

Zahnärztekammer Bremen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Gebührenordnung für Zahnärzte
(GOZ)

vom 22. Oktober 1987
in der seit dem 01.01.1988 gültigen Fassung

(Bundesgesetzblatt 1987, Nr. 48, teil 1)

Auszug aus der
Gebührenordnung für Ärzte
(GOÄ)

vom 12. November 1982
(BGBl. I, S. 1522)

zuletzt geändert durch die Vierte Änderungsverordnung vom Dezember 1995
in der seit dem 01.01.1996 gültigen Fassung

Stand: 1. Januar 2002

Inhaltsverzeichnis

GEBÜHRENORDNUNG FÜR ZAHNÄRZTE	4
§ 1 Anwendungsbereich.....	4
§ 2 Abweichende Vereinbarung.....	4
§ 3 Vergütungen.....	5
§ 4 Gebühren.....	5
§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses	5
§ 5 a Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung .	6
§ 6 Gebühren für andere Leistungen	6
§ 7 Gebühren bei stationärer Behandlung.....	6
§ 8 Wegegeld.....	6
§ 9 Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen.....	7
§ 10 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung	7
§ 11 Berlin-Klausel.....	8
§ 12 Inkrafttreten und Übergangsvorschrift.....	8
GEBÜHRENVERZEICHNIS FÜR ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN	9
A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen.....	9
B. Prophylaktische Leistungen	10
C. Konservierende Leistungen	11
D. Chirurgische Leistungen	15
E. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums	17
F. Prothetische Leistungen.....	19
G. Kieferorthopädische Leistungen.....	23
H. Eingliederung von Aufbeißbehelfen und Schienen.....	26
J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.....	27
K. Implantologische Leistungen	29
GEBÜHRENORDNUNG FÜR ÄRZTE	30
§ 2 Abweichende Vereinbarung.....	30
§ 4 Gebühren.....	30
§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses	31
§ 5a Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen.....	31
§ 5b Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung	31
§ 6 Gebühren für andere Leistungen	32
§ 10 Ersatz von Auslagen.....	32
§ 12 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung	33
Artikel 3 / 4. Änderungsverordnung zur GOÄ.....	34
GEBÜHRENVERZEICHNIS FÜR ÄRZTLICHE LEISTUNGEN.....	35
B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen	35
I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen	36
II. Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8.....	38
III. Spezielle Beratungen und Untersuchungen.....	39
IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz.....	39
V. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62.....	41
VI. Berichte, Briefe	42
C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen	43
I. Anlegen von Verbänden.....	43
II. Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen	43
III. Punktionen	44
IV. Kontrastmitteleinbringung.....	45
V. Impfungen und Testungen	45
VI. Sonographische Leistungen	46
VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen.....	46
VIII. Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen.....	47
D. Anästhesieleistungen	49

E. Physikalisch-medizinische Leistungen	50
V. Wärmebehandlung	50
VI: Elektrotherapie	50
J. Hals, Nasen, Ohrenheilkunde	51
L. Chirurgie, Orthopädie	52
I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung	52
III. Gelenkchirurgie	53
V. Knochenchirurgie	53
VI. Frakturbehandlung.....	53
VII. Chirurgie der Körperoberfläche.....	54
VIII. Neurochirurgie	54
IX. Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie	54
M. Laboratoriumsuntersuchungen	58
I. Vorbehalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis	58
III. Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen	60
IV. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern	61
N. Histologie, Zytologie und Zytogenetik	63
I. Histologie.....	63
II. Zytologie	63
O. Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie.....	64
I. Strahlendiagnostik.....	64

Gebührenordnung für Zahnärzte

(GOZ)

Vom 22. Oktober 1987

(BGBl. I, S. 2316)

in der ab 01.01.1988 gültigen Fassung

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 Pfennigbeträge (Anmerkung: seit 2002 Cent statt Pfennig) 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 2,3-fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3-fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.

§ 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 .

§ 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 von Beleg Zahnärzten oder niedergelassenen anderen Zahnärzten 15 vom Hundert.

§ 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^{*1)} 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 DM^{*2)} bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 3 DM^{*3)}.
4. Besucht der Zahnarzt auf einem Wege mehrere Patienten, darf er das Wegegeld insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

^{*1)} nach amtlichem Umrechnungskurs 26 Cent

^{*2)} nach amtlichem Umrechnungskurs 1,02 Euro

^{*3)} nach amtlichem Umrechnungskurs 1,53 Euro

§ 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,
 3. bei Gebühren für stationäre 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 2,3-fache 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

Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte
vom 22. Oktober 1987

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.

Nr.	Leistung	Punk- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
001	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes	100	5,62	12,93	19,68
002	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans auf Anforderung	90	5,06	11,64	17,71
003	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans zur prothetischen Versorgung nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen	220	12,37	28,45	43,30
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	33,63	51,18

Nr.	Leistung	Punk- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
007	Vitalitätsprüfung eines Zahnes oder mehrerer Zähne einschließlich Vergleichstest	50	2,81	6,46	9,84
008	Intraorale Oberflächenanästhesie, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	30	1,69	3,88	5,90
009	Intraorale Infiltrationsanästhesie	60	3,37	7,76	11,81
010	Intraorale Leitungsanästhesie	70	3,94	9,05	13,77
011	Extraorale Leitungsanästhesie	120	6,75	15,52	23,62

B. Prophylaktische Leistungen

Allgemeine Bestimmung

Prophylaktische Leistungen nach Abschnitt B sind nur bei Einzelunterweisung

(Individualprophylaxe) berechnungsfähig; bei Gruppenunterweisung (Gruppenprophylaxe) sind sie nicht berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punk- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
100	Erstellen eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten	200	11,25	25,87	39,36
101	Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten	100	5,62	12,93	19,68

102	Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, je Sitzung	50	2,81	6,46	9,84
-----	---	----	------	------	------

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.

Die Leistung nach der Nummer 102 ist innerhalb eines Jahres höchstens dreimal berechnungsfähig.

C. Konservierende Leistungen

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
200	Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aus- härtenden Kunststoffen, je Zahn	90	5,06	11,64	17,71
201	Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, je Kiefer	50	2,81	6,46	9,84
202	Exkavieren und temporärer Verschluss einer Kavität, als selbständige Leistung	100	5,62	12,93	19,68
203	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten (z. B. Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillung einer übermäßigen Papillen- blutung), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	65	3,66	8,40	12,97
204	Anlegen von Spanngummi, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	65	3,66	8,40	12,79
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	19,40	29,52
206	Polieren einer einflächigen Amalgamfüllung in einer folgenden Sitzung	30	1,69	3,88	5,90
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	9,84
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 Ek- kenaufbau	380	21,37	49,15	74,80
212	Polieren einer mehr als dreiflächigen Amalgamfüllung in einer folgenden Sitzung	60	3,37	7,76	11,81
213	Parapulpäre oder intrakanaläre Stiftverankerung einer Füllung oder eines Aufbaus, je Stiftverankerung	110	6,19	14,22	21,65

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
	Die Leistung nach der Nummer 213 ist je Zahn höchstens dreimal berechnungsfähig. Die Kosten für die Verankerungselemente sind gesondert berechnungsfähig.				
214	Präparieren einer Kavität und Füllen mit Metallfolie (gehämmerte Füllung) einschließlich Unterfüllung, Polieren und Materialkosten	950	53,43	122,88	187,00
	Die Kosten für die Metallfolie sind gesondert berechnungsfähig.				
215	Einlagefüllung, einflächig	550	30,93	71,14	108,26
216	Einlagefüllung, zweiflächig	820	46,12	106,07	161,41
217	Einlagefüllung, mehr als zweiflächig	1200	67,49	155,22	236,21
218	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone	150	8,44	19,40	29,52
219	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch gegossenen Aufbau mit Stiftverankerung oder Schraubenaufbau zur Aufnahme einer Krone	450	25,31	58,21	88,58
	Die Kosten für die Verankerungselemente sind gesondert berechnungsfähig.				
220	Versorgung eines Zahnes oder Implantats durch eine Vollkrone (Tangentialpräparation)	900	50,62	116,42	177,16
221	Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkehl- oder Stufenpräparation)	1300	73,11	168,16	255,90
222	Versorgung eines Zahnes durch eine Teilkrone mit Retentionsrillen oder -kasten oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der gesamten Kaufläche	1550	87,18	200,50	305,11
	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.				

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
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	12,93	19,68
227	Eingliederung einer provisorischen Krone zum Schutz eines präparierten oder frakturierten Zahnes und zur Sicherung der Kauffunktion, einschließlich Entfernung	270	15,19	34,92	53,14
228	Eingliederung einer provisorischen Krone mit Stiftverankerung zum Schutz eines präparierten oder frakturierten Zahnes und zur Sicherung der Kauffunktion, einschließlich Entfernung Das Wiedereingliedern derselben provisorischen Krone, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung, ist mit den Gebühren nach den Nummern 227 und 228 abgegolten.	320	18,00	41,39	62,99
229	Entfernung einer Einlagefüllung, einer Krone, eines Brückenankers, Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges	180	10,12	23,28	35,43
230	Entfernung eines Wurzelstiftes	270	15,19	34,92	53,16
231	Wiedereingliederung einer Einlagefüllung oder Krone oder Wiederherstellung einer Verblendschale an herausnehmbarem Zahnersatz	145	8,16	18,75	28,54
232	Wiederherstellung einer Krone, eines Brückenankers, einer Verblendschale oder Verblendung an feststehendem Zahnersatz, gegebenenfalls einschließlich Wiedereingliederung und Abformung	350	19,68	45,27	68,89
233	Maßnahmen zur Erhaltung der vitalen Pulpa bei Caries profunda (Exkavieren, indirekte Überkappung, gegebenenfalls temporärer Verschluss)	110	6,19	14,22	21,65
234	Maßnahmen zur Erhaltung der freiliegenden vitalen Pulpa (Exkavieren, direkte Überkappung, gegebenenfalls temporärer Verschluss)	200	11,25	25,87	39,36

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
235	Amputation und Versorgung der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren und gegebenenfalls temporärem Verschluss	290	16,31	37,51	57,08
236	Exstirpation der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren und temporärem Verschluss, je Kanal	110	6,19	14,22	21,65
237	Devitalisieren der Pulpa einschließlich Exkavieren, gegebenenfalls temporärer Verschluss	50	2,81	6,46	9,84
238	Amputation und endgültige Versorgung der devitalisierten Milchzahnpulpa	160	9,00	20,69	31,49
239	Trepanation eines Zahnes	65	3,66	8,40	12,97
240	Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals	70	3,94	9,05	13,77
241	Aufbereitung eines Wurzelkanals	280	15,75	36,21	55,11
242	Zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden, je Kanal	70	3,94	9,05	13,77
243	Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nummern 236 bis 238 und 241 einschließlich temporärem Verschluss, je Zahn und Sitzung	130	7,31	16,81	25,59
244	Füllung eines Wurzelkanals einschließlich temporärem Verschluss	200	11,25	25,87	39,36

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 Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen sind gesondert berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
300	Entfernung eines einwurzeligen Zahnes oder eines enossalen Implantats	70	3,94	9,05	13,77
301	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes	110	6,19	14,22	21,65
302	Entfernung eines tief frakturierten oder tief zerstörten Zahnes	270	15,19	34,92	53,14
303	Entfernung eines Zahnes oder eines enossalen Implantats durch Osteotomie	350	19,68	45,27	68,89
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	14,22	21,65
306	Stillung einer Blutung durch Abbinden oder Umstechen des Gefäßes oder durch Knochenbolzung Blutung im Mund-Kieferbereich durch Freilegung und Abbinden oder Umstechung des Gefäßes oder durch Knochenbolzung, als selbständige Leistung	140	7,87	18,10	27,55
307	Exzision von Schleimhaut oder Granulationsgewebe, als selbständige Leistung	45	2,53	5,82	8,85
308	Exzision einer Schleimhautwucherung größeren Umfangs (z.B. lappiges Fibrom, Epulis)	150	8,44	19,40	29,52
309	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle	370	20,81	47,86	72,83
310	Trepanation des Kieferknochens, als selbständige Leistung	140	7,87	18,10	27,55
311	Resektion einer Wurzelspitze an einem Frontzahn	460	25,87	59,50	90,54
312	Resektion einer Wurzelspitze an einem Seitenzahn	580	32,62	75,02	114,17

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
	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.				
313	Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes	280	15,75	36,21	55,11
314	Reimplantation eines Zahnes einschließlich einfacher Fixation	550	30,93	71,14	108,26
315	Endodontische Stabilisierung eines Zahnes im Knochen	270	15,19	34,92	53,14
	Die Kosten für das Verankerungselement sind gesondert berechnungsfähig.				
316	Transplantation eines Zahnes einschließlich operativer Schaffung des Knochenbettes	650	36,56	84,08	127,95
317	Operation einer Zyste durch Zystostomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	230	12,94	29,75	45,27
318	Operation einer Zyste durch Zystostomie, als selbständige Leistung	400	22,50	51,74	78,73
319	Operation einer Zyste durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	270	15,19	34,92	53,14
320	Operation einer Zyste durch Zystektomie, als selbständige Leistung	500	28,12	64,67	98,42
	Das Auskratzen von Granulationsgewebe oder kleinen Zysten in Verbindung mit Extraktionen, Osteotomien oder Wurzelspitzenresektionen kann nicht nach den Nummern 317 bis 320 berechnet werden.				
321	Beseitigung störender Schleimhautbänder, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	140	7,87	18,10	27,55
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	36,21	55,11
323	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers als selbständige Leistung, je Kiefer	440	24,75	56,91	86,61
324	Vestibulumplastik oder Mundbodenplastik kleineren Umfangs, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	550	30,93	71,14	108,26
325	Tuberplastik, einseitig	270	15,19	34,92	53,14

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
326	Freilegen eines retinierten oder verlagerten Zahnes zur orthopädischen Einstellung	550	30,93	71,14	108,26
327	Germektomie	590	33,18	76,32	116,13
328	Lösen, Verlegen und Fixieren des Lippenbändchens und Durchtrennen des Septums bei echtem Diastema	270	15,19	34,92	53,14
329	Kontrolle nach chirurgischem Eingriff, als selbständige Leistung	55	3,09	7,11	10,82
330	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff (z. B. Tamponieren), als selbständige Leistung	65	3,66	8,40	12,79
331	Chirurgische Wundrevision (z. B. Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht), als selbständige Leistung	100	5,62	12,93	19,68

E. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums

Allgemeine Bestimmung

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

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
400	Erstellen eines Parodontalstatus nach vorgeschriebenem Formblatt Die Leistung nach Nummer 400 ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig.	160	9,00	20,69	31,49
401	Anwendung elektromechanischer Verfahren zur Parodontaldiagnostik (z.B. Periotest), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	50	2,81	6,46	9,84
402	Lokalbehandlung von Mundschleimhauterkrankungen, je Sitzung	45	2,53	5,82	8,85
403	Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	35	1,97	4,52	6,88
404	Beseitigung grober Vorkontakte der Okklusion und Artikulation durch Einschleifen des natürlichen Gebisses oder bereits vorhandenen Zahnersatzes, je Sitzung	45	2,53	5,82	8,85

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
405	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren, je Zahn	10,9	0,61	1,40	2,14
406	Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge mit Nachreinigung einschließlich Polieren, je Zahn	6,4	0,36	0,82	1,25
407	Subgingivale Konkremententfernung, Wurzelglättung und Gingivakürettage als parodontalchirurgische Maßnahme, je Zahn	110	6,19	14,22	21,65
408	Gingivektomie, Gingivoplastik, je Parodontium	45	2,53	5,82	8,85
409	Lappenoperation, offene Kürettage, einschließlich Osteoplastik an einem Frontzahn, je Parodontium	180	10,12	23,28	35,43
410	Lappenoperation, offene Kürettage, einschließlich Osteoplastik an einem Seitenzahn, je Parodontium	275	15,47	35,57	54,13
	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	180	10,12	23,28	35,43
	Bei der Leistung nach der Nummer 411 sind Kosten für alloplastisches Material gesondert berechnungsfähig.				
412	Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	275	15,47	35,57	54,13
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	11,64	17,71
415	Nachbehandlung nach parodontalchirurgischen Maßnahmen nach den Nummern 407 bis 414, je Zahn	6,4	0,36	0,82	1,25

F. Prothetische Leistungen

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
500	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Tangentialpräparation)	820	46,12	106,07	161,41
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	142,29	216,53
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	168,16	255,90
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	142,29	216,53
504	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teleskopkrone, auch Konuskronen	1400	78,74	181,09	275,58
	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	51,74	78,73
508	Versorgung eines Lückengebisses durch eine zusammengesetzte Brücke oder Prothese, je Verbindungselement	230	12,94	29,75	45,27

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
	Matrize und Patrize gelten als ein Verbindungselement.				
509	Wiederherstellung der Funktion eines Verbindungselements nach Nummer 508	110	6,19	14,22	21,65
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	46,56	70,86
512	Eingliederung einer provisorischen Brücke einschließlich Entfernung, je provisorische Krone	180	10,12	23,28	35,43
513	Eingliederung einer provisorischen Brücke einschließlich Entfernung, je provisorische Krone mit Stiftverankerung	290	16,31	37,51	57,08
514	Eingliederung einer provisorischen Brücke einschließlich Entfernung, je zu überbrückende Spanne oder Freundsattel	160	9,00	20,69	31,49
	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	143,69
516	Versorgung eines Lückengebisses nach Nummer 515, für jede weitere zu überbrückende Spanne	360	20,25	46,56	70,86
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	90,54	137,79
521	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Modellgussprothese mit gegossenen Halte- und Stützelementen einschließlich Einschleifen der Auflagen	1400	78,74	181,09	275,58

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
522	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Oberkiefer	1850	104,05	239,31	364,16
523	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Unterkiefer	2200	123,73	284,58	433,06
	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	27,55
526	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (mit Abformung) einschließlich Halte- und Stützvorrichtungen	270	15,19	34,92	53,14
527	Teilunterfütterung einer Prothese	180	10,12	23,28	35,43
528	Vollständige Unterfütterung einer Prothese	270	15,19	34,92	53,14
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	143,69
	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.				
	Leistungen nach den Nummern 527 bis 531 sind nur als Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion einer abnehmbaren Prothese berechnungsfähig.				

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
532	Eingliederung eines Obturators zum Verschluss von Defekten des Gaumens	2200	123,73	284,58	433,06
533	Eingliederung einer Resektionsprothese zum Verschluss und zum Ausgleich von Defekten der Kiefer	2800	157,48	362,19	551,17
534	Eingliederung einer Prothese oder Epithese zum Verschluss extraoraler Weichteildefekte oder zum Ersatz fehlender Gesichtsteile einschl. Stütz-, Halte oder Hilfsvorrichtungen	7300	410,57	944,30	1436,98

Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 520 bis 534 abgegolten.

G. Kieferorthopädische Leistungen

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
600	Profil- oder Enfacefotografie einschließlich kieferorthopädischer Auswertung	80	4,50	10,34	15,74
601	Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale, graphische oder metrische Analysen, Diagramme)	180	10,12	23,28	35,43
602	Anwendung von Methoden zur Untersuchung des Gesichtsschädels (zeichnerische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels, Wachstumsanalysen)	360	20,25	46,56	70,86
603	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, geringer Umfang	1350	75,93	174,63	265,74
604	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, mittlerer Umfang	2100	118,11	271,64	413,37
605	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, hoher Umfang	3600	202,47	465,68	708,65
	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:				
	a) Zahl der bewegten Zahngruppen: zwei und mehr Zahngruppen,				
	b) Ausmaß der Zahnbewegung: mehr als 2 Millimeter,				
	c) Art der Zahnbewegung: körperlich mehr als 2 Millimeter, kontrollierte Wurzelbewegung, direkte Veränderung der Bisshöhe, Zahndrehung mehr als 30 Grad,				
	d) Richtung der Zahnbewegung: entgegen Wanderungstendenz,				
	e) Verankerung: mit zusätzlichen intra- oder extraoralen Maßnahmen,				
606	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, geringer Umfang	1800	101,24	232,84	354,32
607	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, mittlerer Umfang	2600	146,23	336,32	511,80

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
608	<p>Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, hoher Umfang</p> <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 Wachstums Voraussetzungen.-</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>	3600	202,47	465,68	708,65
609	Maßnahmen zur Einstellung der Okklusion durch alveolären Ausgleich bei abgeschlossener Wachstumsphase einschließlich Retention	700	39,37	90,54	137,79
610	Eingliederung eines Klebebrackets zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	165	9,28	21,34	32,47
611	Entfernung eines Klebebrackets einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes	70	3,94	9,05	13,77
612	Eingliederung eines Bandes zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	230	12,94	29,75	45,27
613	Entfernung eines Bandes einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes	20	1,12	2,58	3,93
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	500	28,12	64,67	98,42

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
	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.				
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	34,92	53,14
619	Beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen	140	7,87	18,10	27,55
	Neben der Leistung nach der Nummer 619 ist eine Leistung nach der Nummer 001 in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig .				
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	11,64	17,71
622	Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln (z.B. Abformung, Bissnahme), je Kiefer	180	10,12	23,28	35,43
623	Eingliederung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer	180	10,12	23,28	35,43
624	Maßnahmen zur Verhütung von Folgen vorzeitigen Zahnverlustes (Offenhalten einer Lücke)	270	15,19	34,92	53,14
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	142,29	216,53

H. Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen

Allgemeine Bestimmung

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

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
700	Eingliederung eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche	270	15,19	34,92	53,14
701	Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche	800	44,99	103,48	157,47
702	Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Auf- beißbehelf	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	8,40	12,79
705	Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Ober- fläche: subtraktive Maßnahmen, je Sitzung	180	10,12	23,28	35,43
706	Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Ober- fläche: additive Maßnahmen, je Sitzung	410	23,06	53,03	80,70
707	Semipermanente Schiene unter Anwendung der Ätz- technik, je Interdentalraum	90	5,06	11,64	17,71
708	Versorgung eines Kiefers mit einem Interimzahner- satz als Langzeitprovisorium, je Krone	450	25,31	58,21	88,58
709	Versorgung eines Kiefers mit einem Interimzahner- satz als Langzeitprovisorium, je zu überbrückende Spanne oder Freiendsattel	270	15,19	34,92	53,16
	Die Leistungen nach den Nummern 708 und 709 sind nicht in zeitlichem Zusammenhang mit der Herstel- lung von endgültigem Zahnersatz berechnungsfähig.				
710	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion eines Interimzahnersatzes, je Krone, Spanne oder Freie- dsattel	200	11,25	25,87	39,36
	Die Wiedereingliederung desselben Interimzahner- satzes, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 708 bis 710 abgegolten.				

J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
800	<p>Befunderhebung des stomatognathen Systems nach vorgeschriebenem Formblatt</p> <p>Die Leistung nach der Nummer 800 umfasst folgende zahnärztliche Leistungen: prophylaktische, prothetische, parodontologische und okklusale Befunderhebung, funktionsdiagnostische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels und der Halswirbelsäule, klinische Reaktionstests (z. B. Resilienztest, Provokationstest) .</p> <p>Neben der Leistung nach der Nummer 800 ist eine Leistung nach der Nummer 001 in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig .</p>	500	28,12	64,67	98,42
801	<p>Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers, je Registrat</p> <p>Die Leistung nach Nummer 801 ist höchstens zweimal berechnungsfähig.</p>	180	10,12	23,28	35,43
802	<p>Modellmontage nach arbiträrer Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die arbiträre Scharnierachsenbestimmung, Anlegen eines Übertragungsbogens, Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator und Modellmontage) einschließlich Material und Laborkosten</p>	400	22,50	51,74	78,73
803	<p>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</p>	550	30,93	71,14	108,26
804	<p>Montage des Gegenkiefermodells mit Hilfe von Registraten oder ähnlichen Verfahren einschließlich Fixieren und Überprüfen der gefundenen Position einschließlich Material und Laborkosten.</p>	200	11,25	25,87	39,36
805	<p>Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung halbindividueller Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten</p>	350	19,68	45,27	68,89

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
806	Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten Wird bei unterbrochener Zahnreihe oder Freiendsattel zur Bestimmung der Vertikaldimension eine Biss-schablone im Labor angefertigt, so sind die Kosten für die Biss-schablone neben den Gebühren nach den Nummern 802 bis 806 gesondert berechnungsfähig.	500	28,12	64,67	98,42
807	Aufbau einer individuellen Frontzahnführung im Artikulator einschließlich Material und Laborkosten	150	8,44	19,40	29,52
808	Diagnostische Maßnahmen an Modellen im Artikulator einschließlich subtraktiver oder additiver Korrekturen, Befundauswertung und Behandlungsplanung	200	11,25	25,87	39,36
809	Diagnostischer Aufbau von Funktionsflächen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz	200	11,25	25,87	39,36
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	1,94	2,95

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.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
900	Implantatbezogene Analyse und Vermessung des Alveolarfortsatzes des Kieferkörpers und der Schleimhaut einschließlich metrischer Auswertung von Röntgenaufnahmen zur Festlegung der Implantatposition mit Hilfe einer individuellen Schablone, je Kiefer	540	30,37	69,85	106,29
901	Präparieren einer Knochenkavität für ein enossales Implantat	480	27,00	62,09	94,48
902	Einsetzen einer Implantatschablone zur Überprüfung der Knochenkavität	90	5,06	11,64	17,71
903	Einbringen eines enossalen Implantats	480	27,00	62,09	94,48
904	Freilegen eines Implantats und Einfügen von Sekundärteilen bei einem zweiphasigen Implantationssystem	320	18,00	41,39	62,99
905	Auswechseln eines Sekundärteils bei einem zusammengesetzten Implantat	320	18,00	41,39	62,99
906	Präparieren eines Kiefers für subperiostale Gerüstimplantate einschließlich Abformung und Analyse des gewonnenen Modells, je Kiefer	640	35,99	82,78	125,98
907	Einsetzen eines subperiostalen Gerüstimplantats einschließlich Fixation	320	18,00	41,39	62,99
908	Entfernung eines subperiostalen Gerüstimplantats	1100	61,87	142,29	216,53
909	Einbringen eines Nadelimplantats	90	5,06	11,64	17,71

**Auszug aus der
Gebührenordnung für Ärzte**

**(GOÄ)
vom 12. November 1982
(BGBl. I, S. 1522)**

Zuletzt geändert durch die Vierte Änderungsverordnung vom Dezember 1995
in der seit dem 1.1.1996 gültigen Fassung

**§ 2
Abweichende Vereinbarung**

- (1) Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Für Leistungen nach § 5 a ist eine Vereinbarung nach Satz 1 ausgeschlossen. Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Abs. 1 Satz 2) oder eines abweichenden Punktwerts (§ 5 Abs.1 Satz 3) ist nicht zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.
- (2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Arztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.
- (3) Für Leistungen nach den Abschnitten A, E, M und O ist eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 unzulässig. Im übrigen ist bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen zulässig.

**§ 4
Gebühren**

- (2a) Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte. Die Rufbereitschaft sowie das Bereitstehen eines Arztes oder Arztteams sind nicht berechnungsfähig.

§ 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 Pfennigs (Anmerkung: seit 2002 Cent) 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.
- (4) Gebühren für die Leistung nach Nummer 437 des Gebührenverzeichnisses sowie für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem Einfachen bis 1,3fachen des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 2,3fachen des Gebührensatzes das 1,15fache des Gebührensatzes tritt.
- (5) Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder von dem Wahlarzt noch von dessen vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, tritt an die Stelle des Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Absatz 1 Satz 1 das 2,3fache des Gebührensatzes und an die Stelle des Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 3 Satz 1 das 1,8fache des Gebührensatzes.

§ 5a
Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen

Im Fall eines unter den Voraussetzungen des § 218 a Abs. 1 des Strafgesetzbuches vorgenommenen Abbruchs einer Schwangerschaft dürfen Gebühren für die in § 24 b Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen nur bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden.

§ 5b
Bemessung der Gebühren bei Versicherten
des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung

Für Leistungen, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden. Bei Gebühren für die in den Abschnitten A, E, und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,3fache des Gebührensatzes tritt. Bei Gebühren

für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,1fache des Gebührensatzes tritt.

§ 6

Gebühren für andere Leistungen

- (1) Erbringen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte oder Chirurgen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen - Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316) - aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.
- (2) Selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden.

§ 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 inner-

halb 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 der Leistung 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.

§ 12

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,
 1. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
 3. bei Gebühren für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 6a,
 4. bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,
 1. bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die Art der Auslage; übersteigt der Betrag der einzelnen Auslage 50,-- Deutsche Mark, ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen.
- (3) Überschreitet die berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nr. 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen; das gleiche gilt bei den in § 5 Abs. 3 genannten Leistungen, wenn das 1,8fache des Gebührensatzes überschritten wird, sowie bei den in § 5 Abs. 4 genannten Leistungen, wenn das 1,15fache des Gebührensatzes überschritten wird. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. Soweit im Falle einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 auch ohne die getroffene Vereinbarung ein Überschreiten der in Satz 1 genannten Steigerungssätze gerechtfertigt gewesen wäre, ist das Überschreiten auf Verlangen des Zahlungspflichtigen zu begründen; die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend. Die Bezeichnung der Leistung nach Absatz 2 Nummer 2 kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigefügt wird, der die Bezeichnung für die abgerechnete Leistungsnummer entnommen werden kann. Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 Satz 2), 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 den in § 11 Abs. 1 genannten Leistungs- und Kostenträgern kann eine von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 abweichende Regelung getroffen werden.

Artikel 3 / 4.
Änderungsverordnung zur GOÄ

Inkrafttreten und Übergangsvorschriften

Für vor Inkrafttreten dieser Verordnung erbrachte Leistungen gilt die Gebührenordnung für Ärzte in der bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung geltenden Fassung weiter.

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft.

Auszug aus dem
Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen

Stand Dezember 1995

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 Krankheitsfalles geboten war. Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben. Bei den Leistungen nach den Nummern 1, 5, 6, 7 und/oder 8 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen, bei der Leistung nach Nummer 3 generell zu begründen.
4. 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 Krankheitsfalles geboten waren. Bei der Berechnung von mehr als zwei Visiten an demselben Tag ist die jeweilige Uhrzeit der Visiten in der Rechnung anzugeben. Auf Verlangen ist die mehr als zweimalige Berechnung einer Visite an demselben Tag zu begründen.
Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 und/oder 15 nicht berechnungsfähig.
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 einer Leistung 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

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €	Begrün- dungs- schwelle €	Höchst- satz €
1	Beratung - auch mittels Fernsprecher	80	4,66	10,72	16,32
2*	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. <i>Die Leistung nach Nummer 2 darf anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnet werden.</i>	30	1,75	3,15	4,37
3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung - auch mittels Fernsprecher – <i>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</i>	150	8,74	20,11	30,60
4	Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) - im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken. <i>Die Leistung nach Nummer 4 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach Nummer 4 ist neben Leistungen nach den Nummern 30, 34, 801, 806, 807, 816, 817 und/oder 835 nicht berechnungsfähig.</i>	220	12,82	29,49	44,88
5	Symptombezogene Untersuchung <i>Die Leistung nach Nummer 5 ist neben den Leistungen nach den Nummern 6 bis 8 nicht berechnungsfähig.</i>	80	4,66	10,72	16,32

* Reduzierter Gebührenrahmen 1 - 2,5fach, Mittelsatz 1,8fach

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €	Begrün- dungs- schwelle €	Höchst- satz €
6	<p>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</p> <p><i>Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nummer 6 beinhaltet insbesondere</i></p> <p>- (...)</p> <p>- <i>bei dem stomatognathen System: Inspektion der Mundhöhle, Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke sowie vollständiger Zahnstatus;</i></p> <p>- (...)<i> bei dem Gefäßstatus: ...</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 6 ist neben Leistungen nach den Nummern 5, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i></p>	100	5,83	13,41	20,40

II. Zuschläge zu 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.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €	Begrün- dungs- schwelle €	Höchst- satz €
A	Zuschlag für außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen <i>Der Zuschlag nach Buchstabe A ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben B, C und/oder D nicht berechnungsfähig.</i> <i>Der Zuschlag nach Buchstabe A ist für Krankenhausärzte nicht berechnungsfähig.</i>	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 <i>Neben dem Zuschlag nach Buchstabe C ist der Zuschlag nach Buchstabe B nicht berechnungsfähig.</i>	320	18,65	-	-
D	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen <i>Werden Leistungen innerhalb einer Sprechstunde an Samstagen erbracht, so ist der Zuschlag nach Buchstabe D nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig.</i> <i>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.</i> <i>Der Zuschlag nach Buchstabe D ist für Krankenhausärzte im Zusammenhang mit zwischen 8 und 20 Uhr erbrachten Leistungen nicht berechnungsfähig.</i>	220	12,82	-	-
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

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €	Begrün- dungs- schwelle €	Höchst- satz €
34	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	300	17,49	40,23	61,22

Die Leistung nach Nummer 34 ist innerhalb von sechs Monaten höchstens zweimal berechnungsfähig.

Neben der Leistung nach Nummer 34 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 15 und/oder 30 nicht berechnungsfähig.

IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €	Begrün- dungs- schwelle €	Höchst- satz €
46	Zweitvisite im Krankenhaus	50	2,91	6,69	10,19
	<i>Die Leistung nach Nummer 46 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig.</i>				
	<i>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.</i>				
	<i>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.</i>				
	<i>Mehr als zwei Visiten dürfen nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren oder verlangt wurden. Wurde die Visite verlangt, muss dies in der Rechnung angegeben werden.</i>				
48	Besuch eines Patienten auf einer Pflegestation (z.B. in Alten- oder Pflegeheimen) - bei regelmäßiger Tätigkeit des Arztes auf der Pflegestation zu vorher vereinbarten Zeiten -	120	6,99	16,09	24,48
	<i>Die Leistung nach Nummer 48 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i>				

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €	Begrün- dungs- schwelle €	Höchst- satz €
50	Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung <i>Die Leistung nach Nummer 50 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nummern 45 oder 46 nicht berechnet werden.</i> <i>Neben Leistungen nach Nummer 50 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i>	320	18,65	42,90	65,28
51	Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 50 - einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung <i>Die Leistung nach Nummer 51 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nummern 45 oder 46 nicht berechnet werden.</i> <i>Neben der Leistung nach Nummer 51 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i>	250	14,57	33,52	51,00
56*	Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistung - wegen Erkrankung erforderlich -, je angefangene halbe Stunde <i>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.</i>	180	10,49	18,89	26,23
60	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt <i>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.</i> <i>Die Leistung nach Nr. 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt.</i> <i>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).</i>	120	6,99	16,09	24,48

* Reduzierter Gebührenrahmen 1 - 2,5fach, Mittelsatz 1,8fach

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.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €	Begrün- dungs- schwelle €	Höchst- satz €
E	Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich erfolgte Ausführung <i>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.</i>	160	9,33		
F	Zuschlag für in der Zeit von 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr erbrachte Leistungen <i>Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>	260	15,15		
G	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen <i>Der Zuschlag nach Buchstabe G ist neben 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.</i>	450	26,23		
H	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- und Feiertagen erbrachte Leistungen <i>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 Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>	340	19,82		
J	Zuschlag zur Visite bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Tag	80	4,66		
K2	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

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €	Begrün- dungs- schwelle €	Höchst- satz €
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 <i>Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.</i>	130	7,58	17,43	26,52
76	Schriftlicher Diätplan, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt	70	4,08	9,38	14,28
80	Schriftliche gutachtliche Äußerung	300	17,49	40,22	61,20
85	Schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand - gegebenenfalls mit wissenschaftlicher Begründung - je angefangene Stunde Arbeitszeit	500	29,14	67,03	102,00
95	Schreibgebühren, je angefangene DIN-A4-Seite	60	3,50	-	-
96	Schreibgebühr, je Kopie	3	0,17	-	-
	<i>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.</i>				

C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

I. Anlegen von Verbänden

Allgemeine Bestimmungen

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.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €	Begrün- dungs- schwelle €	Höchst- satz €
200	Verband – ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher -	45	2,62	6,03	9,18
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	19,38
210	Kleiner Schienenverband – auch als Notverband bei Frakturen -	75	4,37	10,05	15,30
211	Kleiner Schienenverband – bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderte Schiene –	60	3,50	8,04	12,24

II. Blutentnahmen, 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.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €	Begrün- dungs- schwelle €	Höchst- satz €
250*	Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene	40	2,33	4,20	5,83
250 a	Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr	40	2,33	4,20	5,83
251	Blutentnahme mittels Spritze oder Kanüle aus der Arterie	60	3,50	8,04	12,24

* Reduzierter Gebührenrahmen 1 - 2,5fach, Mittelwert 1,8 fach

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr	Begrün- dungs- schwelle	Höchst- satz
			in €	€	€
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	16,32
255	Injektion, intraartikulär oder perineural	95	5,54	12,74	19,38
267	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich einer Körperregion, auch paravertebrale oder perineurale oder perikapsuläre oder retrobuläre Injektion und/oder Infiltration, je Sitzung	80	4,66	10,72	16,32
269	Akupunktur (Nadelstich-Technik) zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung	200	11,66	26,81	40,80
269 a	Akupunktur (Nadelstich-Technik) mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung <i>Neben der Leistung nach Nummer 269 a ist die Leistung nach Nummer 269 nicht berechnungsfähig</i>	350	20,40	46,92	71,40
297	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich Fixierung - <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	45	2,62	6,03	9,18
298	Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich Fixierung - <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>	40	2,33	5,36	8,16

III. Punktionen

Allgemeine Bestimmungen

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

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr	Begrün- dungs- schwelle	Höchst- satz
			in €	€	€
300	Punktion eines Gelenks	120	6,99	16,09	24,48
303	Punktion einer Drüse, eines Schleimbeutels, Ganglions, Seroms, Hygroms, Hämatoms oder Abszesses oder oberflächlicher Körperteile	80	4,66	10,72	16,32
321	Untersuchungen von natürlichen Gängen oder Fisteln mittels Sonde oder Einführung eines Fistelkatheters - gegebenenfalls einschließlich anschließender Injektion oder Instillation	50	2,91	6,70	10,20

IV. Kontrastmitteleinbringung

Allgemeine Bestimmungen

Die zur Einbringung des Kontrastmittels erforderlichen Maßnahmen wie Sondierungen, Injektionen, Punktionen, Gefäßkatheterismus oder Probeinjektionen und gegebenenfalls anschließende Wundnähte und Entfernung(en) des Kontrastmittels sind Bestandteile der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für gegebenenfalls notwendige Durchleuchtungen zur Kontrolle der Lage eines Katheters oder einer Punktionsnadel.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr	Begrün- dungs- schwelle	Höchst- satz
			in €	€	€
340	Einbringung des Kontrastmittels in die zerebralen und spinalen Liquorräume	400	23,31	53,62	81,60
344	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, bis zu 10 Minuten Dauer	100	5,83	13,41	20,40
345	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, von mehr als 10 Minuten Dauer	130	7,58	17,43	26,52
346	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion	300	17,49	40,22	61,20
347	Ergänzung für jede weitere intravenöse Kontrastmitteleinbringung mittels Hochdruckinjektion bei bestehendem Zugang – im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 346 -	150	8,74	20,11	30,60
350	Intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels	150	8,74	20,11	30,60
370	Einbringung des Kontrastmittels zur Darstellung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln - gegebenenfalls intraoperativ -	200	11,66	26,81	40,80
373	Einbringung des Kontrastmittels in ein Gelenk	250	14,57	33,52	51,00

V. Impfungen und Testungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
2. Erforderliche Nachbeobachtungen am Tag der Impfung oder Testung sind in den Leistungsansätzen enthalten und nicht gesondert berechnungsfähig.
3. Neben den Leistungen nach den Nummern 376 bis 378 sind die Leistungen nach den Nummern 21 und 2 und die gegebenenfalls erforderliche Eintragung in dem Impfpass nicht berechnungsfähig.
4. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 380 bis 382, 385 bis 391 sowie 395 und 396 sind die Kosten abgegolten.

Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 393, 394, 397 und 398 sind die Kosten für serienmäßig lieferbare Testmittel abgegolten.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr	Begrün- dungs- schwelle	Höchst- satz
			in €	€	€
380	Epikutantest, je Teil (1. bis 30. Test je Behandlungsfall)	30	1,75	4,02	6,12
381	Epikutantest, je Test (31. bis 50. Test je Behandlungsfall)	20	1,17	2,68	4,08

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr	Begrün- dungs- schwelle	Höchst- satz
			in €	€	€
382	Epikutantest, je Test (51. bis 100. Test je Behandlungsfall) <i>Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berech- nungsfähig.</i>	15	0,87	2,01	3,06
390	Intrakutantest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	60	3,50	8,04	12,24
391	Intrakutantest, jeder weitere Test <i>Mehr als 80 Intrakutantests sind je Behandlungsfall nicht berech- nungsfähig.</i>	40	2,33	5,36	8,16
399	Oraler Provokationstest, auch Expositionstest bei Nahrungsmittel- oder Medikamentenallergien – einschließlich Überwachung zur Erkennung von Schockreaktionen -	200	11,66	26,81	40,80

VI. Sonographische Leistungen

hier nicht genannt

VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr	Begrün- dungs- schwelle	Höchst- satz
			in €	€	€
429	Wiederbelebungsversuch - einschließlich künstlicher Beatmung und extrathorakaler indirekter Herzmassage, gegebenenfalls ein- schließlich Intubation -	400	23,31	53,62	81,60
430	Extra- oder intrathorakale Elektro-Defibrillation und/oder -Stimulation des Herzens	400	23,31	53,62	81,60
431	Elektrokardioskopie im Notfall	100	5,83	13,41	20,40

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 operative Leistungen
 - nach den Nummern 679, 695, 700, 701, 765 in Abschnitt F,
 - 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 anästhesiologische 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 und entsprechend begründet wird.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr	Begrün- dungs- schwelle	Höchst- satz
			in €	€	€
440	Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei ambulanten operativen Leistungen <i>Der Zuschlag nach Nummer 440 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.</i>	400	23,31	-	-
441	Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei ambulanten operativen Leistungen, je Sitzung <i>Der Zuschlag nach Nummer 441 beträgt 100 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 132, $\frac{3}{4}$ Deutsche Mark (Anmerkung: 67,49 Euro)</i> <i>Der Zuschlag nach Nummer 441 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.</i>				
442	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 250 bis 499 Punkten bewertet sind. <i>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.</i>	400	23,31	-	-
443	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 500 bis 799 Punkten bewertet sind. <i>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.</i>	750	43,72	-	-
444	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind <i>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.</i>	1300	75,77	-	-
445	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind. <i>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.</i>	2200	128,23	-	-
446	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, die mit Punktzahlen von 200 bis 399 Punkten bewertet sind.	300	17,49	-	-

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €	Begrün- dungs- schwelle €	Höchst- satz €
	<i>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.</i>				
447	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, die mit 400 und mehr Punkten bewertet sind.	650	37,89	-	-
	<i>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.</i>				
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.	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.	900	52,46	-	-
	<i>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.</i>				

D. Anästhesieleistungen

Allgemeine Bestimmungen

Bei der Anwendung mehrerer Narkose- oder Anästhesieverfahren nebeneinander ist nur die jeweils höchstbewertete 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.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €	Begrün- dungs- schwelle €	Höchst- satz €
450	Rauschnarkose – auch mit Lachgas	76	4,43	10,19	15,50
451	Intravenöse Kurznarkose	121	7,05	16,22	24,68
452	Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)	190	11,07	25,47	38,76
453	Vollnarkose	210	12,24	28,15	42,84
490	Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke	61	3,55	8,18	12,44
491	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke - auch Parazervikalnästhesie	121	7,05	16,22	24,68

E. Physikalisch-medizinische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

V. Wärmebehandlung

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €	Begrün- dungs- schwelle €	Höchst- satz €
538*	Infrarotbehandlung, je Sitzung	40	2,33	4,20	5,83
539*	Ultraschallbehandlung	44	2,56	4,62	6,41

VI: Elektrotherapie

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €	Begrün- dungs- schwelle €	Höchst- satz €
548*	Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequen- ter Ströme)	37	2,16	3,88	5,39
549*	Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequen- ter Ströme) bei Behandlung verschiedener Körperregionen in einer Sitzung	55	3,21	5,77	8,02
551*	Reizstrombehandlung (Anwendung niederfrequenter Ströme) - auch bei wechselweiser Anwendung verschiedener Impuls- oder Stromformen und gegebenenfalls unter Anwendung von Saug- elektroden <i>Wird Reizstrombehandlung nach Nummer 551 gleichzeitig neben einer Leistung nach den Nummern 535, 536, 538, 539, 548, 549, 552 oder 747 an demselben Körperteil oder an denselben Körper- teilen verabreicht, so ist nur die höherbewertete Leistung berech- nungsfähig; dies gilt auch bei Verwendung eines Apparatesystems an mehreren Körperteilen.</i>	48	2,80	5,04	6,99
552*	Iontophorese	44	2,56	4,62	6,41
555*	Gezielte Niederfrequenzbehandlung bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen, je Sitzung	120	6,99	12,59	17,49

* Reduzierter Gebührenrahmen 1 - 2,5fach; Mittelwert 1,8 fach

J. Hals, Nasen, Ohrenheilkunde

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr	Begrün- dungs- schwelle	Höchst- satz
			in €	€	€
1465	Punktion einer Kieferhöhle -gegebenenfalls einschließlich Spülung und/oder Instillation von Medikamenten -	119	6,94	15,95	24,28
1466	Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle (Antroskopie) – gegebenenfalls einschließlich der Leistung nach Nummer 1465 -	178	10,38	23,86	36,31
1467	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle vom Mundvorhof aus - einschließlich Fensterung -	407	23,72	54,56	83,03
1468	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle von der Nase aus	296	17,25	39,68	60,39
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	123,87	188,50
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	62,07	94,45
1510	Schlitzung des Parotis- oder Submandibularis-Ausführungsganges - gegebenenfalls einschließlich Entfernung von Stenosen –	190	11,07	25,47	38,76
1511	Eröffnung eines Zungenabszesses	185	10,78	24,80	37,74
1512	Teilweise Entfernung der Zunge - gegebenenfalls einschließlich Unterbindung der Arteria lingualis -	1110	64,70	148,81	226,45
1513	Keilexzision aus der Zunge	370	21,57	49,60	75,48
1518	Operation einer Speichelfistel	739	43,07	99,07	150,76
1519	Operative Entfernung von Speichelstein(en)	554	32,29	74,27	113,02
1559*	Sprachübungsbehandlung - einschließlich aller dazugehöriger 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	21,72	30,16

* Reduzierter Gebührenrahmen 1 – 2,5fach, Mittelsatz 1,8fach

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

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr	Begrün- dungs- schwelle	Höchst- satz
			in €	€	€
2000	Erstversorgung einer kleinen Wunde	70	4,08	9,38	14,28
2001	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Naht	130	7,58	17,43	26,52
2002	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	160	9,33	21,45	32,64
2003	Erstversorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde	130	7,58	17,43	26,52
2004	Versorgung einer großen Wunde einschließlich Naht	240	13,99	32,17	48,96
2005	Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	400	23,31	53,62	81,60
	<i>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.</i>				
2006	Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündungserscheinungen oder Eiterungen aufweist – auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde -	63	3,67	8,45	12,85
2007	Entfernung von Fäden oder Klammern	40	2,33	5,36	8,16
2008	Wund oder Fistelspaltung	90	5,25	12,07	18,36
2009	Entfernung eines unter der Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers	100	5,83	13,41	20,40
2010	Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen	379	22,09	50,81	77,32

III. Gelenkchirurgie

Allgemeine Bestimmungen

hier nicht genannt

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr	Begrün- dungs- schwelle	Höchst- satz
			in €	€	€
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	62,07	94,45
2123	Resektion eines Kiefer, Hand- oder Fußgelenks	1110	64,70	148,81	226,45
2135	Arthroplastik eines Kiefer, Hand- oder Fußgelenks	1400	81,60	187,69	285,61
2156	Eröffnung eines vereiterten Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	463	26,99	62,07	94,45
2181	Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	227	13,23	30,43	46,31

V. Knochenchirurgie

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr	Begrün- dungs- schwelle	Höchst- satz
			in €	€	€
2253	Knochenspanentnahme	647	37,71	86,74	131,99
2254	Implantation von Knochen	739	43,07	99,07	150,76
2255	Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen (Knochenspäne)	1480	86,27	198,41	301,93
2256	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie bei kleinen Knochen	463	26,99	62,07	94,45

VI. Frakturbehandlung

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr	Begrün- dungs- schwelle	Höchst- satz
			in €	€	€
2320	Einrichtung der gebrochenen knöchernen Nase einschließlich Tamponade – gegebenenfalls einschließlich Wundverband -	189	11,02	25,34	38,56
2321	Einrichtung eines gebrochenen Gesichtsknochens – gegebenenfalls einschließlich Wundverband -	227	13,23	30,43	46,31
2355	Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs	1110	64,70	148,81	226,45
2356	Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs nach Osteotomie mittels Nagelung, Verschraubung und/oder Metallplatten und/oder äußerem Spanner – auch zusätzliches Einpflanzen von Knochenspan -	1480	86,27	198,41	301,93

VII. Chirurgie der Körperoberfläche

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr	Begrün- dungs- schwelle	Höchst- satz
			in	€	€
2381	Einfache Hautlappenplastik	370	21,57	49,60	75,48
2382	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation	739	43,07	99,07	150,76
2386	Schleimhauttransplantation - einschließlich operativer Unterminierung der Entnahmestelle und plastischer Deckung	688	40,10	92,23	140,36
2401	Probeexcision aus oberflächlich gelegenem Körpergewebe (z. B. Haut, Schleimhaut, Lippe)	133	7,75	17,83	27,13
2402	Probeexcision aus tiefliegender Körpergewebe (z. B. Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z. B. Zunge)	370	21,57	49,60	75,48
2403	Excision einer in oder unter der Haut oder Schleimhaut liegenden kleinen Geschwulst	133	7,75	17,83	27,13
2404	Excision 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	16,32
2430	Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses	303	17,66	40,62	61,81
2431	Eröffnung eines Karbunkels - auch mit Excision	379	22,09	50,81	77,32
2432	Eröffnung einer Phlegmone	473	27,57	63,41	96,49
2442	Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunter- fütterung, als selbständige Leistung	900	52,46	120,65	183,60

VIII. Neurochirurgie

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr	Begrün- dungs- schwelle	Höchst- satz
			in	€	€
2581	Freilegung und Exhairese eines peripheren Trigeminusastes	924	53,86	123,87	188,50

IX. Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr	Begrün- dungs- schwelle	Höchst- satz
			in	€	€
2620	Operation der isolierten Lippenspalte	750	43,72	100,55	153,00
2621	Operation der breiten Lippen-Kieferspalte mit Nasenein- gangsplastik	1500	87,43	201,09	306,01
2622	Plastisch-chirurgische Behandlung einer kompletten Gesichtsspalte - einschließlich Osteotomien und Osteoplastiken	9000	524,59	1206,55	1836,05
2625	Verschluss des weichen oder harten Gaumens oder Verschluss von perforierenden Defekten im Bereich von Gaumen oder Vestibulum	1250	72,86	167,58	255,01

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr	Begrün- dungs- schwelle	Höchst- satz
			in €	€	€
2626	Velopharyngoplastik	2500	145,72	335,15	510,01
2627	Verschluss des harten und weichen Gaumens	2500	145,72	335,15	510,01
2630	Operative Rekonstruktion eines Mittelgesichts - einschließlich Osteotomie und/oder Osteoplastik	6000	349,72	804,36	1224,03
2640	Operative Verlagerung des Oberkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	1200	69,94	160,87	244,81
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	73,73	112,20
2655	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystektomie	950	55,37	127,36	193,81
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	126,48
2657	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystostomie	760	44,30	101,89	155,04
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	67,03	102,00
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	53,62	81,60
2670	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung	500	29,14	67,03	102,00
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	40,22	61,20
2675	Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuboplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich -	850	49,54	113,95	173,40
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	20,40
2681	Einrenkung der alten Luxation des Unterkiefers	400	23,31	53,62	81,60

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr	Begrün- dungs- schwelle	Höchst- satz
			in €	€	€
2682	Operative Einrenkung der Luxation eines Kiefergelenks	1400	81,60	187,69	285,61
2685	Reposition eines Zahnes	200	11,66	26,81	40,80
2686	Reposition eines zahntragenden Bruchstücks des Alveolarfortsatzes	300	17,49	40,22	61,20
2687	Allmähliche Reposition des gebrochenen Ober- oder Unterkiefers oder eines schwer einstellbaren oder verkeilten Bruchstücks des Alveolarfortsatzes	1300	75,77	174,28	265,21
2688	Fixation bei nicht dislozierter Kieferfraktur durch Osteosynthese oder Aufhängung	750	43,72	100,55	153,00
2690	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Unterkieferbruch, je Kieferhälfte	1000	58,29	134,06	204,01
2691	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Ausprengung des Oberkiefers an der Schädelbasis	3600	209,83	482,62	734,42
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	160,87	244,81
2694	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen, je Fraktur	450	26,23	60,33	91,80
2695	Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intra- und extraorale Schienenverbände und Stützapparate	2700	157,38	361,96	550,81
2696	Drahtumschlingung des Unterkiefers oder orofaziale Drahtaufhängung, auch beidseitig	500	29,14	67,03	102,00
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	241,31	367,21
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	40,22	61,20
2705	Osteotomie nach disloziert verheilte Fraktur im Mittelgesicht - einschließlich Osteosynthese -	1700	99,09	227,90	346,81
2706	Osteotomie nach disloziert verheilte Fraktur im Unterkiefer - einschließlich Osteosynthese -	1300	75,77	179,28	265,21

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €	Begrün- dungs- schwelle €	Höchst- satz €
2710	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers – auch Segmentosteotomie -, als selbständige Leistung	1100	64,12	147,47	224,41
2711	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers – auch Segmentosteotomie -, in Verbindung mit den Leistungen nach den Nummern 2640 oder 2642	750	43,72	100,55	153,00
2712	Halbseitenresektion des Ober- oder Unterkiefers	3000	174,86	402,18	612,02
2720	Osteotomie im Zusammenhang mit operativen Eingriffen am Mundboden – einschließlich Osteosynthese -	800	46,63	107,25	163,20
2730	Operative Maßnahmen zur Lagerbildung beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	500	29,14	67,03	102,00
2732	Operation zur Lagerbildung für Knochen oder Knorpel bei ausge- dehnten Kieferdefekten	2000	116,57	268,12	408,01

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 zu 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. Spermiogramm), 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.-11. hier nicht genannt (betrifft nicht zahnärztliche Abrechnung)

I. Vorbehalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis

Allgemeine Bestimmungen

Leistungen nach den Nummern 3500 bis 3532 sind nur berechnungsfähig, wenn die Laboruntersuchung direkt beim Patienten (z.B. auch bei Hausbesuch) oder in den eigenen Praxisräumen innerhalb von vier Stunden nach der Probenahme bzw. Probenübergabe an den Arzt erfolgt.

Die Leistungen nach den Nummern 3500 bis 3532 sind nicht berechnungsfähig, wenn sie in einem Krankenhaus, einer krankenhausähnlichen Einrichtung, einer Laborgemeinschaft oder in einer laborärztlichen Praxis erbracht werden.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €	Begrün- dungs- schwelle €	Höchst- satz €
3501*	Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG)	60	3,50	4,02	4,55
3508*	Mikroskopische Untersuchung eines Nativpräparats, gegebenenfalls nach einfacher Aufbereitung (z.B. Zentrifugation) im Durchlicht- oder Phasenkontrastverfahren, je Material (z.B. Punktate, Sekrete, Stuhl)	80	4,66	5,36	6,06
3509*	Mikroskopische Untersuchung nach einfacher Färbung (z.B. Methylblau, Lugol), je Material	100	5,83	6,70	7,58
3511*	Untersuchung eines Körpermaterials mit vorgefertigten Reagenzträgern oder Reagenzzubereitungen und visueller Auswertung (z.B. Glukose, Harnstoff, Urinteststreifen), qualitativ oder semi-quantitativ, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung <i>Können mehrere Messgrößen durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers erfasst werden, so ist die Leistung nach Nummer 3511 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn mehrere Einfachreagenzträger verwandt wurden.</i> <i>Bei mehrfacher Berechnung der Leistung nach Nummer 3511 ist die Art der Untersuchung in der Rechnung anzugeben</i>	50	2,91	3,35	3,79

* Reduzierter Gebührenrahmen 1 - 1,3fach, Mittelsatz 1,15fach

III. Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen

Allgemeine Bestimmungen

hier nicht genannt

4. Elektrolyte, Wasserhaushalt, physikalische Eigenschaften von Körperflüssigkeiten

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr	Begrün- dungs- schwelle	Höchst- satz
			in €	€	€
3712*	Viskosität (z.B. Blut, Serum, Plasma), viskosimetrisch	250	14,57	16,76	18,94
3714*	Wasserstoffionenkonzentration (pH), potentiometrisch, jedoch nicht aus Blut oder Urin	40	2,33	2,68	3,03
3715*	Bikarbonat	60	3,50	4,02	4,55

19. Antikörper gegen Bakterienantigene

Allgemeine Bestimmung

Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr	Begrün- dungs- schwelle	Höchst- satz
			in €	€	€
	Qualitativer Nachweis von Antikörper mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z.B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	90	5,25	6,03	6,82
	Katalog				
	Antikörper gegen				
4231*	Streptolysin				

* Reduzierter Gebührenrahmen 1 - 1,3fach, Mittelsatz 1,15fach

IV. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern

Allgemeine Bestimmungen

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.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €	Begrün- dungs- schwelle €	Höchst- satz €
1. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Bakterien					
a. Untersuchungen im Nativmaterial					
	Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien - einschließlich einfacher Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung	90	5,25	6,03	6,82
	Katalog				
4506*	Methylenblaufärbung				
4508*	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand				
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				
b. Züchtung/Gewebekultur					
4530*	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch einfache Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Nährboden, aerob (z.B. Blut-, Endo-, McConkey-Agar, Nährbouillon), je Nährmedium	80	4,66	5,36	6,06
	<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4530 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>				
4531*	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung bei besonderer Temperatur, je Nährmedium	100	5,83	6,70	7,58
	<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4531 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>				
4533*	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Nährmedium	250	14,57	16,76	18,94
	<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4533 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>				
4538*	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien, aerob (z.B. Blutagar mit Antibiotikazusätzen, Schokoladen-, Yersinien-, Columbia-, Kochsalz-Mannit-Agar, Thayer-Martin-Medium), je Nährmedium	120	6,99	8,04	9,09
	<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4538 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>				

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €	Begrün- dungs- schwelle €	Höchst- satz €
e. Keimzahl, Hemmstoffe					
4606*	Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl in Flüssigkeiten mittels Oberflächenkulturen oder Plattengussverfahren nach quantitativer Aufbringung des Untersuchungsmaterials, je Untersuchungsmaterial	250	14,57	16,76	18,94
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 <i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4715 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>	100	5,83	6,70	7,58

* Reduzierter Gebührenrahmen 1 - 1,3fach, Mittelsatz 1,15fach

N. Histologie, Zytologie und Zytogenetik

I. Histologie

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr	Begrün- dungs- schwelle	Höchst- satz
			in €	€	€
4800	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials	217	12,65	29,09	44,27
4802	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials mit besonders schwieriger Aufbereitung desselben (z.B. Knochen mit Entkalkung)	289	16,85	38,74	58,96
4810	Histologische Untersuchung eines Materials und zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik	289	16,85	38,74	58,96
4816	Histologische Sofortuntersuchung und -begutachtung während einer Operation (Schnellschnitt)	250	14,57	33,52	51,00

II. Zytologie

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr	Begrün- dungs- schwelle	Höchst- satz
			in €	€	€
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	18,26	25,35

* Reduzierter Gebührenrahmen 1 - 2,5fach, Mittelsatz 1,8fach

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 Bestimmungen

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.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in €	Begrün- dungs- schwelle €	Höchst- satz €
Zähne					
5000*	Zähne, je Projektion <i>Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so darf die Leistung nach Nummer 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.</i>	50	2,91	5,25	7,29
5002*	Panoramaaufnahme(n) eines Kiefers	250	14,57	26,23	36,43
5004*	Panoramaschichtaufnahme der Kiefer	400	23,31	41,97	58,29

* Reduzierter Gebührenrahmen 1 - 2,5fach, Mittelsatz 1,8fach

Oberarm, Unterarm, Ellenbogengelenk, Oberschenkel, Unterschenkel, Kniegelenk, ganze Hand oder ganzer Fuß, Gelenke der Schulter, Schlüsselbein, Beckenteilaufnahme, Kreuzbein oder Hüftgelenk

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr	Begrün- dungs- schwelle	Höchst- satz
			in €	€	€
5030*	jeweils in zwei Ebenen	360	20,98	37,77	52,46
5031*	ergänzende Ebene(n)	100	5,83	10,49	14,57
	<i>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.</i>				
5035*	Teile des Skeletts in einer Ebene, je Teil	160	9,33	16,79	23,31
	<i>Die Leistung nach Nummer 5035 ist je Skeletteil und Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Das untersuchte Skeletteil ist in der Rechnung anzugeben.</i>				
	<i>Die Leistung nach Nummer 5035 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 nicht berechnungsfähig.</i>				
5060*	Kontrastuntersuchung eines Kiefergelenks einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung	500	29,14	52,46	72,86
	Schädel				
5090*	Schädel-Übersicht, in zwei Ebenen	400	23,31	41,97	58,29
5095*	Schädelteile in Spezialprojektionen, je Teil	200	11,66	20,98	29,14
5098*	Nasenbenhöhlen - gegebenenfalls auch in mehreren Ebenen -	260	15,15	27,28	37,89

4. Spezialuntersuchungen

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr	Begrün- dungs- schwelle	Höchst- satz
			in €	€	€
5298*	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5010 bis 5290 bei Anwendungen digitaler Radiographie (Bildverstärker-Radiographie)				
	<i>Der Zuschlag nach Nummer 5298 beträgt 25 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.</i>				

* Reduzierter Gebührenrahmen 1 - 2,5fach, Mittelsatz 1,8fach