



Gebührenordnung für Zahnärzte GOZ

Mit einem Auszug aus der
Gebührenordnung für Ärzte GOÄ

Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vom 22. Oktober 1987 ist die amtliche Grundlage für die privat Zahnärztliche Honorarabrechnung. Mit der Ersten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) wurde die Gebührenordnung novelliert.

Das Gebührenverzeichnis der GOZ enthält Leistungen aus folgenden Gebieten:

- A Allgemeine zahnärztliche Leistungen
- B Prophylaktische Leistungen
- C Konservierende Leistungen
- D Chirurgische Leistungen
- E Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
- F Prothetische Leistungen
- G Kieferorthopädische Leistungen
- H Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen
- J Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- K Implantologische Leistungen
- L Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen

Die vorliegende Ausgabe der GOZ beinhaltet entsprechend § 6 Absatz 2 zudem einen Auszug aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Aufgeführt werden die hier benannten und für die Praxis relevanten Leistungen aus folgenden Bereichen:

- B Grundleistungen und allgemeine Leistungen
- C Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen
- E Physikalisch-medizinische Leistungen
- J Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
- L Chirurgie, Orthopädie
- M Laboratoriumsuntersuchungen
- N Histologie, Zytologie und Zytogenetik
- O Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| Vorwort | 7 |
| GOZ – Gebührenordnung für Zahnärzte | 9 |
| § 1 Anwendungsbereich. | 9 |
| § 2 Abweichende Vereinbarung. | 9 |
| § 3 Vergütungen | 10 |
| § 4 Gebühren | 10 |
| § 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses | 10 |
| § 6 Gebühren für andere Leistungen | 11 |
| § 7 Gebühren bei stationärer Behandlung | 11 |
| § 8 Entschädigungen | 11 |
| § 9 Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen | 12 |
| § 10 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung | 12 |
| § 11 Übergangsvorschrift. | 13 |
| § 12 Überprüfung | 14 |
| Anlage 1: Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen | 15 |
| A Allgemeine zahnärztliche Leistungen. | 17 |
| B Prophylaktische Leistungen. | 19 |
| C Konservierende Leistungen | 21 |
| D Chirurgische Leistungen | 27 |
| E Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums. | 31 |
| F Prothetische Leistungen. | 35 |
| G Kieferorthopädische Leistungen | 39 |
| H Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen. | 43 |
| J Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen. | 45 |
| K Implantologische Leistungen | 47 |
| L Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen | 53 |
| Anlage 2: Liquidationsvordruck | 55 |
| Auszug aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) | 59 |
| § 10 Ersatz von Auslagen | 59 |
| Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen. | 61 |

| | | |
|----------|--|--------------|
| B | Grundleistungen und allgemeine Leistungen | . 63 |
| I | Allgemeine Beratungen und Untersuchungen | 63 |
| II | Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8 | 64 |
| III | Spezielle Beratungen und Untersuchungen | 66 |
| IV | Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz | 67 |
| V | Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62 | 70 |
| VI | Berichte, Briefe | 71 |
| C | Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen | . 73 |
| I | Anlegen von Verbänden | 73 |
| II | Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen | 73 |
| III | Punktionen | 75 |
| IV | Kontrastmitteleinbringungen | 75 |
| VII | Intensivmedizinische und sonstige Leistungen | 75 |
| VIII | Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen | 76 |
| E | Physikalisch-medicinische Leistungen | . 79 |
| V | Wärmebehandlung | 79 |
| VI | Elektrotherapie | 79 |
| J | Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde | . 81 |
| L | Chirurgie, Orthopädie | . 83 |
| I | Wundversorgung, Fremdkörperentfernung | 83 |
| II | Extremitätenchirurgie | 84 |
| III | Gelenkchirurgie | 84 |
| V | Knochenchirurgie | 85 |
| VI | Frakturbehandlung | 85 |
| VII | Chirurgie der Körperoberfläche | 85 |
| IX | Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie | 86 |
| M | Laboratoriumsuntersuchungen | . 91 |
| I | Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis | 92 |
| III | Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen | 93 |
| III.4 | Elektrolyte, Wasserhaushalt, physikalische Eigenschaften von Körperflüssigkeiten | 93 |
| IV | Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern | 94 |
| IV.1 | Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Bakterien | 94 |
| IV.3 | Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen | 95 |
| N | Histologie, Zytologie und Zytogenetik | . 97 |
| II | Zytologie | 97 |
| O | Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie | . 99 |
| I | Strahlendiagnostik | 99 |
| I.1 | Skelett | 99 |
| I.4 | Spezialuntersuchungen | 101 |
| I.7 | Computertomographie | 101 |
| | Impressum | . 102 |

Vorwort

Die amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und für Ärzte sind der Dreh- und Angelpunkt der Arbeit der Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS) und ihrer Tochtergesellschaften. Im Auftrag ihrer Mitglieder und Kunden erstellen sie auf der Basis der amtlichen Gebührentaxen Honorarrechnungen für privat(zahn)ärztliche Leistungen.

Die Idee zur Gründung von Verrechnungsstellen entstand bereits in den zwanziger Jahren des letzten Jahrhunderts. Ärzte und Zahnärzte schlossen sich in Vereinen zusammen, um ihren Arbeitsalltag um die zeitraubenden Tätigkeiten des Rechnungsschreibens, Mahnens und Verbuchens der Zahlungseingänge zu entlasten und sich mit aller Aufmerksamkeit ihren Patienten widmen zu können. Wenn sich das Dienstleistungsportfolio der Verrechnungsstellen und ihrer hochspezialisierten Tochtergesellschaften im Laufe der Zeit auch immer weiterentwickelt hat, so ist im Kern doch heute alles wie in den Gründungstagen: Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen unterstützen als ärztliche Gemeinschaftseinrichtungen Zahnärzte und Ärzte in allen Aspekten rund um die private Honorarabrechnung.

Dass die ärztlichen und zahnärztlichen Honorare in Deutschland durch amtliche Gebührentaxen geregelt werden, ist ein hohes Gut. Die Gebührenordnungen erfüllen eine doppelte Schutzfunktion. Sie sorgen für einen fairen Interessenausgleich zwischen Patienten auf der einen und den Zahnärzten und Ärzten auf der anderen Seite, indem sie die Patienten vor finanzieller Überforderung schützen und den Zahnärzten und Ärzten eine leistungsgerechte Vergütung sichern. Sie bringen Transparenz in die Behandlungsabläufe. Dort, wo die Geltung der amtlichen Gebührenordnungen durch eine andere Gesetzgebung aufgehoben wird, geht diese Transparenz verloren.

Nach mehr als 24 Jahren hat der Gesetzgeber die Gebührenordnung für Zahnärzte zum 1. Januar 2012 novelliert. Mit dieser PVS-Ausgabe legen wir Ihnen jetzt die aktuell geltende zahnärztliche Gebührenordnung sowie eine Zusammenstellung der für Sie als Zahnärztin oder Zahnarzt relevanten Abrechnungsziffern aus der Gebührenordnung für Ärzte in die Hand. Wir haben unser Ziel erreicht, wenn sich dieses kleine Handbuch als praktisches Nachschlagewerk zur schnellen Orientierung im Praxisalltag bewährt.

PVS Verband
Februar 2012

GOZ – Gebührenordnung für Zahnärzte

vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316)

zuletzt geändert durch die Erste Verordnung zur Änderung der
Gebührenordnung für Zahnärzte vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661)

Auf Grund des § 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der Fassung der
Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1225) verordnet die Bundesregierung 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 zahn-
ärztlichen 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 Zahlungspflich-
tigen erbracht worden sind.

§ 2 Abweichende Vereinbarung

- (1) Durch Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem kann eine von dieser
Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Die Vereinbarung einer abwei-
chenden Punktzahl (§ 5 Absatz 1 Satz 2) oder eines abweichenden Punktwertes (§ 5 Absatz 1
Satz 3) ist nicht zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer
Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.
- (2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen
Zahnarzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung schriftlich zu treffen. Dieses
muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem vereinbarten Steigerungs-
satz und dem sich daraus ergebenden Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine
Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang
gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Zahnarzt
hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.
- (3) Leistungen nach § 1 Absatz 2 Satz 2 und ihre Vergütung müssen in einem Heil- und Kos-
tenplan schriftlich vereinbart werden. Der Heil- und Kostenplan muss vor Erbringung der
Leistung erstellt werden; er muss die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Fest-
stellung enthalten, dass es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung
möglicherweise nicht gewährleistet ist. § 6 Absatz 1 bleibt unberührt.
- (4) Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privat Zahnärztlichen
Leistungen ist eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 nur vom Wahlarzt persönlich erbrachte
Leistungen zulässig.

§ 3 Vergütungen

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

§ 4 Gebühren

- (1) Gebühren sind Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis (Anlage 1) genannten zahnärztlichen Leistungen.
- (2) Der Zahnarzt kann Gebühren nur für selbstständige zahnärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Zahnarzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte. Eine Leistung ist methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der anderen Leistung (Zielleistung) umfasst und auch in deren Bewertung berücksichtigt worden ist.
- (3) Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf, für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten sowie für Lagerhaltung abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist. Hat der Zahnarzt zahnärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach dieser Verordnung selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.
- (4) Kosten, die nach Absatz 3 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht gesondert berechnet werden. Eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in Höhe solcher Kosten ist gegenüber dem Zahlungspflichtigen unwirksam.
- (5) Sollen Leistungen durch Dritte erbracht werden, die diese dem Zahlungspflichtigen unmittelbar berechnen, so hat der Zahnarzt ihn darüber zu unterrichten.

§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

- (1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt 5,62421 Cent. Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden; die Rundung ist erst nach der Multiplikation mit dem Steigerungsfaktor nach Satz 1 vorzunehmen.
- (2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. Der 2,3fache Gebührensatz bildet die nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche Leistung ab; ein Überschreiten dieses Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen; Leistungen

mit unterdurchschnittlichem Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand sind mit einem niedrigeren Gebührensatz zu berechnen.

§ 6 Gebühren für andere Leistungen

- (1) Selbstständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden. Sofern auch eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung im Gebührenverzeichnis dieser Verordnung nicht enthalten ist, kann die selbstständige zahnärztliche Leistung entsprechend einer nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der in Absatz 2 genannten Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden.
- (2) Die Vergütungen sind nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte zu berechnen, soweit die Leistung nicht als selbständige Leistung oder Teil einer anderen Leistung im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Zahnärzte enthalten ist und wenn die Leistungen, die der Zahnarzt erbringt, in den folgenden Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt sind:
 1. B I, B II, B III unter den Nummern 30, 31 und 34, B IV bis B VI,
 2. C I unter den Nummern 200, 204, 210 und 211, C II, C III bis C VII, C VIII nur soweit eine zugrunde liegende ambulante operative Leistung berechnet wird,
 3. E V und E VI,
 4. J,
 5. L I, L II unter den Nummern 2072 bis 2074, L III, L V unter den Nummern 2253 bis 2256 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VI unter den Nummern 2321, 2355 und 2356 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VII, L IX,
 6. M unter den Nummern 3511, 3712, 3714, 3715, 4504, 4530, 4538, 4605, 4606 und 4715
 7. N unter der Nummer 4852
 8. O.

§ 7 Gebühren bei stationärer Behandlung

- (1) Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privat Zahnärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen und Zuschläge nach Satz 1 von Belegzahnärzten oder niedergelassenen anderen Zahnärzten 15 vom Hundert. Ausgenommen von dieser Minderungspflicht ist der Zuschlag nach Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte.
- (2) Neben den nach Absatz 1 geminderten Gebühren darf der Zahnarzt Kosten nicht berechnen; die §§ 8 und 9 bleiben unberührt.

§ 8 Entschädigungen

- (1) Als Entschädigungen für Besuche erhält der Zahnarzt Wegegeld oder Reiseentschädigung; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten.
- (2) Der Zahnarzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Zahnarztes von

1. bis zu zwei Kilometern 4,30 Euro, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 8,60 Euro,
2. mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern 8,00 Euro, bei Nacht 12,30 Euro,
3. mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern 12,30 Euro, bei Nacht 18,40 Euro,
4. mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern 18,40 Euro, bei Nacht 30,70 Euro.

Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Zahnarztes aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Zahnarztes an die Stelle der Praxisstelle. Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht, darf der Zahnarzt das Wegegeld unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versicherterstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

- (3) Bei Besuchen außerhalb eines Radius von 25 Kilometern um die Praxisstelle des Zahnarztes tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung. Als Reiseentschädigung erhält der Zahnarzt
 1. 0,42 Euro für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,
 2. bei Abwesenheit bis zu acht Stunden 56,00 Euro, bei Abwesenheit von mehr als acht Stunden 112,50 Euro je Tag,
 3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.

Absatz 2 Satz 3 und 4 gilt entsprechend.

§ 9 Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen

- (1) Neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen berechnet werden, soweit diese Kosten nicht nach den Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses mit den Gebühren abgegolten sind.
- (2) Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen vor der Behandlung einen Kostenvoranschlag des gewerblichen oder des praxiseigenen Labors über die voraussichtlich entstehenden Kosten für zahntechnische Leistungen anzubieten und auf dessen Verlangen in Textform vorzulegen, sofern die Kosten insgesamt voraussichtlich einen Betrag von 1000 Euro überschreiten. Für Behandlungen, die auf der Grundlage eines Heil- und Kostenplans für einen Behandlungszeitraum von mehr als zwölf Monaten geplant werden, gilt Satz 1 nur, sofern voraussichtlich bereits innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten Kosten von mehr als 1000 Euro entstehen. Der Kostenvoranschlag muss die voraussichtlichen Gesamtkosten für zahntechnische Leistungen und die dabei verwendeten Materialien angeben. Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen, Berechnungsgrundlage und Herstellungsort der zahntechnischen Leistungen sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern. Ist eine Überschreitung der im Kostenvoranschlag genannten Kosten um mehr als 15 vom Hundert zu erwarten, hat der Zahnarzt den Zahlungspflichtigen hierüber unverzüglich in Textform zu unterrichten.

§ 10 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

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

2. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer verständlichen Bezeichnung des behandelten Zahnes und einer in der Leistungsbeschreibung oder einer Abrechnungsbestimmung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
 3. bei Gebühren für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privat Zahnärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 7,
 4. bei Entschädigungen nach § 8 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,
 5. bei Ersatz von Auslagen nach § 9 Art, Umfang und Ausführung der einzelnen Leistungen und deren Preise sowie die direkt zurechenbaren Materialien und deren Preise, insbesondere Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis der verwendeten Legierungen,
 6. bei nach dem Gebührenverzeichnis gesondert berechnungsfähigen Kosten Art, Menge und Preis verwendeter Materialien; die Auslagen sind dem Zahlungspflichtigen auf Verlangen näher zu erläutern.
- (3) Überschreitet die berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nummer 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. Soweit im Falle einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 auch ohne die getroffene Vereinbarung ein Überschreiten der in Satz 1 genannten Steigerungssätze gerechtfertigt gewesen wäre, ist das Überschreiten auf Verlangen des Zahlungspflichtigen schriftlich zu begründen; die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend. Die Bezeichnung der Leistung nach Absatz 2 Nr. 2 kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigefügt ist, der die Bezeichnung für die abgerechnete Leistungsnummer entnommen werden kann. Bei Auslagen nach Absatz 2 Nr. 5 ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen. Wurden zahntechnische Leistungen in Auftrag gegeben, ist eine den Erfordernissen des Absatzes 2 Nr. 5 entsprechende Rechnung des Dentallabors beizufügen; insoweit genügt es, in der Rechnung des Zahnarztes den Gesamtbetrag für diese Leistungen anzugeben. Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 Satz 2 und § 2 Abs. 3), sind als solche zu bezeichnen.
- (4) Wird eine Leistung nach § 6 Absatz 1 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis „entsprechend“ sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.
- (5) Durch Vereinbarung mit öffentlich-rechtlichen Kostenträgern kann eine von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 abweichende Regelung getroffen werden.
- (6) Die Übermittlung von Daten an einen Dritten zum Zwecke der Abrechnung ist nur zulässig, wenn der Betroffene gegenüber dem Zahnarzt in die Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Daten schriftlich eingewilligt und den Zahnarzt insoweit schriftlich von seiner Schweigepflicht entbunden hat.

§ 11 Übergangsvorschrift

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

1. Leistungen, die vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) erbracht worden sind,
2. vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) begonnene Leistungen nach den Nummern 215 bis 222, 500 bis 523 und 531 bis 534 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenverordnung für Zahnärzte in der vor dem 1. Januar 2012 geltenden Fassung, wenn sie erst nach Inkrafttreten der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) beendet werden,

3. Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem 1. Januar 2012 geltenden Fassung, die auf Grund einer vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) geplanten und begonnenen kieferorthopädischen Behandlung bis zum Behandlungsabschluss, längstens jedoch bis zum Ablauf von vier Jahren nach Inkrafttreten dieser Verordnung, erbracht werden.

§ 12 Überprüfung

Die Bundesregierung prüft die Auswirkungen der Neustrukturierung und –bewertung der Leistungen der Gebührenordnung für Zahnärzte. Sie berichtet dem Bundesrat bis spätestens Mitte des Jahres 2015 über das Ergebnis der Prüfung und die tragenden Gründe.

Anlage 1:

Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen

A Allgemeine zahnärztliche Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Eine Beratungsgebühr nach der Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte in der am 1. Januar 2012 geltenden Fassung – darf im Behandlungsfall nur einmal zusammen mit einer Gebühr für eine Leistung nach diesem Gebührenverzeichnis und für eine Leistung aus den Abschnitten C bis O des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen berechnet werden.
Eine Beratungsgebühr nach der Nummer 3 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach der Nummer 0010 oder einer Untersuchung nach den Nummern 5 oder 6 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen. Andere weitere Leistungen dürfen neben der Leistung nach der Nummer 3 nicht berechnet werden.
Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Zahnarztes.
2. Das bei Leistungen nach diesem Gebührenverzeichnis verwendete Abformungsmaterial ist gesondert berechnungsfähig.
3. Material- und Laborkosten im Sinne dieses Gebührenverzeichnisses umfassen Praxiskosten nach § 4 Abs. 3 und Auslagen für zahntechnische Leistungen nach § 9 dieser Gebührenordnung.

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|---|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 0010 | Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes | 100 | 5,62 | 12,94 | 19,68 |
| 0030 | Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen | 200 | 11,25 | 25,87 | 39,37 |
| 0040 | Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans bei kieferorthopädischer Behandlung oder bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen nach Befundaufnahme und Ausarbeitung einer Behandlungsplanung | 250 | 14,06 | 32,34 | 49,21 |
| <i>Die Leistungen nach den Nummern 0030 und 0040 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i> | | | | | |
| 0050 | Abformung oder Teilabformung eines Kiefers für ein Situationsmodell einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung | 120 | 6,75 | 15,52 | 23,62 |
| 0060 | Abformung beider Kiefer für Situationsmodelle und einfache Bissfixierung einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung | 260 | 14,62 | 33,63 | 51,18 |

Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 0050 und 0060 ist in der Rechnung zu begründen.

Allgemeine zahnärztliche Leistungen

Nrn. 0065 – 0120

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|--|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 0065 | Optisch–elektronische Abformung einschließlich vorbereitender Maßnahmen, einfache digitale Bissregistrierung und Archivierung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich | 80 | 4,50 | 10,35 | 15,75 |
| <i>Neben der Leistung nach der Nummer 0065 sind konventionelle Abformungen nach diesem Gebührenverzeichnis für dieselbe Kieferhälfte oder denselben Frontzahnbereich nicht berechnungsfähig.</i> | | | | | |
| 0070 | Vitalitätsprüfung eines Zahnes oder mehrerer Zähne einschließlich Vergleichstest, je Sitzung | 50 | 2,81 | 6,47 | 9,84 |
| 0080 | Intraorale Oberflächenanästhesie, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich | 30 | 1,69 | 3,88 | 5,91 |
| 0090 | Intraorale Infiltrationsanästhesie | 60 | 3,37 | 7,76 | 11,81 |
| 0100 | Intraorale Leitungsanästhesie | 70 | 3,94 | 9,05 | 13,78 |
| <i>Wird die Leistung nach der Nummer 0090 je Zahn mehr als einmal berechnet, ist dies in der Rechnung zu begründen.</i> | | | | | |
| <i>Bei den Leistungen nach den Nummern 0090 und 0100 sind die Kosten der verwendeten Anästhetika gesondert berechnungsfähig.</i> | | | | | |
| 0110 | Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei den Leistungen nach den Nummern 2195, 2330, 2340, 2360, 2410, 2440, 3020, 3030, 3040, 3045, 3060, 3110, 3120, 3190, 3200, 4090, 4100, 4130, 4133, 9100, 9110, 9120, 9130 und 9170 | 400 | 22,50 | | |
| <i>Der Zuschlag nach der Nummer 0110 ist je Behandlungstag nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i> | | | | | |
| 0120 | Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei den Leistungen nach den Nummern 2410, 3070, 3080, 3210, 3240, 4080, 4090, 4100, 4130, 4133 und 9160 | | | | |
| <i>Der Zuschlag nach der Nummer 0120 beträgt 100 v. H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 68 Euro.</i> | | | | | |
| <i>Der Zuschlag nach der Nummer 0120 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.</i> | | | | | |

B Prophylaktische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|------|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 1000 | Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten | 200 | 11,25 | 25,87 | 39,37 |
| 1010 | Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten | 100 | 5,62 | 12,94 | 19,68 |
| 1020 | Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und Behandlung, mit Lack oder Gel, je Sitzung | 50 | 2,81 | 6,47 | 9,84 |

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

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

Im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nummern 1000 und 1010 sind Leistungen nach den Nummern 0010, 4000 und 8000 sowie Beratungen und Untersuchungen nach der Gebührenordnung für Ärzte nur dann berechnungsfähig, wenn diese Leistungen anderen Zwecken dienen und dies in der Rechnung begründet wird.

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

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

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

Prophylaktische Leistungen

Nr. 1040

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|-------------|-------------------------------------|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 1040 | Professionelle Zahnreinigung | 28 | 1,57 | 3,62 | 5,51 |

Die Leistung umfasst das Entfernen der supragingivalen/gingivalen Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur und geeignete Fluoridierungsmaßnahmen, je Zahn oder Implantat oder Brückenglied.

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

C Konservierende Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|---|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 2000 | Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, auch Glattflächen-versiegelung, je Zahn | 90 | 5,06 | 11,64 | 17,72 |
| 2010 | Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, je Kiefer | 50 | 2,81 | 6,47 | 9,84 |
| 2020 | Temporärer speicheldichter Verschluss einer Kavität | 98 | 5,51 | 12,68 | 19,29 |
| 2030 | Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten (z. B. Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich | 65 | 3,66 | 8,41 | 12,80 |
| <p><i>Die Leistung nach der Nummer 2030 ist je Sitzung für eine Kieferhälfte oder einen Frontzahnbereich höchstens einmal für besondere Maßnahmen beim Präparieren und höchstens einmal für besondere Maßnahmen beim Füllen von Kavitäten berechnungsfähig.</i></p> | | | | | |
| 2040 | Anlegen von Spanngummi, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich | 65 | 3,66 | 8,41 | 12,80 |
| 2050 | Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, einflächig | 213 | 11,98 | 27,55 | 41,93 |
| 2060 | Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), einflächig, gegebenenfalls einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, gegebenenfalls einschließlich Verwendung von Inserts | 527 | 29,64 | 68,17 | 103,74 |
| 2070 | Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, zweiflächig | 242 | 13,61 | 31,30 | 47,64 |

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|------|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 2080 | Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), zweiflächig, gegebenenfalls einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, gegebenenfalls einschließlich Verwendung von Inserts | 556 | 31,27 | 71,92 | 109,45 |
| 2090 | Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, dreiflächig | 297 | 16,70 | 38,42 | 58,46 |
| 2100 | Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), dreiflächig, gegebenenfalls einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, gegebenenfalls einschließlich Verwendung von Inserts | 642 | 36,11 | 83,05 | 126,38 |
| 2110 | Präparieren einer Kavität und Restauration mit plastischem Füllungsmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, mehr als dreiflächig | 319 | 17,94 | 41,26 | 62,79 |
| 2120 | Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), mehr als dreiflächig, gegebenenfalls einschließlich Mehrschichttechnik, einschließlich Polieren, gegebenenfalls einschließlich Verwendung von Inserts | 770 | 43,31 | 99,60 | 151,57 |
| 2130 | Kontrolle, Finieren/Polieren einer Restauration in separater Sitzung, auch Nachpolieren einer vorhandenen Restauration | 104 | 5,85 | 13,45 | 20,47 |
| 2150 | Einlagefüllung, einflächig | 1141 | 64,17 | 147,60 | 224,60 |
| 2160 | Einlagefüllung, zweiflächig | 1356 | 76,26 | 175,41 | 266,93 |
| 2170 | Einlagefüllung, mehr als zweiflächig | 1709 | 96,12 | 221,07 | 336,41 |
| 2180 | Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone | 150 | 8,44 | 19,40 | 29,53 |
| 2190 | Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch gegossenen Aufbau mit Stiftverankerung zur Aufnahme einer Krone | 450 | 25,31 | 58,21 | 88,58 |
| 2195 | Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch einen Schraubenaufbau oder Glasfaserstift o.Ä. zur Aufnahme einer Krone | 300 | 16,87 | 38,81 | 59,05 |

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|-------------|--|-------------|---------------|---------------|---------------|
| | <i>Die Leistungen nach den Nummern 2180, 2190 oder 2195 sind neben den Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | |
| | <i>Die Leistung nach der Nummer 2180 ist neben der Leistung nach der Nummer 2190 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | |
| | <i>Die Leistung nach der Nummer 2195 ist neben der Leistung nach der Nummer 2180 berechnungsfähig.</i> | | | | |
| | <i>Die Leistungen nach den Nummern 2180, 2190 und/oder die Leistung nach der Nummer 2195 ist je Zahn nur jeweils einmal berechnungsfähig.</i> | | | | |
| | <i>Die Kosten für die Verankerungselemente sind gesondert berechnungsfähig.</i> | | | | |
| 2197 | Adhäsive Befestigung (plastischer Aufbau, Stift, Inlay, Krone, Teilkrone, Veneer etc.) | 130 | 7,31 | 16,82 | 25,59 |
| 2200 | Versorgung eines Zahnes oder Implantats durch eine Vollkrone (Tangentialpräparation) | 1322 | 74,35 | 171,01 | 260,23 |
| 2210 | Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkehl- oder Stufenpräparation) | 1678 | 94,37 | 217,06 | 330,31 |
| 2220 | Versorgung eines Zahnes durch eine Teilkrone mit Retentionsrillen oder -kästen oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der gesamten Kaufläche, auch Versorgung eines Zahnes durch ein Veneer | 2067 | 116,25 | 267,38 | 406,88 |
| | <i>Neben den Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 sind die Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2130 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | |
| | <i>Die Leistung nach der Nummer 2210 ist im Zusammenhang mit Implantaten nicht berechnungsfähig.</i> | | | | |
| | <i>Durch die Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 und 2200 bis 2220 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantats, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder der Krone oder der Teilkrone oder des Veneers, Nachkontrolle und Korrekturen.</i> | | | | |
| | <i>Die Leistung nach der Nummer 2200 umfasst auch die Verschraubung und Abdeckung mit Füllungsmaterial.</i> | | | | |
| | <i>Zu den Kronen nach den Nummern 2200 bis 2220 gehören Kronen (Voll- und Teilkronen) jeder zahntechnischen Ausführung.</i> | | | | |
| | Teilleistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 | | | | |
| 2230 | Enden die Leistungen mit der Präparation eines Zahnes oder der Abdrucknahme beim Implantat so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig. | | | | |
| 2240 | Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig. | | | | |

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|---|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| <p><i>Die Leistungen nach den Nummern 2230 oder 2240 sind nur berechnungsfähig, wenn es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen oder eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.</i></p> | | | | | |
| 2250 | Eingliederung einer konfektionierten Krone in der pädiatrischen Zahnheilkunde | 210 | 11,81 | 27,16 | 41,34 |
| <p><i>Die Kosten für konfektionierte Kronen sind gesondert berechnungsfähig.</i></p> | | | | | |
| 2260 | Provisorium im direkten Verfahren ohne Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung | 100 | 5,62 | 12,94 | 19,68 |
| 2270 | Provisorium im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung | 270 | 15,19 | 34,93 | 53,15 |
| <p><i>Bei Verwendung eines konfektionierten Provisoriums sind die Kosten hierfür gesondert berechnungsfähig.</i></p> | | | | | |
| <p><i>Das Wiedereingliedern desselben Provisoriums, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung, ist mit der Gebühr nach der Nummer 2260 oder 2270 abgegolten.</i></p> | | | | | |
| 2290 | Entfernung einer Einlagefüllung, einer Krone, eines Brückenankers, Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges oder Ähnliches | 180 | 10,12 | 23,28 | 35,43 |
| 2300 | Entfernung eines Wurzelstiftes | 270 | 15,19 | 34,93 | 53,15 |
| 2310 | Wiedereingliederung einer Einlagefüllung, einer Teilkrone, eines Veneers oder einer Krone oder Wiederherstellung einer Verblendschale an herausnehmbarem Zahnersatz | 145 | 8,16 | 18,76 | 28,54 |
| 2320 | Wiederherstellung einer Krone, einer Teilkrone, eines Veneers, eines Brückenankers, einer Verblendschale oder einer Verblendung an feststehendem Zahnersatz, gegebenenfalls einschließlich Wiedereingliederung und Abformung | 350 | 19,68 | 45,27 | 68,90 |
| 2330 | Maßnahmen zur Erhaltung der vitalen Pulpa bei Caries profunda (Exkavieren, indirekte Überkappung), je Kavität | 110 | 6,19 | 14,23 | 21,65 |
| 2340 | Maßnahmen zur Erhaltung der freiliegenden vitalen Pulpa (Exkavieren, direkte Überkappung), je Kavität | 200 | 11,25 | 25,87 | 39,37 |
| 2350 | Amputation und Versorgung der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren | 290 | 16,31 | 37,51 | 57,09 |

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|--|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 2360 | Exstirpation der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren, je Kanal | 110 | 6,19 | 14,23 | 21,65 |
| 2380 | Amputation und endgültige Versorgung der avitalen Milchzahnpulpa | 160 | 9,00 | 20,70 | 31,50 |
| 2390 | Trepanation eines Zahnes, als selbständige Leistung | 65 | 3,66 | 8,41 | 12,80 |
| 2400 | Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals | 70 | 3,94 | 9,05 | 13,78 |
| <i>Die Leistung nach der Nummer 2400 ist je Wurzelkanal höchstens zweimal je Sitzung berechnungsfähig.</i> | | | | | |
| 2410 | Aufbereitung eines Wurzelkanals auch retrograd, je Kanal, gegebenenfalls in mehreren Sitzungen | 392 | 22,05 | 50,71 | 77,16 |
| <i>Die Leistung nach der Nummer 2410 ist für denselben Wurzelkanal nur dann erneut berechnungsfähig, wenn der Wurzelkanal nach der ersten Aufbereitung definitiv versorgt worden ist.</i> | | | | | |
| <i>Wenn auf Grund anatomischer Besonderheiten eine Aufbereitung in einer Sitzung nicht erfolgen kann, ist die Leistung nach der Nummer 2410 für denselben Wurzelkanal erneut berechnungsfähig. Dies ist in der Rechnung zu begründen. Je Aufbereitung eines Wurzelkanals ist die Leistung in diesem Fall höchstens zweimal berechnungsfähig.</i> | | | | | |
| 2420 | Zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden, je Kanal | 70 | 3,94 | 9,05 | 13,78 |
| 2430 | Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nummern 2360, 2380 und 2410, je Zahn und Sitzung | 204 | 11,47 | 26,39 | 40,16 |
| 2440 | Füllung eines Wurzelkanals | 258 | 14,51 | 33,37 | 50,79 |

D Chirurgische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Die primäre Wundversorgung (z. B. Reinigen der Wunde, Glätten des Knochens, Umschneidung, Tamponieren, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, gegebenenfalls Fixieren eines plastischen Wundverbandes) ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt D und nicht gesondert berechnungsfähig.
2. Die Schaffung des operativen Zugangs ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt D und nicht gesondert berechnungsfähig.
3. Knochenersatzmaterialien sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder der Geweberegeneration (z. B. Membranen) sowie zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen oder, wenn dies zum Schutz wichtiger anatomischer Strukturen (z. B. Nerven) erforderlich ist, sowie atraumatisches Nahtmaterial oder nur einmal verwendbare Explantationsfräsen, sind gesondert berechnungsfähig.

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

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|---|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 3100 | Plastische Deckung im Rahmen einer Wundversorgung einschließlich einer Periostschlitzung, je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnittführung) | 270 | 15,19 | 34,93 | 53,15 |
| <i>Die Leistung nach der Nummer 3100 ist für dasselbe Operationsgebiet nicht neben der Leistung nach der Nummer 3090 berechnungsfähig.</i> | | | | | |
| 3110 | Resektion einer Wurzelspitze an einem Frontzahn | 460 | 25,87 | 59,50 | 90,55 |
| 3120 | Resektion einer Wurzelspitze an einem Seitenzahn | 580 | 32,62 | 75,03 | 114,17 |
| <i>Die Kosten für konfektionierte apikale Stiftsysteme sind gesondert berechnungsfähig.</i> | | | | | |
| 3130 | Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes | 280 | 15,75 | 36,22 | 55,12 |
| 3140 | Reimplantation eines Zahnes einschließlich einfacher Fixation | 550 | 30,93 | 71,15 | 108,27 |
| 3160 | Transplantation eines Zahnes einschließlich operativer Schaffung des Knochenbettes | 650 | 36,56 | 84,08 | 127,95 |
| 3190 | Operation einer Zyste durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion | 270 | 15,19 | 34,93 | 53,15 |
| 3200 | Operation einer Zyste durch Zystektomie, als selbständige Leistung | 500 | 28,12 | 64,68 | 98,42 |
| <i>Das Auskratzen von Granulationsgewebe oder kleinen Zysten in Verbindung mit Extraktionen, Osteotomien oder Wurzelspitzenresektionen kann nicht nach den Nummern 3190 bis 3200 sowie 3310 berechnet werden.</i> | | | | | |
| 3210 | Beseitigung störender Schleimhautbänder, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich | 140 | 7,87 | 18,11 | 27,56 |
| 3230 | Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers, als selbständige Leistung, je Kiefer | 440 | 24,75 | 56,92 | 86,61 |
| 3240 | Vestibulumplastik oder Mundbodenplastik kleineren Umfangs auch Gingivaextensionsplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, für einen Bereich bis zu zwei nebeneinander liegenden Zähnen, gegebenenfalls auch am zahnlosen Kieferabschnitt | 550 | 30,93 | 71,15 | 108,27 |
| 3250 | Tuberplastik, einseitig | 270 | 15,19 | 34,93 | 53,15 |
| 3260 | Freilegen eines retinierten oder verlagerten Zahnes zur orthopädischen Einstellung | 550 | 30,93 | 71,15 | 108,27 |

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|------|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 3270 | Germektomie | 590 | 33,18 | 76,32 | 116,14 |
| 3280 | Lösen, Verlegen und Fixieren des Lippenbändchens und Durchtrennen des Septums bei echtem Diastema | 270 | 15,19 | 34,93 | 53,15 |
| 3290 | Kontrolle nach chirurgischem Eingriff, als selbständige Leistung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich | 55 | 3,09 | 7,11 | 10,83 |
| 3300 | Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff (z. B. Tamponieren), als selbständige Leistung, je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnittführung) | 65 | 3,66 | 8,41 | 12,80 |

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

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

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

Die Leistung nach der Nummer 3310 ist höchstens zweimal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechnungsfähig.

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

E Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums

Allgemeine Bestimmungen

1. Die primäre Wundversorgung (z. B. Reinigen der Wunde, Glätten des Knochens, Umschneidung, Tamponieren, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, gegebenenfalls Fixieren eines plastischen Wundverbandes) ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt E und nicht gesondert berechnungsfähig.
2. Knochenersatzmaterialien sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder der Geweberegeneration (z. B. Membranen) sowie zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen oder, wenn dies zum Schutz wichtiger anatomischer Strukturen (z. B. Nerven) erforderlich ist, sowie atraumatisches Nahtmaterial und Materialien zur Fixierung von Membranen sind gesondert berechnungsfähig.

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

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|---|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 4055 | Entfernung harter und weicher Zahnbeläge gegebenenfalls einschließlich Polieren an einem mehrwurzeligen Zahn | 13 | 0,73 | 1,68 | 2,56 |
| <i>Die Leistungen nach den Nummern 4050 und 4055 sind für denselben Zahn innerhalb von 30 Tagen nur einmal berechnungsfähig.</i> | | | | | |
| 4060 | Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge oder professioneller Zahnreinigung nach der Nummer 1040 mit Nachreinigung einschließlich Polieren, je Zahn, oder Implantat, auch Brückenglied | 7 | 0,39 | 0,91 | 1,38 |
| <i>Die Leistung nach der Nummer 4060 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1040, 4050 und 4055 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | | |
| 4070 | Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremete und Wurzelglättung) an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, geschlossenes Vorgehen | 100 | 5,62 | 12,94 | 19,68 |
| 4075 | Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremete und Wurzelglättung) an einem mehrwurzeligen Zahn, geschlossenes Vorgehen | 130 | 7,31 | 16,82 | 25,59 |
| 4080 | Gingivektomie, Gingivoplastik, je Parodontium | 45 | 2,53 | 5,82 | 8,86 |
| 4090 | Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Frontzahn, je Parodontium | 180 | 10,12 | 23,28 | 35,43 |
| 4100 | Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Seitenzahn, je Parodontium | 275 | 15,47 | 35,57 | 54,13 |
| <i>Neben den Leistungen nach den Nummern 4090 und 4100 sind Leistungen nach den Nummern 4050 bis 4080 in der gleichen Sitzung nicht berechnungsfähig.</i> | | | | | |
| 4110 | Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Aufbaumaterial (Knochen- und/oder Knochenersatzmaterial), auch Einbringen von Proteinen, zur regenerativen Behandlung parodontaler Defekte, gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme im Aufbauggebiet, je Zahn oder Parodontium oder Implantat | 180 | 10,12 | 23,28 | 35,43 |
| <i>Die Leistung nach der Nummer 4110 ist auch im Rahmen einer chirurgischen Behandlung berechnungsfähig.</i> | | | | | |
| <i>Die Kosten eines einmal verwendbaren Knochenkollektors oder -schabers sind gesondert berechnungsfähig.</i> | | | | | |

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|------|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 4120 | Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich | 275 | 15,47 | 35,57 | 54,13 |
| 4130 | Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut, gegebenenfalls einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Transplantat | 180 | 10,12 | 23,28 | 35,43 |
| 4133 | Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Zahzwischenraum | 880 | 49,49 | 113,83 | 173,23 |
| 4136 | Osteoplastik auch Kronenverlängerung, Tunnelierung oder Ähnliches je Zahn oder Parodontium, auch Implantat, als selbstständige Leistung | 200 | 11,25 | 25,87 | 39,37 |
| 4138 | Verwendung einer Membran zur Behandlung eines Knochendefektes einschließlich Fixierung, je Zahn, je Implantat | 220 | 12,37 | 28,46 | 43,31 |
| 4150 | Kontrolle/Nachbehandlung nach parodontalchirurgischen Maßnahmen, je Zahn, Implantat oder Parodontium | 7 | 0,39 | 0,91 | 1,38 |

F Prothetische Leistungen

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|------|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 5000 | Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Tangentialpräparation) | 1016 | 57,14 | 131,43 | 200,00 |
| 5010 | Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Hohlkehl- und Stufenpräparation) oder Einlagefüllung | 1483 | 83,41 | 191,84 | 291,92 |
| 5020 | Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teilkrone mit Retentionsrillen oder -kanten oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der Kaufläche | 1997 | 112,32 | 258,33 | 393,10 |
| 5030 | Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Wurzelkappe mit Stift, gegebenenfalls zur Aufnahme einer Verbindungsvorrichtung oder anderer Verbindungselemente | 1483 | 83,41 | 191,84 | 291,92 |
| 5040 | Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Teleskopkrone, auch Konuskrone | 2605 | 146,51 | 336,97 | 512,79 |

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

Durch die Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantates, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Krone, der Einlagefüllung, der Teilkrone o.a., Nachkontrolle und Korrekturen.

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

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

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

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

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|---|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| Teilleistungen nach den Nummern 5000 bis 5040 | | | | | |
| 5050 | <i>Enden die Leistungen mit der Präparation der Brückenpfeiler oder Prothesenanker mit Verbindungselementen oder der Abdrucknahme beim Implantat, so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.</i> | | | | |
| 5060 | <i>Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.</i> | | | | |
| <i>Die Leistungen nach den Nummern 5050 oder 5060 sind nur berechnungsfähig, wenn es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen, oder eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.</i> | | | | | |
| 5070 | Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: Verbindung von Kronen oder Einlagefüllungen durch Brückenglieder, Prothesenspannen oder Stege, je zu überbrückende Spanne oder Freundsattel | 400 | 22,50 | 51,74 | 78,74 |
| 5080 | Versorgung eines Lückengebisses durch eine zusammengesetzte Brücke oder Prothese, je Verbindungselement | 230 | 12,94 | 29,75 | 45,27 |
| <i>Matrize und Patrize gelten als ein Verbindungselement.</i> | | | | | |
| <i>Die Leistung nach der Nummer 5080 ist neben der Leistung nach der Nummer 5040 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | | |
| 5090 | Wiederherstellung der Funktion eines Verbindungselements nach der Nummer 5080 | 110 | 6,19 | 14,23 | 21,65 |
| 5100 | Erneuern des Sekundärteils einer Teleskopkrone einschließlich Abformung | 450 | 25,31 | 58,21 | 88,58 |
| 5110 | Wiedereingliederung einer endgültigen Brücke nach Wiederherstellung der Funktion | 360 | 20,25 | 46,57 | 70,87 |
| 5120 | Provisorische Brücke im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung | 240 | 13,50 | 31,05 | 47,24 |
| 5140 | Provisorische Brücke im direkten Verfahren mit Abformung, je Brückenspanne oder Freundsattel, einschließlich Entfernung | 80 | 4,50 | 10,35 | 15,75 |
| <i>Das Wiedereingliedern derselben provisorischen Brücke, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 5120 bis 5140 abgegolten.</i> | | | | | |
| 5150 | Versorgung eines Lückengebisses mit Hilfe einer durch Adhäsivtechnik befestigten Brücke, für die erste zu überbrückende Spanne | 730 | 41,06 | 94,43 | 143,70 |

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|---|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 5160 | Versorgung eines Lückengebisses nach der Nummer 5150, für jede weitere zu überbrückende Spanne | 360 | 20,25 | 46,57 | 70,87 |
| 5170 | Anatomische Abformung des Kiefers mit individuellem Löffel bei ungünstigen Zahnbogen- und Kieferformen und/oder tief ansetzenden Bändern oder spezielle Abformung zur Remontage, je Kiefer | 250 | 14,06 | 32,34 | 49,21 |
| 5180 | Funktionelle Abformung des Oberkiefers mit individuellem Löffel | 450 | 25,31 | 58,21 | 88,58 |
| 5190 | Funktionelle Abformung des Unterkiefers mit individuellem Löffel | 540 | 30,37 | 69,85 | 106,30 |
| 5200 | Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Teilprothese mit einfachen, gebogenen Hafelementen einschließlich Einschleifen der Auflagen | 700 | 39,37 | 90,55 | 137,79 |
| 5210 | Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Modellgussprothese mit gegossenen Halte- und Stützelementen einschließlich Einschleifen der Auflagen | 1400 | 78,74 | 181,10 | 275,59 |
| 5220 | Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese oder Deckprothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Oberkiefer | 1850 | 104,05 | 239,31 | 364,17 |
| <i>Eine Deckprothese setzt eine Basisgestaltung wie bei einer totalen Prothese voraus.</i> | | | | | |
| 5230 | Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese oder Deckprothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Unterkiefer | 2200 | 123,73 | 284,59 | 433,06 |
| <i>Eine Deckprothese setzt eine Basisgestaltung wie bei einer totalen Prothese voraus.</i> | | | | | |
| <i>Durch die Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5230 sind folgende Leistungen abgegolten:</i> | | | | | |
| <i>Anatomische Abformungen (auch des Gegenkiefers), Bestimmung der Kieferrelation, Einproben, Einpassen bzw. Einfügen, Nachkontrolle und Korrekturen.</i> | | | | | |
| Teilleistungen nach den Nummern 5200 und 5230 | | | | | |
| 5240 | Für Maßnahmen bis einschließlich Bestimmung der Kieferrelation ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig; bei weitergehenden Maßnahmen sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig | | | | |

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|--|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 5250 | Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (ohne Abformung) | 140 | 7,87 | 18,11 | 27,56 |
| 5260 | Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (mit Abformung) einschließlich Halte- und Stützvorrichtungen | 270 | 15,19 | 34,93 | 53,15 |
| 5270 | Teilunterfütterung einer Prothese | 180 | 10,12 | 23,28 | 35,43 |
| 5280 | Vollständige Unterfütterung einer Prothese | 270 | 15,19 | 34,93 | 53,15 |
| 5290 | Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Oberkiefer | 450 | 25,31 | 58,21 | 88,58 |
| 5300 | Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Unterkiefer | 540 | 30,37 | 69,85 | 106,30 |
| 5310 | Vollständige Unterfütterung bei einer Defektprothese einschließlich funktioneller Randgestaltung | 730 | 41,06 | 94,43 | 143,70 |
| <p><i>Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 dürfen Leistungen nach den Nummern 5250 und 5260 nur berechnet werden, wenn es sich um zeitlich getrennte Verrichtungen handelt.</i></p> | | | | | |
| <p><i>Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 sind nur als Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion einer abnehmbaren Prothese berechnungsfähig.</i></p> | | | | | |
| 5320 | Eingliederung eines Obturators zum Verschluss von Defekten des Gaumens | 2200 | 123,73 | 284,59 | 433,06 |
| 5330 | Eingliederung einer Resektionsprothese zum Verschluss und zum Ausgleich von Defekten der Kiefer | 2800 | 157,48 | 362,20 | 551,17 |
| 5340 | Eingliederung einer Prothese oder Epithese zum Verschluss extraoraler Weichteildefekte oder zum Ersatz fehlender Gesichtsteile einschließlich Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen | 7300 | 410,57 | 944,30 | 1436,99 |
| <p><i>Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5340 abgegolten.</i></p> | | | | | |

G Kieferorthopädische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

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

Werden darüber hinausgehende Materialien verwendet, können die Mehrkosten für diese Materialien gesondert berechnet werden, wenn dies vor der Verwendung mit dem Zahlungspflichtigen nach persönlicher Absprache schriftlich vereinbart worden ist. Diese Vereinbarung hat Angaben über die voraussichtliche Höhe der einzelnen Material- und Laborkosten und die Material- und Laborkosten der in Abzug zu bringenden Standardmaterialien zu enthalten. In der Vereinbarung ist darauf hinzuweisen, dass eine Erstattung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht im vollen Umfang gewährleistet ist.

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|---|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 6000 | Profil- oder Enfacefotografie einschließlich kieferorthopädischer Auswertung | 80 | 4,50 | 10,35 | 15,75 |
| <i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach der Nummer 6000 im Verlauf einer kieferorthopädischen Behandlung ist in der Rechnung zu begründen.</i> | | | | | |
| 6010 | Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale, graphische oder metrische Analysen, Diagramme), je Leistung nach der Nummer 0060 | 180 | 10,12 | 23,28 | 35,43 |
| 6020 | Anwendung von Methoden zur Untersuchung des Gesichtsschädels (zeichnerische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels, Wachstumsanalysen) | 360 | 20,25 | 46,57 | 70,87 |
| 6030 | Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, geringer Umfang | 1350 | 75,93 | 174,63 | 265,74 |
| 6040 | Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, mittlerer Umfang | 2100 | 118,11 | 271,65 | 413,38 |
| 6050 | Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, hoher Umfang | 3600 | 202,47 | 465,68 | 708,65 |

Bei Maßnahmen von mittlerem Umfang nach der Nummer 6040 müssen mindestens drei, bei Maßnahmen von hohem Umfang mindestens vier der Kriterien nach den Buchstaben a) bis e) erfüllt sein:

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

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|---|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 6060 | Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, geringer Umfang | 1800 | 101,24 | 232,84 | 354,33 |
| 6070 | Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, mittlerer Umfang | 2600 | 146,23 | 336,33 | 511,80 |
| 6080 | Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, hoher Umfang | 3600 | 202,47 | 465,68 | 708,65 |
| <p><i>Bei Maßnahmen von mittlerem Umfang muss mindestens ein Kriterium nach den Buchstaben a) bis c), bei Maßnahmen von hohem Umfang müssen mindestens zwei der Kriterien erfüllt sein:</i></p> <p>a) <i>Ausmaß der Bissverschiebung: mehr als 4 Millimeter,</i> b) <i>Richtung der durchzuführenden Bissverschiebung, Unterkiefer relativ zum Oberkiefer: dorsal,</i> c) <i>Skelettale Bedingungen: ungünstige Wachstumsvoraussetzungen.</i></p> | | | | | |
| <p><i>Die Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren.</i></p> | | | | | |
| <p><i>Die Maßnahmen im Sinne der Nummern 6030 bis 6080 umfassen alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren, unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden oder den verwendeten Therapiegeräten.</i></p> | | | | | |
| <p><i>Neben den Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 sind Leistungen nach den Nummern 6190 bis 6260 nicht berechnungsfähig.</i></p> | | | | | |
| 6090 | Maßnahmen zur Einstellung der Okklusion durch alveolären Ausgleich bei abgeschlossener Wachstumsphase einschließlich Retention, je Kiefer | 700 | 39,37 | 90,55 | 137,79 |
| 6100 | Eingliederung eines Klebebrackets zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel | 165 | 9,28 | 21,34 | 32,48 |
| 6110 | Entfernung eines Klebebrackets einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes | 70 | 3,94 | 9,05 | 13,78 |
| 6120 | Eingliederung eines Bandes zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel | 230 | 12,94 | 29,75 | 45,27 |
| 6130 | Entfernung eines Bandes einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes | 20 | 1,12 | 2,59 | 3,94 |
| 6140 | Eingliederung eines Teilbogens | 210 | 11,81 | 27,16 | 41,34 |
| 6150 | Eingliederung eines ungeteilten Bogens, alle Zahngruppen umfassend, je Kiefer | 500 | 28,12 | 64,68 | 98,42 |

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|---|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 6160 | Eingliederung einer intra-/extraoralen Verankerung (z. B. Headgear) | 370 | 20,81 | 47,86 | 72,83 |
| 6170 | Eingliederung einer Kopf-Kinn-Kappe | 500 | 28,12 | 64,68 | 98,42 |
| <i>Die Kosten für die eingegliederten Hilfsmittel nach den Nummern 6160 und 6170 sind gesondert berechnungsfähig.</i> | | | | | |
| 6180 | Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit und/oder Erweiterung von herausnehmbaren Behandlungsgeräten einschließlich Abformung und Wiedereinfügen, je Kiefer und je Sitzung einmal berechnungsfähig | 270 | 15,19 | 34,93 | 53,15 |
| 6190 | Beratendes und behelrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen | 140 | 7,87 | 18,11 | 27,56 |
| <i>Neben der Leistung nach der Nummer 6190 ist die Leistung nach der Nummer 0010 in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig.</i> | | | | | |
| 6200 | Eingliedern von Hilfsmitteln zur Beseitigung von Funktionsstörungen (z. B. Mundvorhofplatte) einschließlich Anweisung zum Gebrauch und Kontrollen | 450 | 25,31 | 58,21 | 88,58 |
| 6210 | Kontrolle des Behandlungsverlaufs oder Weiterführung der Retention einschließlich kleiner Änderungen der Behandlungs- oder Retentionsgeräte, Therapiekontrolle der gesteuerten Extraktion, je Sitzung | 90 | 5,06 | 11,64 | 17,72 |
| 6220 | Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln (z. B. Abformung, Bissnahme), je Kiefer | 180 | 10,12 | 23,28 | 35,43 |
| 6230 | Eingliederung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer | 180 | 10,12 | 23,28 | 35,43 |
| 6240 | Maßnahmen zur Verhütung von Folgen vorzeitigen Zahnverlustes (Offenhalten einer Lücke) | 270 | 15,19 | 34,93 | 53,15 |
| 6250 | Beseitigung des Diastemas, als selbständige Leistung | 450 | 25,31 | 58,21 | 88,58 |
| 6260 | Maßnahmen zur Einordnung eines verlagerten Zahnes in den Zahnbogen, als selbständige Leistung | 1100 | 61,87 | 142,29 | 216,53 |

H Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen

Allgemeine Bestimmungen

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

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|------|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 7000 | Eingliederung eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche | 270 | 15,19 | 34,93 | 53,15 |
| 7010 | Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche | 800 | 44,99 | 103,49 | 157,48 |
| 7020 | Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf | 450 | 25,31 | 58,21 | 88,58 |
| 7030 | Wiederherstellung der Funktion eines Aufbissbehelfs, z. B. durch Unterfütterung | 370 | 20,81 | 47,86 | 72,83 |
| 7040 | Kontrolle eines Aufbissbehelfs | 65 | 3,66 | 8,41 | 12,80 |
| 7050 | Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche: subtraktive Maßnahmen, je Sitzung | 180 | 10,12 | 23,28 | 35,43 |
| 7060 | Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche: additive Maßnahmen, je Sitzung | 410 | 23,06 | 53,04 | 80,71 |
| 7070 | Semipermanente Schiene unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum | 90 | 5,06 | 11,64 | 17,72 |
| 7080 | Versorgung eines Kiefers mit einem festsitzenden laborgefertigten Provisorium (einschließlich Vorpräparation) im indirekten Verfahren, je Zahn oder je Implantat, einschließlich Entfernung | 600 | 33,75 | 77,61 | 118,11 |
| 7090 | Versorgung eines Kiefers mit einem laborgefertigten Provisorium im indirekten Verfahren, je Brückenglied, einschließlich Entfernung | 270 | 15,19 | 34,93 | 53,15 |

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

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

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

Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen

Nr. 7100

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|-------------|--|------------|--------------|---------------|---------------|
| 7100 | Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion eines Langzeitprovisoriums, je Krone, Spanne oder Freiidbrückenglied | 200 | 11,25 | 25,87 | 39,37 |

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

J Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|---|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 8000 | Klinische Funktionsanalyse einschließlich Dokumentation | 500 | 28,12 | 64,68 | 98,42 |
| <p><i>Die Leistung nach der Nummer 8000 umfasst auch folgende zahnärztliche Leistungen: prophylaktische, prothetische, parodontologische und okklusale Befunderhebung, funktionsdiagnostische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels und der Halswirbelsäule, klinische Reaktionstests (z. B. Resilienztest, Provokationstest).</i></p> | | | | | |
| 8010 | Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers, auch Stützstiftregistrierung, je Registrat | 180 | 10,12 | 23,28 | 35,43 |
| <p><i>Die Leistung nach der Nummer 8010 ist je Sitzung höchstens zweimal berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Neben der Leistung nach der Nummer 8010 sind die Material und Laborkosten für die Bissnahme und die Lieferung und Anbringung des Stützstiftbestecks gesondert berechnungsfähig.</i></p> | | | | | |
| 8020 | Arbiträre Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die arbiträre Scharnierachsenbestimmung, das Anlegen eines Übertragungsbogens, das Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator) | 300 | 16,87 | 38,81 | 59,05 |
| 8030 | Kinematische Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die kinematische Scharnierachsenbestimmung, das definitive Markieren der Referenzpunkte, das Anlegen eines Übertragungsbogens, das Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator) | 550 | 30,93 | 71,15 | 108,27 |
| 8035 | Kinematische Scharnierachsenbestimmung mittels elektronischer Aufzeichnung (eingeschlossen sind die kinematische Scharnierachsenbestimmung, das definitive Markieren der Referenzpunkte, gegebenenfalls das Anlegen eines Übertragungsbogens, gegebenenfalls das Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator) | 550 | 30,93 | 71,15 | 108,27 |
| <p><i>Neben den Leistungen nach den Nummern 8020 bis 8035 sind die Material- und Laborkosten für die Artikulation des Ober- und Unterkiefermodells im (halb) individuellen Artikulator gesondert berechnungsfähig.</i></p> | | | | | |

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|--|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 8050 | Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung halbindividueller Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, je Sitzung | 500 | 28,12 | 64,68 | 98,42 |
| 8060 | Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, je Sitzung | 750 | 42,18 | 97,02 | 147,64 |
| 8065 | Registrieren von Unterkieferbewegungen mittels elektronischer Aufzeichnung zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten, je Sitzung | 850 | 47,81 | 109,95 | 167,32 |
| <i>Neben den Leistungen nach den Nummern 8050 bis 8065 sind Material- und Laborkosten für die Einstellung des (halb) individuellen Artikulators nach den gemessenen Werten gesondert berechnungsfähig.</i> | | | | | |
| 8080 | Diagnostische Maßnahmen an Modellen im Artikulator einschließlich subtraktiver oder additiver Korrekturen, Befundauswertung und Behandlungsplanung, je Sitzung | 250 | 14,06 | 32,34 | 49,21 |
| 8090 | Diagnostischer Aufbau von Funktionsflächen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Sitzung | 250 | 14,06 | 32,34 | 49,21 |
| 8100 | Systematische subtraktive Maßnahmen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Zahnpaar | 20 | 1,12 | 2,59 | 3,94 |

K Implantologische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Die primäre Wundversorgung (z. B. Reinigen der Wunde, Wundverschluss ohne zusätzliche Lappenbildung, gegebenenfalls einschließlich Fixieren eines plastischen Wundverbandes) ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt K und nicht gesondert berechnungsfähig.
2. Die bei den Leistungen nach Abschnitt K verwendeten Implantate, Implantatteile und nur einmal verwendbare Implantatfräsen sind gesondert berechnungsfähig.
Knochenersatzmaterialien sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder der Geweberegeneration (z. B. Membranen), zur Fixierung von Membranen, zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen oder, wenn dies zum Schutz wichtiger anatomischer Strukturen (z. B. Nerven) erforderlich ist, sowie atraumatisches Nahtmaterial oder nur einmal verwendbare Explantationsfräsen, sind gesondert berechnungsfähig.

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|------|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 9000 | Implantatbezogene Analyse und Vermessung des Alveolarfortsatzes, des Kieferkörpers und der angrenzenden knöchernen Strukturen sowie der Schleimhaut, einschließlich metrischer Auswertung von radiologischen Befundunterlagen, Modellen und Fotos zur Feststellung der Implantatposition, gegebenenfalls mit Hilfe einer individuellen Schablone zur Diagnostik, einschließlich Implantatauswahl, je Kiefer | 884 | 49,72 | 114,35 | 174,01 |
| | <i>Bei Verwendung einer Röntgenmessschablone sind die Material- und Laborkosten gesondert berechnungsfähig.</i> | | | | |
| 9003 | Verwenden einer Orientierungsschablone/Positionierungsschablone zur Implantation, je Kiefer | 100 | 5,62 | 12,94 | 19,68 |
| | <i>Bei Verwendung einer Orientierungsschablone sind die Material- und Laborkosten gesondert berechnungsfähig.</i> | | | | |
| 9005 | Verwenden einer auf dreidimensionale Daten gestützten Navigationsschablone/chirurgischen Führungsschablone zur Implantation, gegebenenfalls einschließlich Fixierung, je Kiefer | 300 | 16,87 | 38,81 | 59,05 |
| | <i>Die verwendeten Fixierungselemente sowie die Material- und Laborkosten der Navigationsschablone sind gesondert berechnungsfähig.</i> | | | | |

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|--|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 9010 | Implantatinsertion, je Implantat Präparieren einer Knochenkavität für ein enossales Implantat, Einsetzen einer Implantatschablone zur Überprüfung der Knochenkavität (z. B. Tiefenlehre), gegebenenfalls einschließlich Knochenkondensation, Knochenglättung im Bereich des Implantates, Einbringen eines enossalen Implantates einschließlich Verschlusschraube und gegebenenfalls Einbringen von Aufbauelementen bei offener Einheilung sowie Wundverschluss | 1545 | 86,89 | 199,86 | 304,13 |
| 9020 | Insertion eines Implantates zum temporären Verbleib, auch orthodontisches Implantat | 515 | 28,96 | 66,62 | 101,38 |
| 9040 | Freilegen eines Implantats und Einfügen eines oder mehrerer Aufbauelemente (z. B. eines Gingivaformers) bei einem zweiphasigen Implantatsystem | 626 | 35,21 | 80,98 | 123,23 |
| 9050 | Entfernen und Wiedereinsetzen sowie Auswechseln eines oder mehrerer Aufbauelemente bei einem zweiphasigen Implantatsystem während der rekonstruktiven Phase | 313 | 17,60 | 40,49 | 61,61 |
| <p>1. Die Leistung nach der Nummer 9050 ist nicht neben den Leistungen nach den Nummern 9010 und 9040 berechnungsfähig.</p> <p>2. Die Leistung nach der Nummer 9050 ist je Implantat höchstens dreimal und höchstens einmal je Sitzung berechnungsfähig.</p> | | | | | |
| 9060 | Auswechseln von Aufbauelementen (Sekundärteilen) im Reparaturfall | 313 | 17,60 | 40,49 | 61,61 |
| <p>Die Leistung nach der Nummer 9060 ist für ein Implantat höchstens einmal je Sitzung berechnungsfähig.</p> | | | | | |
| 9090 | Knochengewinnung (z. B. Knochenkollektor oder Knochenschaber), Knochenaufbereitung und –implantation, auch zur Weichteilunterfütterung | 400 | 22,50 | 51,74 | 78,74 |
| <p>Die Kosten eines einmal verwendbaren Knochenkollektors oder –schabers sind gesondert berechnungsfähig.</p> | | | | | |

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|-------------|--|-------------|-------------|---------------|---------------|
| 9100 | <p>Aufbau des Alveolarfortsatzes durch Augmentation ohne zusätzliche Stabilisierungsmaßnahmen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich</p> <p>Mit der Leistung nach der Nummer 9100 sind folgende Leistungen abgegolten: Lagerbildung, Glättung des Alveolarfortsatzes, gegebenenfalls Entnahme von Knochen innerhalb des Aufbaugesbietes, Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial) und Wundverschluss mit vollständiger Schleimhautabdeckung, gegebenenfalls einschließlich Einbringung und Fixierung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren.</p> | 2694 | 151,52 | 348,49 | 530,31 |
| | <p>1. Die Leistung nach der Nummer 9100 ist für die Glättung des Alveolarfortsatzes im Bereich des Implantatbettes nicht berechnungsfähig.</p> <p>2. Neben der Leistung nach der Nummer 9100 sind die Leistungen nach der Nummer 9130 nicht berechnungsfähig.</p> <p>3. Wird die Leistung nach der Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach der Nummer 9110 erbracht, ist die Hälfte der Gebühr der Nummer 9100 berechnungsfähig.</p> <p>4. Wird die Leistung nach der Nummer 9100 in derselben Kieferhälfte neben der Leistung nach der Nummer 9120 erbracht, ist ein Drittel der Gebühr der Nummer 9100 berechnungsfähig.</p> | | | | |
| 9110 | <p>Geschlossene Sinusbodenelevation vom Kieferkamm aus (interner Sinuslift)</p> <p>Mit einer Leistung nach der Nummer 9110 sind folgende Leistungen abgegolten: Schaffung des Zugangs durch die Alveole oder das Implantatfach, Anhebung des Kieferhöhlenbodens durch knochenverdrängende oder knochenverdichtende Maßnahmen und der Kieferhöhlenmembran, Entnahme von Knochenspänen innerhalb des Aufbaugesbietes des Implantatfaches und Einbringen von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial)</p> | 1500 | 84,36 | 194,04 | 295,27 |
| | <p>Die Leistung nach der Nummer 9110 ist für dieselbe Implantatkavität nicht neben den Leistungen nach den Nummern 9120 und 9130 berechnungsfähig.</p> | | | | |

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|------|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 9120 | <p>Sinusbodenelevation durch externe Knochenfensterung (externer Sinuslift), je Kieferhälfte</p> <p>Mit einer Leistung nach der Nummer 9120 sind folgende Leistungen abgegolten: Schaffung des Zugangs zur Kieferhöhle durch Knochenfensterung (auch Knochendeckel), Präparation der Kieferhöhlenmembran, Anhebung des Kieferhöhlenbodens und der Kieferhöhlenmembran, Lagerbildung, gegebenenfalls Entnahme von Knochenspänen innerhalb des Aufbaugesbietes, Einbringung von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial), gegebenenfalls Einbringung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren – einschließlich Fixierung –, gegebenenfalls Reposition des Knochendeckels, Verschluss der Kieferhöhle und Wundverschluss</p> | 3000 | 168,73 | 388,07 | 590,54 |
| 9130 | <p>Spaltung und Spreizung von Knochensegmenten (Bone Splitting), gegebenenfalls mit Auffüllung der Spalträume mittels Knochen oder Knochenersatzmaterial, gegebenenfalls einschließlich zusätzlicher Osteosynthesemaßnahmen, gegebenenfalls einschließlich Einbringung resorbierbarer oder nicht resorbierbarer Barrieren und deren Fixierung je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, oder vertikale Distraction des Alveolarfortsatzes einschließlich Fixierung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich</p> | 1540 | 86,61 | 199,21 | 303,14 |
| | <i>Neben der Leistung nach der Nummer 9130 ist die Leistung nach der Nummer 9100 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | |
| 9140 | <p>Intraorale Entnahme von Knochen außerhalb des Aufbaugesbietes gegebenenfalls einschließlich Aufbereitung des Knochenmaterials und/oder der Aufnahme-region, einschließlich der notwendigen Versorgung der Entnahmestelle, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich</p> | 650 | 36,56 | 84,08 | 127,95 |
| | <i>Bei Entnahme von einem oder mehreren Knochenblöcken ist das Doppelte der Gebühr nach der Nummer 9140 berechnungsfähig. Von einem Knochenblock im Sinne dieser Abrechnungsbestimmung ist auszugehen, wenn dieser bei der Implantation eigenständig fixiert werden muss.</i> | | | | |
| 9150 | <p>Fixation oder Stabilisierung des Augmentates durch Osteosynthesemaßnahmen (z. B. Schrauben- oder Plattenosteosynthese oder Titan-netze), zusätzlich zu der Leistung nach der Nummer 9100, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich</p> | 675 | 37,96 | 87,32 | 132,87 |

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|------|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 9160 | Entfernung unter der Schleimhaut liegender Materialien (z. B. Barrieren –einschließlich Fixierung-, Osteosynthesematerial), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich | 330 | 18,56 | 42,69 | 64,96 |
| 9170 | Entfernung im Knochen liegender Materialien durch Osteotomie (z. B. Osteosynthesematerial, Knochenschrauben) oder Entfernung eines subperiostalen Gerüstimplantats, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich | 500 | 28,12 | 64,68 | 98,42 |

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

L Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich–chirurgischen Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

- Bei nichtstationärer Durchführung bestimmter zahnärztlich–chirurgischer Leistungen in der Praxis niedergelassener Zahnärzte oder in Krankenhäusern können zur Abgeltung der Kosten für die Aufbereitung wiederverwendbarer Operationsmaterialien bzw. –geräte und/oder von Materialien, die mit der einmaligen Verwendung verbraucht sind, Zuschläge berechnet werden.
- Die Zuschläge nach den Nummern 0500 bis 0530 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.
- Die Zuschläge nach den Nummern 0500 bis 0530 sind zahnärztlich–chirurgische Leistungen.
 → nach den Nummern 3020, 3030, 3040, 3045, 3090, 3100, 3110, 3120, 3130, 3140, 3160, 3190, 3200, 3230, 3240, 3250, 3260, 3270, 3280 in Abschnitt D,
 → nach den Nummern 4090, 4100, 4130 und 4133 in Abschnitt E sowie
 → nach den Nummern 9010, 9020, 9090, 9100, 9110, 9120, 9130, 9140, 9150, 9160 und 9170 in Abschnitt K zuzuordnen.
- Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete zahnärztlich–chirurgische Leistung aufzuführen.
- Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlages nach den Nummern 0500 bis 0530 ist die erbrachte zahnärztlich–chirurgische Leistung mit der höchsten Punktzahl. Eine Zuordnung des Zuschlags nach den Nummern 0500 bis 0530 zu der Summe der jeweils ambulant erbrachten einzelnen zahnärztlich–chirurgischen Leistungen ist nicht möglich.
- Die Zuschläge nach den Nummern 0500 bis 0530 sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen wird; das gilt nicht, wenn die stationäre Behandlung wegen unvorhersehbarer Komplikationen während oder nach der nichtstationären Operation notwendig und entsprechend begründet wird.
- Die Zuschläge nach den Nummern 0110, 0120 sowie 0500 bis 0530 sind neben den entsprechenden Zuschlägen nach den Nummern 440 bis 445 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen für dieselbe Sitzung nicht berechnungsfähig.

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € |
|------|---|-----------|-------------|
| 0500 | Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich–chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 250 bis 499 Punkten bewertet sind, oder zu den Leistungen nach den Nummern 4090 oder 4130 | 400 | 22,50 |

Der Zuschlag nach der Nummer 0500 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach der Nummer 0500 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0510 bis 0530 nicht berechnungsfähig.

Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich-chirurgischen Leistungen

Nrn. 0510 – 0530

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € |
|--|---|-----------|-------------|
| 0510 | Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 500 bis 799 Punkten bewertet sind | 750 | 42,18 |
| <i>Der Zuschlag nach der Nummer 0510 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach der Nummer 0510 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0500, 0520 und/oder 0530 nicht berechnungsfähig.</i> | | | |
| 0520 | Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind | 1300 | 73,11 |
| <i>Der Zuschlag nach der Nummer 0520 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach der Nummer 0520 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0500, 0510 und/oder 0520 nicht berechnungsfähig.</i> | | | |
| 0530 | Zuschlag bei nichtstationärer Durchführung von zahnärztlich-chirurgischen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind | 2200 | 123,73 |
| <i>Der Zuschlag nach der Nummer 0530 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach der Nummer 0530 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 0500 bis 0520 nicht berechnungsfähig.</i> | | | |

Anlage 2: Liquidationsvordruck

Feld für Briefkopf (Vordruck Form A nach DIN 676)

Feld für Anschrift des Empfängers

10 Zeilen für freien Text

*z. B. Bankverbindung
Angabe des Zahnarztes bei Verrechnungsstelle
Angabe Original/Kopie usw.*

3 Zeilen für Freitext

Behandelte Person:
Geburtsdatum:

Rechnungsdatum
Rechnungsbetrag €
Rechnungsnummer
Abschlagsnummer

4 Zeilen für Freitext
3 Zeilen für Freitext

| Datum | Zahn/ Region | GOZ Nr. | Leistungsbeschreibung/ Auslagen | Anz. | E-Satz | Faktor | Erl. | Betrag € |
|-------|-----------------|---------|------------------------------------|------|--------|--------|------|----------|
|-------|-----------------|---------|------------------------------------|------|--------|--------|------|----------|

Übertrag

freie Textzeilen

Seite 1 von 2

2 freie Textzeilen

Übertrag

Zwischensumme

Minderung stationär

Auslagen

Auslagen nach § 9 GOZ
(Eigenlabor)

Auslagen nach § 9 GOZ
(Fremdlabor)

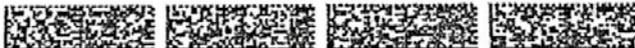
Rechnungsbetrag

| |
|--|
| |
| |

Begründungen: *(Ausführungen, soweit in Spalte Erläuterung (Erl.) Kennzeichen gesetzt wurde)*

Kennz. Text

zusätzlich kann nachfolgend ein zwei- oder dreidimensionaler Barcode aufgedruckt werden:



Auszug aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

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

zuletzt geändert durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom
22. Dezember 1999 (BGBl. I, S. 2626)

§ 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.
 5. 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, Einmalpekula.
- (3) Versand- und Portokosten können nur von dem Arzt berechnet werden, dem die gesamten Kosten für Versandmaterial, Versandgefäße sowie für den Versand oder Transport entstanden sind. Kosten für Versandmaterial, für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes sind nicht berechnungsfähig; dies gilt auch, wenn Material oder ein Teil davon unter Nutzung der Transportmittel oder des Versandweges oder der Versandgefäße einer Laborgemeinschaft zur Untersuchung einem zur Erbringung von Leistungen beauftragten Arzt zugeleitet wird. Werden aus demselben Körpermaterial sowohl in einer Laborgemeinschaft als auch von einem Laborarzt Leistungen aus den Abschnitten M oder N ausgeführt, so kann der Laborarzt bei Benutzung desselben Transportweges Versandkosten nicht berechnen; dies gilt auch dann, wenn ein Arzt eines anderen Gebiets Auftragsleistungen aus den Abschnitten M oder N erbringt. Für die Versendung der Arztrechnung dürfen Versand- und Portokosten nicht berechnet werden.

Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen

B Grundleistungen und allgemeine Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
2. Die Leistungen nach den Nummern 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.
3. Die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 können an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn dies durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten war. Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben. Bei den Leistungen nach den Nummern 1, 5, 6, 7 und/oder 8 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen, bei der Leistung nach Nummer 3 generell zu begründen.
4. Die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 22, 30 und/oder 34 sind neben den Leistungen nach den Nummern 804 bis 812, 817, 835, 849, 861 bis 864, 870, 871, 886 sowie 887 nicht berechnungsfähig.
5. Mehr als zwei Visiten an demselben Tag können nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren. Bei der Berechnung von mehr als zwei Visiten an demselben Tag ist die jeweilige Uhrzeit der Visiten in der Rechnung anzugeben. Auf Verlangen ist die mehr als zweimalige Berechnung einer Visite an demselben Tag zu begründen.
Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 und/oder 15 nicht berechnungsfähig.
6. Besuchsgebühren nach den Nummern 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig.
7. Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.
8. Neben 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. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 / 1,8 FACH € | 3,5 / 2,5 FACH € |
|-----|---|-----------|-------------|---------------------|---------------------|
| 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 | 30 | 1,75 | 3,15 | 4,37 |

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

* Reduzierter Gebührenrahmen

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|---|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 3 | Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher | 150 | 8,74 | 20,11 | 30,60 |
| <p><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></p> | | | | | |
| 4 | Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken | 220 | 12,82 | 29,49 | 44,88 |
| <p><i>Die Leistung nach Nummer 4 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 4 ist neben den Leistungen nach den Nummern 30, 34, 801, 806, 807, 816, 817 und/oder 835 nicht berechnungsfähig.</i></p> | | | | | |
| 5 | Symptombezogene Untersuchung | 80 | 4,66 | 10,72 | 16,32 |
| <p><i>Die Leistung nach Nummer 5 ist neben den Leistungen nach den Nummern 6 bis 8 nicht berechnungsfähig.</i></p> | | | | | |
| 6 | Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: alle Augenabschnitte, der gesamte HNO-Bereich, das stomatognathe System, die Nieren und ableitenden Harnwege (bei Männern auch gegebenenfalls einschließlich der männlichen Geschlechtsorgane) oder Untersuchung zur Erhebung eines vollständigen Gefäßstatus – gegebenenfalls einschließlich Dokumentation | 100 | 5,83 | 13,41 | 20,40 |
| <p><i>Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nummer 6 beinhaltet insbesondere:</i></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>Die Leistung nach Nummer 6 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i></p> | | | | | |

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 K 1 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie dürfen unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach

den Buchstaben A bis D sowie K 1 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 nicht berechnet werden. Die Zuschläge nach den Buchstaben B bis D dürfen von Krankenhausärzten nicht berechnet werden, es sei denn, die Leistungen werden durch den liquidationsberechtigten Arzt oder seinen Vertreter nach § 4 Abs. 2 Satz 3 erbracht.

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

| NR. | LEISTUNG | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|------------|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| A | Zuschlag für außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen | 70 | 4,08 | – | – |
| | <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> | | | | |
| 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 | 320 | 18,65 | – | – |
| | <i>Neben dem Zuschlag nach Buchstabe C ist der Zuschlag nach Buchstabe B nicht berechnungsfähig.</i> | | | | |
| D | Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen | 220 | 12,82 | – | – |
| | <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> | | | | |
| 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. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|-----|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 30 | Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde nach biographischen und homöopathisch-individuellen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopathischen Behandlung – einschließlich homöopathischer Repertorisation und Gewichtung der charakteristischen psychischen, allgemeinen und lokalen Zeichen und Symptome des jeweiligen Krankheitsfalls, unter Berücksichtigung der Modalitäten, Alternanzen, Kausal- und Begleitsymptome, zur Auffindung des homöopathischen Einzelmittels, einschließlich Anwendung und Auswertung standardisierter Fragebogen | 900 | 52,46 | 120,65 | 183,60 |

Dauert die Erhebung einer homöopathischen Erstanamnese bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr weniger als eine Stunde, mindestens aber eine halbe Stunde, kann die Leistung nach Nummer 30 bis entsprechender Begründung mit der Hälfte der Gebühr berechnet werden.

Die Leistung nach Nummer 30 ist innerhalb von einem Jahr nur einmal berechnungsfähig.

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

| | | | | | |
|----|--|-----|-------|-------|-------|
| 31 | Homöopathische Folgeanamnese mit einer Mindestdauer von 30 Minuten unter laufender Behandlung nach den Regeln der Einzelmittelhomöopathie zur Beurteilung des Verlaufs und Feststellung des weiteren Vorgehens – einschließlich schriftlicher Aufzeichnungen | 450 | 26,23 | 60,33 | 91,80 |
|----|--|-----|-------|-------|-------|

Die Leistung nach Nummer 31 ist innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig.

Neben der Leistung nach Nummer 31 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 30 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.

| | | | | | |
|----|--|-----|-------|-------|-------|
| 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 | 40,22 | 61,20 |
|----|--|-----|-------|-------|-------|

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|-----|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| | <i>Die Leistung nach Nummer 34 ist innerhalb von 6 Monaten höchstens zweimal berechnungsfähig.</i> | | | | |
| | <i>Neben der Leistung nach Nummer 34 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 15 und/oder 30 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | |

IV Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|-----------|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 45 | Visite im Krankenhaus | 70 | 4,08 | 9,38 | 14,28 |
| | <i>Die Leistung nach Nummer 45 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>Wird mehr als eine Visite an demselben Tag erbracht, kann für die über die erste Visite hinausgehenden Visiten nur die Leistung nach Nummer 46 berechnet werden.</i> | | | | |
| | <i>Die Leistung nach Nummer 45 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird.</i> | | | | |
| 46 | Zweitvisite im Krankenhaus | 50 | 2,91 | 6,70 | 10,20 |
| | <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 Zweitvisite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 45, 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> | | | | |
| | <i>Die Leistung nach Nummer 46 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird.</i> | | | | |

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|---|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 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> | | | | | |
| 50 | Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung | 320 | 18,65 | 42,90 | 65,28 |
| <i>Die Leistung nach Nummer 50 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nummern 45 oder 46 nicht berechnet werden.</i> | | | | | |
| <i>Neben der Leistung nach Nummer 50 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | | |
| 51 | Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 50 – einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung | 250 | 14,57 | 33,52 | 51,00 |
| <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> | | | | | |
| 52 | Aufsuchen eines Patienten außerhalb der Praxisräume oder des Krankenhauses durch nichtärztliches Personal im Auftrag des niedergelassenen Arztes (z. B. zur Durchführung von kapillaren oder venösen Blutentnahmen, Wundbehandlungen, Verbandwechsel, Katheterwechsel) | 100 | 5,83 | – | – |
| <i>Die Pauschalgebühr nach Nummer 52 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie ist nicht berechnungsfähig, wenn das nichtärztliche Personal den Arzt begleitet. Wegegeld ist daneben nicht berechnungsfähig.</i> | | | | | |
| 55 | Begleitung eines Patienten durch den behandelnden Arzt zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung – gegebenenfalls einschließlich organisatorischer Vorbereitung der Krankenhausaufnahme | 500 | 29,14 | 67,03 | 102,00 |
| <i>Neben der Leistung nach Nummer 55 sind die Leistungen nach den Nummern 56, 60 und/oder 833 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | | |

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 / 1,8 FACH € | 3,5 / 2,5 FACH € |
|-----|--|-----------|-------------|---------------------|---------------------|
| 56* | Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen – wegen Erkrankung erforderlich –, je angefangene halbe Stunde | 180 | 10,49 | 18,89 | 26,23 |
| | <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> | | | | |
| 60 | Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt | 120 | 6,99 | 16,09 | 24,48 |
| | <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 Nummer 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt.</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> | | | | |
| 61 | Beistand bei der ärztlichen Leistung eines anderen Arztes (Assistenz), je angefangene halbe Stunde | 130 | 7,58 | 17,43 | 26,52 |
| | <i>Die Leistung nach Nummer 61 ist neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig.</i> | | | | |
| | <i>Die Nummer 61 gilt nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden.</i> | | | | |
| | <i>Die Leistung nach Nummer 61 darf nicht berechnet werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt.</i> | | | | |
| 62 | Zuziehung eines Assistenten bei operativen belegärztlichen Leistung oder bei ambulanter Operation durch niedergelassene Ärzte, je angefangene halbe Stunde | 150 | 8,74 | 20,11 | 30,60 |
| | <i>Wird die Leistung nach Nummer 62 berechnet, kann der assistierende Arzt die Leistung nach Nummer 61 nicht berechnen.</i> | | | | |

* Reduzierter Gebührenrahmen

V Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62

Allgemeine Bestimmungen

Die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Abweichend hiervon sind die Zuschläge nach den Buchstaben E bis H neben der Leistung nach Nummer 51 nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 45 bis 55 und 60 dürfen die Zuschläge unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 nicht berechnet werden.

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

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|-----|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| E | Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich erfolgte Ausführung | 160 | 9,33 | – | – |
| | <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> | | | | |
| F | Zuschlag für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen | 260 | 15,15 | – | – |
| | <i>Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | |
| G | Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen | 450 | 26,23 | – | – |
| | <i>Der Zuschlag nach Buchstabe G ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | |
| | <i>Neben dem Zuschlag nach Buchstabe G ist der Zuschlag nach Buchstabe F nicht berechnungsfähig.</i> | | | | |
| H | Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen | 340 | 19,82 | – | – |
| | <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.</i> | | | | |
| | <i>Der Zuschlag nach Buchstabe H ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | |
| J | Zuschlag zur Visite bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Tag | 80 | 4,66 | – | – |

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|-----|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| K 2 | Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48, 50, 51, 55 oder 56 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr | 120 | 6,99 | – | – |

VI Berichte, Briefe

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|---|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 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) | 130 | 7,58 | 17,43 | 26,52 |
| <i>Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.</i> | | | | | |
| 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 | Schreibgebühr, 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 Bestimmung

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

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|-----|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 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 veränderten 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. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 / 1,8 FACH € | 3,5 / 2,5 FACH € |
|--|--|-----------|-------------|---------------------|---------------------|
| 250* | Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene | 40 | 2,33 | 4,20 | 5,83 |
| 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 retrobulbäre Injektion und/oder Infiltration, je Sitzung | 80 | 4,66 | 10,72 | 16,32 |
| 268 | Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich mehrerer Körperregionen (auch eine Körperregion beidseitig), je Sitzung | 130 | 7,58 | 17,43 | 26,52 |
| 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 | 350 | 20,40 | 46,92 | 71,40 |
| <i>Neben der Leistung nach Nummer 269 a ist die Leistung nach Nummer 269 nicht berechnungsfähig.</i> | | | | | |
| 270 | Infusion, subkutan | 80 | 4,66 | 10,72 | 16,32 |
| 271 | Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer | 120 | 6,99 | 16,09 | 24,48 |
| 272 | Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer | 180 | 10,49 | 24,13 | 36,72 |
| 297 | Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich Fixierung | 45 | 2,62 | 6,03 | 9,18 |
| <i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i> | | | | | |
| 298 | Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich Fixierung | 40 | 2,33 | 5,36 | 8,16 |

Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.

* Reduzierter Gebührenrahmen

III Punktionen

Allgemeine Bestimmung

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

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|-----|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 303 | Punktion einer Drüse, eines Schleimbeutels, Ganglions, Seroms, Hygroms, Hämatoms oder Abszesses oder oberflächiger Körperteile | 80 | 4,66 | 10,72 | 16,32 |

IV Kontrastmitteleinbringungen

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. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|-----|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 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 |

VII Intensivmedizinische und sonstige Leistungen

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|-----|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 429 | Wiederbelebungsversuch – einschließlich künstlicher Beatmung und extrathorakaler indirekter Herzmassage, gegebenenfalls einschließlich Intubation | 400 | 23,31 | 53,62 | 81,60 |

VIII Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Bei ambulanter Durchführung von Operations- und Anästhesieleistungen in der Praxis niedergelassener Ärzte oder in Krankenhäusern können für die erforderliche Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z. B. Kosten für Operations- oder Aufwachräume oder Gebühren bzw. Kosten für wiederverwendbare Operationsmaterialien bzw. -geräte) Zuschläge berechnet werden.
Für die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers, im Zusammenhang mit einer ambulanten operativen Leistung können Zuschläge berechnet werden, wenn die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer für die operative Leistung nicht beinhaltet ist.
2. Die Zuschläge nach den Nummern 440 bis 449 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.
3. Die Zuschläge nach den Nummern 440, 441, 442, 443, 444 und 445 sind operativen Leistungen
→ nach den Nummern 679, 695, 700, 701, 765 in Abschnitt F,
→ 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, 1384, 1386 in Abschnitt I,
→ nach den Nummern 1428, 1438, 1441, 1445 bis 1448, 1455, 1457, 1467 bis 1472, 1485, 1486, 1493, 1497, 1513, 1519, 1520, 1527, 1528, 1534, 1535, 1576, 1586, 1588, 1595, 1597, 1598, 1601, 1610 bis 1614, 1622, 1628, 1635 bis 1637 in Abschnitt J,
→ nach den Nummern 1713, 1738, 1740, 1741, 1753, 1755, 1756, 1760, 1761, 1763 bis 1769, 1782, 1797, 1800, 1802, 1815, 1816, 1827, 1851 in Abschnitt K
→ oder nach den Nummern 2010, 2040, 2041, 2042 bis 2045, 2050 bis 2052, 2062, 2064 bis 2067, 2070, 2072 bis 2076, 2080 bis 2084, 2087 bis 2089, 2091, 2092, 2100 bis 2102, 2105, 2106, 2110 bis 2112, 2117 bis 2122, 2130, 2131, 2133 bis 2137, 2140, 2141, 2156 bis 2158, 2170 bis 2172, 2189 bis 2191, 2193, 2210, 2213, 2216, 2219, 2220, 2223 bis 2225, 2230, 2235, 2250, 2253, 2254, 2256, 2257, 2260, 2263, 2268, 2269, 2273, 2279, 2281 bis 2283, 2291, 2293 bis 2297, 2325, 2339, 2340, 2344, 2345, 2347 bis 2350, 2354 bis 2356, 2380 bis 2386, 2390, 2392 bis 2394, 2396, 2397, 2402, 2404, 2405, 2407, 2408, 2410 bis 2412, 2414 bis 2421, 2427, 2430 bis 2432, 2440 bis 2442, 2454, 2540, 2541, 2570, 2580, 2581, 2583, 2584, 2586 bis 2589, 2597, 2598, 2620, 2621, 2625, 2627, 2640, 2642, 2650, 2651, 2655 bis 2658, 2660, 2670, 2671, 2675 bis 2677, 2682, 2687, 2688, 2690, 2692 bis 2695, 2698, 2699, 2701, 2705, 2706, 2710, 2711, 2730, 2732, 2751 bis 2754, 2800, 2801, 2803, 2809, 2823, 2881 bis 2883, 2887, 2890, 2891, 2895 bis 2897, 2950 bis 2952, 2970, 2990 bis 2993, 3095 bis 3097, 3120, 3156, 3173, 3200, 3208, 3219 bis 3224, 3237, 3240, 3241, 3283 bis 3286, 3300 in Abschnitt L zuzuordnen.
Die Zuschläge nach den Nummern 446 und 447 sind anästhesiologischen Leistungen des Abschnitts D zuzuordnen.
Die Zuschläge nach den Nummern 448 und 449 dürfen nur im Zusammenhang mit einer an einen Zuschlag nach den Nummern 442 bis 445 gebundenen ambulanten Operation und mit einer an einen Zuschlag nach den Nummern 446 bis 447 gebundenen Anästhesie bzw. Narkose berechnet werden.

- Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluß an die zugeordnete operative bzw. anästhesiologische Leistung aufzuführen.
4. Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlages nach den Nummern 442 bis 445 sowie 446 oder 447 ist die erbrachte Operations- bzw. Anästhesieleistung mit der höchsten Punktzahl. Eine Zuordnung des Zuschlages 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. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € |
|-----|---|-----------|-------------|
| 440 | Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei ambulanten operativen Leistungen | 400 | 23,31 |
| | <i>Der Zuschlag nach Nummer 440 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.</i> | | |
| 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 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 | 400 | 23,31 |
| | <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> | | |
| 443 | Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 500 bis 799 Punkten bewertet sind | 750 | 43,72 |
| | <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> | | |
| 444 | Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind | 1300 | 75,77 |

Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

Nrn. 445 – 449

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € |
|------------|---|-------------|---------------|
| | <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> | | |
| 445 | Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind | 2200 | 128,23 |
| | <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> | | |
| 446 | Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, die mit Punktzahlen von 200 bis 399 Punkten bewertet sind | 300 | 17,49 |
| | <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 operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen | 600 | 34,97 |
| | <i>Der Zuschlag nach Nummer 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 448 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nummer 449 nicht berechnungsfähig.</i> | | |
| 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> | | |

E Physikalisch-medizinische Leistungen

(Für diese Leistungen dürfen Gebühren nur bis zum Zweieinhalbfachen berechnet werden, überschreitet die Gebühr das 1,8fache, ist dies in der Rechnung schriftlich zu begründen (§ 5 Abs. 3 GOÄ)).

V Wärmebehandlung

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 1,8 FACH € | 2,5 FACH € |
|------|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 535* | Heißluftbehandlung eines Körperteils (z. B. Kopf oder Arm) | 33 | 1,92 | 3,46 | 4,81 |
| 538* | Infrarotbehandlung, je Sitzung | 40 | 2,33 | 4,20 | 5,83 |
| 539* | Ultraschallbehandlung | 44 | 2,56 | 4,62 | 6,41 |

VI Elektrotherapie

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 1,8 FACH € | 2,5 FACH € |
|------|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 548* | Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme) | 37 | 2,16 | 3,88 | 5,39 |
| 549* | Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme) bei Behandlung verschiedener Körperregionen in einer Sitzung | 55 | 3,21 | 5,77 | 8,01 |
| 551* | Reizstrombehandlung (Anwendung niederfrequenter Ströme) – auch bei wechselweiser Anwendung verschiedener Impuls- oder Stromformen und gegebenenfalls unter Anwendung von Saugelektroden | 48 | 2,80 | 5,04 | 6,99 |

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 Körperteilen verabreicht, so ist nur die höherbewertete Leistung berechnungsfähig; dies gilt auch bei Verwendung eines Apparatesystems an mehreren Körperteilen.

* Reduzierter Gebührenrahmen

J Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|------|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 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 |
| 1480 | Absaugen der Nebenhöhlen | 45 | 2,62 | 6,03 | 9,18 |
| 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 |
| 1518 | Operation einer Speichelfistel | 739 | 43,07 | 99,07 | 150,76 |
| 1519 | Operative Entfernung von Speichelstein(en) | 554 | 32,29 | 74,27 | 113,02 |

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. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|---|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 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 |

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|------|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 2010 | Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen | 379 | 22,09 | 50,81 | 77,32 |
| 2015 | Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n) in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang – gegebenenfalls einschließlich Spülung | 60 | 3,50 | 8,04 | 12,24 |

II Extremitätenchirurgie

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|------|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 2072 | Offene Sehnen- oder Muskeldurchschneidung | 463 | 26,99 | 62,07 | 94,45 |
| 2073 | Sehnen-, Muskel- und/oder Fasziennaht – gegebenenfalls einschließlich Versorgung einer frischen Wunde | 650 | 37,89 | 87,14 | 132,60 |
| 2074 | Verpflanzung einer Sehne oder eines Muskels | 1100 | 64,12 | 147,47 | 224,41 |

III Gelenkchirurgie

Allgemeine Bestimmungen

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

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

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

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|------|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 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 |
| 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

Im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen.

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|------|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 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 Knocheiten (Knochenspäne) | 1480 | 86,27 | 198,41 | 301,93 |

VI Frakturbehandlung

Im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen.

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|------|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 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. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|------|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 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 |

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|------|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 2401 | Probeexzision aus oberflächlich gelegenem Körpergewebe (z. B. Haut, Schleimhaut, Lippe) | 133 | 7,75 | 17,83 | 27,13 |
| 2402 | Probeexzision aus tiefliegendem 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 | Exzision einer in oder unter der Haut oder Schleimhaut liegenden kleinen Geschwulst | 133 | 7,75 | 17,83 | 27,13 |
| 2404 | Exzision einer größeren Geschwulst (z. B. Ganglion, Faszien- oder 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 Exzision | 379 | 22,09 | 50,81 | 77,32 |
| 2432 | Eröffnung einer Phlegmone | 473 | 27,57 | 63,41 | 96,49 |
| 2442 | Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbständige Leistung | 900 | 52,46 | 120,65 | 183,60 |

IX Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|------|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 2620 | Operation der isolierten Lippenspalte | 750 | 43,72 | 100,55 | 153,00 |
| 2621 | Operation der breiten Lippen-Kieferspalte mit Naseneingangsplastik | 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 | Verschuß des weichen oder harten Gaumens oder Verschuß von perforierenden Defekten im Bereich von Gaumen oder Vestibulum | 1250 | 72,86 | 167,58 | 255,01 |
| 2626 | Velopharyngoplastik | 2500 | 145,72 | 335,15 | 510,01 |
| 2627 | Verschuß des harten und weichen Gaumens | 2000 | 116,57 | 268,12 | 408,01 |

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|------|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 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 |

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|------|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 2675 | Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuberplastik, 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 |
| 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 Aussprengung 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 |

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|------|---|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 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 | 174,28 | 265,21 |
| 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 |

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 2,3 FACH € | 3,5 FACH € |
|------|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 2715 | Suprahyoidale Lymphknotenausräumung einer Seite – einschließlich Darstellung und gegebenenfalls Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen | 2000 | 116,57 | 268,12 | 408,01 |
| 2716 | Radikale Halslymphknotenausräumung einer Seite – einschließlich Darstellung und gegebenenfalls Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen | 5000 | 291,44 | 670,30 | 1020,03 |
| 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 ausgedehnten 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. Spermogramm), als selbständige Einzelleistungen durchgeführt, so darf die Summe der Vergütungen für diese Einzelleistungen die für den Leistungskomplex festgelegte Vergütung nicht überschreiten.
8. Für die analoge Abrechnung einer nicht aufgeführten selbständigen Laboruntersuchung ist die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand zutreffendste Gebührennummer aus den Abschnitten M II bis M IV zu verwenden. In der Rechnung ist diese Gebührennummer durch Voranstellen des Buchstabens „A“ als Analogabrechnung zu kennzeichnen.

9. Sofern erforderlich, sind in den Katalogen zu den Meßgrößen die zur Untersuchung verwendeten Methoden in Kurzbezeichnung aufgeführt. In den folgenden Fällen werden verschiedene Methoden unter einem gemeinsamen Oberbegriff zusammengefaßt:
- *Agglutination: Agglutinationsreaktionen (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination, Bakterienagglutination);*
 - *Immundiffusion: Immundiffusions- (radiale), Elektroimmundiffusions-, nephelometrische oder turbidimetrische Untersuchungen;*
 - *Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden: Lichtmikroskopische Untersuchungen mit Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung zum Nachweis von Antigenen oder Antikörpern;*
 - *Ligandenassay: Enzym-, Chemolumineszenz-, Fluoreszenz-, Radioimmunoassay und ihre Varianten.*
- Die Gebühren für Untersuchungen mittels Ligandenassay beinhalten grundsätzlich eine Durchführung in Doppelbestimmung einschließlich aktueller Bezugskurve. Bei der Formulierung – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – ist die Durchführung fakultativ, bei der Formulierung – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – ist die Durchführung obligatorisch zur Berechnung der Gebühr. Wird eine Untersuchung mittels Ligandenassay, die obligatorisch eine Doppelbestimmung beinhaltet, als Einfachbestimmung durchgeführt, so dürfen nur zwei Drittel der Gebühr berechnet werden.
10. Sofern nicht gesondert gekennzeichnet, handelt es sich bei den aufgeführten Untersuchungen um quantitative oder semiquantitative Bestimmungen.
11. Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte M I, M II und M III (mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 3980 bis 4014) im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nummer 435 sind nur nach Nummer 437 berechnungsfähig.

I Vorhalteleistungen 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 krankenhaushähnlichen Einrichtung, einer Laborgemeinschaft oder in einer laborärztlichen Praxis erbracht werden.

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 1,15 FACH € | 1,3 FACH € |
|--|--|-----------|-------------|----------------|---------------|
| | Mikroskopische Einzelbestimmung, je Meßgröße | 60 | 3,50 | 4,02 | 4,55 |
| 3511* | Untersuchung eines Körpermaterials mit vorgefertigten Reagenzträgern oder Reagenz-zubereitungen und visueller Auswertung (z. B. Glukose, Harnstoff, Urineststreifen), qualitativ oder semiquantitativ, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung | 50 | 2,91 | 3,35 | 3,79 |
| <p><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></p> <p><i>Bei mehrfacher Berechnung der Leistung nach Nummer 3511 ist die Art der Untersuchung in der Rechnung anzugeben.</i></p> | | | | | |

III Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen

Allgemeine Bestimmung

Für die mit H2, H3 und H4 gekennzeichneten Untersuchungen sind die Höchstwerte nach den Nummern 3630.H, 3631.H und 3633.H zu beachten.

III.4 Elektrolyte, Wasserhaushalt, physikalische Eigenschaften von Körperflüssigkeiten

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 1,15 FACH € | 1,3 FACH € |
|-------|---|-----------|-------------|----------------|---------------|
| 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 |

* Reduzierter Gebührenrahmen

IV Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern

Allgemeine Bestimmung

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

IV.1 Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Bakterien

IV.1.a Untersuchungen im Nativmaterial

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 1,15 FACH € | 1,3 FACH € |
|-----|--|-----------|-------------|----------------|---------------|
| | Untersuchung zum Nachweis von Bakterien im Nativmaterial mittels Agglutination, je Antiserum | 130 | 7,58 | 8,71 | 9,85 |

4504* Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

IV.1.b Züchtung/Gewebekultur

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 1,15 FACH € | 1,3 FACH € |
|--------------|---|-----------|-------------|----------------|---------------|
| 4530* | Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch einfache Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Nährböden, aerob (z. B. Blut-, Endo-, McConkey-Agar, Nährbouillon), je Nährmedium | 80 | 4,66 | 5,36 | 6,06 |

Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4530 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.

| | | | | | |
|--------------|---|-----|------|------|------|
| 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 |
|--------------|---|-----|------|------|------|

Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4538 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.

* Reduzierter Gebührenrahmen

IV.1.e Keimzahl, Hemmstoffe

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 1,15 FACH € | 1,3 FACH € |
|-------|--|-----------|-------------|----------------|---------------|
| 4605* | Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl mittels Eintauchobjektträgerkultur (z. B. Cult-dip Plus®, Dip-Slide®, Uricount®, Uricult®, Uriline®, Urotube®), semiquantitativ, je Urinuntersuchung | 60 | 3,50 | 4,02 | 4,55 |
| 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 |

IV.3 Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen

IV.3.b Züchtung

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 1,15 FACH € | 1,3 FACH € |
|-------|---|-----------|-------------|----------------|---------------|
| 4715* | Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf einfachen Nährmedien (z. B. Sabouraud-Agar), je Nährmedium | 100 | 5,83 | 6,70 | 7,58 |

Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4715 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.

* Reduzierter Gebührenrahmen

N Histologie, Zytologie und Zyto-genetik

II Zytologie

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 1,8 FACH € | 2,5 FACH € |
|-------|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 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

0 Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie

(Für diese Leistungen dürfen Gebühren nur bis zum Zweieinhalbfachen berechnet werden, überschreitet die Gebühr das 1,8fache, ist dies in der Rechnung schriftlich zu begründen (§ 5 Abs. 3 GOÄ)).

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 0 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.

I.1 Skelett

Allgemeine Bestimmung

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

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 1,8 FACH € | 2,5 FACH € |
|-------|----------------------|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 5000* | Zähne, je Projektion | 50 | 2,91 | 5,25 | 7,29 |

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

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 1,8 FACH € | 2,5 FACH € |
|-------|------------------------------------|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 5002* | Panoramaaufnahme(n) eines Kiefers | 250 | 14,57 | 26,23 | 36,43 |
| 5004* | Panoramaschichtaufnahme der Kiefer | 400 | 23,31 | 41,97 | 58,29 |

Handgelenk, Mittelhand, alle Finger einer Hand, Sprunggelenk, Fußwurzel und/oder Mittelfuß, Kniescheibe

| | | | | | |
|-------|------------------------|-----|-------|-------|-------|
| 5020* | jeweils in zwei Ebenen | 220 | 12,82 | 23,08 | 32,06 |
| 5021* | ergänzende Ebene(n) | 80 | 4,66 | 8,39 | 11,66 |

Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5020 und 5021 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.

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

| | | | | | |
|-------|------------------------|-----|-------|-------|-------|
| 5030* | jeweils in zwei Ebenen | 360 | 20,98 | 37,77 | 52,46 |
| 5031* | ergänzende Ebene(n) | 100 | 5,83 | 10,49 | 14,57 |

Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5030 und 5031 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.

| | | | | | |
|-------|--|-----|------|-------|-------|
| 5035* | Teile des Skeletts in einer Ebene, je Teil | 160 | 9,33 | 16,79 | 23,31 |
|-------|--|-----|------|-------|-------|

Die Leistung nach Nummer 5035 ist je Skeletteil und Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Das untersuchte Skeletteil ist in der Rechnung anzugeben.

Die Leistung nach Nummer 5035 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 nicht berechnungsfähig.

| | | | | | |
|-------|--|-----|-------|-------|-------|
| 5037* | Bestimmung des Skeletalters – gegebenenfalls einschließlich Berechnung der prospektiven Endgröße, einschließlich der zugehörigen Röntgendiagnostik und gutachterlichen Beurteilung | 300 | 17,49 | 31,48 | 43,72 |
| 5060* | Kontrastuntersuchung eines Kiefergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) | 500 | 29,14 | 52,46 | 72,86 |
| 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* | Nasennebenhöhlen – gegebenenfalls auch in mehreren Ebenen | 260 | 15,15 | 27,28 | 37,89 |

* Reduzierter Gebührenrahmen

I.4 Spezialuntersuchungen

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 1,8 FACH € | 2,5 FACH € |
|-------|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 5260* | Röntgenuntersuchung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln (z. B. Sialographie, Galaktographie, Kavernographie, Vesikulographie) – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) | 400 | 23,31 | 41,97 | 58,29 |

Die Leistung nach Nummer 5260 ist nicht berechnungsfähig für Untersuchungen des Harntrakts, der Gebärmutter und Eileiter sowie der Gallenblase.

5298* Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5010 bis 5290 bei Anwendung digitaler Radiographie (Bildverstärker–Radiographie)

Der Zuschlag nach Nummer 5298 beträgt 25 v. H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.

I.7 Computertomographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5369 bis 5375 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

Die Nebeneinanderberechnungen von Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 ist in der Rechnung gesondert zu begründen. Bei Nebeneinanderberechnungen von Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 ist der Höchstwert nach Nummer 5369 zu beachten.

| NR. | LEISTUNGSTEXT | PUNKTZAHL | 1 FACH € | 1,8 FACH € | 2,5 FACH € |
|-------|--|-----------|-------------|---------------|---------------|
| 5370* | Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich – gegebenenfalls einschließlich des kraniozervikalen Übergangs | 2000 | 116,57 | 209,83 | 291,44 |
| 5377* | Zuschlag für computergesteuerte Analyse – einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion | 800 | 46,63 | – | – |

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

* Reduzierter Gebührenrahmen

Impressum

AUSGABE

Februar 2012

HERAUSGEBER

PVS Verband
Verband der Privatärztlichen
Verrechnungsstellen e. V.
Straßmann-Haus
Schumannstraße 18
10117 Berlin

SATZ

FGS Kommunikation, Berlin

REPRO & DRUCK

PRINT PrePress GmbH & Co. KG, Meckenheim

HINWEIS

In diesem Werk werden Rechtsvorschriften wiedergegeben. Der Leser darf darauf vertrauen, dass der Herausgeber größte Mühe und Sorgfalt darauf verwandt hat, die geltenden Vorschriften korrekt wiederzugeben. Fehler sind dennoch nicht vollständig auszuschließen. Deshalb kann der Herausgeber keine Gewähr für die Richtigkeit der mitgeteilten Daten und Angaben übernehmen; eine Verpflichtung oder Haftung kann aus ihnen nicht herbeigeführt werden.

Mit freundlicher Empfehlung
Der Herausgeber

Die Privatärztlichen Verrechnungsstellen an 17 Standorten
mit 45 Geschäftsstellen in Deutschland

