



BUNDESZAHNÄRZTEKAMMER



Kommentar
der hochfrequenten GOÄ-Leistungen
bei der Rechnungserstellung in der Zahnarztpraxis
Stand September 2017



Direktzugriff zu den Inhalten per Klick

2	Vorwort
3	Autoren
4	Grundlagen
6	B Grundleistungen und allgemeine Leistungen
7	I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen
13	II. Zuschlage zu Beratungen und Untersuchungen nach Nummern 0001, 0003, 0004, 0005, 0006, 0007 oder 0008
14	III. Spezielle Untersuchungen und Beratungen
18	IV. Visiten, Konsiliarttigkeit, Besuche Assistenz
21	V. Zuschlage zu den Leistungen nach den Nummern 0045 bis 0062
22	VI. Berichte, Briefe
27	L Chirurgie, Orthopdie
28	I. Wundversorgung, Fremdkrperentfernung
29	VII. Chirurgie der Krperoberflche
32	O Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie
33	I. Strahlendiagnostik
33	1. Skelett
39	7. Computertomographie
40	Impressum

Die Gebührenordnung für Ärzte ist auch in der Zahnarztpraxis eine wichtige Grundlage für die Berechnung von Leistungen. Der Zahnarzt hat nach § 6 Abs. 2 den Zugriff auf einen beschränkten Bereich der Gebührenordnung für Ärzte, soweit die Leistung nicht als selbständige Leistung oder Teil einer anderen Leistung im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte enthalten ist. Die von Zahnärzten erbrachten GOÄ-Leistungen werden in der GOZ-Analyse der Bundeszahnärztekammer mit erfasst. Im Wesentlichen sind es nur einige wenige Leistungen der GOÄ, welche in hoher Frequenz von allgemein Zahnärztlichen Praxen erbracht und berechnet werden. Die Abrechnungsmodalitäten dieser Leistungen führen gelegentlich auch bei den Zahnärztekammern zu Anfragen. Auf Beschluss des Bundesvorstands der Bundeszahnärztekammer vom 17.05.2017 hat der Ausschuss für Gebührenrecht daher in Ergänzung zum bereits seit 2012 bestehenden umfassenden Kommentar zur Gebührenordnung für Zahnärzte einen Kurzkomentar zur Gebührenordnung für Ärzte 2002 erarbeitet.

Ganz bewusst wurde dieser Kommentar trotz einer weit fortgeschrittenen Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte erstellt, da zum gegenwärtigen Zeitpunkt deren Inkrafttreten nicht bekannt ist. Gleichwohl besteht in den Praxen ein Bedarf nach Informationen zur korrekten Anwendung der jetzt gültigen Gebührenordnung für Ärzte.

In dieser ersten Ausgabe werden zunächst die am häufigsten angewendeten Gebührensätze der Gebührenordnung für Ärzte insbesondere unter dem Aspekt des zahnärztlichen Zugriffs sowie weitere nahe liegende Gebührensätze kommentiert. Der Kommentar soll in der zahnärztlichen Praxis eine Abrechnungshilfe bieten. Dabei kann er wesentlich umfassendere Kommentarausgaben zur gesamten ärztlichen Gebührenordnung nicht ersetzen. Er erscheint nicht in gedruckter Form sondern wird nur als Datei auf der Homepage der Bundeszahnärztekammer implementiert und bleibt damit eine ständig aktualisierbare Hilfe für die Anwendung und bessere Verständlichkeit der Gebührenordnung.

Berlin, August 2017



Dr. Peter Engel
Präsident der Bundeszahnärztekammer



Dr. Wolfgang Menke
Vorsitzender des Ausschusses für Gebührenrecht der Bundeszahnärztekammer

Dr. Wolfgang Menke

Vorsitzender des Ausschusses Gebührenrecht der Bundeszahnärztekammer

Dr. Roland Kaden

Mitglied des Ausschusses Gebührenrecht der Bundeszahnärztekammer und Vorsitzender der GOZ-Arbeitsgruppe Nord

ZA Jost Rieckesmann

Mitglied des Ausschusses Gebührenrecht der Bundeszahnärztekammer und Vorsitzender der GOZ-Arbeitsgruppe Mitte

Dr. Jan Wilz

Mitglied des Ausschusses Gebührenrecht der Bundeszahnärztekammer und Vorsitzender der GOZ-Arbeitsgruppe Süd

RA (Syndikusrechtsanwalt) René Krouský,

Stellv. Hauptgeschäftsführer und Justitiar der Bundeszahnärztekammer

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ v. 01.01.2012)

§ 6 Gebühren für andere Leistungen

(2) Die Vergütungen sind nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte zu berechnen, soweit die Leistung nicht als selbständige Leistung oder Teil einer anderen Leistung im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte enthalten ist und wenn die Leistungen, die der Zahnarzt erbringt, in den folgenden Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt sind:

1. B I, B II, B III unter den Nummern 30, 31 und 34, B IV bis B VI,
2. C I unter den Nummern 200, 204, 210 und 211, C II, C III bis C VII, C VIII nur soweit eine zugrunde liegende ambulante operative Leistung berechnet wird,
3. E V und E VI
4. J
5. L I, L II unter den Nummern 2072 bis 2074, L III, L V unter den Nummern 2253 bis 2256 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VI unter den Nummern 2321, 2355 und 2356 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VII, L IX,
6. M unter den Nummern 3511, 3712, 3714, 3715, 4504, 4530, 4538, 4605, 4606 und 4715
7. N unter der Nummer 4852 sowie
8. O.

Gebührenverzeichnis der GOZ

A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Eine Beratungsgebühr nach der Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen - Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte in der am 01.01.2012 geltenden Fassung - darf im Behandlungsfall nur einmal zusammen mit einer Gebühr für eine Leistung nach diesem Gebührenverzeichnis und für eine Leistung aus den Abschnitten C bis O des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen berechnet werden.

Eine Beratungsgebühr nach der Nummer 3 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Untersuchung nach der Nummer 0010 oder einer Untersuchung nach den Nummern 5 oder 6 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen. Andere weitere Leistungen dürfen neben der Leistung nach der Nummer 3 nicht berechnet werden.

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

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ v. 01.01.2002)

§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

(1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich, soweit in den Absätzen 3 bis 5 nichts anderes bestimmt ist, 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 5,82873 Cent. Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden.

(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; dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen. 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.

(3) Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem Einfachen bis Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 2,3fachen des Gebührensatzes das 1,8fache des Gebührensatzes tritt.

Kommentar

Der Gebührensatz ist das Produkt aus Punktzahl der Leistung und dem Punktwert. Die Gebühr ist das Produkt aus Punktzahl, Punktwert und Steigerungssatz. Entsprechend der Auffassung von Bundesärztekammer und Bundesgesundheitsministerium soll die kaufmännische Rundung erst nach der Multiplikation mit dem Steigerungssatz erfolgen (analog der Bestimmung in der GOZ 2012). Aufgrund früherer Verfahren mit Rundung bereits beim Gebührensatz gibt es Gebührenverzeichnisse der GOÄ, bei denen bei höheren Faktoren die zweite Nachkommastelle leicht differiert.

Bei den Leistungen die von Zahnärzten häufiger angewendet werden, gilt der eingeschränkte Gebührenrahmen bei den Röntgenleistungen sowie bei der GOÄ Nrn. 0002 und 0056.

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 0001 und/oder 0005 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

3.

Die Leistungen nach den Nummern 0001, 0003, 0005, 0006, 0007 und/oder 0008 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 0001, 0005, 0006, 0007 und/oder 0008 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen, bei der Leistung nach Nummer 0003 generell zu begründen.

4.

Die Leistungen nach den Nummern 0001, 0003, 0022, 0030 und/oder 0034 sind neben den Leistungen nach den Nummern 0804 bis 0812, 0817, 0835, 0849, 0861 bis 0864, 0870, 0871, 0886 sowie 0887 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 0001, 0003, 0004, 0005, 0006, 0007, 0008 und/oder 0015 nicht berechnungsfähig.

6.

Besuchsgebühren nach den Nummern 0048, 0050 und/oder 0051 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig.

7.

Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.

8.

Neben einer Leistung nach Nummer 0005, 0006, 0007 oder 0008 sind die Leistungen nach den Nummern 0600, 0601, 1203, 1204, 1228, 1240, 1400, 1401 und 1414 nicht berechnungsfähig.

GOÄ Nr. 0001

Beratung – auch mittels Fernsprecher

Punktzahl	80 Punkte		
Faktor	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
Gebühr in €	4,66 €	10,72 €	16,32 €

Kommentar

Die GOÄ Nr. 0001 kann je Behandlungsfall neben den Leistungen nach Abschnitt C. bis O. für die Behandlung derselben Erkrankung im Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes berechnet werden. Eine erneute Berechnung der Beratung für die gleiche Erkrankung oder Gruppe von Erkrankungen ist erst wieder nach Ablauf eines Monats zusätzlich eines Tages möglich (BGB 188 Abs. 2). Die zeitgleiche mehrfache Berechnung für ein Konglomerat von Erkrankungen, welche miteinander in Verbindung stehen, ist nicht möglich. Allerdings ist die Berechnung für eine weitere, innerhalb der Monatsfrist neu aufgetretene Erkrankung möglich. Dies sollte dann entsprechend auf der Rechnung dokumentiert werden. Die Berechnung als alleinige Leistung ohne Berechnung weiterer Leistungen des Abschnitts C. bis O. zum gleichen Zeitpunkt ist möglich.

Die Leistung kann 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. Eine Berechnung ist auch dann möglich, wenn sie gegenüber einer Bezugsperson des Kranken erfolgt.

Wenn aufgrund der Ausschlussbestimmungen zur GOÄ Nr. 0003 (nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nummern 0005, 0006, ...) selbst bei einer Überschreitung der 10 Minuten nur die GOÄ Nr. 0001 berechenbar ist, so kann nur nach § 5 Abs. 2 GOÄ der Steigerungssatz z. B. mit entsprechender Angabe der Beratungszeit gesteigert werden.

Gemäß den Bestimmungen zur GOÄ Nr. 0045 und 0046 ist die 0001 neben oder anstelle dieser Leistungen nicht berechnungsfähig. Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden.

Die GOÄ Nrn. 0004 und 0001 sind nicht nebeneinander berechenbar, wenn sich sämtliche Bestandteile der Legenden zu den Nrn. 0001 und 0004 (Anamnese, Beratung, Fremdanamnese, Unterweisung) an ein und dieselbe Person richten, wie dies z. B. der Fall ist bei Mutter und Kleinkind oder Betreuer und schwerst kommunikationsgestörten Patienten. (Beschluss des Gebührenausschusses der BÄK vom 21.05.1997)

Eine ausführliche schriftliche Beratung auf Wunsch des Patienten kann ggf. den Leistungsinhalt der GOÄ Nr. 0080 erfüllen.

Unter der Voraussetzung, dass es sich nicht um einen Erstkontakt handelt und sich der Behandler persönlich mit dem Patienten und dessen Krankheitsfall befasst hat, ist die Verwendung elektronischer Kommunikationsmittel nicht ausgeschlossen.

Nebeneinanderberechnung

Die GOÄ Nr. 0001 ist neben den GOÄ Nrn. 0005 und 0006 berechnungsfähig. Ggf. können die entsprechenden Zuschläge A, B, C, D sowie ggf. K1 berechnet werden.

GOÄ Nr. 0002

Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungen 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.

Abrechnungsbestimmung

Die Leistung nach Nummer 2 darf anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnet werden.

Punktzahl	30 Punkte		
Faktor	1,0-fach	1,8-fach	2,5-fach
Gebühr in €	1,75 €	3,15 €	4,37 €

Reduzierter Gebührenrahmen

Kommentar

Die Gebühr ist gedacht für die Tätigkeit der Praxismitarbeiterin ohne dass der Arzt bzw. Zahnarzt gegenüber dem Patienten tätig wird. Sollte jedoch für die Befundmitteilung der Arzt bzw. Zahnarzt direkt im Gespräch tätig werden müssen, kann die Nr. 0001 berechnet werden. Es gilt der eingeschränkte Gebührenrahmen.

Nach der Leistungslegende ist die Gebühr für eine Terminvereinbarung nicht berechnungsfähig.

Die Ausstellung von Bescheinigungen oder einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ist nach der Nr. 0070 zu berechnen.

Beschluss des Gebührenausschusses der BÄK vom 12.09.1996:

„Die „Inanspruchnahme des Arztes“ in der Legende der Nr. 0002 ist zu verstehen als „Inanspruchnahme der Praxis“, da die Praxismitarbeiterin auf Anweisung des Arztes tätig wird. GOÄ Nr. 0002 ist deshalb nur als alleinige Leistung berechenbar.“

Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher

Abrechnungsbestimmung

Die Leistung nach Nummer 0003 (Dauer mindestens 10 Minuten) ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach Nummer 0005, 0006, 0007, 0008, 0800 oder 0801. Eine mehr als einmalige Berechnung im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung.

Punktzahl	150 Punkte		
Faktor	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
Gebühr in €	8,74 €	20,11 €	30,60 €

Kommentar

Die Beratung muss mindestens 10 Minuten dauern. Die Dokumentation der Zeitdauer ist empfehlenswert, jedoch auch unter Berücksichtigung des genauen Wortlauts von § 12 Abs. 2 Nr. 2 in der Liquidation nicht zwingend erforderlich. Eine mehrmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 0003 innerhalb eines Tages oder eines Behandlungsfalls ist möglich, sollte jedoch in der Liquidation erläutert werden.

Gemäß den Bestimmungen zur GOÄ Nr. 0045 und 0046 ist die 0003 neben oder anstelle dieser Leistungen nicht berechnungsfähig. Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden.

Die GOÄ Nrn. 0004 und 0003 sind nicht nebeneinander berechenbar, wenn sich sämtliche Bestandteile der Legenden zu den Nrn. 0003 und 0004 (Anamnese, Beratung, Fremdanamnese, Unterweisung) an ein und dieselbe Person richten, wie dies z. B. der Fall ist bei Mutter und Kleinkind oder Betreuer und schwerst kommunikationsgestörten Patienten. (analog zum Beschluss des Gebührenausschusses der BÄK vom 21.05.1997)

Nebeneinanderberechnung

Die GOÄ Nr. 0003 ist neben den GOÄ Nrn. 0005 und 0006 berechnungsfähig. Ggf. können die entsprechenden Zuschläge A, B, C, D sowie ggf. K1 berechnet werden.

Berechnungseinschränkungen für Zahnärzte gemäß den allgemeinen Bestimmungen zum Abschnitt A. der GOZ:

Eine Beratungsgebühr nach der GOÄ Nummer 0003 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen ist für Zahnärzte nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach der Nummer 0010 der GOZ oder einer Untersuchung nach den Nummern 0005 oder 0006 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen. Andere weitere Leistungen dürfen neben der Leistung nach der Nummer 0003 nicht berechnet werden.

GOÄ Nr. 0004

Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken

Abrechnungsbestimmung

Die Leistung nach Nummer 0004 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

Die Leistung nach Nummer 0004 ist neben den Leistungen nach den Nummern 0030, 0034, 0801, 0806, 0807, 0816, 0817 und/oder 0835 nicht berechnungsfähig.

Punktzahl	220 Punkte		
Faktor	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
Gebühr in €	12,82 €	29,49 €	44,88 €

Kommentar

Die Leistung kann auch telefonisch erbracht werden. Für den Zeitraum des Behandlungsfalls gelten die gleichen Bestimmungen wie bei den Geb.-Nrn. 0001 und 0003. Die Leistung kann auch erbracht werden, wenn der Patient abwesend ist.

Die GOÄ Nrn. 0004 und 0001 sind nicht nebeneinander berechenbar, wenn sich sämtliche Bestandteile der Legenden zu den Nrn. 0001 und 0004 (Anamnese, Beratung, Fremdanamnese, Unterweisung) an ein und dieselbe Person richten, wie dies z. B. der Fall ist bei Mutter und Kleinkind oder Betreuer und schwerst kommunikationsgestörten Patienten. (Beschluss des Gebührenausschusses der BÄK vom 21.05.1997). Eine regelmäßige Berechnung der Leistung bei Einbeziehung der Mutter bei der Behandlung von Kindern ist daher nicht statthaft.

GOÄ Nr. 0005

Symptombezogene Untersuchung

Abrechnungsbestimmung

Die Leistung nach Nummer 0005 ist neben den Leistungen nach den Nummern 0006 bis 0008 nicht berechnungsfähig.

Punktzahl	80 Punkte		
Faktor	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
Gebühr in €	4,66 €	10,72 €	16,32 €

Kommentar

Die Leistung nach der GOÄ Nr. 0005 ist neben Leistungen nach den Abschnitten C. bis O. der GOÄ im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes. Eine neue, andere Erkrankung oder eine wesentliche Veränderung der ursprünglichen Erkrankung begründet einen neuen Behandlungsfall und berechtigt zur erneuten Berechnung der GOÄ Nr. 0005 neben Leistungen der Abschnitte C. bis O. der GOÄ. Eine entsprechende Dokumentation ist erforderlich und eine Nennung der Diagnose und Angabe „neuer Behandlungsfall“ in der Liquidation zur Vermeidung von Rückfragen sinnvoll. Eine derartige Beschränkung zur Berechnung der GOÄ Nr. 0005 neben Leistungen der GOZ existiert im Unterschied zur Beschränkung bei der Anwendung der GOÄ Nr. 0003 nicht. Daher ist eine mehrfache Berechnung auch innerhalb desselben Behandlungsfalles dann möglich, wenn keine zusätzlichen Leistungen aus den Abschnitten C. bis O. der GOÄ erbracht werden, z. B. bei einer Verlaufskontrolle. Zu beachten ist allerdings, dass die GOÄ Nr. 0005 aufgrund § 4 Abs. 2 GOZ/§ 4 Abs. 2a GOÄ nicht den Leistungsinhalt oder einen Leistungsbestandteil einer sitzungsgleich berechneten Gebührennummer der GOZ abbilden darf. Eine entsprechende Dokumentation des Gegenstands und der Art der symptombezogenen Untersuchung ist dringend zu empfehlen.

Nebeneinanderberechnung

Die Leistung ist neben den Geb.-Nrn. 0001, 0003 berechenbar.

Wenn die Leistung bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr erbracht wird, ist der Zuschlag K1 berechenbar.

GOÄ Nr. 0006

Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: alle Augenabschnitte, der gesamte HNO-Bereich, das stomatognathe System, die Nieren und ableitenden Harnwege (bei Männern auch gegebenenfalls einschließlich der männlichen Geschlechtsorgane) oder Untersuchung zur Erhebung eines vollständigen Gefäßstatus - gegebenenfalls einschließlich Dokumentation

Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nummer 6 beinhaltet insbesondere:

- bei dem stomatognathen System: Inspektion der Mundhöhle, Inspektion und Palpation der Zunge und
- beider Kiefergelenke sowie vollständiger Zahnstatus;

restlicher Leistungsinhalt für Zahnärzte irrelevant

Punktzahl	100 Punkte		
Faktor	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
Gebühr in €	5,83 €	13,41 €	20,40 €

Kommentar

Die Geb.-Nr. 0006 hat einen anderen Leistungsinhalt als die Geb.-Nr. 0010 GOZ. Die Leistung ist jedoch für Zahnärzte geöffnet. Je nach Schwerpunkt und Umfang der Untersuchung kann die Geb.-Nr. 0006 auch durch einen Zahnarzt berechnet werden.

Nebeneinanderberechnung

Die Leistung ist neben den Geb. Nrn. 0001, 0003 berechenbar.

Wenn die Leistung bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr erbracht wird, ist der Zuschlag K1 berechenbar.

B Grundleistungen und allgemeine Leistungen

II. - Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach Nummer 0001, 0003, 0004, 0005, 0006, 0007 oder 0008

Allgemeine Bestimmungen

Die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 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 K 1 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 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

Eurobetrag 4,08 €

Abrechnungsbestimmungen

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.

Kommentar

Der Zuschlag ist nicht berechenbar als Zuschlag für eine Leistung, welche nach Vereinbarung unmittelbar direkt an die reguläre Sprechstunde angrenzt. In zeitlichem Abstand zur eigentlichen Sprechstunde ist der Zuschlag berechenbar, z. B. am sonst sprechstundenfreien Mittwochnachmittag.

B Zuschlag für in der Zeit zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen

Eurobetrag 10,49 €

C Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen

Eurobetrag 18,65 €

Abrechnungsbestimmungen

Neben dem Zuschlag nach Buchstabe C ist der Zuschlag nach Buchstabe B nicht berechnungsfähig.

D Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen

Eurobetrag 12,82 €

Abrechnungsbestimmungen

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.

K 1 Zuschlag zu Untersuchungen nach Nummer 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum Vollendeten 4. Lebensjahr

Eurobetrag 6,99 €

GOÄ Nr. 0034

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 -

Abrechnungsbestimmung

Die Leistung nach Nummer 0034 ist innerhalb von 6 Monaten höchstens zweimal berechnungsfähig.

Neben der Leistung nach Nummer 0034 sind die Leistungen nach den Nummern 0001, 0003, 0004, 0015 und/oder 0030 nicht berechnungsfähig.

Punktzahl	300 Punkte		
Faktor	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
Gebühr in €	17,49 €	40,22 €	61,20 €

Kommentar

Für die Berechnungsfähigkeit der GOÄ Nr. 0034 hat der Verordnungsgeber eine Reihe von Voraussetzungen geschaffen, die zwingend beachtet werden müssen. Die Erörterung der Auswirkung einer Krankheit auf die Lebensgestaltung muss in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung der Krankheit oder mit der Feststellung der erheblichen Verschlimmerung einer Krankheit erfolgen, von der wiederum gebührenrechtlich gefordert wird, dass sie entweder nachhaltig lebensverändernd oder gar lebensbedrohend sein muss. Weiterhin schreibt der Verordnungsgeber vor, dass diese Erörterung mindestens 20 Minuten zu dauern hat. Für andere Erkrankungen gilt die GOÄ-Nr. 0034 nicht. Es muss sich also um sehr schwere Erkrankungen handeln, da sie nicht nur lebensverändernd, sondern nachhaltig lebensverändernd oder lebensbedrohend sein müssen.

Fakultativ sind in die Leistung nach GOÄ Nr. 0034 mit eingeschlossen die Planung eines operativen Eingriffs, das Abwägen der Konsequenzen und Risiken eines solchen operativen Eingriffs und auch eine entsprechende Beratung, die auch – ebenfalls fakultativ – unter Einbeziehung von Bezugspersonen erfolgen kann.

Die telefonische Leistungserbringung schließt die Abrechenbarkeit aus, da die Leistungserbringung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung bzw. mit der festgestellten Verschlimmerung der Erkrankung stehen muss.

Es kommt bei der Abrechnung der GOÄ Nr. 0034 entscheidend auf den unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der erstmaligen Feststellung einer Diagnose oder mit dem Zeitpunkt der Feststellung einer erheblichen Verschlimmerung an.

Hinsichtlich des Ansatzes der GOÄ Nr. 0034 als „Aufklärungsgespräch“ muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Formulierung „- ggf. einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Abwägen seiner Konsequenzen und Risiken -“ kein alternativer Leistungsinhalt der Nr. 34 ist, sondern lediglich ohne besondere Berechnung zu der Beratungsleistung hinzu tritt, die die Auswirkung einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder mit der Feststellung einer erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung zum Inhalt hat.

Dass es sich nicht um jedwede Erkrankung oder Verletzung handeln darf, bei der eine Nr. 34 zum Ansatz gebracht werden kann, wird dadurch ausgeschlossen, dass die Leistungslegende die Begriffe „nachhaltig lebensverändernd“ oder „lebensbedrohende Erkrankung“ verwendet. Der „nachhaltig lebensverändernde Charakter“ einer Erkrankung, der an und für sich ein sehr dehnbarer Begriff ist, wird durch die Verknüpfung mit der „lebensbedrohenden Erkrankung“ in der Dehnbarkeit deutlich eingeschränkt. Es muss sich also um einen erheblich lebensverändernden Charakter der Erkrankung handeln und nicht etwa um eine dauernde Belästigung, für den Fall, dass eine bestimmte Therapie unterbleibt oder für den Fall, dass eine festgestellte Erkrankung oder deren Verschlimmerung überhaupt nicht beseitigt werden kann.

Zutreffend ist, dass allein der „nachhaltig lebensverändernde Charakter“ ausreicht – wenn die übrigen Bedingungen stimmen –, die Nr. 34 zum Ansatz zu bringen, da die Verknüpfung zwischen „nachhaltig lebensverändernd“ bzw. „lebensbedrohend“ lediglich durch ein „oder“ erfolgte. Dennoch erfolgt durch die Verknüpfung „oder“ eine gewisse Gleichsetzung, sodass nicht davon ausgegangen werden darf, dass Krankheiten, welche einer Operation bedurften, auch in aller Regel als „nachhaltig lebensverändernd“ zu bezeichnen sind.

Insofern stellt z. B. eine normale Unterkieferfraktur sicher keine „nachhaltige Lebensveränderung“ im Sinne der Leistungslegende der GOÄ Nr. 0034 dar. Es würde sonst das Gleichgewicht zur „lebensbedrohenden Erkrankung“ erheblich gestört.

Die Beratung in Zusammenhang z. B. mit einer Tumorerkrankung ist auch durch einen anderen als den direkt behandelnden Arzt/Zahnarzt möglich, z. B. durch den überweisenden oder einweisenden Zahnarzt. Unabhängig von Umständen und der Zahl der Erkrankungen ist die Leistung durch einen Behandler höchstens zweimal innerhalb von 6 Monaten berechnungsfähig.

Bei Notwendigkeit der Entfernung aller oder der meisten Zähne eines bisher vollbezahnten bzw. festsitzend versorgten Patienten mit der Folge einer darauf folgenden herausnehmbaren statt einer festsitzenden Versorgung kann die Gebühr berechnet werden.

Für sonstige Erörterungen im Rahmen einer normalen prothetischen oder implantologischen Behandlung ist die Leistung nicht berechenbar.

Eine Berechnung für die Erbringung anderer besonders zeitaufwändiger Beratungen ist nicht möglich. Diese Beratungen müssen nach der Geb. Nr. 0003 unter Anwendung des § 5 Abs. 2 berechnet werden.

GOÄ Nr. 0048

Besuch eines Patienten auf einer Pflegestation (z. B. in Alten- oder Pflegeheimen) – bei regelmäßiger Tätigkeit des Arztes auf der Pflegestation zu vorher vereinbarten Zeiten.

Abrechnungsbestimmung

Die Leistung nach Nummer 0048 ist neben den Leistungen nach den Nummern 0001, 0050, 0051 und/oder 0052 nicht berechnungsfähig.

Punktzahl	120 Punkte		
Faktor	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
Gebühr in €	6,99 €	16,09 €	24,48 €

GOÄ Nr. 0050

Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung

Abrechnungsbestimmung

Die Leistung nach Nummer 0050 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nummern 0045 oder 0046 nicht berechnet werden. Neben der Leistung nach Nummer 0050 sind die Leistungen nach den Nummern 0001, 0005, 0048 und/oder 0052 nicht berechnungsfähig.

Punktzahl	320 Punkte		
Faktor	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
Gebühr in €	18,65 €	42,90 €	65,28 €

Kommentar

Findet ein Besuch eines Patienten im Krankenhaus statt, ohne dass der Zahnarzt Krankenhausarzt oder Belegarzt ist, z. B. weil ein niedergelassener Arzt oder Zahnarzt konsiliarisch hinzugezogen wird, kann die GOÄ 0050 berechnet werden. Die Geb.-Nr. 0010 GOZ oder die GOÄ 0006 sowie weitere therapeutische Leistungen können neben der GOÄ 0050 berechnet werden.

GOÄ Nr. 0051

Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 50 – einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung

Abrechnungsbestimmungen

Die Leistung nach Nummer 0051 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nummern 0045 oder 0046 nicht berechnet werden. Neben der Leistung nach Nummer 0051 sind die Leistungen nach den Nummern 0001, 0005, 0048 und/oder 0052 nicht berechnungsfähig.

Punktzahl	250 Punkte		
Faktor	1,0-fach	1,8-fach	2,5-fach
Gebühr in €	14,57 €	33,52 €	51,00 €

Kommentar

Wohnen Patienten zwar im gleichen Haus, jedoch in räumlich und wirtschaftlich getrennten Wohneinheiten, besteht nicht dieselbe häusliche Gemeinschaft. In diesem Fall wäre die Geb.-Nr. 0050 für verschiedene Patienten berechenbar.

Findet ein Besuch eines Patienten im Krankenhaus statt, ohne dass der Zahnarzt Krankenhausarzt oder Belegarzt ist, z. B. weil ein niedergelassener Arzt oder Zahnarzt konsiliarisch hinzugezogen wird, kann die GOÄ 0050 berechnet werden.

Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen -wegen Erkrankung erforderlich -, je angefangene halbe Stunde

Abrechnungsbestimmungen

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.

Punktzahl	180 Punkte		
Faktor	1,0-fach	1,8-fach	2,5-fach
Gebühr in €	10,49 €	18,89 €	26,23 €

Kommentar

Die Leistung ist erst nach Ablauf von 30 Minuten berechnungsfähig. Allerdings darf die Leistung bereits danach, also direkt nach Überschreiten von 30 Minuten, zweimal berechnet werden. Zeitgleich darf keine andere Leistung berechnet und auch kein anderer Patient behandelt werden. Für die Delegation der Überwachung eines Patienten, z. B. nach einer vasovagalen Synkope, an die MFA/ZFA ist die Leistung nicht berechenbar. Es gilt der eingeschränkte Gebührenrahmen.

GOÄ Nr. 0060

Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt

Abrechnungsbestimmungen

Die Leistung nach Nummer 0060 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.

Die Leistung nach Nummer 0060 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt.

Die Leistung nach Nummer 0060 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).

Punktzahl	120 Punkte		
Faktor	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
Gebühr in €	6,99 €	16,09 €	24,48 €

Kommentar

Die Leistung kann von jedem der beteiligten Ärzte/Zahnärzte (z. B. mehrere Zahnärzte, Chirurgen, Kieferorthopäden) berechnet werden, sofern sie nicht in der gleichen Einrichtung tätig sind. Eine zeitliche Einschränkung der Berechnungsfrequenz besteht nicht. Die Leistung kann telefonisch erbracht werden. Die Form der Erbringung ist nicht vorgeschrieben, so dass ggf. statt der Geb.-Nr. 0060 auch für ein schriftliches Konsil die Geb.-Nr. 0075 berechnet werden kann, wenn der Leistungsinhalt erfüllt wird.

Die GOÄ Nr. 0060 darf neben der 0075 für das gleiche Konsil (mit dem gleichen Ansprechpartner) nicht berechnet werden.

B Grundleistungen und allgemeine Leistungen

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

Allgemeine Bestimmungen

Die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 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 K 2 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 nicht berechnet werden.

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

E Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich erfolgte Ausführung

Eurobetrag 18,24 €

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.

F Zuschlag für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen

Eurobetrag 29,64 €

Abrechnungsbestimmung

Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.

G Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen

Eurobetrag 51,30 €

Anrechnungsbestimmung

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.

H Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen

Eurobetrag 38,76 €

Abrechnungsbestimmung

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.

J Zuschlag zur Visite bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Tag

Eurobetrag 9,12 €

K 2 Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 45, 46, 48, 50, 51, 55 oder 56 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr

Eurobetrag 13,68 €

GOÄ Nr. 0070

Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Punktzahl	40 Punkte		
Faktor	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
Gebühr in €	2,33 €	5,36 €	8,16 €

Kommentar

Die Gebühr ist auch für andere kurze Bescheinigungen wie die Ausstellung eines neuen Impfausweises, Eintragungen im Allergiepass, Schulbefreiung, Sportbefreiung, Befreiung vom Kindergarten, Personenbeförderungsschein etc. berechnungsfähig. Die Eintragung im Röntgennachweisheft ist mit der Grundleistung abgegolten.

GOÄ Nr. 0075

Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)

Abrechnungsbestimmung

Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.

Punktzahl	130 Punkte		
Faktor	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
Gebühr in €	7,58 €	17,43 €	26,52 €

Kommentar

Eine Mehrfachberechnung für die Berechnung für mehrere Befundberichte an verschiedene Adressaten ist möglich.

Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose ist Bestandteil der Leistungen im Abschnitt O. und nicht gesondert mit der GOÄ. Nr. 0075 berechnungsfähig

In der gleichen Angelegenheit, für die die Nr. 0060 berechnet wird, ist die Berechnung der Geb. Nr. 0075 für die schriftliche Mitteilung an den gleichen Konsilpartner nicht berechnungsfähig.

Die GOÄ 0075 ist nicht berechnungsfähig für Auskünfte, die der Erstattung oder Feststellung des Versicherungsfalls dienen. Diese Leistung ist nach den Bestimmungen des BGB zu berechnen. (vgl. Positionspapier der Bundeszahnärztekammer

„Honorierung der Auskunftserteilung an Private Krankenversicherungsunternehmen“

www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/pos14/p5_Pos_Honorierung_Auskunftserteilung_PKV.pdf

GOÄ Nr. 0080

Schriftliche gutachtliche Äußerung

Abrechnungsbestimmung

Die Schreibgebühren nach den Nummern 0095 und 0096 sind nur neben den Leistungen nach den Nummern 0080, 0085 und 0090 und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

Punktzahl	300Punkte		
Faktor	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
Gebühr in €	17,49 €	40,23 €	61,20 €

Kommentar

Die GOÄ Nr. 0080 beschreibt einfache schriftliche Gutachten z. B. zu Erkrankungen oder Verletzungen. Ggf. ist die GOÄ Nr. 0080 dann berechenbar, wenn der Umfang einer schriftlichen Stellungnahme über das Ausmaß eines Befund- und Krankheitsberichts nach GOÄ Nr. 0075 hinausgeht. Dies kann auch bei umfangreicheren Stellungnahmen oder schriftlichen gutachterlichen Äußerungen auf Wunsch des Patienten der Fall sein. Dazu ist eine ausgiebigere Befassung mit den festgestellten Erkrankungen und deren anamnestischen und diagnostischen Daten und dem Krankheitsverlauf ggf. unter Hinzuziehung weiterführender Literatur bzw. wissenschaftlicher Publikationen erforderlich. Umfangreichere Gutachten sind nach GOÄ Nr. 0085 berechenbar.

Porto und Versandkosten sind nach § 10 berechnungsfähig.

Schreibgebühr, je angefangene DIN A4-Seite

Punktzahl	60 Punkte
Gebühr in €	6,84 €

GOÄ Nr. 0096

Schreibgebühr, je Kopie

Punktzahl	3 Punkte
Gebühr in €	0,34 €

Abrechnungsbestimmungen

Die Schreibgebühren nach den Nummern 0095 und 0096 sind nur neben den Leistungen nach den Nummern 0080, 0085 und 0090 und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

GOÄ Nr. 2009

Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers

Punktzahl	100Punkte		
Faktor	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
Gebühr in €	5,83 €	13,41 €	20,40 €

Kommentar

Die Leistung kann nicht berechnet werden für die Entfernung von Materialien, die zu therapeutischen Zwecken unter die Körperoberfläche eingebracht wurden, sondern nur für die Entfernung von echten Fremdkörpern, z. B. im zahnärztlichen Bereich Füllungsreste, Abdruckmaterialpartikel etc. Die Leistung kann grundsätzlich für mehrere separat entfernte Fremdkörper je Fremdkörper berechnet werden, sofern ein weiterer Zugang geschaffen werden muss oder kein direkter räumlicher Zusammenhang besteht. Die Berechnung eines OP-Zuschlags ist nicht möglich.

GOÄ Nr. 2010

Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen

Punktzahl	379 Punkte		
Faktor	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
Gebühr in €	22,09 €	50,81 €	77,32 €

Kommentar

Die Leistung kann nicht berechnet werden für die Entfernung von Materialien, die zu therapeutischen Zwecken unter die Körperoberfläche eingebracht wurden, sondern nur für die Entfernung von echten tiefliegenden Fremdkörpern auf operativem Wege, z. B. im zahnärztlichen Bereich Füllungsreste, Abdruckmaterialpartikel, oder auch alio loco frakturierte Instrumenten oder auch Wurzelfüllungsmaterial im Knochen. Sofern in Zusammenhang mit einer Zahnentfernung die Entfernung von Wurzelfüllmaterial aus dem umliegenden Knochen erfolgt, ist die GOÄ Nr. 2010 dann berechenbar, wenn durch die Entfernung ein zusätzlicher, abgrenzbarer operativer Aufwand erforderlich ist. Für die bloße Exkochleation der Alveole ist die GOÄ 2010 nicht berechenbar.

Sofern in Zusammenhang mit Gebührennummern der GOZ kein OP-Zuschlag nach Abschnitt L. der GOZ anfällt, kann der OP-Zuschlag nach GOÄ Nr. 0442 berechnet werden.

Der OP-Zuschlag nach der GOÄ Nr. 0442 beinhaltet eine Vergütung für die Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z. B. Kosten für Operations- und Aufwachräume oder Gebühren für wiederverwendbare Operationsmaterialien bzw.-geräte). Dies schließt im Gegensatz zur Anwendung der GOZ Nrn. 0500 bis 0530 nicht die Berechnung von Materialien aus, welche nach der einmaligen Anwendung verbraucht sind. Dabei sind jedoch die in § 10 Abs. 2 genannten Materialien nicht berechnungsfähig. Die Berechnung von atraumatischem Nahtmaterial ist möglich.

GOÄ Nr. 2381

Einfache Hautlappenplastik

Punktzahl	300 Punkte		
Faktor	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
Gebühr in €	21,57 €	49,60 €	75,48 €

Kommentar

Bei der Mundschleimhaut handelt es sich um Körperoberfläche. Die GOÄ Nr. 2381 ist für Zahnärzte gemäß § 6 Abs. 2 GOZ geöffnet. Die weichteilchirurgische Abdeckung eines aufgebauten Kieferkammes im Rahmen der GOZ Nr. 9100 löst nicht die GOÄ Nr. 2381 aus, da der Wundverschluss mit vollständiger Schleimhautabdeckung Bestandteil der Leistung ist. Sofern in Zusammenhang mit Gebührennummern der GOZ kein OP-Zuschlag nach Abschnitt L der GOZ anfällt, kann der OP-Zuschlag nach GOÄ Nr. 0442 berechnet werden.

Der OP-Zuschlag nach der GOÄ Nr. 0442 beinhaltet eine Vergütung für die Bereitstellung von Operations-einrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z. B. Kosten für Operations- und Aufwachs-räume oder Gebühren für wiederverwendbare Operationsmaterialien bzw.-geräte). Dies schließt im Gegensatz zur Anwendung der GOZ Nrn. 0500 bis 0530 nicht die Berechnung von Materialien aus, welche nach der einmaligen Anwendung verbraucht sind. Dabei sind jedoch die in § 10 Abs. 2 genannten Materialien nicht berechnungsfähig. Materialien, welche erkennbar einer anderen Leistung in der GOZ zugeordnet werden können (z. B. Implantations-OP-Set, Kühlmittelschläuche o.ä.), sind mit dem dann anzuwendenden OP-Zuschlag der GOZ abgegolten. Die Berechnung von atraumatischem Nahtmaterial ist möglich.

Positionspapier des Ausschusses für Gebührenrecht der Bundeszahnärztekammer (04/2014),

www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/pos14/g7_Pos_Lappenbildung.pdf

„Die Geb.-Ziff. 2381 GOÄ beschreibt die einfache Hautlappenplastik. Unter Maßnahmen, die diese Leistungslegende erfüllen, sind alle einfachen plastischen, eindirektionalen Maßnahmen zur Verlängerung oder Verschiebung von Weichgewebe zu verstehen.

Durch die Aufnahme der Geb.-Nr. 3100 in die GOZ 2012 ist die Geb.-Ziff. 2381 GOÄ für den plastischen Wundverschluss mit Periostschlitzung nicht mehr darstellbar. Maßnahmen nach der Geb.-Ziff. 2381 GOÄ sind was den Aufwand angeht denen der Geb.-Nr. 3100 GOZ vergleichbar.

Maßnahmen zur plastischen Deckung augmentierter Knochenareale nach Art einer einfachen Hautlappenplastik, die den Umfang eines primären Wundverschlusses übersteigen und nicht dem Leistungsinhalt der Geb.-Nr. 3100 GOZ unterfallen, sind nach der Geb.-Ziff. 2381 GOÄ berechnungsfähig (siehe LG Köln vom 4.11.2009, Az.: 23 O 236/06).

Plastische Modifikationen der Schleimhaut zum Wundverschluss, die vom Leistungsinhalt der Geb.-Ziff. 2381 GOÄ umfasst sind, können z. B. sein:

- Mobilisationsplastik (Unterminierungsplastik)
- apikaler Verschiebelappen
- (Tür-)Flügelappen

Die GOÄ-Nrn. 2381 und 2382 sind hinsichtlich ihrer Abrechnungshäufigkeit nicht eingeschränkt sondern können je erfolgter Lappenbildung einmal berechnet werden.“

GOÄ Nr. 2382

Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation

Punktzahl	739 Punkte		
Faktor	1,0-fach	2,3-fach	3,5-fach
Gebühr in €	43,07 €	99,07 €	150,76 €

Kommentar

Bei der Mundschleimhaut handelt es sich um Körperoberfläche. Die GOÄ Nr. 2382 ist für Zahnärzte gemäß § 6 Abs. 2 GOZ geöffnet. Die weichteilchirurgische Abdeckung eines aufgebauten Kieferkamms im Rahmen der GOZ Nr. 9100 löst nicht die GOÄ Nr. 2382 aus, da der Wundverschluss mit vollständiger Schleimhautabdeckung Bestandteil der Leistung ist. Sofern in Zusammenhang mit Gebührennummern der GOZ kein OP-Zuschlag nach Abschnitt L. der GOZ anfällt, kann der OP-Zuschlag nach GOÄ Nr. 0443 berechnet werden.

Der OP-Zuschlag nach der GOÄ Nr. 0443 beinhaltet eine Vergütung für die Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z. B. Kosten für Operations- und Aufwachräume oder Gebühren für wiederverwendbare Operationsmaterialien bzw.-geräte). Dies schließt im Gegensatz zur Anwendung der GOZ Nrn. 0500 bis 0530 nicht die Berechnung von Materialien aus, welche nach der einmaligen Anwendung verbraucht sind. Dabei sind jedoch die in § 10 Abs. 2 genannten Materialien nicht berechnungsfähig. Materialien, welche erkennbar einer anderen Leistung in der GOZ zugeordnet werden können (z. B. Implantations-OP-Set, Kühlmittelschläuche o.ä.), sind mit dem dann anzuwendenden OP-Zuschlag der GOZ abgegolten. Die Berechnung von atraumatischem Nahtmaterial ist möglich.

Positionspapier des Ausschusses für Gebührenrecht der Bundeszahnärztekammer (04/2014),
www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/pos14/g7_Pos_Lappenbildung.pdf

„Unter der Geb.-Ziff. 2382 GOÄ ist die schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation verzeichnet. In der Medizin sind von diesen Maßnahmen auch große Areale betroffen, in der Zahnmedizin sind die Eingriffe in der Mundhöhle durch die eingeschränkte Zugänglichkeit auch bei geringer Ausdehnung oft sehr zeitaufwändig und schwierig durchzuführen. Bei der intraoralen Anwendung dieser modernen und meist komplizierten Verfahren zur Weichgewebsrekonstruktion muss besonders berücksichtigt werden, dass diese plastischen Maßnahmen in der Regel mit einer deutlichen Steigerung hinsichtlich ihres operativen Aufwandes einhergehen und große Anforderungen an die operativen Fähigkeiten und auch den hierzu notwendigen technischen Aufwand zur mehrdimensionalen Lappenpositionierung stellen.

Schwierige Hautlappenplastiken bei eigenständiger, über den reinen Wundverschluss hinausgehender Indikation, die nach der Geb.-Ziff. 2382 GOÄ zu berechnen sind, können z. B. sein:

- Spaltlappen (Split-Flap-Lappen)
- Lateraler Verschiebelappen
- Schwenklappen
- Rotationslappen
- Papillenrekonstruktionslappen
- Semilunarlappen
- V-Y-Plastik
- Z-Plastik

- Verschiebelappen + Membrantechnik (GTR)
- Verschiebelappen + freies Schleimhauttransplantat (FST) + GTR
- Verschiebelappen + Subepithel. Bindegewebstranspl. (SBT)
- Verschiebelappen + SBT + GTR
- Papillenaufbauplastik + SBT

Bei gegebener eigenständiger Indikation ist die Geb.-Ziff. 2382 GOA als selbständige Leistung, auch neben der Einbringung enossaler Implantate berechnungsfähig (siehe AG Hannover vom 31.1.2008 Az.: 427 C 16678/06).

Die GOA-Nrn. 2381 und 2382 sind hinsichtlich ihrer Abrechnungshäufigkeit nicht eingeschränkt, sondern können je erfolgter Lappenbildung einmal berechnet werden.“

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.

- Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie
 - I. Strahlendiagnostik – 1. Skelett

Allgemeine Bestimmung

Neben den Leistungen nach den Nummern 5050, 5060 und 5070 sind die Leistungen nach den Nummern 0300 bis 0302, 0372, 0373, 0490, 0491 und 5295 nicht berechnungsfähig.

GOÄ Nr. 5000

Zähne, je Projektion

Abrechnungsbestimmungen

Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so darf die Leistung nach Nummer 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.

Neben der Geb. Nr. 5000 ist die Geb. Nr. 5035 für den gleichen Bereich nicht berechnungsfähig.

Ein Digitalzuschlag nach der Geb. Nr. 5298 ist neben der Geb. Nr. 5000 nicht berechnungsfähig.

Punktzahl	50 Punkte		
Faktor	1,0-fach	1,8-fach	2,5-fach
Gebühr in €	2,91 €	5,25 €	7,29 €

Reduzierter Gebührenrahmen

Kommentar

Von der GOÄ-Nr. 5000 ist die Aufnahme eines Zahns, Implantats oder zahnlosen Kieferabschnitts je Projektion umfasst. Die Abrechnungsbestimmung nach der GOÄ-Nr. 5000 ist zu beachten. **(Beschluss Nr. 26 des Beratungsforums für Gebührenordnungsfragen von BZÄK, PKV und Beihilfe vom 28.04.2017)**

Panoramaaufnahme(n) eines Kiefers

Abrechnungsbestimmung

Neben der Geb. Nr. 5002 ist die Geb. Nr. 5035 für den gleichen Bereich nicht berechnungsfähig.

Punktzahl	250 Punkte		
Faktor	1,0-fach	1,8-fach	2,5-fach
Gebühr in €	14,57 €	26,23 €	36,43 €

Reduzierter Gebührenrahmen

Kommentar

Die Formulierung der Leistungslegende lässt zu, dass sowohl eine einzige als ggf. auch mehrere Schichtaufnahmen eines Kiefers nur einmalig mit dieser Gebührennummer berechnet werden können (z. B. Status X). Ein Digitalzuschlag nach der Geb. Nr. 5298 ist neben der Geb. Nr. 5002 nicht berechnungsfähig. Für eine Erstellung der Panoramaaufnahme des Kiefers aus dem Datensatz eines DVT ist die GOÄ Nr. 5002 nicht berechnungsfähig, wenn bereits die GOÄ Nr. 5370 berechnet wurde.

Nach der Röntgenverordnung ist aus Strahlenschutzgründen die Anfertigung eines dreidimensionalen Datensatzes mittels eines DVT-Gerätes nicht zulässig, wenn dieser ausschließlich der Anfertigung einer 2D-Panoramaschichtaufnahme (als Alternative zur Herstellung einer Panoramascichtaufnahme mittels eines Panoramascichtgerätes) dienen soll. (RdSchr.d. BMU v. 07.05.2010- RS II 3-11602/6)

GOÄ Nr. 5004

Panoramaschichtaufnahme der Kiefer

Abrechnungsbestimmung

Neben der Geb. Nr. 5004 ist die Geb. Nr. 5035 für den gleichen Bereich nicht berechnungsfähig.

Punktzahl	400 Punkte		
Faktor	1,0-fach	1,8-fach	2,5-fach
Gebühr in €	23,31 €	41,97 €	58,29 €

Reduzierter Gebührenrahmen

Ein Digitalzuschlag nach der Geb. Nr. 5298 ist neben der Geb. Nr. 5004 nicht berechnungsfähig. Für eine Erstellung der Panoramaaufnahme des Kiefers aus dem Datensatz eines DVT ist die GOÄ Nr. 5004 nicht berechnungsfähig, wenn bereits die GOÄ Nr. 5370 berechnet wurde.

Eine halbseitige Panoramaschichtaufnahme der Kiefer ist nach dieser Geb.-Nr. unter Berücksichtigung von § 5 Abs. 2 GOÄ zu berechnen.

Nach der Röntgenverordnung ist aus Strahlenschutzgründen die Anfertigung eines dreidimensionalen Datensatzes mittels eines DVT-Gerätes nicht zulässig, wenn dieser **ausschließlich** der Anfertigung einer 2D-Panoramaschichtaufnahme (als Alternative zur Herstellung einer Panoramaschichtaufnahme mittels eines Panoramaschichtgerätes) dienen soll. (s. RdSchr.d. BMU v. 07.05.2010- RS II 3-11602/6)

GOÄ Nr. 5090

Schädel-Übersicht, in zwei Ebenen

Abrechnungsbestimmung

Neben der Geb. Nr. 5002 ist die Geb. Nr. 5035 für den gleichen Bereich nicht berechnungsfähig

Punktzahl	400 Punkte		
Faktor	1,0-fach	1,8-fach	2,5-fach
Gebühr in €	23,31 €	41,97 €	58,29 €

Reduzierter Gebührenrahmen

Kommentar

Ein Digitalzuschlag nach der Geb. Nr. 5298 ist neben der Geb. Nr. 5090 berechnungsfähig. Bei der GOÄ Nr. 5090 handelt es sich um die einzige Gebührennummer, welche eine Schädelübersichtsaufnahme als Summationsaufnahme darstellt. Die Berechnung der Gebührenposition ist bereits dann möglich, wenn nur eine Schädelübersichtsaufnahme angefertigt wird. Eine ggf. notwendige zweite, zeitgleich angefertigte Aufnahme ist mit der einmaligen Gebühr abgegolten. Die GOÄ Nr. 5090 ist auch einschlägig für NNH- oder Clementschitsch-Aufnahmen.

GOÄ Nr. 5095

Schädelteile in Spezialprojektion, je Teil

Punktzahl	200 Punkte		
Faktor	1,0-fach	1,8-fach	2,5-fach
Gebühr in €	11,66 €	20,98 €	29,14 €

Reduzierter Gebührenrahmen

Kommentar

Ein Digitalzuschlag nach der Geb. Nr. 5298 ist neben der Geb. Nr. 5090 berechnungsfähig. Die GOÄ Nr. 5095 ist für Teilaufnahmen des Schädels je Aufnahme berechenbar, z. B. für Darstellung des Jochbogens, der Mandibula, des Warzenfortsatzes etc. Eine halbseitige Panoramaschichtaufnahme der Kiefer erfüllt nicht den Leistungsinhalt der GOÄ 5095, sondern ist nach der GOÄ 5004 zu berechnen.

GOÄ Nr. 5370

Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich -gegebenenfalls einschließlich des kranio-zervikalen Übergangs

Abrechnungsbestimmungen

Abrechnungsausschlüsse sind für die zahnärztliche Anwendung nicht relevant.

Punktzahl	2000 Punkte		
Faktor	1,0-fach	1,8-fach	2,5-fach
Gebühr in €	116,57 €	209,83 €	291,44 €

Reduzierter Gebührenrahmen

Kommentar

Die Bundeszahnärztekammer empfiehlt die Abrechnung der Digitalen Volumentomographie im Kopfbereich originär nach der GOÄ Nr. 5370. Die Bundesärztekammer empfiehlt die analoge Berechnung nach der gleichen Gebührennummer. (Beschluss Vorstand BÄK vom 20.05.2012).

Positionspapier des Ausschusses für Gebührenrecht der Bundeszahnärztekammer (09/2015),

www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/goz/pos/Pos_DVT.pdf

Der Zahnarzt mit DVT-Fachkunde-Nachweis und DVT-Gerät berechnet für die Anfertigung und Befundung einer DVT-Aufnahme die GOÄ Nummer 5370. Die anschließende computergesteuerte Analyse mit einer 3-D-Rekonstruktion wird nach der Zuschlagsnummer GOÄ 5377 berechnet.

Der Zahnarzt ohne DVT-Fachkunde-Nachweis darf weder eine rechtfertigende Indikation zur DVT-Aufnahme stellen, noch darf er eine solche Aufnahme befunden. Eine Berechnungsmöglichkeit ergibt sich somit nicht.

Der Zahnarzt mit DVT-Fachkunde-Nachweis aber ohne DVT-Gerät kann für eine andernorts angefertigte DVT-Aufnahme keine Gebühr berechnen, da die Befundung zwingender Bestandteil der Röntgenuntersuchung ist.

Eine Trennung zwischen technischer Anfertigung einer DVT-Aufnahme und ihrer Befundung ist gebührenrechtlich nicht gestattet. In diesem Fall ist auch die anschließende computergesteuerte Analyse mit einer 3-D-Rekonstruktion nach der Zuschlagsnummer GOÄ 5377 nicht berechnungsfähig, da sie als Zuschlagsposition nur in Verbindung mit der GOÄ 5370 angesetzt werden kann. Aus demselben Grund scheidet die Heranziehung der GOÄ 5377 als Analogleistung nach § 6 Abs. 1 der GOZ aus.

Für den Fall der DVT-Aufnahme durch einen Zahnarzt mit Fachkunde für einen Zahnarzt ohne DVT-Gerät aber mit Fachkunde kann sich die Schwierigkeit einer Kostenaufteilung ergeben. Hierfür gibt die GOÄ keine gebührenrechtlich unangreifbare Handhabe.

GOÄ Nr. 5377

Zuschlag für computergesteuerte Analyse – einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion

Abrechnungsbestimmung

Der Zuschlag nach Nummer 5377 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

Punktzahl	800 Punkte
Gebühr in €	46,63 €

Kommentar

Die GOÄ Nr. 5377 kann nur von dem die DVT erstellenden Behandler berechnet werden. Eine Berechnung für die Analyse einer Fremdaufnahme ist nicht möglich, auch wenn eine DVT-Fachkunde vorliegt.

Herausgeber:

Bundeszahnärztekammer,
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V. (BZÄK)
Postfach 04 01 80, 10061 Berlin
Chausseestraße 13, 10115 Berlin
Telefon: +49 30 40005-0
Fax: +49 30 40005-200
E-Mail: info@bzaek.de
www.bzaek.de

Projektleitung:

Dr. Wolfgang Menke
Vorsitzender des Ausschusses Gebührenrecht der Bundeszahnärztekammer

Projektkoordination:

RA (Syndikusrechtsanwalt) René Krouský
Stellvertretender Hauptgeschäftsführer / Justitiar der Bundeszahnärztekammer

Gestaltung:

tobedesign