



**Zahnärztekammer Nordrhein**

---

**Gebührenordnung für Zahnärzte  
(GOZ)**

Mit einem Auszug aus der  
Gebührenordnung für Ärzte  
(GOÄ)

€

**Gebührenangabe in Euro**

---



## Vorwort zur Euromrechnung

Die Zahnärztekammer Nordrhein übergibt Ihnen die für den 1. Januar 2002 währungsaktualisierte Gebührenordnung für Zahnärzte mit einem Auszug aus der Gebührenordnung für Ärzte. Die darin angegebenen Euro- und Cent-Beträge wurden von der Bundeszahnärztekammer errechnet.

Bei der Ermittlung der individuellen Steigerungssätze beachten Sie bitte folgende Hinweise:

1. Die eigentliche Umstellung auf Euro bzw. Cent findet bei der Berechnung des Ein-fachsatzes statt. Hier ist die Punktzahl mit dem neuen GOZ-Punktwert von 5,62421 Cent zu multiplizieren. Das Ergebnis ist entsprechend der Euro-Verordnung kaufmännisch zu runden. Bei der Multiplikation mit dem GOZ-Steigerungssatz ist sodann nach § 5 Abs. 1 Satz 4 GOZ abzurunden. Bei GOÄ-Positionen ist dagegen nach § 5 Abs. 1 Satz 4 der GOÄ kaufmännisch zu runden.
2. Geändert wird nur § 5 Abs. 1 Satz 3 GOZ und § 5 Abs. 1 Satz 3 GOÄ. Alle weiteren Vorschriften von GOZ und GOÄ, die DM- bzw. Pfennig-Beträge enthalten, werden vom Verordnungsgeber nicht geändert. Dies betrifft beispielsweise das Wegegeld in § 8 GOZ oder die Benennung eines DM-Betrages bei der Gebührennummer 441 GOÄ. In allen diesen Fällen ist eine Umrechnung der DM- bzw. Pfennig-Beträge auf Grund der Euroeinführungsverordnung zum amtlichen Umrechnungskurs von 1,95583 DM für einen Euro vorzunehmen. Die Umrechnung erfolgt auf zwei Nachkommastellen, wobei dabei kaufmännisch gerundet wird.

Konkret ergeben sich damit folgende Euro- bzw. Centbeträge:  
(siehe auch an entsprechender Stelle in der GOZ/GOÄ)

- § 8 Abs. 2, Nr. 1 GOZ, 26 Cent (statt 50 Pf)
- § 8 Abs. 3, GOZ 1,02 Euro (statt 2 DM)
- § 8 Abs. 3, GOZ 1,53 Euro (statt 3 DM)
- Gebührennummer 441 GOÄ "... nicht mehr als 67,49 Euro" (132 DM).

Dr. Hans Werner Timmers  
Vorstandsmitglied und GOZ-Referent  
der Zahnärztekammer Nordrhein



## Inhalt

---

	Seite
Gebührenordnung für Zahnärzte – GOZ	5
Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen	11
A    Allgemeine zahnärztliche Leistungen	13
B    Prophylaktische Leistungen	14
C    Konservierende Leistungen	15
D    Chirurgische Leistungen	18
E    Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums	20
F    Prothetische Leistungen	21
G    Kieferorthopädische Leistungen	24
H    Eingliederung von Aufbißbehelfen und Schienen	26
J    Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen	27
K    Implantologische Leistungen	28
Auszug aus der Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ	29
Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen	
B    Grundleistungen und allgemeine Leistungen	33
C    Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen	39
D    Anästhesieleistungen	43
E    Physikalisch-medizinische Leistungen	43
J    Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	43
L    Chirurgie, Orthopädie	44
IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	46
M    Laboratoriumsuntersuchungen	49
N    Histologie, Zytologie und Zytogenetik	51
O    Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie	51

---



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

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

Auf Grund des § 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der durch Artikel 5 des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) geänderten Fassung verordnet die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates:

### **§ 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 kann eine von dieser Verordnung abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden.
- (2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem ist vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muß die Feststellung enthalten, daß eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.
- (3) Auf Verlangen des Zahlungspflichtigen können Leistungen im Sinne des § 1 Abs. 2 Satz 2, die weder im Gebührenverzeichnis (Anlage) noch im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte enthalten sind, und ihre Vergütung abweichend von dieser Verordnung in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden. Der Heil- und Kostenplan muß vor Erbringung der Leistung erstellt werden; er muß die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Feststellung enthalten, daß es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist. § 6 Abs. 2 bleibt unberührt.

### § 3

#### **Vergütungen**

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

### § 4

#### **Gebühren**

- (1) Gebühren sind Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis (Anlage) 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.
- (3) Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist. Hat der Zahnarzt zahnärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach dieser Verordnung selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.
- (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 Bruchteile [von Pfennigen] auf volle [Pfennig-]Beträge abzurunden.
- (2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.



[ARTIKEL 22 DES GESETZES VOM 19. DEZEMBER 1998 (BGBl. I S. 3853)]

- (1) Die Vergütung für Leistungen, die in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet vom 1. Januar 1999 an erbracht werden, beträgt 86 vom Hundert der nach § 5 der Gebührenordnung für Zahnärzte bemessenen Gebühr.
- (2) Die nach Absatz 1 vorgeschriebene Höhe der Vergütung kann auf Grund der einschlägigen Ermächtigung durch Rechtsverordnung geändert werden.

[SECHSTE GEBÜHRENANPASSUNGSVERORDNUNG – 6. GEBAV  
VOM 18. OKTOBER 2001 (BGBl. I S. 2721)]

§ 2 Gebührenordnung für Zahnärzte

Die Vergütung für Leistungen, die in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet vom 1. Januar 2002 an erbracht werden, beträgt 90 vom Hundert der nach § 5 der Gebührenordnung für Zahnärzte bemessenen Gebühr.

[EINFÜGUNG DES § 5A DURCH ARTIKEL 18  
DES GESETZES VOM 22. DEZEMBER 1999 (BGBl. I S.2626)]

#### § 5 a

#### **Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung**

Für Leistungen, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zum 1,7-fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden.

#### § 6

#### **Gebühren für andere Leistungen**

- (1) Erbringt der Zahnarzt Leistungen, die in den Abschnitten B I und II, C, D, E V und VI, J, L, M unter den Nummern 4113 und 4700, N sowie O des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen - Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522) - aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.
- (2) Selbständige zahnärztliche Leistungen, die erst nach Inkrafttreten dieser Gebührenordnung auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt werden, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet werden .

[NEUFASSUNG DES § 7 DURCH ARTIKEL 18  
DER VERORDNUNG VOM 27. SEPTEMBER 1994 (BGBl. I S. 2750)]

#### § 7

#### **Gebühren bei stationärer Behandlung**

Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privat Zahnärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 15 vom Hundert

- a) bei wahlärztlichen Leistungen nach § 22 Abs. 3 der Bundespflegesatzverordnung, die in den Jahren 1993, 1994 und 1995 von auf Grund von vor dem 1. Januar 1993 mit dem Krankenhausträger geschlossenen Verträgen oder einer von diesem vor dem 1. Januar 1993 auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften genehmigten Nebentätigkeit zur gesonderten Berechnung dieser Leistungen berechtigten Zahnärzten des Krankenhauses erbracht werden, sowie
- b) bei Leistungen von Belegzahnärzten oder niedergelassenen anderen Zahnärzten.

## § 8

### Wegegeld

- (1) Als Entschädigung für Besuche erhält der Zahnarzt Wegegeld; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten. Das Wegegeld umfaßt Wegstreckenentschädigung und Aufwandsentschädigung .
- (2) Die Wegstreckenentschädigung beträgt
  1. bei Benutzung eines eigenen Kraftfahrzeuges 50 Pfennige<sup>1</sup> für jeden zurückgelegten Kilometer,
  2. bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die unter Berücksichtigung der Umstände angemessenen Fahrtkosten.
- (3) Die Aufwandsentschädigung beträgt für jeden zurückgelegten Kilometer 2,-- Deutsche Mark<sup>2</sup> bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 3,-- Deutsche Mark<sup>3</sup>.
- (4) Besucht der Zahnarzt auf einem Wege mehrere Patienten, darf er das Wegegeld insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

## § 9

### Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen

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.

## § 10

### Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

- (1) Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist.
- (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 sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,

---

<sup>1</sup> nach amtlichem Umrechnungskurs 26 Cent

<sup>2</sup> nach amtlichem Umrechnungskurs 1,02 Euro

<sup>3</sup> nach amtlichem Umrechnungskurs 1,53 Euro

3. bei Gebühren für stationäre und privat Zahnärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 7,
  4. bei Wegegeld nach § 8 den Betrag und die Berechnung,
  5. bei Ersatz von Auslagen nach § 9 den Betrag und die Art der einzelnen Auslage sowie Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis verwendeter Legierungen,
  6. bei nach dem Gebührenverzeichnis gesondert berechnungsfähigen Kosten Art, Menge und Preis verwendeter Materialien.
- (3) Überschreitet die berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nr. 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies schriftlich zu begründen. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. Die Bezeichnung der Leistung nach Absatz 2 Nr. 2 kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung 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. 2 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis "entsprechend" sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.
- (5) Durch Vereinbarung mit öffentlich-rechtlichen Kostenträgern kann eine von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 abweichende Regelung getroffen werden.

## § 11

### **Berlin-Klausel**

Diese Verordnung gilt nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes in Verbindung mit § 21 Satz 2 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der durch das Gesetz vom 25. Februar 1983 (BGBl. I S. 187) geänderten Fassung auch im Land Berlin.

## § 12

### **Inkrafttreten und Übergangsvorschrift**

- (1) Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1988 in Kraft.
- (2) Die Gebührenordnung für Zahnärzte vom 18. März 1965 (BGBl. I S. 123) gilt weiter
  1. für Leistungen, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung erbracht worden sind,
  2. für vor Inkrafttreten dieser Verordnung begonnene Leistungen nach den Nummern 15, 18, 20, 91 bis 93, 96 bis 98, 101 bis 104, 119 und 120 des Gebührenverzeichnisses - Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vom 18. März 1965 -, die erst nach Inkrafttreten dieser Verordnung beendet werden .



**Gebührenverzeichnis  
für zahnärztliche Leistungen**

---



Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach

## A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen

### Allgemeine Bestimmungen

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

001	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes	100	5,62	12,92	19,67
002	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans auf Anforderung	90	5,06	11,63	17,71
003	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans zur prothetischen Versorgung nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen	220	12,37	28,45	43,29
004	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans bei kieferorthopädischer Behandlung nach Befundaufnahme und Ausarbeitung einer Behandlungsplanung	250	14,06	32,33	49,21
005	Abformung eines Kiefers für ein Situationsmodell, auch Teilabformung, einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung	120	6,75	15,52	23,62
006	Abformung beider Kiefer für Situationsmodelle und einfache Bißfixierung einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung	260	14,62	33,62	51,17
007	Vitalitätsprüfung eines Zahnes oder mehrerer Zähne einschließlich Vergleichstest	50	2,81	6,46	9,83
008	Intraorale Oberflächenanästhesie, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	30	1,69	3,88	5,91
009	Intraorale Infiltrationsanästhesie	60	3,37	7,75	11,79
010	Intraorale Leitungsanästhesie	70	3,94	9,06	13,79
011	Extraorale Leitungsanästhesie	120	6,75	15,52	23,62

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach

## B. Prophylaktische Leistungen

### Allgemeine Bestimmung

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

100	Erstellen eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten	200	11,25	25,87	39,37
101	Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten	100	5,62	12,92	19,67
102	Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, je Sitzung	50	2,81	6,46	9,83
<p>Die Leistung nach der Nummer 100 ist innerhalb eines Jahres einmal, die Leistung nach der Nummer 101 innerhalb eines Jahres dreimal berechnungsfähig. Die Leistungen umfassen die Erhebung von Mundhygieneindizes, das Anfärben der Zähne, die praktische Unterweisung mit individuellen Übungen und die Motivierung des Patienten. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 100 und 101 sind eine Leistung nach der Nummer 001 und Beratung nach der Gebührenordnung für Ärzte nicht berechnungsfähig.</p> <p>Die Leistung nach der Nummer 102 ist innerhalb eines Jahres höchstens dreimal berechnungsfähig</p>					



Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach

### C. Konservierende Leistungen

200	Versiegelung von kariessicheren Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, je Zahn	90	5,06	11,63	17,71
201	Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, je Kiefer	50	2,81	6,46	9,83
202	Exkavieren und temporärer Verschluss einer Kavität, als selbständige Leistung	100	5,62	12,92	19,67
203	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten (z. B. Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	65	3,66	8,41	12,81
204	Anlegen von Spanngummi, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	65	3,66	8,41	12,81
205	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, einflächig	150	8,44	19,41	29,54
206	Polieren einer einflächigen Amalgamfüllung in einer folgenden Sitzung	30	1,69	3,88	5,91
207	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, zweiflächig	210	11,81	27,16	41,33
208	Polieren einer zweiflächigen Amalgamfüllung in einer folgenden Sitzung	40	2,25	5,17	7,87
209	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, dreiflächig	300	16,87	38,80	59,04
210	Polieren einer dreiflächigen Amalgamfüllung in einer folgenden Sitzung	50	2,81	6,46	9,83
211	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, mehr als dreiflächig oder Eckenauflage	380	21,37	49,15	74,79
212	Polieren einer mehr als dreiflächigen Amalgamfüllung in einer folgenden Sitzung	60	3,37	7,75	11,79
213	Parapulpäre oder intrakanaläre Stiftverankerung einer Füllung oder eines Aufbaus, je Stiftverankerung  Die Leistung nach der Nummer 213 ist je Zahn höchstens dreimal berechnungsfähig. Die Kosten für die Verankerungselemente sind gesondert berechnungsfähig.	110	6,19	14,23	21,66
214	Präparieren einer Kavität und Füllen mit Metallfolie (gehämmerte Füllung) einschließlich Unterfüllung, Polieren und Materialkosten  Die Kosten für die Metallfolie sind gesondert berechnungsfähig.	950	53,43	122,88	187,00
215	Einlagefüllung, einflächig	550	30,93	71,13	108,25
216	Einlagefüllung, zweiflächig	820	46,12	106,07	161,42
217	Einlagefüllung, mehr als zweiflächig	1200	67,49	155,22	236,21
218	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbau- material zur Aufnahme einer Krone	150	8,44	19,41	29,54

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
219	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch gegossenen Aufbau mit Stiftverankerung oder Schraubenaufbau zur Aufnahme einer Krone  Die Kosten für die Verankerungselemente sind gesondert berechnungsfähig.	450	25,31	58,21	88,58
220	Versorgung eines Zahnes oder Implantats durch eine Vollkrone (Tangentialpräparation)	900	50,62	116,42	177,17
221	Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkehl- oder Stufenpräparation)	1300	73,11	168,15	255,88
222	Versorgung eines Zahnes durch eine Teilkrone mit Retentionsrillen oder -kanten oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der gesamten Kaufläche	1550	87,18	200,51	305,13
	Neben den Leistungen nach den Nummern 220 bis 222 sind Leistungen nach den Nummern 205 bis 212 nicht berechnungsfähig.  Durch die Leistungen nach den Nummern 215 bis 217 und 220 bis 222 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantats, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder Krone, Nachkontrolle und Korrekturen.  Teilleistungen nach den Nummern 220 bis 222:				
223	Enden die Leistungen mit der Präparation eines Zahnes, so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.				
224	Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.				
225	Eingliederung einer konfektionierten Krone in der pädiatrischen Zahnheilkunde  Die Kosten für die konfektionierte Krone sind gesondert berechnungsfähig.	210	11,81	27,16	41,33
226	Schutz eines präparierten oder frakturierten Zahnes durch eine abnehmbare konfektionierte Hülse  Die Kosten für die konfektionierte Hülse sind gesondert berechnungsfähig.	100	5,62	12,92	19,67
227	Eingliederung einer provisorischen Krone zum Schutz eines präparierten oder frakturierten Zahnes und zur Sicherung der Kaufunktion, einschließlich Entfernung	270	15,19	34,93	53,16
228	Eingliederung einer provisorischen Krone mit Stiftverankerung zum Schutz eines präparierten oder frakturierten Zahnes und zur Sicherung der Kaufunktion, einschließlich Entfernung	320	18,00	41,40	63,00
	Das Wiedereingliedern derselben provisorischen Krone, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung, ist mit den Gebühren nach den Nummern 227 und 228 abgegolten.				
229	Entfernung einer Einlagefüllung, einer Krone, eines Brückenan- kers, Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges	180	10,12	23,27	35,42
230	Entfernen eines Wurzelstiftes	270	15,19	34,93	53,16
231	Wiedereingliederung einer Einlagefüllung oder Krone oder Wiederherstellung einer Verblendschale an herausnehmbarem Zahnersatz	145	8,16	18,76	28,56

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
232	Wiederherstellung einer Krone, eines Brückenankers, einer Verblendschale oder Verblendung an festsitzendem Zahnersatz, gegebenenfalls einschließlich Wiedereingliederung und Abformung	350	19,68	45,26	68,88
233	Maßnahmen zur Erhaltung der vitalen Pulpa bei Caries profunda (Exkavieren, indirekte Überkappung, gegebenenfalls temporärer Verschuß)	110	6,19	14,23	21,66
234	Maßnahmen zur Erhaltung der freiliegenden vitalen Pulpa (Exkavieren, direkte Überkappung, gegebenenfalls temporärer Verschuß)	200	11,25	25,87	39,37
235	Amputation und Versorgung der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren und gegebenenfalls temporärem Verschuß	290	16,31	37,51	57,08
236	Exstirpation der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren und temporärem Verschuß, je Kanal	110	6,19	14,23	21,66
237	Devitalisieren der Pulpa einschließlich Exkavieren, gegebenenfalls temporärer Verschuß	50	2,81	6,46	9,83
238	Amputation und endgültige Versorgung der devitalisierten Milchzahnpulpa	160	9,00	20,70	31,50
239	Trepanation eines Zahnes	65	3,66	8,41	12,81
240	Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals	70	3,94	9,06	13,79
241	Aufbereitung eines Wurzelkanals	280	15,75	36,22	55,12
242	Zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden, je Kanal	70	3,94	9,06	13,79
243	Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nummern 236 bis 238 und 241 einschließlich temporärem Verschuß, je Zahn und Sitzung	130	7,31	16,81	25,58
244	Füllung eines Wurzelkanals einschließlich temporärem Verschuß	200	11,25	25,87	39,37

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach

## D. Chirurgische Leistungen

### Allgemeine Bestimmungen

1. Die primäre Wundversorgung ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt D und nicht gesondert berechnungsfähig.
2. Alloplastische Materialien sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder zum Verschuß von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen sind gesondert berechnungsfähig.

300	Entfernung eines einwurzeligen Zahnes oder eines enossalen Implantats	70	3,94	9,06	13,79
301	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes	110	6,19	14,23	21,66
302	Entfernung eines tief frakturierten oder tief zerstörten Zahnes	270	15,19	34,93	53,16
303	Entfernung eines Zahnes oder eines enossalen Implantats durch Osteotomie	350	19,68	45,26	68,88
304	Entfernung eines retinierten, impaktierten oder tief verlagerten Zahnes durch Osteotomie	540	30,37	69,85	106,29
305	Stillung einer übermäßigen Blutung im Mund- und/oder Kieferbereich, als selbständige Leistung	110	6,19	14,23	21,66
306	Stillung einer Blutung durch Abbinden oder Umstechen des Gefäßes oder durch Knochenbolzung	140	7,87	18,10	27,54
307	Exzision von Schleimhaut oder Granulationsgewebe, als selbständige Leistung	45	2,53	5,81	8,85
308	Exzision einer Schleimhautwucherung größeren Umfangs (z. B. lappiges Fibrom, Epulis)	150	8,44	19,41	29,54
309	Plastischer Verschuß einer eröffneten Kieferhöhle	370	20,81	47,86	72,83
310	Trepanation des Kieferknochens, als selbständige Leistung	140	7,87	18,10	27,54
311	Resektion einer Wurzelspitze an einem Frontzahn	460	25,87	59,50	90,54
312	Resektion einer Wurzelspitze an einem Seitenzahn Neben den Leistungen nach den Nummern 311 und 312 ist eine Leistung nach der Nummer 310 nicht berechnungsfähig. Die Kosten für konfektionierte apikale Stiftsysteme sind gesondert berechnungsfähig.	580	32,62	75,02	114,17
313	Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes	280	15,75	36,22	55,12
314	Reimplantation eines Zahnes einschließlich einfacher Fixation	550	30,93	71,13	108,25
315	Endodontische Stabilisierung eines Zahnes im Knochen Die Kosten für das Verankerungselement sind gesondert berechnungsfähig.	270	15,19	34,93	53,16
316	Transplantation eines Zahnes einschließlich operativer Schaffung des Knochenbettes	650	36,56	84,08	127,96
317	Operation einer Zyste durch Zystostomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	230	12,94	29,76	45,29
318	Operation einer Zyste durch Zystostomie, als selbständige Leistung	400	22,50	51,75	78,75
319	Operation einer Zyste durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	270	15,19	34,93	53,16

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
320	Operation einer Zyste durch Zystektomie, als selbständige Leistung  Das Auskratzen von Granulationsgewebe oder kleinen Zysten in Verbindung mit Extraktionen, Osteotomien oder Wurzelspitzenresektionen kann nicht nach den Nummern 317 bis 320 berechnet werden.	500	28,12	64,67	98,42
321	Beseitigung störender Schleimhautbänder, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	140	7,87	18,10	27,54
322	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers in Verbindung mit Extraktionen von mehr als vier nebeneinander stehenden Zähnen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	280	15,75	36,22	55,12
323	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers als selbständige Leistung, je Kiefer	440	24,75	56,92	86,62
324	Vestibulumplastik oder Mundbodenplastik kleineren Umfangs, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	550	30,93	71,13	108,25
325	Tuberplastik, einseitig	270	15,19	34,93	53,16
326	Freilegen eines retinierten oder verlagerten Zahnes zur orthopädischen Einstellung	550	30,93	71,13	108,25
327	Germektomie	590	33,18	76,31	116,13
328	Lösen, Verlegen und Fixieren des Lippenbändchens und Durchtrennen des Septums bei echtem Diastema	270	15,19	34,93	53,16
329	Kontrolle nach chirurgischem Eingriff, als selbständige Leistung	55	3,09	7,10	10,81
330	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff (z. B. Tamponieren), als selbständige Leistung	65	3,66	8,41	12,81
331	Chirurgische Wundrevision (z. B. Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht), als selbständige Leistung	100	5,62	12,92	19,67

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach

## E. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums

### Allgemeine Bestimmungen

Die primäre Wundversorgung ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt E und nicht gesondert berechnungsfähig.

400	Erstellen eines Parodontalstatus nach vorgeschriebenem Formblatt Die Leistung nach Nummer 400 ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig.	160	9,00	20,70	31,50
401	Anwendung elektromechanischer Verfahren zur Parodontaldagnostik (z. B. Periotest), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	50	2,81	6,46	9,83
402	Lokalbehandlung von Mundschleimhauterkrankungen, je Sitzung	45	2,53	5,81	8,85
403	Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	35	1,97	4,53	6,89
404	Beseitigung grober Vorkontakte der Okklusion und Artikulation durch Einschleifen des natürlichen Gebisses oder bereits vorhandenen Zahnersatzes, je Sitzung	45	2,53	5,81	8,85
405	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren, je Zahn	10,9	0,61	1,40	2,13
406	Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge mit Nachreinigung einschließlich Polieren, je Zahn	6,4	0,36	0,82	1,26
407	Subgingivale Konkremententfernung, Wurzelglättung und Gingivakürettage als parodontalchirurgische Maßnahme, je Zahn	110	6,19	14,23	21,66
408	Gingivektomie, Gingivoplastik, je Parodontium	45	2,53	5,81	8,85
409	Lappenoperation, offene Kürettage, einschließlich Osteoplastik an einem Frontzahn, je Parodontium	180	10,12	23,27	35,42
410	Lappenoperation, offene Kürettage, einschließlich Osteoplastik an einem Seitenzahn, je Parodontium	275	15,47	35,58	54,14
	Neben den Leistungen nach den Nummern 409 und 410 sind Leistungen nach den Nummern 405 bis 408 in der gleichen Sitzung nicht berechnungsfähig.				
411	Auffüllen parodontaler Knochendefekte mit autologem oder alloplastischem Material, je Zahn Bei der Leistung nach der Nummer 411 sind Kosten für alloplastisches Material gesondert berechnungsfähig.	180	10,12	23,27	35,42
412	Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	275	15,47	35,58	54,14
413	Chirurgische Maßnahmen zur Verbreiterung der unverschieblichen Gingiva und/oder zur Vertiefung des Mundvorhofes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	450	25,31	58,21	88,58
414	Entnahme eines freien Schleimhauttransplantats	90	5,06	11,63	17,71
415	Nachbehandlung nach parodontalchirurgischen Maßnahmen nach den Nummern 407 bis 414, je Zahn	6,4	0,36	0,82	1,26

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach

## F. Prothetische Leistungen

500	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Tangentialpräparation)	820	46,12	106,07	161,42
501	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Hohlkehl- und Stufenpräparation) oder Einlagefüllung	1100	61,87	142,30	216,54
502	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teilkrone mit Retentionsrillen oder -kasten oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der Kaufläche	1300	73,11	168,15	255,88
503	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Wurzelkappe mit Stift, gegebenenfalls zur Aufnahme einer Verbindungsvorrichtung	1100	61,87	142,30	216,54
504	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teleskopkrone, auch Konuskrone	1400	78,74	181,10	275,59
	Durch die Leistungen nach den Nummern 500 bis 504 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren der Zähne oder Implantate, Bestimmung der Kieferrelation, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Kronen oder Einlagefüllungen, Nachkontrolle und Korrekturen. Teilleistungen nach den Nummern 500 bis 504:				
505	Enden die Leistungen mit der Präparation der Brückenpfeiler, so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.				
506	Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.				
507	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: Verbindung von Kronen oder Einlagefüllungen durch Brückenglieder oder Stege, je zu überbrückende Spanne oder Freundsattel	400	22,50	51,75	78,75
508	Versorgung eines Lückengebisses durch eine zusammengesetzte Brücke oder Prothese, je Verbindungselement Matrize und Patrize gelten als ein Verbindungselement.	230	12,94	29,76	45,29
509	Wiederherstellung der Funktion eines Verbindungselements nach Nummer 508	110	6,19	14,23	21,66
510	Erneuern des Sekundärteils einer Teleskopkrone einschließlich Abformung	450	25,31	58,21	88,58
511	Wiedereingliederung einer endgültigen Brücke nach Wiederherstellung der Funktion	360	20,25	46,57	70,87
512	Eingliederung einer provisorischen Brücke einschließlich Entfernung, je provisorische Krone	180	10,12	23,27	35,42
513	Eingliederung einer provisorischen Brücke einschließlich Entfernung, je provisorische Krone mit Stiftverankerung	290	16,31	37,51	57,08

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
514	Eingliederung einer provisorischen Brücke einschließlich Entfernung, je zu überbrückende Spanne oder Freiendsattel	160	9,00	20,70	31,50
	Das Wiedereingliedern derselben provisorischen Brücke, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 512 bis 514 abgegolten.				
515	Versorgung eines Lückengebisses mit Hilfe einer durch Adhäsivtechnik befestigten Brücke, für die erste zu überbrückende Spanne	730	41,06	94,43	143,71
516	Versorgung eines Lückengebisses nach Nummer 515, für jede weitere zu überbrückende Spanne	360	20,25	46,57	70,87
517	Anatomische Abformung des Kiefers mit individuellem Löffel bei ungünstigen Zahnbogen- und Kieferformen und/oder tief ansetzenden Bändern oder spezielle Abformung zur Remontage, je Kiefer	250	14,06	32,33	49,21
518	Funktionelle Abformung des Oberkiefers mit individuellem Löffel	450	25,31	58,21	88,58
519	Funktionelle Abformung des Unterkiefers mit individuellem Löffel	540	30,37	69,85	106,29
520	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Teilprothese mit einfachen, gebogenen Halteelementen einschließlich Einschleifen der Auflagen	700	39,37	90,55	137,79
521	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Modellgußprothese mit gegossenen Halte- und Stützelementen einschließlich Einschleifen der Auflagen	1400	78,74	181,10	275,59
522	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Oberkiefer	1850	104,05	239,31	364,17
523	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Unterkiefer	2200	123,73	284,57	433,05
	Durch die Leistungen nach den Nummern 520 bis 523 sind folgende Leistungen abgegolten: Anatomische Abformungen (auch des Gegenkiefers), Bestimmung der Kieferrelation, Einproben, Einpassen bzw. Einfügen, Nachkontrolle und Korrekturen.				
524	Teilleistungen nach den Nummern 520 bis 523: Für Maßnahmen bis einschließlich Bestimmung der Kieferrelation ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig; bei weitergehenden Maßnahmen sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.				
525	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (ohne Abformung)	140	7,87	18,10	27,54
526	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (mit Abformung) einschließlich Halte- und Stützvorrichtungen	270	15,19	34,93	53,16
527	Teilunterfütterung einer Prothese	180	10,12	23,27	35,42
528	Vollständige Unterfütterung einer Prothese	270	15,19	34,93	53,16
529	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Oberkiefer	450	25,31	58,21	88,58
530	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Unterkiefer	540	30,37	69,85	106,29
531	Vollständige Unterfütterung bei einer Defektprothese einschließlich funktioneller Randgestaltung	730	41,06	94,43	143,71



Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
	<p>Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 527 bis 531 dürfen Leistungen nach den Nummern 525 und 526 nur berechnet werden, wenn es sich um zeitlich getrennte Verrichtungen handelt.</p> <p>Leistungen nach den Nummern 527 bis 531 sind nur als Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion einer abnehmbaren Prothese berechnungsfähig.</p>				
532	Eingliederung eines Obturators zum Verschuß von Defekten des Gaumens	2200	123,73	284,57	433,05
533	Eingliederung einer Resektionsprothese zum Verschuß und zum Ausgleich von Defekten der Kiefer	2800	157,48	362,20	551,18
534	Eingliederung einer Prothese oder Epithese zum Verschuß extraoraler Weichteildefekte oder zum Ersatz fehlender Gesichtsteile einschließlich Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen	7300	410,57	944,31	1436,99
	Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 520 bis 534 abgegolten.				

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach

### G. Kieferorthopädische Leistungen

600	Profil- oder Enfacefotografie einschließlich kieferorthopädischer Auswertung	80	4,50	10,35	15,75
601	Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale, graphische oder metrische Analysen, Diagramme)	180	10,12	23,27	35,42
602	Anwendung von Methoden zur Untersuchung des Gesichtsschädels (zeichnerische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels, Wachstumsanalysen)	360	20,25	46,57	70,87
603	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, geringer Umfang	1350	75,93	174,63	265,75
604	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, mittlerer Umfang	2100	118,11	271,65	413,38
605	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, hoher Umfang	3600	202,47	465,68	708,64
	<p>Bei Maßnahmen von mittlerem Umfang nach der Nummer 604 müssen mindestens drei, bei Maßnahmen von hohem Umfang mindestens vier der Kriterien nach den Buchstaben a) bis e) erfüllt sein:</p> <p>a) Zahl der bewegten Zahngruppen: zwei und mehr Zahngruppen,</p> <p>b) Ausmaß der Zahnbewegung: mehr als 2 Millimeter,</p> <p>c) Art der Zahnbewegung: körperlich mehr als 2 Millimeter, kontrollierte Wurzelbewegung, direkte Veränderung der Bißhöhe, Zahndrehung mehr als 30 Grad,</p> <p>d) Richtung der Zahnbewegung: entgegen Wanderungstendenz,</p> <p>e) Verankerung: mit zusätzlichen intra- oder extraoralen Maßnahmen.</p>				
606	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiß während der Wachstumsphase einschließlich Retention, geringer Umfang	1800	101,24	232,85	354,34
607	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiß während der Wachstumsphase einschließlich Retention, mittlerer Umfang	2600	146,23	336,32	511,80
608	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiß während der Wachstumsphase einschließlich Retention, hoher Umfang	3600	202,47	465,68	708,64
	<p>Bei Maßnahmen von mittlerem Umfang muß mindestens ein Kriterium nach den Buchstaben a) bis c), bei Maßnahmen von hohem Umfang müssen mindestens zwei der Kriterien erfüllt sein:</p> <p>a) Ausmaß der Bißverschiebung: mehr als 4 Millimeter,</p> <p>b) Richtung der durchzuführenden Bißverschiebung, Unterkiefer relativ zum Oberkiefer: dorsal,</p> <p>c) Skelettale Bedingungen: ungünstige Wachstumsvoraussetzungen.</p> <p>Die Leistungen nach den Nummern 603 bis 608 umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren.</p> <p>Neben den Leistungen nach den Nummern 603 bis 608 sind Leistungen nach den Nummern 619 bis 626 nicht berechnungsfähig.</p>				

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
609	Maßnahmen zur Einstellung der Okklusion durch alveolären Ausgleich bei abgeschlossener Wachstumsphase einschließlich Retention	700	39,37	90,55	137,79
610	Eingliederung eines Klebebrackets zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	165	9,28	21,34	32,48
611	Entfernung eines Klebebrackets einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes	70	3,94	9,06	13,79
612	Eingliederung eines Bandes zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	230	12,94	29,76	45,29
613	Entfernung eines Bandes einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes	20	1,12	2,57	3,92
614	Eingliederung eines Teilbogens	210	11,81	27,16	41,33
615	Eingliederung eines ungeteilten Bogens, alle Zahngruppen umfassend	500	28,12	64,67	98,42
616	Eingliederung einer intra-extraoralen Verankerung (z. B. Headgear)	370	20,81	47,86	72,83
617	Eingliederung einer Kopf-Kinn-Kappe  In den Leistungen nach den Nummern 610 bis 615 sind die Material- und Laborkosten enthalten. Die Kosten für die eingegliederten Hilfsmittel nach den Nummern 616 und 617 sind gesondert berechnungsfähig.	500	28,12	64,67	98,42
618	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit und/oder Erweiterung von herausnehmbaren Behandlungsgeräten einschließlich Abformung und Wiedereinfügen, je Kiefer und je Sitzung einmal berechnungsfähig	270	15,19	34,93	53,16
619	Beratendes und behrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen  Neben der Leistung nach der Nummer 619 ist eine Leistung nach der Nummer 001 in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig.	140	7,87	18,10	27,54
620	Eingliedern von Hilfsmitteln zur Beseitigung von Funktionsstörungen (z. B. Mundvorhofplatte) einschließlich Anweisung zum Gebrauch und Kontrollen	450	25,31	58,21	88,58
621	Kontrolle des Behandlungsverlaufs oder Weiterführung der Retention einschließlich kleiner Änderungen der Behandlungs- oder Retentionsgeräte, Therapiekontrolle der gesteuerten Extraktion, je Sitzung	90	5,06	11,63	17,71
622	Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln (z. B. Abformung, Bißnahme), je Kiefer	180	10,12	23,27	35,42
623	Eingliederung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer	180	10,12	23,27	35,42
624	Maßnahmen zur Verhütung von Folgen vorzeitigen Zahnverlustes (Offenhalten einer Lücke)	270	15,19	34,93	53,16
625	Beseitigung des Diastemas, als selbständige Leistung	450	25,31	58,21	88,58
626	Maßnahmen zur Einordnung eines verlagerten Zahnes in den Zahnbogen, als selbständige Leistung	1100	61,87	142,30	216,54

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach

## H. Eingliederung von Aufbißbehelfen und Schienen

### Allgemeine Bestimmungen

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

700	Eingliederung eines Aufbißbehelfs ohne adjustierte Oberfläche	270	15,19	34,93	53,16
701	Eingliederung eines Aufbißbehelfs mit adjustierter Oberfläche	800	44,99	103,47	157,46
702	Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbißbehelf	450	25,31	58,21	88,58
703	Wiederherstellung der Funktion eines Aufbißbehelfs, z. B. durch Unterfütterung	370	20,81	47,86	72,83
704	Kontrolle eines Aufbißbehelfs	65	3,66	8,41	12,81
705	Kontrolle eines Aufbißbehelfs mit adjustierter Oberfläche: subtraktive Maßnahmen, je Sitzung	180	10,12	23,27	35,42
706	Kontrolle eines Aufbißbehelfs mit adjustierter Oberfläche: additive Maßnahmen, je Sitzung	410	23,06	53,03	80,71
707	Semipermanente Schiene unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum	90	5,06	11,63	17,71
708	Versorgung eines Kiefers mit einem Interimszahnersatz als Langzeitprovisorium, je Krone	450	25,31	58,21	88,58
709	Versorgung eines Kiefers mit einem Interimszahnersatz als Langzeitprovisorium, je zu überbrückende Spanne oder Freiendsattel	270	15,19	34,93	53,16
	Die Leistungen nach den Nummern 708 und 709 sind nicht in zeitlichem Zusammenhang mit der Herstellung von endgültigem Zahnersatz berechnungsfähig.				
710	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion eines Interimszahnersatzes, je Krone, Spanne oder Freiendsattel	200	11,25	25,87	39,37
	Die Wiedereingliederung desselben Interimszahnersatzes, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 708 bis 710 abgegolten.				

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach

## J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

800	Befunderhebung des stomatognathen Systems nach vorgeschriebenem Formblatt  Die Leistung nach der Nummer 800 umfaßt folgende zahnärztliche Leistungen: prophylaktische, prothetische, parodontologische und okklusale Befunderhebung, funktionsdiagnostische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels und der Halswirbelsäule, klinische Reaktionstests (z. B. Resilienztest, Provokationstest).  Neben der Leistung nach der Nummer 800 ist eine Leistung nach der Nummer 001 in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig.	500	28,12	64,67	98,42
801	Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers, je Registrat  Die Leistung nach Nummer 801 ist höchstens zweimal berechnungsfähig.	180	10,12	23,27	35,42
802	Modellmontage nach arbiträrer Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die arbiträre Scharnierachsenbestimmung, Anlegen eines Übertragungsbogens, Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator und Modellmontage) einschließlich Material -und Laborkosten	400	22,50	51,75	78,75
803	Modellmontage nach kinematischer Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die kinematische Scharnierachsenbestimmung, definitives Markieren der Referenzpunkte, Anlegen eines Übertragungsbogens, Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator und Modellmontage) einschließlich Material- und Laborkosten	550	30,93	71,13	108,25
804	Montage des Gegenkiefermodells mit Hilfe von Registraten oder ähnlichen Verfahren einschließlich Fixieren und Überprüfen der gefundenen Position einschließlich Material- und Laborkosten	200	11,25	25,87	39,37
805	Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung halbindividuellder Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten	350	19,68	45,26	68,88
806	Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten	500	28,12	64,67	98,42
	Wird bei unterbrochener Zahnreihe oder Freiendsattel zur Bestimmung der Vertikaldimension eine Bißschablone im Labor angefertigt, so sind die Kosten für die Bißschablone neben den Gebühren nach den Nummern 802 bis 806 gesondert berechnungsfähig.				
807	Aufbau einer individuellen Frontzahnführung im Artikulator einschließlich Material- und Laborkosten	150	8,44	19,41	29,54
808	Diagnostische Maßnahmen an Modellen im Artikulator einschließlich subtraktiver oder additiver Korrekturen, Befundauswertung und Behandlungsplanung	200	11,25	25,87	39,37
809	Diagnostischer Aufbau von Funktionsflächen am natürlichen Gebiß, am festsetzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz	200	11,25	25,87	39,37

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
810	Systematische subtraktive Maßnahmen am natürlichen Gebiß, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Zahnpaar  Die Leistung nach der Nummer 810 ist je Sitzung höchstens fünfmal berechnungsfähig.	15	0,84	1,93	2,94

## K. Implantologische Leistungen

### Allgemeine Bestimmungen

1. Die primäre Wundversorgung ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt K und nicht gesondert berechnungsfähig.
2. Die bei den Leistungen nach Abschnitt K verwendeten Implantate und Implantatteile sind gesondert berechnungsfähig.

900	Implantatbezogene Analyse und Vermessung des Alveolarfortsatzes des Kieferkörpers und der Schleimhaut einschließlich metrischer Auswertung von Röntgenaufnahmen zur Festlegung der Implantatposition mit Hilfe einer individuellen Schablone, je Kiefer	540	30,37	69,85	106,29
901	Präparieren einer Knochenkavität für ein enossales Implantat	480	27,00	62,10	94,50
902	Einsetzen einer Implantatschablone zur Überprüfung der Knochenkavität	90	5,06	11,63	17,71
903	Einbringen eines enossalen Implantats	480	27,00	62,10	94,50
904	Freilegen eines Implantats und Einfügen von Sekundärteilen bei einem zweiphasigen Implantationssystem	320	18,00	41,40	63,00
905	Auswechseln eines Sekundärteils bei einem zusammengesetzten Implantat	320	18,00	41,40	63,00
906	Präparieren eines Kiefers für subperiostale Gerüstimplantate einschließlich Abformung und Analyse des gewonnenen Modells, je Kiefer	640	35,99	82,77	125,96
907	Einsetzen eines subperiostalen Gerüstimplantats einschließlich Fixation	320	18,00	41,40	63,00
908	Entfernung eines subperiostalen Gerüstimplantats	1100	61,87	142,30	216,54
909	Einbringen eines Nadelimplantats	90	5,06	11,63	17,71

## **Anmerkung**

Erbringt der Zahnarzt Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen aufgeführt sind, so sind nach § 6 Abs. 1 GOZ die Vergütungen für diese Leistungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.

In der seit 1. Januar 1988 gültigen GOZ wird auf Abschnitte bzw. Positionen der GOÄ von 1982 verwiesen. Inzwischen gilt jedoch die neue GOÄ, die am 1. Januar 1996 in Kraft getreten ist. Die Formulierung „in der jeweils geltenden Fassung“ bedeutet, daß der Verweis auf Abschnitte und Positionen der GOÄ von 1982 nicht mehr zutrifft. Da sich in der GOÄ-96 aber die für den Zahnarzt zugänglichen Abschnitte und Positionen des ärztlichen Gebührenverzeichnisses verändert haben, sind die in der GOZ damals angegebenen Abschnitte der GOÄ-82 nicht mehr zutreffend.

Zur Zeit ist nicht eindeutig festgelegt – so die Stellungnahme der Bundeszahnärztekammer –, welche Positionen der Zahnarzt aus dem aktuellen ärztlichen Gebührenverzeichnis (GOÄ-96) berechnen kann. Der folgende Auszug aus dem ärztlichen Gebührenverzeichnis der GOÄ-96 kann daher weder verbindlich noch abschließend sein. Vielmehr soll dem Zahnarzt mit diesen Positionen aus der GOÄ auszugsweise eine Orientierung geben werden, welche Leistungen in Betracht kommen könnten.

## **Auszug aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**

---





## § 10

### Ersatz von Auslagen

- (1) Neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen nur berechnet werden
1. die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstigen Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, soweit in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist,
  2. Versand- und Portokosten, soweit deren Berechnung nach Absatz 3 nicht ausgeschlossen ist,
  3. die im Zusammenhang mit Leistungen nach Abschnitt O bei der Anwendung radioaktiver Stoffe durch deren Verbrauch entstandenen Kosten sowie
  4. die nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses als gesondert berechnungsfähig ausgewiesenen Kosten.
- Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.
- (2) Nicht berechnet werden können die Kosten für
1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandspray, Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge,
  2. Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie,
  3. Desinfektions- und Reinigungsmittel,
  4. Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung sowie für
  5. folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula.
- (3) Versand- und Portokosten können nur von dem Arzt berechnet werden, dem die gesamten Kosten für Versandmaterial, Versandgefäße sowie für den Versand oder Transport entstanden sind. Kosten für Versandmaterial, für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes sind nicht berechnungsfähig; dies gilt auch, wenn Material oder ein Teil davon unter Nutzung der Transportmittel oder des Versandweges oder der Versandgefäße einer Laborgemeinschaft zur Untersuchung einem zur Erbringung von Leistungen beauftragten Arzt zugeleitet wird. Werden aus demselben Körpermaterial sowohl in einer Laborgemeinschaft als auch von einem Laborarzt Leistungen aus den Abschnitten M oder N ausgeführt, so kann der Laborarzt bei Benutzung desselben Transportweges Versandkosten nicht berechnen; dies gilt auch dann, wenn ein Arzt eines anderen Gebiets Auftragsleistungen aus den Abschnitten M oder N erbringt. Für die Versendung der Arztrechnung dürfen Versand- und Portokosten nicht berechnet werden.



## Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
	* = reduzierter Gebührenrahmen				

### B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen

#### Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
2. Die Leistungen nach den Nummern 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.
3. Die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 können an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn dies durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten war. Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben. Bei den Leistungen nach den Nummern 1, 5, 6, 7 und/oder 8 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen, bei der Leistung nach Nummer 3 generell zu begründen.
4. Die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 22, 30 und/oder 34 sind neben den Leistungen nach den Nummern 804 bis 812, 817, 835, 849, 861 bis 864, 870, 871, 886 sowie 887 nicht berechnungsfähig.
5. Mehr als zwei Visiten an demselben Tag können nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren. Bei der Berechnung von mehr als zwei Visiten an demselben Tag ist die jeweilige Uhrzeit der Visiten in der Rechnung anzugeben. Auf Verlangen ist die mehr als zweimalige Berechnung einer Visite an demselben Tag zu begründen.  
Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 und/oder 15 nicht berechnungsfähig.
6. Besuchsgebühren nach den Nummern 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig.
7. Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.
8. Neben den Leistungen nach den Nummern 5, 6, 7 oder 8 sind die Leistungen nach den Nummern 600, 601, 1203, 1204, 1228, 1240, 1400, 1401 und 1414 nicht berechnungsfähig.

### I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

1	Beratung - auch mittels Fernsprecher -	80	4,66	10,72	16,31
2*	Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisung und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen - auch mittels Fernsprecher - durch die Arzthelferin und/oder Messung von Körperzuständen (z. B. Blutdruck, Temperatur) ohne Beratung, bei einer Inanspruchnahme des Arztes.  Die Leistung nach Nummer 2 darf anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnet werden.	30	1,75	3,15	4,38
3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung - auch mittels Fernsprecher -  Die Leistung nach Nummer 3 (Dauer mindestens 10 Minuten) ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nummern 5, 6, 7, 8, 800 oder 801. Eine mehr als einmalige Berechnung im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung.	150	8,74	20,10	30,59
4	Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) - im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken -  Die Leistung nach Nummer 4 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.  Die Leistung nach Nummer 4 ist neben Leistungen nach den Nummern 30, 34, 801, 806, 807, 816, 817 und/oder 835 nicht berechnungsfähig.	220	12,82	29,49	44,87

\* = reduzierter Gebührenrahmen

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
* = reduzierter Gebührenrahmen					

5	Symptombezogene Untersuchung Die Leistung nach Nummer 5 ist neben den Leistungen nach den Nummern 6 bis 8 nicht berechnungsfähig.	80	4,66	10,72	16,31
6	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: alle Augenabschnitte, der gesamte HNO-Bereich, das stomatognathe System, die Nieren und ableitenden Harnwege (bei Männern auch gegebenenfalls einschließlich der männlichen Geschlechtsorgane) oder Untersuchung zur Erhebung eines vollständigen Gefäßstatus - gegebenenfalls einschließlich Dokumentation -  Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nummer 6 beinhaltet insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei dem stomatognathen System: Inspektion der Mundhöhle, Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke sowie vollständiger Zahnstatus.</li> </ul>	100	5,83	13,41	20,41

## II. Zuschläge und Beratungen und Untersuchungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8

### Allgemeine Bestimmungen

Die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K1 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie dürfen unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben A bis D sowie K1 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K2 nicht berechnet werden. Die Zuschläge nach den Buchstaben B bis D dürfen von Krankenhausärzten nicht berechnet werden, es sei denn, die Leistungen werden durch den liquidationsberechtigten Arzt oder seinen Vertreter nach § 4 Abs. 2 Satz 3 erbracht.

Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluß an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.

A	Zuschlag für außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen Der Zuschlag nach Buchstabe A ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben B, C und/oder D nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Buchstabe A ist für Krankenhausärzte nicht berechnungsfähig.	70	4,08	-	-
B	Zuschlag für in der Zeit zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen	180	10,49	-	-
C	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen Neben dem Zuschlag nach Buchstabe C ist der Zuschlag nach Buchstabe B nicht berechnungsfähig.	320	18,65	-	-
D	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen Werden Leistungen innerhalb einer Sprechstunde an Samstagen erbracht, so ist der Zuschlag nach Buchstabe D nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, ist neben dem Zuschlag nach Buchstabe D ein Zuschlag nach Buchstabe B oder C berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Buchstabe D ist für Krankenhausärzte im Zusammenhang mit zwischen 8 und 20 Uhr erbrachten Leistungen nicht berechnungsfähig.	220	12,82	-	-

\* = reduzierter Gebührenrahmen

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
	* = reduzierter Gebührenrahmen				

K 1	Zuschlag zu Untersuchungen nach den Nummern 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	120	6,99	-	-
-----	--	-----	------	---	---

### III Spezielle Beratungen und Untersuchungen

30	<p>Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde nach biographischen und homöopathisch-individuellen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopathischen Behandlung - einschließlich homöopathischer Repertorisation und Gewichtung der charakteristischen psychischen, allgemeinen und lokalen Zeichen und Symptome des jeweiligen Krankheitsfalls, unter Berücksichtigung der Modalitäten, Alternanzen, Kausal- und Begleitsymptome, zur Auffindung des homöopathischen Einzelmittels, einschließlich Anwendung und Auswertung standardisierter Fragebogen -</p> <p>Dauert die Erhebung einer homöopathischen Erstanamnese bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr weniger als eine Stunde, mindestens aber eine halbe Stunde, kann die Leistung nach Nummer 30 bei entsprechender Begründung mit der Hälfte der Gebühr berechnet werden.</p> <p>Die Leistung nach Nummer 30 ist innerhalb von einem Jahr nur einmal berechnungsfähig.</p> <p>Neben der Leistung nach Nummer 30 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.</p>	900	52,46	120,66	183,61
31	<p>Homöopathische Folgeanamnese mit einer Mindestdauer von 30 Minuten unter laufender Behandlung nach den Regeln der Einzelmittelhomöopathie zur Beurteilung des Verlaufs und Feststellung des weiteren Vorgehens - einschließlich schriftlicher Aufzeichnungen -</p> <p>Die Leistung nach Nummer 31 ist innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig.</p> <p>Neben der Leistung nach Nummer 31 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 30 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.</p>	450	26,23	60,33	91,81
34	<p>Erörterung (Dauer mindestens 20 Minuten) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung - gegebenenfalls einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken -, einschließlich Beratung - gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen -</p> <p>Die Leistung nach Nummer 34 ist innerhalb von sechs Monaten höchstens zweimal berechnungsfähig.</p> <p>Neben der Leistung nach Nummer 34 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 15 und/oder 30 nicht berechnungsfähig.</p>	300	17,49	40,23	61,22

\* = reduzierter Gebührenrahmen

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
	* = reduzierter Gebührenrahmen				

#### IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz

45	<p>Visite im Krankenhaus</p> <p>Die Leistung nach Nummer 45 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig.</p> <p>Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnittes B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden.</p> <p>Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig.</p> <p>Wird mehr als eine Visite an demselben Tag erbracht, kann für die über die erste Visite hinausgehenden Visiten nur die Leistung nach Nummer 46 berechnet werden.</p> <p>Die Leistung nach Nummer 45 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird.</p>	70	4,08	9,38	14,28
48	<p>Besuch eines Patienten auf einer Pflegestation (z. B. in Alten- oder Pflegeheimen) - bei regelmäßiger Tätigkeit des Arztes auf der Pflegestation zu vorher vereinbarten Zeiten -</p> <p>Die Leistung nach Nummer 48 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</p>	120	6,99	16,08	24,47
50	<p>Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung</p> <p>Die Leistung nach Nummer 50 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nummern 45 oder 46 nicht berechnet werden.</p> <p>Neben der Leistung nach Nummer 50 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</p>	320	18,65	42,90	65,28
51	<p>Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 50 – einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung –</p> <p>Die Leistung nach Nummer 51 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nummern 45 oder 46 nicht berechnet werden.</p> <p>Neben der Leistung nach Nummer 51 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</p>	250	14,57	33,51	51,00
56*	<p>Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen - wegen Erkrankung erforderlich -, je angefangene halbe Stunde</p> <p>Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mindestens eine halbe Stunde verweilen muß und während dieser Zeit keine ärztliche(n) Leistung(en) erbringt. Im Zusammenhang mit dem Beistand bei einer Geburt darf die Verweilgebühr nur für ein nach Ablauf von zwei Stunden notwendiges weiteres Verweilen berechnet werden.</p>	180	10,49	18,88	26,23

\* = reduzierter Gebührenrahmen

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
* = reduzierter Gebührenrahmen					
60	<p>Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt</p> <p>Die Leistung nach Nummer 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befaßt hat.</p> <p>Die Leistung nach Nummer 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt.</p> <p>Die Leistung nach Nummer 60 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung (z. B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt) sind. Sie ist nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z. B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe).</p>	120	6,99	16,08	24,47
61	<p>Beistand bei der ärztlichen Leistung eines anderen Arztes (Assistenz), je angefangene halbe Stunde</p> <p>Die Leistung nach Nummer 61 ist neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig.</p> <p>Die Nummer 61 gilt nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden.</p> <p>Die Leistung nach Nummer 61 darf nicht berechnet werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt.</p>	130	7,58	17,43	26,53
62	<p>Zuziehung eines Assistenten bei operativen belegärztlichen Leistung oder bei ambulanter Operation durch niedergelassene Ärzte, je angefangene halbe Stunde</p> <p>Wird die Leistung nach Nummer 62 berechnet, kann der assistierende Arzt die Leistung nach Nummer 61 nicht berechnen.</p>	150	8,74	20,10	30,59

## V. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62

### Allgemeine Bestimmungen

Die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K2 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Abweichend hiervon sind die Zuschläge nach den Buchstaben E bis H neben der Leistung nach Nummer 51 nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 45 bis 55 und 60 dürfen die Zuschläge unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben E bis J sowie K2 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K1 nicht berechnet werden.

Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluß an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.

E	<p>Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich erfolgte Ausführung</p> <p>Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Leistungen nach den Nummern 45 und/oder 46 nicht berechnungsfähig, es sei denn, die Visite wird durch einen Belegarzt durchgeführt. Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Zuschlägen nach den Buchstaben F, G und/oder H nicht berechnungsfähig.</p>	160	9,33	-	-
---	--	-----	------	---	---

\* = reduzierter Gebührenrahmen

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
* = reduzierter Gebührenrahmen					
F	Zuschlag für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen  Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48, und 52 nicht berechnungsfähig.	260	15,15	-	-
G	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen  Der Zuschlag nach Buchstabe G ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.  Neben dem Zuschlag nach Buchstabe G ist der Zuschlag nach Buchstabe F nicht berechnungsfähig.	450	26,23	-	-
H	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen  Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, darf neben dem Zuschlag nach Buchstabe H ein Zuschlag nach Buchstabe F oder G berechnet werden.  Der Zuschlag nach Buchstabe H ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.	340	19,82	-	-
J	Zuschlag zur Visite bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Tag	80	4,66		
K 2	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48, 50, 51, 55 oder 56 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	120	6,99		

## VI. Berichte, Briefe

70	Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	40	2,33	5,36	8,16
75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie  Die Befundermittlung oder der einfach Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.	130	7,58	17,43	26,53
76	Schriftlicher Diätplan, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt	70	4,08	9,38	14,28
80	Schriftliche gutachtliche Äußerung	300	17,49	40,23	61,22
85	Schriftliche gutachterliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand - gegebenenfalls mit wissenschaftlicher Begründung -, je angefangene Stunde Arbeitszeit	500	29,14	67,02	101,99
95	Schreibgebühr, je angefangene DIN A 4-Seite	60	3,50	-	-
96	Schreibgebühr, je Kopie	3	0,17	-	-
	Die Schreibgebühren nach den Nummern 95 und 96 sind nur neben den Leistungen nach den Nummern 80, 85 und 90 und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.				

\* = reduzierter Gebührenrahmen



Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
	* = reduzierter Gebührenrahmen				

## C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

### I. Anlegen von Verbänden

#### Allgemeine Bestimmung

Wundverbände nach Nummer 200, die im Zusammenhang mit einer operativen Leistung (auch Ätzung, Fremdkörperentfernung), Punktion, Infusion, Transfusion oder Injektion durchgeführt werden, sind Bestandteil dieser Leistung.

200	Verband - ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher -	45	2,62	6,03	9,17
204	Zirkulärer Verband des Kopfes oder des Rumpfes (auch als Wundverband); stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke; Schanz'scher Halskrawattenverband; Kompressionsverband	95	5,54	12,74	19,39
210	Kleiner Schienenverband - auch als Notverband bei Frakturen -	75	4,37	10,05	15,30

### II. Blutentnahme, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen

#### Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 252 bis 258 und 261 sind nicht mehrfach berechnungsfähig, wenn anstelle einer Mischung mehrere Arzneimittel bei liegender Kanüle im zeitlichen Zusammenhang nacheinander verabreicht werden.

Die Leistungen nach den Nummern 270, 273 bis 281, 283, 286 sowie 287 können jeweils nur einmal je Behandlungstag berechnet werden. Die Leistungen nach den Nummern 271 oder 272 sind je Gefäßzugang einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Leistungen nach den Nummern 271 oder 272 setzt gesonderte Punktionen verschiedener Blutgefäße voraus.

Gegebenenfalls erforderliche Gefäßpunktionen sind Bestandteil der Leistungen nach den Nummern 270 bis 287 und mit den Gebühren abgegolten.

Die Leistungen nach den Nummern 271 bis 276 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

250*	Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene	40	2,33	4,19	5,83
251	Blutentnahme mittels Spritze oder Kanüle aus der Arterie	60	3,50	8,05	12,25
252	Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär	40	2,33	5,36	8,16
253	Injektion, intravenös	70	4,08	9,38	14,28
254	Injektion, intraarteriell	80	4,66	10,72	16,31
255	Injektion, intraartikulär oder perineural	95	5,54	12,74	19,39
267	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich einer Körperregion, auch paravertebrale oder perineurale oder perikapsuläre oder retrobulbäre Injektion und/oder Infiltration, je Sitzung	80	4,66	10,72	16,31
269	Akupunktur (Nadelstich-Technik) zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung	200	11,66	26,82	40,81
269a	Akupunktur (Nadelstich-Technik) mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung Neben der Leistung nach Nummer 269 a ist die Leistung nach Nummer 269 nicht berechnungsfähig.	350	20,40	46,92	71,40

\* = reduzierter Gebührenrahmen

## Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
* = reduzierter Gebührenrahmen					
270	Infusion, subkutan	80	4,66	10,72	16,31
271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	120	6,99	16,08	24,47
272	Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer	180	10,49	24,13	36,72
274	Dauertropfinfusion, intravenös, von mehr als 6 Stunden Dauer - gegebenenfalls einschließlich Infusionsplan und Bilanzierung -  Neben der Leistung nach Nummer 274 sind die Leistungen nach den Nummern 271 bis 273, 275 und/oder 276 nicht berechnungs- fähig.	320	18,65	42,90	65,28
297	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologi- schen Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich Fixierung –  Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.	45	2,62	6,03	9,17
298	Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von Abstrichmaterial zu mikrobiologischen Untersuchung – gegebenenfalls einschließ- lich Fixierung –  Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.	40	2,33	5,36	8,16

### III. Punktionen

#### Allgemeine Bestimmung

Zum Inhalt der Leistungen für Punktionen gehören die damit im Zusammenhang stehenden Injektionen, Instillationen, Spülungen sowie Entnahmen z. B. von Blut, Liquor, Gewebe.

303	Punktion einer Drüse, eines Schleimbeutels, Ganglions, Seroms, Hygroms, Hämatoms oder Abszesses oder oberflächiger Körper- teile	80	4,66	10,72	16,31
-----	--	----	------	-------	-------

### VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen

429	Wiederbelebungsversuch - einschließlich künstlicher Beatmung und extrathorakaler indirekter Herzmassage, gegebenenfalls ein- schließlich Intubation -	400	23,31	53,61	81,59
-----	---	-----	-------	-------	-------

### VIII Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen

#### Allgemeine Bestimmungen

1. Bei ambulanter Durchführung von Operations- und Anästhesieleistungen in der Praxis niedergelassener Ärzte oder in Krankenhäusern können für die erforderliche Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z. B. Kosten für Operations- oder Aufwachräume oder Gebühren bzw. Kosten für wiederverwendbare Operationsmaterialien bzw. -geräte) Zuschläge berechnet werden. Für die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers, im Zusammenhang mit einer ambulanten operativen Leistung können Zuschläge berechnet werden, wenn die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer für die operative Leistung nicht beinhaltet ist.
2. Die Zuschläge nach den Nummern 440 bis 449 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.
3. Die Zuschläge nach den Nummern 440, 441, 442, 443, 444 und 445 sind operativen Leistungen
  - nach den Nummern 679, 695, 700, 701, 765 in Abschnitt F,

\* = reduzierter Gebührenrahmen

## Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
	* = reduzierter Gebührenrahmen				

- nach den Nummern 1011, 1014, 1041, 1043 bis 1045, 1048, 1052, 1055, 1056, 1060, 1085, 1086, 1089, 1097 bis 1099, 1104, 1111 bis 1113, 1120 bis 1122, 1125, 1126, 1129, 1131, 1135 bis 1137, 1140, 1141, 1145, 1155, 1156, 1159, 1160 in Abschnitt H,
- nach den Nummern 1283 bis 1285, 1292, 1299, 1301, 1302, 1304 bis 1306, 1310, 1311, 1321, 1326, 1330 bis 1333, 1341, 1345, 1346, 1348 bis 1361, 1365, 1366, 1367, 1369 bis 1371, 1374, 1375, 1377, 1382 bis 1384, 1386 in Abschnitt I,
- nach den Nummern 1428, 1438, 1441, 1445 bis 1448, 1455, 1457, 1467 bis 1472, 1485, 1486, 1493, 1497, 1513, 1519, 1520, 1527, 1528, 1534, 1535, 1576, 1586, 1588, 1595, 1597, 1598, 1601, 1610 bis 1614, 1622, 1628, 1635 bis 1637 in Abschnitt J,
- nach den Nummern 1713, 1738, 1740, 1741, 1753, 1755, 1756, 1760, 1761, 1763 bis 1769, 1782, 1797, 1800, 1802, 1815, 1816, 1827, 1851 in Abschnitt K
- oder nach den Nummern 2010, 2040, 2041, 2042 bis 2045, 2050 bis 2052, 2062, 2064 bis 2067, 2070, 2072 bis 2076, 2080 bis 2084, 2087 bis 2089, 2091, 2092, 2100 bis 2102, 2105, 2106, 2110 bis 2112, 2117 bis 2122, 2130, 2131, 2133 bis 2137, 2140, 2141, 2156 bis 2158, 2170 bis 2172, 2189 bis 2191, 2193, 2210, 2213, 2216, 2219, 2220, 2223 bis 2225, 2230, 2235, 2250, 2253, 2254, 2256, 2257, 2260, 2263, 2268, 2269, 2273, 2279, 2281 bis 2283, 2291, 2293 bis 2297, 2325, 2339, 2340, 2344, 2345, 2347 bis 2350, 2354 bis 2356, 2380 bis 2386, 2390, 2392 bis 2394, 2396, 2397, 2402, 2404, 2405, 2407, 2408, 2410 bis 2412, 2414 bis 2421, 2427, 2430 bis 2432, 2440 bis 2442, 2454, 2540, 2541, 2570, 2580, 2581, 2583, 2584, 2586 bis 2589, 2597, 2598, 2620, 2621, 2625, 2627, 2640, 2642, 2650, 2651, 2655 bis 2658, 2660, 2670, 2671, 2675 bis 2677, 2682, 2687, 2688, 2690, 2692 bis 2695, 2698, 2699, 2701, 2705, 2706, 2710, 2711, 2730, 2732, 2751 bis 2754, 2800, 2801, 2803, 2809, 2823, 2881 bis 2883, 2887, 2890, 2891, 2895 bis 2897, 2950 bis 2952, 2970, 2990 bis 2993, 3095 bis 3097, 3120, 3156, 3173, 3200, 3208, 3219 bis 3224, 3237, 3240, 3241, 3283 bis 3286, 3300 in Abschnitt L zuzuordnen.

Die Zuschläge nach den Nummern 446 und 447 sind anästhesiologischen Leistungen des Abschnitts D zuzuordnen.

Die Zuschläge nach den Nummern 448 und 449 dürfen nur im Zusammenhang mit einer an einen Zuschlag nach den Nummern 442 bis 445 gebundenen ambulanten Operation und mit einer an einen Zuschlag nach den Nummern 446 bis 447 gebundenen Anästhesie bzw. Narkose berechnet werden.

Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluß an die zugeordnete operative bzw. anästhesiologische Leistung aufzuführen.

4. Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlages nach den Nummern 442 bis 445 sowie 446 oder 447 ist die erbrachte Operations- bzw. Anästhesieleistung mit der höchsten Punktzahl. Eine Zuordnung des Zuschlags nach den Nummern 442 bis 445 sowie 446 bis 447 zu der Summe der jeweils ambulant erbrachten einzelnen Operations- bzw. Anästhesieleistungen ist nicht möglich.
5. Die Leistungen nach den Nummern 448 und 449 sind im Zusammenhang mit derselben Operation nur von einem der an dem Eingriff beteiligten Ärzte und nur entweder neben den Leistungen nach den Nummern 442 bis 445 oder den Leistungen nach den Nummern 446 bis 447 berechnungsfähig. Neben den Leistungen nach den Nummern 448 oder 449 darf die Leistung nach Nummer 56 nicht berechnet werden.
6. Die Zuschläge nach den Nummern 442 bis 449 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 ambulanten Operation notwendig oder entsprechend begründet wird.

440	Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei ambulanten operativen Leistungen  Der Zuschlag nach Nummer 440 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.	400	23,31	-	-
441	Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei ambulanten operativen Leistungen, je Sitzung  Der Zuschlag nach Nummer 441 beträgt 100 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 67,49 Euro  Der Zuschlag nach Nummer 441 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.				

\* = reduzierter Gebührenrahmen

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
* = reduzierter Gebührenrahmen					
442	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 250 bis 499 Punkten bewertet sind  Der Zuschlag nach Nummer 442 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 442 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 443 bis 445 nicht berechnungsfähig.	400	23,31	-	-
443	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 500 bis 799 Punkten bewertet sind  Der Zuschlag nach Nummer 443 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 443 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.	750	43,72	-	-
444	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind  Der Zuschlag nach Nummer 444 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 444 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 443 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.	1300	75,77	-	-
445	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind  Der Zuschlag nach Nummer 445 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 445 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442 bis 444 nicht berechnungsfähig.	2200	128,23	-	-
446	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, die mit Punktzahlen von 200 bis 399 Punkten bewertet sind  Der Zuschlag nach Nummer 446 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 446 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 447 nicht berechnungsfähig.	300	17,49	-	-
447	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, die mit 400 und mehr Punkten bewertet sind  Der Zuschlag nach Nummer 447 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 447 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 446 nicht berechnungsfähig.	650	37,89	-	-
448	Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen.  Der Zuschlag nach Nummer 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 448 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1 - 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nummer 449 nicht berechnungsfähig.	600	34,97	-	-
449	Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als vier Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen  Der Zuschlag nach Nummer 449 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 449 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1 - 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nummer 448 nicht berechnungsfähig.	900	52,46	-	-

\* = reduzierter Gebührenrahmen

## Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
* = reduzierter Gebührenrahmen					

### D. Anästhesieleistungen

#### Allgemeine Bestimmungen

Bei der Anwendung mehrerer Narkose- oder Anästhesieverfahren nebeneinander ist nur die jeweils höchstbewer- tete dieser Leistungen berechnungsfähig; eine erforderliche Prämedikation ist Bestandteil dieser Leistung. Als Narkosedauer gilt die Dauer von zehn Minuten vor Operationsbeginn bis zehn Minuten nach Operationsende.

450	Rauschnarkose - auch mit Lachgas -	76	4,43	10,19	15,51
451	Intravenöse Kurznarkose	121	7,05	16,22	24,68
452	Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkoti- kums)	190	11,07	25,46	38,75

### E. Physikalisch-medizinische Leistungen

#### Allgemeine Bestimmungen

In den Leistungen des Abschnittes E sind alle Kosten enthalten mit Ausnahme der für Inhalationen sowie für die Photochemotherapie erforderlichen Arzneimittel.

#### V. Wärmebehandlung

535*	Heißluftbehandlung eines Körperteils (z. B. Kopf oder Arm)	33	1,92	3,46	4,80
538*	Infrarotbehandlung, je Sitzung	40	2,33	4,19	5,83
539*	Ultraschallbehandlung	44	2,56	4,61	6,40

### VI. Elektrotherapie

548*	Kurzwellen, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequen- ter Ströme)	37	2,16	3,89	5,40
551*	Reizstrombehandlung (Anwendung niederfrequenter Ströme) - auch bei wechselweiser Anwendung verschiedener Impuls- oder Stromformen und gegebenenfalls unter Anwendung von Saugelektroden -  Wird Reizstrombehandlung nach Nummer 551 gleichzeitig ne- ben einer Leistung nach den Nummern 535, 536, 538, 539, 548, 549, 552 oder 747 an demselben Körperteil oder an den- selben Körperteilen verabreicht, so ist nur die höherbewertete Leistung berechnungsfähig; dies gilt auch bei Verwendung ei- nes Apparatesystems an mehreren Körperteilen.	48	2,80	5,04	7,00
552*	Iontophorese	44	2,56	4,61	6,40

### J. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

1465	Punktion einer Kieferhöhle - gegebenenfalls einschließlich Spü- lung und/oder Instillation von Medikamenten -	119	6,94	15,96	24,29
1467	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle vom Mundvorhof aus - einschließlich Fensterung -	407	23,72	54,56	83,02
1468	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle von der Nase aus	296	17,25	39,68	60,38

\* = reduzierter Gebührenrahmen

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
* = reduzierter Gebührenrahmen					
1479	Ausspülung der Kiefer-, Keilbein-, Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus - auch Spülung mehrerer dieser Höhlen, auch einschließlich Instillation von Arzneimitteln -	59	3,44	7,91	12,04
1485	Operative Eröffnung und Ausräumung der Stirnhöhle oder der Kieferhöhle oder der Siebbeinzellen von außen	924	53,86	123,88	188,51
1486	Radikaloperation der Kieferhöhle	1110	64,70	148,81	226,45
1508	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus dem Rachen oder Mund	93	5,42	12,47	18,97
1509	Operative Behandlung einer Mundbodenphlegmone	463	26,99	62,08	94,47
1518	Operation einer Speichelfistel	739	43,07	99,06	150,75
1519	Operative Entfernung von Speichelstein(en)	554	32,29	74,27	113,02
1559*	Sprachübungsbehandlung – einschließlich aller dazu gehörender Maßnahmen (z. B. Artikulationsübung, Ausbildung fehlender Laute, Satzstrukturübung, Redeflußübung, gegebenenfalls auch mit Atemtherapie und physikalischen Maßnahmen) -, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 30 Minuten	207	12,07	21,37	30,18

## L. Chirurgie, Orthopädie

### Allgemeine Bestimmungen

Zur Erbringung der in Abschnitt L aufgeführten typischen operativen Leistungen sind in der Regel mehrere operative Einzelschritte erforderlich. Sind diese Einzelschritte methodisch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung, so können sie nicht gesondert berechnet werden.

Werden mehrere Eingriffe in der Brust- oder Bauchhöhle in zeitlichem Zusammenhang durchgeführt, die jeweils in der Leistung die Eröffnung dieser Körperhöhlen enthalten, so darf diese nur einmal berechnet werden; die Vergütungssätze der weiteren Eingriffe sind deshalb um den Vergütungssatz nach Nummer 2990 oder Nummer 3135 zu kürzen.

## I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung

2000	Erstversorgung einer kleinen Wunde	70	4,08	9,38	14,28
2001	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Naht	130	7,58	17,43	26,53
2002	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	160	9,33	21,46	32,66
2003	Erstversorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde	130	7,58	17,43	26,53
2004	Versorgung einer großen Wunde einschließlich Naht	240	13,99	32,18	48,97
2005	Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	400	23,31	53,61	81,59
	Neben den Leistungen nach den Nummern 2000 bis 2005 ist die Leistung nach Nummer 2033 nicht berechnungsfähig, wenn die Extraktion des Nagels Bestandteil der Wundversorgung ist.				
2006	Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündungserscheinungen oder Eiterungen aufweist – auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde -	63	3,67	8,44	12,85
2007	Entfernung von Fäden oder Klammern	40	2,33	5,36	8,16
2008	Wund- oder Fistelspaltung	90	5,25	12,08	18,38
2009	Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers	100	5,83	13,41	20,41

\* = reduzierter Gebührenrahmen

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
* = reduzierter Gebührenrahmen					

2010	Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen	379	22,09	50,81	77,32
------	--	-----	-------	-------	-------

### III. Gelenkchirurgie

#### Allgemeine Bestimmungen

Werden Leistungen nach den Nummern 2102, 2104, 2112, 2113, 2117, 2119, 2136, 2189, 2190, 2191 und/oder 2193 an demselben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung erbracht, so sind diese Leistungen nicht mehrfach und nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Neben den Leistungen nach den Nummern 2189 bis 2196 sind die Leistungen nach den Nummern 300 bis 302 sowie 3300 nicht berechnungsfähig.

Die Leistungen nach den Nummern 2192, 2195 und/oder 2196 sind für operative Eingriffe an demselben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

2101	Naht der Gelenkkapsel eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	554	32,29	74,27	113,02
2118	Operative Fremdkörperentfernung aus einem Kiefer-, Finger-, Hand-, Zehen- oder Fußgelenk	463	26,99	62,08	94,47
2156	Eröffnung eines vereiterten Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	463	26,99	62,08	94,47

### V. Knochenchirurgie

2253	Knochenspanentnahme	647	37,71	86,73	131,99
2254	Implantation von Knochen	739	43,07	99,06	150,75
2255	Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen (Knochenspäne)	1480	86,27	198,42	301,95

### VII. Chirurgie der Körperoberfläche

2381	Einfache Hautlappenplastik	370	21,57	49,61	75,50
2382	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation	739	43,07	99,06	150,75
2401	Probeexzision aus oberflächlich gelegenem Körpergewebe (z. B. Haut, Schleimhaut, Lippe)	133	7,75	17,83	27,13
2403	Exzision einer in oder unter der Haut oder Schleimhaut liegenden kleinen Geschwulst	133	7,75	17,83	27,13
2404	Exzision einer größeren Geschwulst (z. B. Ganglion, Faszien- geschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom)	554	32,29	74,27	113,02
2428	Eröffnung eines oberflächlich unter der Haut oder Schleimhaut liegenden Abszesses oder eines Furunkels	80	4,66	10,72	16,31
2430	Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses	303	17,66	40,62	61,81
2431	Eröffnung eines Karbunkels - auch mit Exzision -	379	22,09	50,81	77,32
2432	Eröffnung einer Phlegmone	473	27,57	63,41	96,50
2442	Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütte- rung, als selbständige Leistung	900	52,46	120,66	183,61

### VIII. Neurochirurgie

2581	Freilegung und Exhairese eines peripheren Trigeminasastes	924	53,86	123,88	188,51
------	---	-----	-------	--------	--------

\* = reduzierter Gebührenrahmen

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
* = reduzierter Gebührenrahmen					

**IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie**

2620	Operation der isolierten Lippenspalte	750	43,72	100,56	153,02
2621	Operation der breiten Lippen-Kieferspalte mit Naseneingangsplastik	1500	87,43	201,09	306,01
2622	Plastisch-chirurgische Behandlung einer kompletten Gesichtspalte - einschließlich Osteotomien und Osteoplastiken -	9000	524,59	1206,56	1836,07
2625	Verschuß des weichen oder harten Gaumens oder Verschuß von perforierenden Defekten im Bereich von Gaumen oder Vestibulum	1250	72,86	167,58	255,01
2626	Velopharyngoplastik	2500	145,72	335,16	510,02
2627	Verschuß des harten und weichen Gaumens	2000	116,57	268,11	408,00
2630	Operative Rekonstruktion eines Mittelgesichts einschließlich Osteotomie und/oder Osteoplastik	6000	349,72	804,36	1224,02
2640	Operative Verlagerung des Oberkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	1200	69,94	160,86	244,79
2642	Operative Verlagerung des Unterkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	1850	107,83	248,01	377,41
2650	Entfernung eines extrem verlagerten oder retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen	740	43,13	99,20	150,96
2651	Entfernung tiefliegender Fremdkörper oder Sequestrotomie durch Osteotomie aus dem Kiefer	550	32,06	73,74	112,21
2655	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystektomie	950	55,37	127,35	193,80
2656	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystektomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagertes Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion	620	36,14	83,12	126,49
2657	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystostomie	760	44,30	101,89	155,05
2658	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystostomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagertes Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion	500	29,14	67,02	101,99
2660	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich durch Freilegung und Abbinden oder Umstechung des Gefäßes oder durch Knochenbolzung, als selbständige Leistung	400	23,31	53,61	81,59
2670	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung -	500	29,14	67,02	101,99
2671	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, in Verbindung mit den Leistungen nach den Nummern 2675 oder 2676	300	17,49	40,23	61,22
2675	Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuboplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	850	49,54	113,94	173,39

\* = reduzierter Gebührenrahmen



Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
* = reduzierter Gebührenrahmen					

2676	Totale Mundboden- oder Vestibulumplastik zur Formung des Prothesenlagers mit partieller Ablösung der Mundbodenmuskulatur, je Kiefer	2200	128,23	294,93	448,81
2677	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung	700	40,80	93,84	142,80
2680	Einrenkung der Luxation des Unterkiefers	100	5,83	13,41	20,41
2681	Einrenkung der alten Luxation des Unterkiefers	400	23,31	53,61	81,59
2682	Operative Einrenkung der Luxation eines Kiefergelenks	1400	81,60	187,68	285,60
2685	Reposition eines Zahnes	200	11,66	26,82	40,81
2686	Reposition eines zahntragenden Bruchstücks des Alveolarfortsatzes	300	17,49	40,23	61,22
2687	Allmähliche Reposition des gebrochenen Ober- oder Unterkiefers oder eines schwer einstellbaren oder verkeilten Bruchstücks des Alveolarfortsatzes	1300	75,77	174,27	265,20
2688	Fixation bei nicht dislozierter Kieferfraktur durch Osteosynthese oder Aufhängung	750	43,72	100,56	153,02
2690	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Unterkieferbruch, je Kieferhälfte	1000	58,29	134,07	204,02
2691	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Ausprengung des Oberkiefers an der Schädelbasis	3600	209,83	482,61	734,41
2692	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Kieferbruch im Mittelgesichtsbereich - gegebenenfalls einschließlich Jochbeinbruch und/oder Nasenbeinbruch -, je Kieferhälfte	1500	87,43	201,09	306,01
2693	Operative Reposition und Fixation einer isolierten Orbitaboden-, Jochbein- oder Jochbogenfraktur	1200	69,94	160,86	244,79
2694	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen, je Fraktur	450	26,23	60,33	91,81
2695	Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intra- und extraorale Schienenverbände und Stützapparate	2700	157,38	361,97	550,83
2696	Drahtumschlingung des Unterkiefers oder orofaziale Drahtaufhängung, auch beidseitig	500	29,14	67,02	101,99
2697	Anlegen von Drahtligaturen, Drahthäkchen oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung	350	20,40	46,92	71,40
2698	Anlegen und Fixation einer Schiene am unverletzten Ober- oder Unterkiefer	1500	87,43	201,09	306,01
2699	Anlegen und Fixation einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer	2200	128,23	294,93	448,81
2700	Anlegen von Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen (z. B. Verbandsplatte, Pelotte) am Ober- oder Unterkiefer oder bei Kieferklemme	350	20,40	46,92	71,40
2701	Anlegen von extraoralen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen, einer Verbands- oder Verschlussplatte, Pelotte oder dergleichen - im Zusammenhang mit plastischen Operationen oder zur Verhütung oder Behandlung von Narbenkontrakturen -	1800	104,92	241,32	367,22
2702	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten - auch Entfernung von Schienen oder Stützapparaten -, je Kiefer	300	17,49	40,23	61,22

\* = reduzierter Gebührenrahmen

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
	* = reduzierter Gebührenrahmen				
2705	Osteotomie nach disloziert verheilten Fraktur im Mittelgesicht - einschließlich Osteosynthese -	1700	99,09	227,91	346,82
2706	Osteotomie nach disloziert verheilten Fraktur im Unterkiefer - einschließlich Osteosynthese -	1300	75,77	174,27	265,20
2710	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers - auch Segmentosteotomie -, als selbständige Leistung	1100	64,12	147,48	224,42
2711	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers - auch Segmentosteotomie -, in Verbindung mit den Leistungen nach den Nummern 2640 oder 2642	750	43,72	100,56	153,02
2712	Halbseitenresektion des Ober- oder Unterkiefers	3000	174,86	402,18	612,01
2715	Suprahyoidale Lymphknotenausräumung einer Seite - einschließlich Darstellung und gegebenenfalls Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen -	2000	116,57	268,11	408,00
2716	Radikale Halslymphknotenausräumung einer Seite - einschließlich Darstellung und gegebenenfalls Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen -	5000	291,44	670,31	1020,04
2720	Osteotomie im Zusammenhang mit operativen Eingriffen am Mundboden - einschließlich Osteosynthese -	800	46,63	107,25	163,21
2730	Operative Maßnahmen zur Lagerbildung beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	500	29,14	67,02	101,99
2732	Operation zur Lagerbildung für Knochen oder Knorpel bei ausgedehnten Kieferdefekten	2000	116,57	268,11	408,00

\* = reduzierter Gebührenrahmen

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	*1,15-fach	*1,3-fach
	* = reduzierter Gebührenrahmen				

## M. Laboratoriumsuntersuchungen

### Allgemeine Bestimmungen

1. Die Gebühren für Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts M umfassen die Eingangsbegutachtung des Probenmaterials, die Probenvorbereitung, die Durchführung der Untersuchung (einschließlich der erforderlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen) sowie die Erstellung des daraus resultierenden ärztlichen Befunds. Mit den Gebühren für die berechnungsfähigen Leistungen sind außer den Kosten – mit Ausnahme der Versand- und Portokosten sowie der Kosten für Pharmaka im Zusammenhang mit Funktionstesten – auch die Beurteilung, die obligatorische Befunddokumentation, die Befundmitteilung sowie der einfache Befundbericht abgegolten. Die Verwendung radioaktiven Materials kann nicht gesondert berechnet werden. Kosten für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft sind nicht berechnungsfähig.
2. Stehen dem Arzt für die Erbringung bestimmter Laboruntersuchungen mehrere in ihrer klinischen Aussagefähigkeit und analytischen Qualität gleichwertige Verfahren zur Verfügung, so kann er nur das niedriger bewertete Verfahren abrechnen.
3. Bei Weiterversand von Untersuchungsmaterial durch einen Arzt an einen anderen Arzt wegen der Durchführung von Laboruntersuchungen der Abschnitte M III und/oder M IV hat die Rechnungsstellung durch den Arzt zu erfolgen, der die Laborleistung selbst erbracht hat.
4. Mehrmalige Blutentnahmen an einem Kalendertag (z. B. im Zusammenhang mit Funktionsprüfungen) sind entsprechend mehrfach berechnungsfähig. Anstelle der Blutentnahme kann die intravenöse Einbringung von Testsubstanzen berechnet werden, wenn beide Leistungen bei liegender Kanüle nacheinander erbracht werden. Entnahmen aus liegender Kanüle oder liegendem Katheter sind nicht gesondert berechnungsfähig.
5. Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus einzelnen Meßgrößen ist nicht berechnungsfähig (z. B. Clearance-Berechnungen, mittlerer korpuskulärer Hämoglobingehalt).
6. Die in Abschnitt M enthaltenen Höchstwerte umfassen alle Untersuchungen aus einer Art von Körpermaterial (z. B. Blut einschließlich seiner Bestandteile Serum, Plasma und Blutzellen), das an einem Kalendertag gewonnen wurde, auch wenn dieses an mehreren Tagen untersucht wurde. Sind aus medizinischen Gründen an einem Kalendertag mehrere Untersuchungen einer Meßgröße aus einer Materialart zur verschiedenen Tageszeiten erforderlich, so können diese entsprechend mehrfach berechnet werden. Bestehen für diese Bestimmungen Höchstwerte, so gehen sie in den Höchstwert mit ein. Die Unter Höchstwerte fallenden Untersuchungen sind in der 5. und 6. Stelle der Gebührennummer durch H1 bis H4 gekennzeichnet. Diese Kennzeichnung ist Bestandteil der Gebührennummer und muß in der Rechnung angegeben werden. Die erbrachten Einzelleistungen sind auch dann in der Rechnung aufzuführen, wenn für diese ein Höchstwert berechnet wird.
7. Werden Untersuchungen, die Bestandteil eines Leistungskomplexes sind (z. B. Spermogramm), als selbständige Einzelleistungen durchgeführt, so darf die Summe der Vergütungen für diese Einzelleistungen die für den Leistungskomplex festgelegte Vergütung nicht überschreiten.
8. Für die analoge Abrechnung einer nicht aufgeführten selbständigen Laboruntersuchung ist die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand zutreffendste Gebührennummer aus den Abschnitten M II bis M IV zu verwenden. In der Rechnung ist diese Gebührennummer durch Voranstellen des Buchstabens „A“ als Analogabrechnung zu kennzeichnen.
9. Sofern erforderlich, sind in den Katalogen zu den Meßgrößen die zur Untersuchung verwendeten Methoden in Kurzbezeichnung aufgeführt. In den folgenden Fällen werden verschiedene Methoden unter einem gemeinsamen Oberbegriff zusammengefaßt:  
Agglutination: Agglutinationsreaktionen (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination, Bakterienagglutination);  
Immundiffusion: Immundiffusions- (radiale), Elektroimmundiffusions-, nephelometrische oder turbidimetrische Untersuchungen;  
Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden: Lichtmikroskopische Untersuchungen mit Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung zum Nachweis von Antigenen oder Antikörpern;  
Ligandenassay: Enzym-, Chemolumineszenz-, Fluoreszenz-, Radioimmunoassay und ihre Varianten.  
 Die Gebühren für Untersuchungen mittels Ligandenassay beinhalten grundsätzlich eine Durchführung in Doppelbestimmung einschließlich aktueller Bezugskurve. Bei der Formulierung „ – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – “ ist die Durchführung fakultativ, bei der Formulierung „ – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – “ ist die Durchführung obligatorisch zu Berechnung der Gebühr. Wird eine Untersuchung mittels Ligandenassay, die obligatorisch eine Doppelbestimmung beinhaltet, als Einfachbestimmung durchgeführt, so dürfen nur zwei Drittel der Gebühr berechnet werden.
10. Sofern nicht gesondert gekennzeichnet, handelt es sich bei den aufgeführten Untersuchungen um quantitative oder semiquantitative Bestimmungen.

\* = reduzierter Gebührenrahmen

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	*1,15-fach	*1,3-fach
	* = reduzierter Gebührenrahmen				

11. Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte M I, M II und M III (mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 3980 bis 4014) im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nummer 435 sind nur nach Nummer 437 berechnungsfähig.

#### IV. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern

##### Allgemeine Bestimmung

Werden Untersuchungen berechnet, die im methodischen Aufwand mit im Leistungstext konkret benannten Untersuchungen vergleichbar sind, so muß die Art der berechneten Untersuchungen genau bezeichnet werden.

##### 1. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Bakterien

###### a. Untersuchungen von Nativmaterial

	Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien - einschließlich einfacher Anfärbung - , qualitativ, je Untersuchung	90	5,25	6,04	6,83
4506*	Methylenblaufärbung				
4508*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.				

###### b. Züchtung/Gewebekultur

4530*	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch einfache Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Nährböden, aerob (z. B. Blut-, Endo-, McConkey-Agar, Nährbouillon), je Nährmedium  Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4530 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.	80	4,66	5,36	6,06
4531*	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung bei besonderer Temperatur, je Nährmedium  Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4531 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.	100	5,83	6,70	7,58

##### 3. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen

###### b. Züchtung

4715*	Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf einfachen Nährmedien (z. B. Sabouraud-Agar), je Nährmedium  Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4715 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.	100	5,83	6,70	7,58
-------	---	-----	------	------	------

\* = reduzierter Gebührenrahmen

## Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
	* = reduzierter Gebührenrahmen				

### N. Histologie, Zytologie und Zytogenetik

#### I. Histologie

4800	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials	217	12,65	29,10	44,28
4802	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials mit besonders schwieriger Aufbereitung desselben (z. B. Knochen mit Entkalkung)	289	16,85	38,76	58,98
4810	Histologische Untersuchung eines Materials und zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik	289	16,85	38,76	58,98
4816	Histologische Sofortuntersuchung und -begutachtung während einer Operation (Schnellschnitt)	250	14,57	33,51	51,00

#### II. Zytologie

4852*	Zytologische Untersuchung von z. B. Punkttaten, Sputum, Sekreten, Spülflüssigkeiten mit besonderen Aufbereitungsverfahren - gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material -, je Untersuchungsmaterial	174	10,14	18,25	25,35
-------	--	-----	-------	-------	-------

### O. Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie

#### I. Strahlendiagnostik

##### Allgemeine Bestimmungen

1. Mit den Gebühren sind alle Kosten (auch für Dokumentation und Aufbewahrung der Datenträger) abgegolten.
2. Die Leistungen für Strahlendiagnostik mit Ausnahme der Durchleuchtung(en) (Nummer 5295) sind nur bei Bilddokumentation auf einem Röntgenfilm oder einem anderen Langzeitdatenträger berechnungsfähig.
3. Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose ist Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.
4. Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen (auch Fremdaufnahmen) als selbständige Leistung ist nicht berechnungsfähig.
5. Die nach der Strahlenschutzverordnung bzw. Röntgenverordnung notwendige ärztliche Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfangs ist auch im Überweisungsfall Bestandteil der Leistungen des Abschnitts O und mit den Gebühren abgegolten.
6. Die Leistungen nach den Nummern 5011, 5021, 5031, 5101, 5106, 5121, 5201, 5267, 5295, 5302, 5305, 5308, 5311, 5318, 5331, 5339, 5376 und 5731 dürfen unabhängig von der Anzahl der Ebenen, Projektionen, Durchleuchtungen bzw. Serien insgesamt jeweils nur einmal berechnet werden.
7. Die Kosten für Kontrastmittel auf Bariumbasis und etwaige Zusatzmittel für die Doppelkontrastuntersuchung sind in den abrechnungsfähigen Leistungen enthalten.

#### 1. Skelett

##### Allgemeine Bestimmung

Neben den Leistungen nach den Nummern 5050, 5060 und 5070 sind die Leistungen nach den Nummern 300 bis 302, 372, 373, 490, 491 und 5295 nicht berechnungsfähig.

##### Zähne

5000*	Zähne, je Projektion  Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so darf die Leistung nach Nummer 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.	50	2,91	5,24	7,28
5002*	Panoramaaufnahme(n) eines Kiefers	250	14,57	26,23	36,43

\* = reduzierter Gebührenrahmen

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
* = reduzierter Gebührenrahmen					

5004*	Panoramaschichtaufnahme der Kiefer	400	23,31	41,96	58,28
5020*	Handgelenk, Mittelhand, alle Finger einer Hand, Sprunggelenk, Fußwurzel und/oder Mittelfuß, Kniescheibe	220	12,82	23,08	32,05
5021*	jeweils in zwei Ebenen				
	ergänzende Ebene(n)	80	4,66	8,39	11,65
Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5020 und 5021 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.					
5030*	Oberarm, Unterarm, Ellenbogengelenk, Oberschenkel, Unterschenkel, Kniegelenk, ganze Hand oder ganzer Fuß, Gelenke der Schulter, Schlüsselbein, Beckenteilaufnahme, Kreuzbein oder Hüftgelenk	360	20,98	37,76	52,45
5031*	jeweils in zwei Ebenen				
	ergänzende Ebene(n)	100	5,83	10,49	14,58
Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5030 und 5031 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.					
5035*	Teile des Skeletts in einer Ebene, je Teil	160	9,33	16,79	23,33
Die Leistung nach Nummer 5035 ist je Skeletteil und Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Das untersuchte Skeletteil ist in der Rechnung anzugeben.					
Die Leistung nach Nummer 5035 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 nicht berechnungsfähig.					
5060*	Kontrastuntersuchung eines Kiefergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -	500	29,14	52,45	72,85
5070*	Kontrastuntersuchung der übrigen Gelenke, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -, je Gelenk	400	23,31	41,96	58,28
5090*	Schädel-Übersicht, in zwei Ebenen	400	23,31	41,96	58,28
5095*	Schädelteile in Spezialprojektionen, je Teil	200	11,66	20,99	29,15
5098*	Nasennebenhöhlen - gegebenenfalls auch in mehreren Ebenen -	260	15,15	27,27	37,88

4. Spezialuntersuchungen

5298*	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5010 bis 5290 bei Anwendung digitaler Radiographie (Bildverstärker-Radiographie)				
Der Zuschlag nach Nummer 5298 beträgt 25 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.					

\* = reduzierter Gebührenrahmen



---

## Speicheltests Wie rechnet man sie ab?

---

Die GOZ-Kommission der Zahnärztekammer Nordrhein gibt nachfolgende Empfehlung zur Berechnung von Speicheltests:

Speicheltests sind als nicht notwendige Maßnahmen nach § 2 Absatz 3 der GOZ für nicht in den Gebührenordnungen beschriebenen Leistungen zu vereinbaren, wenn die Notwendigkeit nach § 1 Absatz 2 Satz 1 GOZ nicht gegeben ist.

Falls Sie aber dennoch der persönlichen Überzeugung sein sollten, Speicheltests im Einzelfall als unbedingt notwendig zu erachten, dann sind diese Maßnahmen auch nach § 6 Absatz 2 der GOZ "entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen" zu berechnen. Die "entsprechende" GOZ-Position müssen Sie selbst festlegen. Eine Vorgabe von Analogleistungen kann daher von seiten der Zahnärztekammer nicht erfolgen.

Durch die Novellierung der GOÄ zum 01.01.1996 ergeben sich für Speicheltests neue Berechnungsmöglichkeiten, die wir Ihnen aus gebührenrechtlicher Sicht bei einer Berechnung nach § 6 Absatz 1 GOZ nachstehend zur Kenntnis geben können:

---



---

## Speicheltests

---

Entnahme zur mikrobiologischen Untersuchung [GOÄ 298]  
(Gebührenrahmen 1 - 3,5-fach)

Streptococcus mutans, SM-Test [GOÄ 4538]  
(Gebührenrahmen 1 - 1,3-fach)

Laktobazillen, LB-Test [GOÄ 4531]  
(Gebührenrahmen 1 - 1,3-fach)

Pilznachweis Oricult [GOÄ 4715]  
(Gebührenrahmen 1 - 1,3-fach)

pH-Wert Bestimmung des Speichels [GOÄ 3714]  
(Gebührenrahmen 1 - 1,3-fach)

Speichelfließrate  
[*Möglichkeit*: analog § 6 Absatz 2 GOÄ 3712]  
(Gebührenrahmen 1 - 1,3-fach)

Pufferkapazitätsbestimmung  
[*Möglichkeit*: analog § 6 Absatz 2 GOÄ 3715]  
(Gebührenrahmen 1 - 1,3-fach)

DNS-Sondentest [GOÄ 4785 ]  
(Gebührenrahmen 1 - 1,3-fach)

Die Kosten für die Testdurchführung sind mit der Gebühr abgegolten (keine zusätzliche Rechnung des Labors möglich). Der Ersatz von Auslagen gemäß § 3 GOZ in Verbindung mit § 10 GOÄ für mit einmaliger Anwendung verbrauchte Medikamente/Materialien ist zusätzlich berechnungsfähig.

---