen Einstellung	550	30,93	71,15	108,27
3270	Germektomie	590	33,18	76,32	116,14
3280	Lösen, Verlegen und Fixieren des Lippenbändchens und Durchtrennen des Septums bei echtem Diastema	270	15,19	34,93	53,15
3290	Kontrolle nach chirurgischem Eingriff, als selbständige Leistung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	55	3,09	7,11	10,83

Punktwert GOZ = 5,62421 Cent

3300	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff (z. B. Tamponieren), als selbständige Leistung, je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnittführung)	65	3,66	8,41	12,80
------	--	----	------	------	-------

Die Leistung nach Nummer 3300 ist höchstens zweimal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechnungsfähig.

Neben der Leistung nach Nummer 3300 sind die Leistungen nach den Nummern 3060 oder 3310 nicht berechnungsfähig.

3310	Chirurgische Wundrevision (z. B. Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht), je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnittführung)	100	5,62	12,94	19,68
------	---	-----	------	-------	-------

Die Leistung nach 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.

E. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums

Allgemeine Bestimmung

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	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
4000	Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus	160	9,00	20,70	31,50
	Die Leistung nach Nummer 4000 ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig.				
4005	Erhebung mindestens eines Gingivalindex und/oder eines Parodontalindex (z. B. des Parodontalen Screening Index PSI)	80	4,50	10,35	15,75
	Die Leistung nach Nummer 4005 ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig				
4020	Lokalbehandlung von Mundschleimhauterkrankungen gegebenenfalls einschließlich Taschenspülung, je Sitzung	45	2,53	5,82	8,86
4025	Subgingivale medikamentöse antibakterielle Lokalapplikation, je Zahn	15	0,84	1,94	2,95
	Die verwendeten antibakteriellen Materialien sind gesondert berechnungsfähig.				
4030	Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	35	1,97	4,53	6,89
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
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
4055	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem mehrwurzeligen Zahn	13,0	0,73	1,68	2,56
	Die Leistungen nach den Nummern 4050 und 4055 sind für denselben Zahn innerhalb von 30 Tagen nur einmal berechnungsfähig				

Punktwert GOZ = 5,62421 Cent

4060	Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge oder professioneller Zahnreinigung nach Nummer 1040 mit Nachreinigung einschließlich Polieren, je Zahn, oder Implantat, auch Brückenglied	7,0	0,39	0,91	1,38
	Die Leistung nach der Nummer 4060 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1040, 4050 und 4055 nicht berechnungsfähig.				
4070	Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremente und Wurzelglättung) an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, geschlossenes Vorgehen	100	5,62	12,94	19,68
4075	Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremente und Wurzelglättung) an einem mehrwurzeligen Zahn, geschlossenes Vorgehen	130	7,31	16,82	25,59
4080	Gingivektomie, Gingivoplastik, je Parodontium	45	2,53	5,82	8,86
4090	Lappenoperation, offene Kürettage, einschließlich Osteoplastik an einem Frontzahn, je Parodontium	180	10,12	23,28	35,43
4100	Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Seitenzahn, je Parodontium	275	15,47	35,57	54,13
	Neben den Leistungen nach den Nummern 4090 und 4100 sind Leistungen nach den Nummern 4050 bis 4080 in der gleichen Sitzung nicht berechnungsfähig.				
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
	Die Leistung nach Nummer 4110 ist auch im Rahmen einer chirurgischen Behandlung berechnungsfähig.				
	Die Kosten eines einmal verwendbaren Knochenkollektors oder -schabers sind gesondert berechnungsfähig.				
4120	Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	275	15,47	35,57	54,13
4130	Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut, gegebenenfalls einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Transplantat	180	10,12	23,28	35,43
4133	Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Zahnzwischenraum	880	49,49	113,83	173,23
4136	Osteoplastik auch Kronenverlängerung, Tunnelierung oder Ähnliches je Zahn oder Parodontium, auch Implantat, als selbstständige Leistung	200	11,25	25,87	39,37

Punktwert GOZ = 5,62421 Cent

4138	Verwendung einer Membran zur Behandlung eines Kno- chendefektes einschließlich Fixierung, je Zahn, je Implan- tat	220	12,37	28,46	43,31
4150	Kontrolle/Nachbehandlung nach parodontalchirurgischen Maßnahmen, je Zahn, Implantat oder Parodontium	7,0	0,39	0,91	1,38

F. Prothetische Leistungen

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
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
5010	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Hohlkehl- und Stufenpräparation) oder Einlagefüllung	1483	83,41	191,84	291,92
5020	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken oder Prothesenanker mit einer Teilkrone mit Retentionsrillen oder -kanten oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der Kaufläche	1997	112,32	258,33	393,10
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
5040	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teleskopkrone, auch Konuskrone	2605	146,51	336,97	512,79

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

Durch die Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten:

Präparieren des Zahnes oder Implantates, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Krone, Teilkrone o. a., Nachkontrolle und Korrekturen.

Die Leistungen nach den Nummer 5000 und 5030 umfassen auch die Verschraubung und Abdeckung mit Füllungsmaterial.

Zu den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 gehören Brücken- oder Prothesenanker mit Verbindungselementen jeder Ausführung.

Die Leistungen nach den Nummern 5010 und 5020 sind im Zusammenhang mit Implantaten nicht berechnungsfähig.

Zu den Kronen nach den Nummern 5000 bis 5040 gehören Kronen (Voll-, Teil- und Teleskopkronen, sowie Wurzelstiftkappen) jeder zahntechnischen Ausführung.

Punktwert GOZ = 5,62421 Cent

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.

Die Leistungen nach den Nummern 5050 und 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.

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
------	---	-----	-------	-------	-------

5080	Versorgung eines Lückengebisses durch eine zusammengesetzte Brücke oder Prothese, je Verbindungselement	230	12,94	29,75	45,27
------	---	-----	-------	-------	-------

Matrize und Patrize gelten als ein Verbindungselement.

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

5090	Wiederherstellung der Funktion eines Verbindungselements nach Nummer 5080	110	6,19	14,23	21,65
------	---	-----	------	-------	-------

5100	Erneuern des Sekundärteils einer Teleskopkrone einschließlich Abformung	450	25,31	58,21	88,58
------	---	-----	-------	-------	-------

5110	Wiedereingliederung einer endgültigen Brücke nach Wiederherstellung der Funktion	360	20,25	46,57	70,87
------	--	-----	-------	-------	-------

5120	Provisorische Brücke im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung	240	13,50	31,05	47,24
------	---	-----	-------	-------	-------

5140	Provisorische Brücke im direkten Verfahren mit Abformung, je Brückenspanne oder Freiendsattel, einschließlich Entfernung	80	4,50	10,35	15,75
------	--	----	------	-------	-------

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

5150	Versorgung eines Lückengebisses mit Hilfe einer durch Adhäsivtechnik befestigten Brücke, für die erste zu überbrückende Spanne	730	41,06	94,43	143,70
------	--	-----	-------	-------	--------

5160	Versorgung eines Lückengebisses nach Nummer 5150, für jede weitere zu überbrückende Spanne	360	20,25	46,57	70,87
------	--	-----	-------	-------	-------

Punktwert GOZ = 5,62421 Cent

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
5180	Funktionelle Abformung des Oberkiefers mit individuellem Löffel	450	25,31	58,21	88,58
5190	Funktionelle Abformung des Unterkiefers mit individuellem Löffel	540	30,37	69,85	106,30
5200	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Teilprothese mit einfachen, gebogenen Haftelementen einschließlich Einschleifen der Auflagen	700	39,37	90,55	137,79
5210	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Modellgussprothese mit gegossenen Halte- und Stützelementen einschließlich Einschleifen der Auflagen	1400	78,74	181,10	275,59
5220	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese oder Deckprothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Oberkiefer	1850	104,05	239,31	364,17
	Eine Deckprothese setzt eine Basisgestaltung wie bei einer totalen Prothese voraus.				
5230	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese oder Deckprothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Unterkiefer	2200	123,73	284,59	433,06
	Eine Deckprothese setzt eine Basisgestaltung wie bei einer totalen Prothese voraus.				
	Durch die Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5230 sind folgende Leistungen abgegolten:				
	Anatomische Abformung (auch des Gegenkiefers), Bestimmung der Kieferrelation, Einproben, Einpassen bzw. Einfügen, Nachkontrolle und Korrekturen.				
	Teilleistungen nach den Nummern 5200 bis 5230:				
5240	Für Maßnahmen bis einschließlich Bestimmung der Kieferrelation ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig; bei weitergehenden Maßnahmen sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.				
5250	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (ohne Abformung)	140	7,87	18,11	27,56
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
5270	Teilunterfütterung einer Prothese	180	10,12	23,28	35,43
5280	Vollständige Unterfütterung einer Prothese	270	15,19	34,93	53,15

Punktwert GOZ = 5,62421 Cent

5290	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Oberkiefer	450	25,31	58,21	88,58
5300	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Unterkiefer	540	30,37	69,85	106,30
5310	Vollständige Unterfütterung bei einer Defektprothese einschließlich funktioneller Randgestaltung	730	41,06	94,43	143,70

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.

5320	Eingliederung eines Obturators zum Verschluss von Defekten des Gaumens	2200	123,73	284,59	433,06
5330	Eingliederung einer Resektionsprothese zum Verschluss und zum Ausgleich von Defekten der Kiefer	2800	157,48	362,20	551,17
5340	Eingliederung einer Prothese oder Epithese zum Verschluss extraoraler Weichteildefekte oder zum Ersatz fehlender Gesichtsteile einschließlich Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen	7300	410,57	944,30	1436,99

Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5340 abgegolten.

G. Kieferorthopädische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 6100, 6120, 6140, 6150 und 6160 beinhalten auch die Material- und Laborkosten für Standardmaterialien wie zum Beispiel unprogrammierte Edelstahlbrackets, unprogrammierte Attachments 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	2,3-fach	3,5-fach
6000	Profil- oder Enfacefotografie einschließlich kieferorthopädischer Auswertung Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach der Nummer 6000 im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung ist in der Rechnung zu begründen.	80	4,50	10,35	15,75
6010	Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale, graphische oder metrische Analysen, Diagramme), je Leistung nach Nummer 0060	180	10,12	23,28	35,43
6020	Anwendung von Methoden zur Untersuchung des Gesichtsschädels (zeichnerische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels, Wachstumsanalysen)	360	20,25	46,57	70,87
6030	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, geringer Umfang	1350	75,93	174,63	265,74
6040	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, mittlerer Umfang	2100	118,11	271,65	413,38
6050	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, hoher Umfang	3600	202,47	465,68	708,65

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:

- a) Zahl der bewegten Zahngruppen: zwei und mehr Zahngruppen
- b) Ausmaß der Zahnbewegung: mehr als 2 Millimeter
- c) Art der Zahnbewegung: körperlich mehr als 2 Millimeter, kontrollierte Wurzelbewegung, direkte Veränderung der Bisshöhe, Zahndrehung mehr als 30 Grad,
- d) Richtung der Zahnbewegung: entgegen Wanderungstendenz,
- e) Verankerung: mit zusätzlichen intra- oder extraoralen Maßnahmen.

6060	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, geringer Umfang	1800	101,24	232,84	354,33
6070	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, mittlerer Umfang	2600	146,23	336,33	511,80
6080	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, hoher Umfang	3600	202,47	465,68	708,65

Bei Maßnahmen von mittlerem Umfang muss mindestens ein Kriterium nach den Buchstaben a) bis c) erfüllt sein, bei Maßnahmen von hohem Umfang müssen mindestens zwei 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.

Die Maßnahmen im Sinne der Nummern 6030 bis 6080 umfassen alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss, 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.

6090	Maßnahmen zur Einstellung der Okklusion durch alveolären Ausgleich bei abgeschlossener Wachstumsphase einschließlich Retention	700	39,37	90,55	137,79
6100	Eingliederung eines Klebebrackets zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	165	9,28	21,34	32,48
6110	Entfernung eines Klebebrackets einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes	70	3,94	9,05	13,78
6120	Eingliederung eines Bandes zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	230	12,94	29,75	45,27
6130	Entfernung eines Bandes einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes	20	1,12	2,59	3,94
6140	Eingliederung eines Teilbogens	210	11,81	27,16	41,34
6150	Eingliederung eines ungeteilten Bogens, alle Zahngruppen umfassend	500	28,12	64,68	98,42
6160	Eingliederung einer intra-extraoralen Verankerung(z.B. Headgear)	370	20,81	47,86	72,83
6170	Eingliederung einer Kopf-Kinn-Kappe	500	28,12	64,68	98,42

Die Kosten für die eingegliederten Hilfsmittel nach den Nummern 6160 und 6170 sind gesondert berechnungsfähig.

6180	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit und/oder Erweiterung von herausnehmbaren Behandlungsgeräten einschließlich Abformung und Wiedereinfügen, je Kiefer und je Sitzung einmal berechnungsfähig	270	15,19	34,93	53,15
6190	Beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen	140	7,87	18,11	27,56
	Neben der Leistung nach Nummer 6190 ist die Leistung nach Nummer 0010 in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig.				
6200	Eingliedern von Hilfsmitteln zur Beseitigung von Funktionsstörungen (z. B. Mundvorhofplatte) einschließlich Anweisung zum Gebrauch und Kontrollen	450	25,31	58,21	88,58
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
6220	Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln (z.B. Abformung, Bissnahme), je Kiefer	180	10,12	23,28	35,43
6230	Eingliederung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer	180	10,12	23,28	35,43
6240	Maßnahmen zur Verhütung von Folgen vorzeitigen Zahnverlustes (Offenhalten einer Lücke)	270	15,19	34,93	53,15
6250	Beseitigung des Diastemas, als selbständige Leistung	450	25,31	58,21	88,58
6260	Maßnahmen zur Einordnung eines verlagerten Zahnes in den Zahnbogen, als selbständige Leistung	1100	61,87	142,29	216,53

H. Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen

Allgemeine Bestimmung

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

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
7000	Eingliederung eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche	270	15,19	34,93	53,15
7010	Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche	800	44,99	103,49	157,48
7020	Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf	450	25,31	58,21	88,58
7030	Wiederherstellung der Funktion eines Aufbissbehelfs, z.B. durch Unterfütterung	370	20,81	47,86	72,83
7040	Kontrolle eines Aufbissbehelfs	65	3,66	8,41	12,80
7050	Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche: subtraktive Maßnahmen, je Sitzung	180	10,12	23,28	35,43
7060	Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche: additive Maßnahmen, je Sitzung	410	23,06	53,04	80,71
7070	Semipermanente Schiene unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum	90	5,06	11,64	17,72
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
7090	Versorgung eines Kiefers mit einem laborgefertigten Provisorium im indirekten Verfahren, je Brückenglied, einschließlich Entfernung	270	15,19	34,93	53,15

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

Beträgt die Tragezeit des festsitzenden laborgefertigten Provisoriums unter drei Monaten, sind anstelle der Leistungen nach den Nummern 7080 und 7090 die Leistungen nach den Nummern 2260, 2270 oder 5120 und 5140 berechnungsfähig.

Im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nummern 7080 oder 7090 sind die Leistungen nach den Nummern 2230, 2240, 5050 oder 5060 nicht berechnungsfähig.

7100	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion eines Langzeitprovisoriums, je Krone, Spanne oder Freieinbrückenglied	200	11,25	25,87	39,37
------	--	-----	-------	-------	-------

Die Wiedereingliederung desselben feststehenden laborgefertigten Provisoriums nach den Nummern 7080 oder 7090, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 7080 bis 7100 abgegolten.

J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
8000	Klinische Funktionsanalyse einschließlich Dokumentation	500	28,12	64,68	98,42
	Die Leistung nach der Nummer 8000 umfasst auch folgende zahnärztliche Leistungen:				
	Prophylaktische, prothetische, parodontologische und okklusale Befunderhebung, funktionsdiagnostische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels und der Halswirbelsäule, klinische Reaktionstests (z. B. Resilienztest, Provokationstest).				
8010	Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers, auch Stützstiftregistrierung, je Registrat	180	10,12	23,28	35,43
	Die Leistung nach Nummer 8010 ist je Sitzung höchstens zweimal berechnungsfähig.				
	Neben der Leistung nach der Nummer 8010 sind die Material- und Laborkosten für die Bissnahme und die Lieferung und Anbringung des Stützstiftbestecks gesondert berechnungsfähig.				
8020	Arbiträre Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die arbiträre Scharnierachsenbestimmung, das Anlegen eines Übertragungsbogens, das Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator)	300	16,87	30,81	59,05
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
8035	Kinematischer 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
	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.				
8050	Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung halbindividueller Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, je Sitzung	500	28,12	64,68	98,42
8060	Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, je Sitzung	750	42,18	97,02	147,64

Punktwert GOZ = 5,62421 Cent

8065	Registrieren von Unterkieferbewegungen mittels elektronischer Aufzeichnung zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, je Sitzung	850	47,81	109,95	167,32
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.					
8080	Diagnostische Maßnahmen an Modellen im Artikulator einschließlich subtraktiver oder additiver Korrekturen, Befundauswertung und Behandlungsplanung, je Sitzung	250	14,06	32,34	49,21
8090	Diagnostischer Aufbau von Funktionsflächen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Sitzung	250	14,06	32,34	49,21
8100	Systematische subtraktive Maßnahmen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Zahnpaar	20	1,12	2,59	3,94

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.

Knochenersatzmaterial 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	Punktzahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
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 Festlegung der Implantatposition, ggf. mit Hilfe einer individuellen Schablone zur Diagnostik, einschließlich Implantatauswahl, je Kiefer Bei Verwendung einer Röntgenmessschablone sind die Material- und Laborkosten gesondert berechnungsfähig.	884	49,72	114,35	174,01
9003	Verwendung einer Orientierungsschablone/ Positionierungsschablone zur Implantation, je Kiefer Bei Verwendung einer Orientierungsschablone sind die Material- und Laborkosten gesondert berechnungsfähig.	100	5,62	12,94	19,68
9005	Verwendung einer auf dreidimensionale Daten gestützten Navigationsschablone/chirurgischen Führungsschablone zur Implantation, ggf. einschließlich Fixierung, je Kiefer Die verwendeten Fixierungselemente sowie die Material- und Laborkosten der Navigationsschablone sind gesondert berechnungsfähig.	300	16,87	38,81	59,05
9010	Implantatinsertion, je Implantat 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	1545	86,89	199,86	304,13

Punktwert GOZ = 5,62421 Cent

9020	Insertion eines Implantates zum temporären Verbleib, auch orthodontisches Implantat	515	28,96	66,62	101,38
9040	Freilegen eines Implantats und Einfügen eines oder mehrerer Aufbauelemente (z. B. Gingivaformer) bei einem zweiphasigen Implantatsystem	626	35,21	80,98	123,23
9050	Entfernen und Wiedereinsetzen sowie Auswechseln eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem während der rekonstruktiven Phase	313	17,60	40,49	61,61
	1. Die Leistung nach Nummer 9050 ist nicht neben den Leistungen nach den Nummern 9010 und 9040 berechnungsfähig.				
	2. Die Leistung nach Nummer 9050 ist je Implantat höchstens dreimal und nur höchstens einmal je Sitzung berechnungsfähig.				
9060	Auswechseln von Aufbauelementen (Sekundärteilen) im Reparaturfall	313	17,60	40,49	61,61
	Die Leistung nach Nummer 9060 ist für ein Implantat höchstens einmal je Sitzung berechnungsfähig.				
9090	Knochengewinnung (z. B. Knochenkollektor oder Knochen-schaber), Knochenaufbereitung und -implantation, auch zur Weichteilunterfütterung	400	22,50	51,74	78,74
	Die Kosten eines einmal verwendbaren Knochenkollektors oder -schabers sind gesondert berechnungsfähig.				

9100 Aufbau des Alveolarfortsatzes durch Augmentation ohne zusätzliche Stabilisierungsmaßnahmen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich 2694 151,52 348,49 530,31

Mit der Leistung nach Nummer 9100 sind folgende Leistungen abgegolten:

Lagerbildung, Glätten des Alveolarfortsatzes, ggf. Entnahme von Knochen innerhalb des Aufbaubereiches, Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial) und Wundverschluss mit vollständiger Schleimhautabdeckung, ggf. einschließlich Einbringung und Fixierung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren

1. Die Leistung nach Nummer 9100 ist für die Glättung des Alveolarfortsatzes im Bereich des Implantatbettes nicht berechnungsfähig.
2. Neben der Leistung nach Nummer 9100 sind die Leistungen nach der Nummer 9130 nicht berechnungsfähig.
3. Wird die Leistung nach Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach Nummer 9110 erbracht, so ist die Hälfte der Gebühr der Nummer 9100 berechnungsfähig.
4. Wird die Leistung nach Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach Nummer 9120 erbracht, so ist ein Drittel der Gebühr der Nummer 9100 berechnungsfähig.

9110 Geschlossene Sinusbodenelevation vom Kieferkamm aus (interner Sinuslift) 1500 84,36 194,04 295,27

Mit einer Leistung nach Nummer 9110 sind folgende Leistungen abgegolten:

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)

Die Leistung nach der Nummer 9110 ist für dieselbe Implantatkavität nicht neben den Leistungen nach den Nummern 9120 und 9130 berechnungsfähig.

9120	Sinusbodenelevation durch externe Knochenfensterung (externer Sinuslift), je Kieferhälfte	3000	168,73	388,07	590,54
------	---	------	--------	--------	--------

Mit einer Leistung nach Nummer 9120 sind folgende Leistungen abgegolten:

Schaffung des Zugangs zur Kieferhöhle durch Knochenfensterung (auch Knochendeckel), Präparation der Kieferhöhlenmembran, Anhebung des Kieferhöhlenbodens und der Kieferhöhlenmembran, Lagerbildung, ggf. Entnahme von Knochenspänen innerhalb des Aufbaubereiches, Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial), ggf. Einbringung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren – einschließlich Fixierung -, ggf. Reposition des Knochendeckels, Verschluss der Kieferhöhle und Wundverschluss

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	1540	86,61	199,21	303,14
------	--	------	-------	--------	--------

Neben der Leistung nach der Nummer 9130 ist die Leistung nach der Nummer 9100 nicht berechnungsfähig.

9140	Intraorale Entnahme von Knochen außerhalb des Aufbaubereiches ggf. einschließlich Aufbereitung des Knochenmaterials und/oder der Aufnahmezone einschließlich der notwendigen Versorgung der Entnahmestelle, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	650	36,56	84,08	127,95
------	---	-----	-------	-------	--------

Bei Entnahme von einem oder mehreren Knochenblöcken ist das Doppelte der Gebühr der Leistung nach der Nummer 9140 berechnungsfähig. Von einem Knochenblock im Sinne dieser Abrechnungsbestimmung ist auszugehen, wenn dieser bei der Implantation eigenständig fixiert werden muss.

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
------	--	-----	-------	-------	--------

9160	Entfernung unter der Schleimhaut liegender Materialien (z. B. Barrieren – einschließlich Fixierung -, Osteosynthesematerial), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	330	18,56	42,69	64,96
------	---	-----	-------	-------	-------

Punktwert GOZ = 5,62421 Cent

9170	Entfernung im Knochen liegender Materialien durch Osteotomie (z. B. Osteosynthesematerial, Knochenschrauben) oder Entfernung eines subperiostalen Gerüstimplantats, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	500	28,12	64,68	98,42
------	---	-----	-------	-------	-------

Die Entfernung eines Implantats ist mit der Gebühr für die Leistung nach den Nummern 3000 und 3030 abgegolten.

L. Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Bei nicht-stationärer Durchführung von bestimmten zahnärztlich-chirurgischen 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
 - oder 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 auszuführen.
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 Zuschlages 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	2,3- fach	3,5-fach
0500	Zuschlag bei nicht stationärer 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 Der Zuschlag nach der Nummer 0500 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 0500 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0510 bis 0530 nicht berechnungsfähig.	400	22,50	--	--
0510	Zuschlag bei nicht stationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 500 bis 799 Punkten bewertet sind Der Zuschlag nach der Nummer 0510 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 0510 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0500, 0520 und/oder 0530 nicht berechnungsfähig.	750	42,18	--	--

Punktwert GOZ = 5,62421 Cent

0520	Zuschlag bei nicht stationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind	1300	73,11	--	--
------	---	------	-------	----	----

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

0530	Zuschlag bei nicht stationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1.200 und mehr Punkten bewertet sind	2200	123,73	--	--
------	---	------	--------	----	----

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