



GEBÜHREN- ORDNUNG FÜR ZAHNÄRZTE

GRUNDLAGE: ERSTE VERORDNUNG ZUR
ÄNDERUNG DER GEBÜHRENORDNUNG
FÜR ZAHNÄRZTE (GOZ)

Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl.
I S. 2316), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung
vom 5. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661)

Stand: 07.06.2023



ZAHNÄRZTE
KAMMER
NORDRHEIN

IMPRESSUM

© **ZAHNÄRZTE**KAMMER NORDRHEIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts, Neuss

Rechtliche Hinweise: Alle Angaben wurden sorgfältig geprüft. Wir bemühen uns, diese Informationen aktuell und inhaltlich richtig, sowie vollständig anzubieten. Dennoch ist das Auftreten von Fehlern nicht völlig auszuschließen. Eine Garantie für die Vollständigkeit, Richtigkeit und letzte Aktualität kann daher nicht übernommen werden.

Alle Rechte vorbehalten

Keine Vervielfältigung, Verbreitung oder Nutzung für kommerzielle Zwecke

VORWORT ZUR ZWEITEN AUFLAGE

/ SEHR GEEHRTE
KOLLEGINNEN,
SEHR GEEHRTE
KOLLEGEN,

nach dem Heilberufsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen obliegt es der Zahnärztekammer, ihre Mitglieder über berufsbezogene Themen zu informieren, einschließlich der Regelungen zur Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Dabei erfüllt der Bundesgesetzgeber seit 35 Jahren seine gesetzliche Verpflichtung gemäß dem Zahnheilkundengesetz nicht, den Punktwert in der GOZ an die allgemeine Preissteigerung und Betriebskostenentwicklung in den zahnärztlichen Praxen anzupassen.

Dieser 35-jährige Stillstand bedeutet für die Praxen einen Inflationsverlust über die Jahre hinweg von 70 Prozent, der nicht durch die Anpassung des Punktwertes der GOZ ausgeglichen wurde. Statistiken der Bundeszahnärztekammer zufolge berechnen zahnärztliche Praxen ihre Honorare zu etwa 50 Prozent über die GOZ. Wer über die GOZ berechnet, muss aber die Gebührenscheitel und ihre Erläuterungen, und insbesondere in einer Zeit von nicht angepassten Punktwerten und hoher Inflation, die Regelungen zum Paragraphenteil kennen.

Daher haben wir für Sie die Gebührenordnung für Zahnärzte der Zahnärztekammer Nordrhein zum Jahre 2024 nochmals neu aufgelegt. Es ist entscheidend, die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Praxis zu kennen und die Regelungen und Möglichkeiten der GOZ umzusetzen, um die Existenz der Praxen und somit die Patientenversorgung sicherzustellen.

Diese Neuauflage soll Sie im Praxisalltag bei der rechtssicheren Anwendung der GOZ unterstützen. Rechtssichere Anwendung der GOZ bedeutet insbesondere die korrekte Umsetzung der §§ 2, 5 und 6 der Gebührenordnung, um eine moderne Zahnheilkunde zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Die Nutzung der in der GOZ liegenden Möglichkeiten ist die Basis für die Zukunft unserer Praxen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

DR. RALF HAUSWEILER

PRÄSIDENT DER
ZAHNÄRZTEKAMMER NORDRHEIN

DR. URSULA STEGEMANN

MITGLIED DES VORSTANDS DER
ZAHNÄRZTEKAMMER NORDRHEIN

INHALT

GEBÜHRENORDNUNG FÜR
ZAHNÄRZTE 2012 STAND 01.01.2012

AUSZUG AUS DER
GEBÜHRENORDNUNG
FÜR ÄRZTE STAND: 01.01.1996

A	Allgemeine zahnärztliche Leistungen	11
B	Prophylaktische Leistungen	13
C	Konservierende Leistungen	15
D	Chirurgische Leistungen	19
E	Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums	21
F	Prothetische Leistungen	23
G	Kieferorthopädische Leistungen	27
H	Eingliederung von Aufbißbehelfen und Schienen	30
J	Funktionsanalytische und funktions- therapeutische Leistungen	31
K	Implantologische Leistungen	33
L	Zuschläge zu bestimmten zahnärztlich- chirurgischen Leistungen	37

B	Grundleistungen und allgemeine Leistungen	43
C	Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen	53
E	Physikalisch-medizinische Leistungen	69
J	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	70
L	Chirurgie, Orthopädie	78
M	Laboratoriumsuntersuchungen	89
N	Histologie, Zytologie und Zytogenetik	92
O	Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnet- resonanztomographie und Strahlentherapie	93

Erste Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte

Vom 05. Dezember 2011

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:

Die Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316), die zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 04. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

§ 1 Anwendungsbereich

- (1) Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Zahnärzte bestimmen sich nach dieser Verordnung, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.
- (2) Vergütungen darf der Zahnarzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.

§ 2 Abweichende Vereinbarung

- (1) Durch Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 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 des Zahnarztes schriftlich zu treffen. Dieses muß neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem vereinbarten Steigerungssatz und dem sich daraus ergebenden Betrag auch die Feststellung enthalten, daß eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.
- (3) Leistungen nach § 1 Absatz 2 Satz 2 und ihre Vergütung müssen in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden. Der Heil- und Kostenplan muß vor Erbringung der Leistung erstellt werden; er muß die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Feststellung enthalten, daß es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist. § 6 Abs. 1 bleibt unberührt.
- (4) Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privat Zahnärztlichen Leistungen ist eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 nur für vom Wahlzahnarzt 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 selbständige zahnärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Zahnarzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte. Eine Leistung ist methodisch notwendiger Bestandteil einer anderen Leistung, wenn sie inhaltlich von der Leistungsbeschreibung der anderen Leistung (Zielleistung) umfasst und auch in deren Bewertung berücksichtigt worden ist.
- (3) Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf, 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) Selbständige zahnärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung berechnet werden. Sofern auch eine nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertige Leistung im Gebührenverzeichnis dieser Verordnung nicht enthalten ist, kann die selbständige zahnärztliche Leistung entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der in Absatz 2 genannten Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden.
- (2) 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, LII unter den Nummern 2072 bis 2074, L III, L V unter den Nummern 2253 bis 2256 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VI unter den Nummern 2321, 2355 und 2356 im Rahmen der Behandlung von Kieferbrüchen, L VII, L IX,
 6. M unter den Nummern 3511, 3712, 3714, 3715, 4504, 4530, 4538, 4605, 4606 und 4715,
 7. N unter der Nummer 4852 sowie
 8. O.,

§ 7 Gebühren bei stationärer Behandlung

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

§ 8 Entschädigungen

- (1) Als Entschädigungen für Besuche erhält der Zahnarzt Wegegeld oder Reiseentschädigung; hierdurch sind Zeiterlässe 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 Gebührenzeichnisses mit den Gebühren abgegolten sind.
- (2) Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen vor der Behandlung einen Kostenvorschlag 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 1.000 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 Kostenvorschlag 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 Kostenvorschlag 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. *(Anmerkung der Zahnärztekammer Nordrhein: Inkrafttreten der Anlage 2 am 01. Juli 2012.)*
- (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 Fall 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 Abs. 1 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis "entsprechend" sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.
- (5) Durch Vereinbarung mit 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 05. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) begonnene Leistungen nach den Nummern 215 bis 222, 500 bis 523 und 531 bis 534 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem 01. Januar 2012 geltenden Fassung, wenn sie erst nach Inkrafttreten der Verordnung vom 05. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2661) beendet werden,
3. Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte in der vor dem 01. Januar 2012 geltenden Fassung, die auf Grund einer vor dem Inkrafttreten der Verordnung vom 05. 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.

A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Eine Beratungsgebühr nach der Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte in der am 01. 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 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 Abformmaterial ist gesondert berechnungsfähig.
3. Material- und Laborkosten im Sinne dieses Gebührenverzeichnisses umfassen Praxiskosten nach § 4 Abs. 3 und Auslagen für zahntechnische Leistungen nach § 9 dieser Gebührenordnung.

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
0010	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes	100	5,62	12,94	19,68
0030	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen	200	11,25	25,87	39,37
0040	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans bei kieferorthopädischer Behandlung oder bei funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Maßnahmen nach Befundaufnahme und Ausarbeitung einer Behandlungsplanung	250	14,06	32,34	49,21
<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.

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			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.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			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.

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
1040	Professionelle Zahnreinigung 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.	28	1,57	3,62	5,51

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.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
2000	Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, auch Glattflächenversiegelung, je Zahn	90	5,06	11,64	17,72
2010	Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, je Kiefer	50	2,81	6,47	9,84
2020	Temporärer speicheldichter Verschluss einer Kavität	98	5,51	12,68	19,29
2030	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten (z.B. Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	65	3,66	8,41	12,80
<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>					
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
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

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
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
<p><i>Die Leistungen nach den Nummern 2180, 2190 oder 2195 sind neben den Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Leistung nach der Nummer 2180 ist neben der Leistung nach der Nummer 2190 nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Leistung nach der Nummer 2195 ist neben der Leistung nach der Nummer 2180 berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Leistungen nach den Nummern 2180, 2190 und/oder die Leistung nach der Nummer 2195 ist je Zahn nur jeweils einmal berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Kosten für die Verankerungselemente sind gesondert berechnungsfähig.</i></p>					
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 (Hohlkehler- oder Stufenpräparation)	1678	94,37	217,06	330,31

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
2220	Versorgung eines Zahnes durch eine Teilkrone mit Retentionsrillen oder -kästen oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der gesamten Kaufläche, auch Versorgung eines Zahnes durch ein Veneer	2067	116,25	267,38	406,88

Neben den Leistungen nach den Nummern 2200 bis 2220 sind die Leistungen nach den Nummern 2050 bis 2130 nicht berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nummer 2210 ist im Zusammenhang mit Implantaten nicht berechnungsfähig.

Durch die Leistungen nach den Nummern 2150 bis 2170 und 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.

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

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

Teilleistungen nach den Nummern 2200 bis 2220:

2230	Enden die Leistungen mit der Präparation eines Zahnes 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.				

Die Leistungen nach den Nummern 2230 oder 2240 sind nur berechnungsfähig, wenn es dem Zahnarzt objektiv auf Dauer unmöglich war, die Behandlung fortzusetzen oder eine Fortsetzung aus medizinischen Gründen nicht indiziert war.

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

Die Kosten für konfektionierte Kronen sind gesondert berechnungsfähig.

2260	Provisorium im direkten Verfahren ohne Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung	100	5,62	12,94	19,68
2270	Provisorium im direkten Verfahren mit Abformung, je Zahn oder Implantat, einschließlich Entfernung	270	15,19	34,93	53,15

Bei Verwendung eines konfektionierten Provisoriums sind die Kosten hierfür gesondert berechnungsfähig.

Das Wiedereingliedern desselben Provisoriums, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung, ist mit der Gebühr nach der Nummer 2260 oder 2270 abgegolten.

2290	Entfernung einer Einlagefüllung, einer Krone, eines Brückenankers, Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges oder Ähnliches	180	10,12	23,28	35,43
2300	Entfernung eines Wurzelstiftes	270	15,19	34,93	53,15
2310	Wiedereingliederung einer Einlagefüllung, einer Teilkrone, eines Veneers oder einer Krone oder Wiederherstellung einer Verblendschale an herausnehmbarem Zahnersatz	145	8,16	18,76	28,54

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
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
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.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
3000	Entfernung eines einwurzeligen Zahnes oder eines enossalen Implantats	70	3,94	9,05	13,78
3010	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes	110	6,19	14,23	21,65
3020	Entfernung eines tief frakturierten oder tief zerstörten Zahnes	270	15,19	34,93	53,15
3030	Entfernung eines Zahnes oder eines enossalen Implantats durch Osteotomie	350	19,68	45,27	68,90
3040	Entfernung eines retinierten, impaktierten oder verlagerten Zahnes durch Osteotomie	540	30,37	69,85	106,30
3045	Entfernen eines extrem verlagerten und/oder extrem retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen	767	43,14	99,22	150,98
3050	Stillung einer übermäßigen Blutung im Mund- und/oder Kieferbereich, als selbstständige 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 selbstständige 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
3100	Plastische Deckung im Rahmen einer Wundversorgung einschließlich einer Periostschlitzung, je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnittführung)	270	15,19	34,93	53,15

Die Leistung nach der Nummer 3100 ist für dasselbe Operationsgebiet nicht neben der Leistung nach der Nummer 3090 berechnungsfähig.

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
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
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
<i>Die Leistung nach der Nummer 3300 ist höchstens zweimal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechnungsfähig.</i>					
<i>Neben der Leistung nach der Nummer 3300 sind die Leistungen nach den Nummern 3060 oder 3310 nicht berechnungsfähig.</i>					
3310	Chirurgische Wundrevision (z.B. Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht), je Operationsgebiet (Raum einer zusammenhängenden Schnittführung)	100	5,62	12,94	19,68
<i>Die Leistung nach der Nummer 3310 ist höchstens zweimal je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich berechnungsfähig.</i>					
<i>Neben der Leistung nach der Nummer 3310 sind die Leistungen nach den Nummern 3060 oder 3300 nicht berechnungsfähig.</i>					

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.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
4000	Erstellen und Dokumentieren eines Parodontalstatus	160	9,00	20,70	31,50
<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
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>					

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
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 Konkremente und Wurzelglättung) an einem einwurzeligen Zahn oder Implantat, geschlossenes Vorgehen	100	5,62	12,94	19,68
4075	Parodontalchirurgische Therapie (insbesondere Entfernung subgingivaler Konkremente und Wurzelglättung) an einem mehrwurzeligen Zahn, geschlossenes Vorgehen	130	7,31	16,82	25,59
4080	Gingivektomie, Gingivoplastik, je Parodontium	45	2,53	5,82	8,86
4090	Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Frontzahn, je Parodontium	180	10,12	23,28	35,43
4100	Lappenoperation, offene Kürettage einschließlich Osteoplastik an einem Seitenzahn, je Parodontium	275	15,47	35,57	54,13
<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 Aufbaubereich, 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. Die Kosten eines einmal verwendbaren Knochenkollektors oder -schabers sind gesondert berechnungsfähig.</i>					
4120	Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	275	15,47	35,57	54,13
4130	Gewinnung und Transplantation von Schleimhaut, gegebenenfalls einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Transplantat	180	10,12	23,28	35,43
4133	Gewinnung und Transplantation von Bindegewebe einschließlich Versorgung der Entnahmestelle, je Zahnzwischenraum	880	49,49	113,83	173,23
4136	Osteoplastik auch Kronenverlängerung, Tunnelierung oder Ähnliches je Zahn oder Parodontium, auch Implantat, als selbständige Leistung	200	11,25	25,87	39,37
4138	Verwendung einer Membran zur Behandlung eines Knochen-defektes 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.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
5000	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Tangentialpräparation)	1016	57,14	131,43	200,00
5010	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Hohlkeh- 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 Teilkkrone mit Retentionsrillen oder -kästen 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 Konuskkrone	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 Implantats, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Krone, der Einlagefüllung, der Teilkkrone 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.

Teilleistungen nach den Nummern 5000 bis 5040:

5050	Enden die Leistungen mit der Präparation der Brückenpfeiler oder Prothesenanker mit Verbindungselementen oder der Abdrucknahme beim Implantat, so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.				
------	--	--	--	--	--

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
5060	Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.				
<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 Freiendsattel	400	22,50	51,74	78,74
5080	Versorgung eines Lückengebisses durch eine zusammengesetzte Brücke oder Prothese, je Verbindungselement	230	12,94	29,75	45,27
<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 Freiendsattel, 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
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 Haftelementen einschließlich Einschleifen der Auflagen	700	39,37	90,55	137,79

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
5210	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Modell- fußprothese mit gegossenen Halte- und Stützelementen einschließlich Einschleifen der Auflagen	1400	78,74	181,10	275,59
5220	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese oder Deckprothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Oberkiefer	1850	104,05	239,31	364,17

Eine Deckprothese setzt eine Basisgestaltung wie bei einer totalen Prothese voraus.

5230	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese oder Deckprothese bei Verwendung einer Kunststoff- oder Metallbasis, im Unterkiefer	2200	123,73	284,59	433,06
------	---	------	--------	--------	--------

Eine Deckprothese setzt eine Basisgestaltung wie bei einer totalen Prothese voraus.

Durch die Leistungen nach den Nummern 5200 bis 5230 sind folgende Leistungen abgegolten:

Anatomische Abformungen (auch des Gegenkiefers), Bestimmung der Kieferrelation, Einproben, Einpassen bzw. Einfügen, Nachkontrolle und Korrekturen.

Teilleistungen nach den Nummern 5200 und 5230:

5240	Für Maßnahmen bis einschließlich Bestimmung der Kiefer- relation ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berech- nungsfähig; bei weitergehenden Maßnahmen sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.				
5250	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (ohne Abformung)	140	7,87	18,11	27,56
5260	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (mit Abformung) einschließlich Halte- und Stützvorrichtungen	270	15,19	34,93	53,15
5270	Teilunterfütterung einer Prothese	180	10,12	23,28	35,43
5280	Vollständige Unterfütterung einer Prothese	270	15,19	34,93	53,15
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 ein- schließlich funktioneller Randgestaltung	730	41,06	94,43	143,70

Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 dürfen Leistungen nach den Nummern 5250 und 5260 nur berechnet werden, wenn es sich um zeitlich getrennte Verrichtungen handelt.

Leistungen nach den Nummern 5270 bis 5310 sind nur als Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion einer abnehmbaren Prothese berechnungsfähig.

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
5320	Eingliederung eines Obturators zum Verschluss von Defekten des Gaumens	2200	123,73	284,59	433,06
5330	Eingliederung einer Resektionsprothese zum Verschluss und zum Ausgleich von Defekten der Kiefer	2800	157,48	362,20	551,17
5340	Eingliederung einer Prothese oder Epithese zum Verschluss extraoraler Weichteildefekte oder zum Ersatz fehlender Gesichtsteile einschließlich Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen	7300	410,57	944,30	1436,99

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

G. Kieferorthopädische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 6100, 6120, 6140 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.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			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.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			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

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:

- a) Ausmaß der Bissverschiebung: mehr als 4 Millimeter,
- b) Richtung der durchzuführenden Bissverschiebung, Unterkiefer relativ zum Oberkiefer: dorsal,
- c) Skelettale Bedingungen: ungünstige Wachstumsvoraussetzungen.

Die Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren.

Die Maßnahmen im Sinne der Nummern 6030 bis 6080 umfassen alle Leistungen zur Kieferumformung und Retention bzw. zur Einstellung des Unterkiefers in den Regelbiss innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren, unabhängig von den angewandten Behandlungsmethoden oder den verwendeten Therapiegeräten.

Neben den Leistungen nach den Nummern 6030 bis 6080 sind Leistungen nach den Nummern 6190 bis 6260 nicht berechnungsfähig.

6090	Maßnahmen zur Einstellung der Okklusion durch alveolären Ausgleich bei abgeschlossener Wachstumsphase einschließlich Retention, 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
6160	Eingliederung einer intra-/extraoralen Verankerung (z.B. Headgear)	370	20,81	47,86	72,83
6170	Eingliederung einer Kopf-Kinn-Kappe	500	28,12	64,68	98,42

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

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
6180	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit und/oder Erweiterung von herausnehmbaren Behandlungsgeräten einschließlich Abformung und Wiedereinfügen, je Kiefer und je Sitzung einmal berechnungsfähig	270	15,19	34,93	53,15
6190	Beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen	140	7,87	18,11	27,56
<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.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
7000	Eingliederung eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche	270	15,19	34,93	53,15
7010	Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche	800	44,99	103,49	157,48
7020	Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf	450	25,31	58,21	88,58
7030	Wiederherstellung der Funktion eines Aufbissbehelfs, z.B. durch Unterfütterung	370	20,81	47,86	72,83
7040	Kontrolle eines Aufbissbehelfs	65	3,66	8,41	12,80
7050	Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche: subtraktive Maßnahmen, je Sitzung	180	10,12	23,28	35,43
7060	Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche: additive Maßnahmen, je Sitzung	410	23,06	53,04	80,71
7070	Semipermanente Schiene unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum	90	5,06	11,64	17,72
7080	Versorgung eines Kiefers mit einem festsitzenden laborgefertigten Provisorium (einschließlich Vorpräparation) im indirekten Verfahren, je Zahn oder je Implantat, einschließlich Entfernung	600	33,75	77,61	118,11
7090	Versorgung eines Kiefers mit einem laborgefertigten Provisorium im indirekten Verfahren, je Brückenglied, einschließlich Entfernung	270	15,19	34,93	53,15

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

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

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

7100	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion eines Langzeitprovisoriums, je Krone, Spanne oder Freundbrückenglied	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.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
8000	Klinische Funktionsanalyse einschließlich Dokumentation	500	28,12	64,68	98,42
<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>					
8010	Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers, auch Stützstiftregistrierung, je Registrat	180	10,12	23,28	35,43
<i>Die Leistung nach der Nummer 8010 ist je Sitzung höchstens zweimal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach der Nummer 8010 sind die Material- und Laborkosten für die Bissnahme und die Lieferung und Anbringung des Stützstiftbestecks gesondert berechnungsfähig.</i>					
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
<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>					
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

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
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.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
9000	Implantatbezogene Analyse und Vermessung des Alveolarfortsatzes, des Kieferkörpers und der angrenzenden knöchernen Strukturen sowie der Schleimhaut, einschließlich metrischer Auswertung von radiologischen Befundunterlagen, Modellen und Fotos zur Festlegung der Implantatposition, 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>					
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 Implantats, Einbringen eines enossalen Implantats einschließlich Verschlusschraube und gegebenenfalls Einbringen von Aufbauelementen bei offener Einheilung sowie Wundverschluss	1545	86,89	199,86	304,13
9020	Insertion eines Implantats zum temporären Verbleib, auch orthodontisches Implantat	515	28,96	66,62	101,38

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
9040	Freilegen eines Implantats, und Einfügen eines oder mehrerer Aufbauelemente (z.B. eines Ginigivaformers) 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
Die Leistung nach Nummer 9060 ist für ein Implantat höchstens einmal je Sitzung berechnungsfähig.					
9090	Knochengewinnung (z.B. Knochenkollektor oder Knochen-schaber), Knochenaufbereitung und -implantation, auch zur Weichteilunterfütterung	400	22,50	51,74	78,74
Die Kosten eines einmal verwendbaren Knochenkollektors oder -schabers sind gesondert berechnungsfähig.					
9100	Aufbau des Alveolarfortsatzes durch Augmentation ohne zusätzliche Stabilisierungsmaßnahmen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich 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.	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 Nummer 9120 erbracht, ist ein Drittel der Gebühr der Nummer 9100 berechnungsfähig.</p>					

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
9110	<p>Geschlossene Sinusbodenelevation vom Kieferkamm aus (interner Sinuslift)</p> <p>Mit einer Leistung nach der Nummer 9110 sind folgende Leistungen abgegolten:</p> <p>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 Aufbaugebietes des Implantatfaches und Einbringen von Aufbaumaterial (Knochen und/oder Knochenersatzmaterial)</p>	1500	84,36	194,04	295,27

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

9120	<p>Sinusbodenelevation durch externe Knochenfensterung (externer Sinuslift), je Kieferhälfte</p> <p>Mit einer Leistung nach der Nummer 9120 sind folgende Leistungen abgegolten:</p> <p>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 Aufbaugebietes, 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

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

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
9140	Intraorale Entnahme von Knochen außerhalb des Aufbaugesbietes gegebenenfalls einschließlich Aufbereitung des Knochenmaterials und/oder der Aufnahmeregion, einschließlich der notwendigen Versorgung der Entnahmestelle, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	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	Fixation oder Stabilisierung des Augmentates durch Osteosynthesemaßnahmen (z.B. Schrauben- oder Plattenosteosynthese oder Titanetze), zusätzlich zu der Leistung nach der Nummer 9100, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	675	37,96	87,32	132,87
9160	Entfernung unter der Schleimhaut liegender Materialien (z.B. Barrieren – einschließlich Fixierung –, Osteosynthesematerial), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	330	18,56	42,69	64,96
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
<i>Die Entfernung eines Implantats ist mit der Gebühr für die Leistungen nach den Nummern 3000 und 3030 abgegolten.</i>					

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 Zuschlags 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.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-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.

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-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 0530 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>					

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	Anzahl	E-Satz	Faktor	Erl.	Betrag €
-------	-----------------	---------	------------------------------------	--------	--------	--------	------	----------

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:

Freifeld für Barcode	Freifeld für Barcode	Freifeld für Barcode	Freifeld für Barcode
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

AUSZUG AUS DER GEBÜHRENORDNUNG FÜR ÄRZTE

STAND: 01.01.1996

Anmerkung

Erbringt der Zahnarzt Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen aufgeführt sind, so sind nach § 6 Abs. 2 GOZ die Vergütungen für diese Leistungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.

§ 10 (GOÄ) Ersatz von Auslagen

- (1) Neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen nur berechnet werden
1. die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstigen Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, soweit in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist,
 2. Versand- und Portokosten, soweit deren Berechnung nach Absatz 3 nicht ausgeschlossen ist,
 3. die im Zusammenhang mit Leistungen nach Abschnitt O bei der Anwendung radioaktiver Stoffe durch deren Verbrauch entstandenen Kosten sowie
 4. die nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses als gesondert berechnungsfähig ausgewiesenen Kosten.

Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.

(2) Nicht berechnet werden können die Kosten für

1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandspray, Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge,
2. Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie,
3. Desinfektions- und Reinigungsmittel,
4. Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung sowie für
5. folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula.

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

B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

- Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
- Die Leistungen nach den Nummern 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.
- 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.
- 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.
- 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.
- Besuchsgebühren nach den Nummern 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig.
- Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.
- Neben einer Leistung nach den Nummern 5, 6, 7 oder 8 sind die Leistungen nach den Nummern 600, 601, 1203, 1204, 1228, 1240, 1400, 1401 und 1414 nicht berechnungsfähig.

I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *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.

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			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
<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>					
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
<i>Die Leistung nach Nummer 4 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. 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>					
5	Symptombezogene Untersuchung	80	4,66	10,72	16,32
<i>Die Leistung nach Nummer 5 ist neben den Leistungen nach den Nummern 6 bis 8 nicht berechnungsfähig.</i>					
6	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: alle Augenabschnitte, der gesamte HNO-Bereich, das stomatognathe System, die Nieren und ableitenden Harnwege (bei Männern auch gegebenenfalls einschließlich der männlichen Geschlechtsorgane) oder Untersuchung zur Erhebung eines vollständigen Gefäßstatus – gegebenenfalls einschließlich Dokumentation – Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nummer 6 beinhaltet insbesondere: – bei den Augen: beidseitige Inspektion des äußeren Auges, beidseitige Untersuchung der vorderen und mittleren Augenabschnitte sowie des Augenhintergrunds; – bei dem HNO-Bereich: Inspektion der Nase, des Naseninnern, des Rachens, beider Ohren, beider äußerer Gehörgänge und beider Trommelfelle, Spiegelung des Kehlkopfs; – bei dem stomatognathen System: Inspektion der Mundhöhle, Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke sowie vollständiger Zahnstatus; – bei den Nieren und ableitenden Harnwegen: Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs, Inspektion des äußeren Genitale sowie Digitaluntersuchung des Enddarms, bei Männern zusätzlich Digitaluntersuchung der Prostata, Prüfung der Bruchpforten sowie Inspektion und Palpation der Hoden und Nebenhoden; – bei dem Gefäßstatus: Palpation und gegebenenfalls Auskultation der Arterien an beiden Handgelenken, Ellenbeugen, Achseln, Fußrücken, Sprunggelenken, Kniekehlen, Leisten sowie der tastbaren Arterien an Hals und Kopf, Inspektion und gegebenenfalls Palpation der oberflächlichen Bein- und Halsvenen.	100	5,83	13,41	20,40
<i>Die Leistung nach Nummer 6 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>					

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
7	<p>Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) – gegebenenfalls einschließlich Dokumentation –</p> <p>Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nummer 7 beinhaltet insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei dem Hautorgan: Inspektion der gesamten Haut, Hautanhangsgebilde und sichtbaren Schleimhäute, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des Dermographismus und Untersuchung mittels Glasspatel; – bei den Stütz- und Bewegungsorganen: Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung der Gelenke und der Wirbelsäule einschließlich Prüfung der Reflexe; – bei den Brustorganen: Auskultation und Perkussion von Herz und Lunge sowie Blutdruckmessung; – bei den Bauchorganen: Palpation, Perkussion und Auskultation der Bauchorgane einschließlich palpatorischer Prüfung der Bruchpforten und der Nierenlager; – bei dem weiblichen Genitaltrakt: bimanuelle Untersuchung der Gebärmutter und der Adnexe, Inspektion des äußeren Genitale, der Vagina und der Portio uteri, Digitaluntersuchung des Enddarms, gegebenenfalls Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs. 	160	9,33	21,45	32,64
<p><i>Die Leistung nach Nummer 7 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 6 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i></p>					
8	<p>Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus, gegebenenfalls einschließlich Dokumentation</p> <p>Der Ganzkörperstatus beinhaltet die Untersuchung der Haut, der sichtbaren Schleimhäute, der Brust- und Bauchorgane, der Stütz- und Bewegungsorgane, sowie eine orientierende neurologische Untersuchung.</p>	260	15,15	34,86	53,04
<p><i>Die Leistung nach Nummer 8 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 6, 7 und/oder 800 nicht berechnungsfähig.</i></p>					
11	Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata	60	3,50	8,04	12,24
15	Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken	300	17,49	40,22	61,20
<p><i>Die Leistung nach Nummer 15 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden.</i></p> <p><i>Neben der Leistung nach Nummer 15 ist die Leistung nach Nummer 4 im Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i></p>					

II. Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach Nummer 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	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			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.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
30	<p>Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde nach biographischen und homöopathisch-individuellen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopathischen Behandlung – einschließlich homöopathischer Repertorisation und Gewichtung der charakteristischen psychischen, allgemeinen und lokalen Zeichen und Symptome des jeweiligen Krankheitsfalls, unter Berücksichtigung der Modalitäten, Alternanzen, Kausal- und Begleitsymptome, zur Auffindung des homöopathischen Einzelmittels, einschließlich Anwendung und Auswertung standardisierter Fragebogen –</p> <p>Dauert die Erhebung einer homöopathischen Erstanamnese bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr weniger als eine Stunde, mindestens aber eine halbe Stunde, kann die Leistung nach Nummer 30 bei entsprechender Begründung mit der Hälfte der Gebühr berechnet werden.</p>	900	52,46	120,65	183,60

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

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

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

IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
45	Visite im Krankenhaus	70	4,08	9,38	14,28
<p><i>Die Leistung nach Nummer 45 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig. Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden.</i></p> <p><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></p> <p><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></p> <p><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></p>					
46	Zweitvisite im Krankenhaus	50	2,91	6,70	10,20
<p><i>Die Leistung nach Nummer 46 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig. Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden.</i></p> <p><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></p> <p><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></p> <p><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></p>					
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
<p><i>Die Leistung nach Nummer 48 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i></p>					

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
50	Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung	320	18,65	42,90	65,28
<p>Die Leistung nach Nummer 50 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nummern 45 oder 46 nicht berechnet werden.</p> <p>Neben der Leistung nach Nummer 50 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</p>					
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
<p>Die Leistung nach Nummer 51 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nummern 45 oder 46 nicht berechnet werden.</p> <p>Neben der Leistung nach Nummer 51 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</p>					
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		
<p>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.</p>					
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
<p>Neben der Leistung nach Nummer 55 sind die Leistungen nach den Nummern 56, 60 und/oder 833 nicht berechnungsfähig.</p>					
56*	Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen – wegen Erkrankung erforderlich –, je angefangene halbe Stunde 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.	180	10,49	18,89	26,23

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
60	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt	120	6,99	16,09	24,48

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.

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.

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).

61	Beistand bei der ärztlichen Leistung eines anderen Arztes (Assistenz), je angefangene halbe Stunde	130	7,58	17,43	26,52
----	--	-----	------	-------	-------

Die Leistung nach Nummer 61 ist neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig.

Die Nummer 61 gilt nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden.

Die Leistung nach Nummer 61 darf nicht berechnet werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt.

62	Zuziehung eines Assistenten bei operativen belegärztlichen Leistungen oder bei ambulanter Operation durch niedergelassene Ärzte, je angefangene halbe Stunde	150	8,74	20,11	30,60
----	--	-----	------	-------	-------

Wird die Leistung nach Nummer 62 berechnet, kann der assistierende Arzt die Leistung nach Nummer 61 nicht berechnen.

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.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			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. 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. 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 vergebenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Tag	80	4,66	-	-
K 2	Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 45, 46, 48, 50, 51, 55 oder 56 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	120	6,99	-	-

VI. Berichte, Briefe

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			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 Befundmittlung oder der einfach 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
77	Schriftliche, individuelle Planung und Leitung einer Kur mit diätetischen, balneologischen und/oder klimatherapeutischen Maßnahmen unter Einbeziehung gesundheitserzieherischer Aspekte	150	8,74	20,11	30,60
<i>Die Leistung nach Nummer 77 ist für eine im zeitlichen Zusammenhang durchgeführte Kur unabhängig von deren Dauer nur einmal berechnungsfähig.</i>					
78	Behandlungsplan für die Chemotherapie und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt	180	10,49	24,13	36,72
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
90	Schriftliche Feststellung über das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch	120	6,99	16,09	24,48
95	Schreibgebühr, je angefangene DIN A 4-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.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			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; Schwanz'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 Nummer 271 oder 272 sind je Gefäßzugang einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Leistungen nach den Nummern 271 oder 272 setzt gesonderte Punktionen verschiedener Blutgefäße voraus.

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

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

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
250*	Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene	40	2,33	4,20	5,83
250a*	Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr	40	2,33	4,20	5,83
251	Blutentnahme mittels Spritze oder Kanüle aus der Arterie	60	3,50	8,04	12,24
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
256	Injektion in den Periduralraum	185	10,78	24,80	37,74
257	Injektion in den Subarachnoidalraum	400	23,31	53,62	81,60
258	Injektion, intraaortal oder intrakardial – ausgenommen bei liegendem Aorten- oder Herzkatheter –	180	10,49	24,13	36,72
259	Legen eines Periduralkatheters – in Verbindung mit der Anlage eines subkutanen Medikamentenreservoirs –	600	34,97	80,44	122,40
260	Legen eines arteriellen Katheters oder eines zentralen Venenkatheters – einschließlich Fixation –	200	11,66	26,81	40,80

Die Leistung nach Nummer 260 ist neben Leistungen nach den Nummern 355 bis 361, 626 bis 632 und/oder 648 nicht berechnungsfähig.

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
261	Einbringung von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter	30	1,75	4,02	6,12
<i>Die Leistung nach Nummer 261 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidoten.</i>					
<i>Wird die Leistung nach Nummer 261 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.</i>					
262	Transfemorale Blutentnahme mittels Katheter aus dem Bereich der Nierenvene(n)	450	26,23	60,33	91,80
263	Subkutane Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung), je Sitzung	90	5,25	12,07	18,36
264	Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung der Prostata, je Sitzung	120	6,99	16,09	24,48
265	Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder Spülung eines Ports, je Sitzung	60	3,50	8,04	12,24
265a	Auffüllung eines Hautexpanders, je Sitzung	90	5,25	12,07	18,36
266	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), je Sitzung	60	3,50	8,04	12,24
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
269a	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 269a 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
273	Infusion, intravenös – gegebenenfalls mittels Nabelvenenkatheter oder in die Kopfvene –, bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	180	10,49	24,13	36,72
<i>Die Leistungen nach den Nummern 271, 272 und 273 sind im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidot.</i>					
<i>Werden die Leistungen nach den Nummern 271, 272 oder 273 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.</i>					

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
274	Dauertropfinfusion, intravenös, von mehr als 6 Stunden Dauer – gegebenenfalls einschließlich Infusionsplan und Bilanzierung –	320	18,65	42,90	65,28
<i>Neben der Leistung nach Nummer 274 sind die Leistungen nach den Nummern 271 bis 273, 275 und/oder 276 nicht berechnungsfähig.</i>					
275	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 90 Minuten Dauer	360	20,98	48,26	73,44
276	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 6 Stunden Dauer	540	31,48	72,39	110,16
277	Infusion, intraarteriell, bis zu 30 Minuten Dauer	180	10,49	24,13	36,72
278	Infusion, intraarteriell, von mehr als 30 Minuten Dauer	240	13,99	32,17	48,96
279	Infusion in das Knochenmark	180	10,49	24,13	36,72
280	Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats – einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer –	330	19,23	44,24	67,32
<i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 280 berechnungsfähig.</i>					
281	Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats bei einem Neugeborenen – einschließlich Nabelvenenkatheterismus, Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer –	450	26,23	60,33	91,80
<i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 281 berechnungsfähig.</i>					
282	Transfusion jeder weiteren Blutkonserve (auch Frischblut) oder jedes weiteren Blutbestandteilpräparats im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 280 oder 281 – einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer –	150	8,74	20,11	30,60
<i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 282 berechnungsfähig.</i>					
283	Infusion in die Aorta bei einem Neugeborenen mittels transumbilikalem Aortenkatheter – einschließlich der Anlage des Katheters –	500	29,14	67,03	102,00
284	Eigenbluteinspritzung – einschließlich Blutentnahme –	90	5,25	12,07	18,36
285	Aderlaß aus der Vene oder Arterie mit Entnahme von mindestens 200 Milliliter Blut – gegebenenfalls einschließlich Verband –	110	6,41	14,75	22,44

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
286	Reinfusion der ersten Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma – einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) –	220	12,82	29,49	44,88
286a	Reinfusion jeder weiteren Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma im Anschluß an die Leistung nach der Nummer 286 – einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) –	100	5,83	13,41	20,40
287	Blutaustauschtransfusion (z.B. bei schwerster Intoxikation)	800	46,63	107,25	163,20
288	Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion bei Aufbewahrung als Vollblutkonserve – gegebenenfalls einschließlich Konservierung –	230	13,41	30,83	46,92
289	Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion – einschließlich Auftrennung des Patientenblutes in ein Erythrozytenkonzentrat und eine Frischplasmakonserve, Versetzen des Erythrozytenkonzentrats mit additiver Lösung und anschließender Aufbewahrung bei +2 Grad C bis +6 Grad C sowie Schockgefrieren des Frischplasmas und anschließender Aufbewahrung bei -30 Grad C oder darunter –	350	20,40	46,92	71,40
290	Infiltration gewebehärtender Mittel	120	6,99	16,09	24,48
291	Implantation von Hormonpreßlingen	70	4,08	9,38	14,28
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 zu mikrobiologischen Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich Fixierung –	40	2,33	5,36	8,16
<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>					

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.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
300	Punktion eines Gelenks	120	6,99	16,09	24,48
301	Punktion eines Ellenbogen-, Knie- oder Wirbelgelenks	160	9,33	21,45	32,64
302	Punktion eines Schulter- oder Hüftgelenks	250	14,57	33,52	51,00
303	Punktion einer Drüse, eines Schleimbeutels, Ganglions, Seroms, Hygroms, Hämatoms oder Abszesses oder oberflächiger Körperteile	80	4,66	10,72	16,32
304	Punktion der Augenhöhle	160	9,33	21,45	32,64
305	Punktion der Liquorräume (Subokzipital- oder Lumbalpunktion)	350	20,40	46,92	71,40
305a	Punktion der Liquorräume durch die Fontanelle	250	14,57	33,52	51,00
306	Punktion der Lunge – auch Abszeß- oder Kavernenpunktion in der Lunge – oder Punktion des Gehirns bei vorhandener Trepanationsöffnung	500	29,14	67,03	102,00
307	Punktion des Pleuraraums oder der Bauchhöhle	250	14,57	33,52	51,00
308	Gewebeentnahme aus der Pleura – gegebenenfalls einschließlich Punktion –	350	20,40	46,92	71,40
310	Punktion des Herzbeutels	350	20,40	46,92	71,40
311	Punktion des Knochenmarks – auch Sternalpunktion –	200	11,66	26,81	40,80
312	Knochenstanze – gegebenenfalls einschließlich Entnahme von Knochenmark –	300	17,49	40,22	61,20
314	Punktion der Mamma oder Punktion eines Lymphknotens	120	6,99	16,09	24,48
315	Punktion eines Organs (z.B. Leber, Milz, Niere, Hoden)	250	14,57	33,52	51,00
316	Punktion des Douglasraums	250	14,57	33,52	51,00
317	Punktion eines Adnextumors – auch einschließlich Douglaspunktion –	350	20,40	46,92	71,40
318	Punktion der Harnblase oder eines Wasserbruchs	120	6,99	16,09	24,48
319	Punktion der Prostata oder Punktion der Schilddrüse	200	11,66	26,81	40,80
321	Untersuchung von natürlichen Gängen oder Fisteln mittels Sonde oder Einführung eines Fistelkatheters – gegebenenfalls einschließlich anschließender Injektion oder Instillation –	50	2,91	6,70	10,20

IV. 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.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
340	Einbringung des Kontrastmittels in die zerebralen und spinalen Liquorräume	400	23,31	53,62	81,60
344	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, bis zu 10 Minuten Dauer	100	5,83	13,41	20,40
345	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, von mehr als 10 Minuten Dauer	130	7,58	17,43	26,52
346	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion	300	17,49	40,22	61,20
347	Ergänzung für jede weitere intravenöse Kontrastmitteleinbringung mittels Hochdruckinjektion bei bestehendem Zugang – im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 346 –	150	8,74	20,11	30,60
350	Intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels	150	8,74	20,11	30,60
351	Einbringung des Kontrastmittels zur Angiographie von Gehirnarterien, je Halsschlagader	500	29,14	67,03	102,00
<i>Die Leistung nach Nummer 351 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i>					
355	Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intrakardiale bzw. intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion zur Darstellung des Herzens und der herznahen Gefäße (Aorta ascendens, Arteria pulmonalis) – einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle –, je Sitzung	600	34,97	80,44	122,40

Die Leistung nach Nummer 355 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.

Wird die Leistung nach Nummer 355 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 355 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
356	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 355 bei Herzkatheter-Einbringung(en) zur Untersuchung sowohl des linken als auch des rechten Herzens über jeweils gesonderte Gefäßzugänge während einer Sitzung	400	23,31	53,62	81,60
<i>Die Leistung nach Nummer 356 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i>					
<i>Wird die Leistung nach Nummer 356 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 356 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>					
357	Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels über einen Katheter mittels Hochdruckinjektion zur Übersichtsangio-graphie der Brust- und/oder Bauch-aorta – einschließlich Röntgenkontrolle und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle –, je Sitzung	500	29,14	67,03	102,00
<i>Wird die Leistung nach Nummer 357 im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 351 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 357 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>					
360	Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach selektiver arterieller Katheterplatzierung zur selektiven Koronarangiographie – einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle –, je Sitzung	1000	58,29	134,06	204,01
<i>Die Leistung nach Nummer 360 kann je Sitzung nur einmal berechnet werden.</i>					
<i>Die Leistung nach Nummer 360 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i>					
361	Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach erneuter Einbringung eines Herzkatheters zur Sondierung eines weiteren Gefäßes – im Anschluß an die Leistung nach Nummer 360 –	600	34,97	80,44	122,40
<i>Die Leistung nach Nummer 361 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i>					
365	Einbringung des Kontrastmittels zur Lymphographie, je Extremität	400	23,31	53,62	81,60
368	Einbringung des Kontrastmittels zur Bronchographie	400	23,31	53,62	81,60
370	Einbringung des Kontrastmittels zur Darstellung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln – gegebenenfalls intraoperativ –	200	11,66	26,81	40,80
372	Einbringung des Kontrastmittels in einen Zwischenwirbelraum	280	16,32	37,54	57,12
373	Einbringung des Kontrastmittels in ein Gelenk	250	14,57	33,52	51,00
374	Einbringung des Kontrastmittels in den Dünndarm mittels im Dünndarm endender Sonde	150	8,74	20,11	30,60

V. Impfungen und Testungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
2. Erforderliche Nachbeobachtungen am Tag der Impfung oder Testung sind in den Leistungsansätzen enthalten und nicht gesondert berechnungsfähig.
3. Neben den Leistungen nach den Nummern 376 bis 378 sind die Leistungen nach den Nummern 1 und 2 und die gegebenenfalls erforderliche Eintragung in den Impfpaß nicht berechnungsfähig.
4. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 380 bis 382, 385 bis 391 sowie 395 und 396 sind die Kosten abgegolten.
5. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 393, 394, 397 und 398 sind die Kosten für serienmäßig lieferbare Testmittel abgegolten.

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
375	Schutzimpfung (intramuskulär, subkutan) – gegebenenfalls einschließlich Eintragung in den Impfpaß –	80	4,66	10,72	16,32
376	Schutzimpfung (oral) – einschließlich beratendem Gespräch –	80	4,66	10,72	16,32
377	Zusatzinjektion bei Parallelimpfung	50	2,91	6,70	10,20
378	Simultanimpfung (gleichzeitige passive und aktive Impfung gegen Wundstarrkrampf)	120	6,99	16,09	24,48
380	Epikutantest, je Test (1. bis 30. Test je Behandlungsfall)	30	1,75	4,02	6,12
381	Epikutantest, je Test (31. bis 50. Test je Behandlungsfall)	20	1,17	2,68	4,08
382	Epikutantest, je Text (51. bis 100. Test je Behandlungsfall)	15	0,87	2,01	3,06
<i>Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>					
383	Kutane Testung (z.B. von Pirquet, Moro)	30	1,75	4,02	6,12
384	Tuberkulinstempeltest, Mendel-Mantoux-Test oder Stempeltest mit mehreren Antigenen (sog. Batterietests)	40	2,33	5,36	8,16
385	Pricktest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	45	2,62	6,03	9,18
386	Pricktest, je Test (21. bis 40. Test je Behandlungsfall)	30	1,75	4,02	6,12
387	Pricktest, je Test (41. bis 80. Test je Behandlungsfall)	20	1,17	2,68	4,08
<i>Mehr als 80 Pricktests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>					
388	Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, je Test (bis zu 10 Tests je Behandlungsfall)	35	2,04	4,69	7,14
389	Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, jeder weitere Test	25	1,46	3,35	5,10
390	Intrakutantest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	60	3,50	8,04	12,24
391	Intrakutantest, jeder weitere Test	40	2,33	5,36	8,16
<i>Mehr als 80 Intrakutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>					

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
393	Beidseitiger nasaler oder konjunktivaler Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test	100	5,83	13,41	20,40
394	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 393, je Tag	300	17,49	40,22	61,20
395	Nasaler Schleimhautprovokationstest (auch beidseitig) mit mindestens dreimaliger apparativer Registrierung zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test	280	16,32	37,54	57,12
396	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 395, je Tag	560	32,64	75,07	114,24
397	Bronchialer Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt mit apparativer Registrierung, je Test	380	22,15	50,94	77,52
398	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 397, je Tag	760	44,30	101,89	155,04
399	Oraler Provokationstest, auch Expositionstest bei Nahrungsmittel- oder Medikamentenallergien – einschließlich Überwachung zur Erkennung von Schockreaktionen –	200	11,66	26,81	40,80

VI. Sonographische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Zuschläge nach den Nummern 401 sowie 404 bis 406 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.
2. Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nummern 401 bis 418 sowie 422 bis 424 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.
3. Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.
4. Die Leistungen nach den Nummern 422 bis 424 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.
5. Mit den Gebühren für die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nummern 401 bis 424 ist die erforderliche Bilddokumentation abgegolten.
6. Als Organe im Sinne der Leistungen nach den Nummern 410 und 420 gelten neben den anatomisch definierten Organen auch der Darm, Gelenke als Funktionseinheiten sowie Muskelgruppen, Lymphknoten und/oder Gefäße einer Körperregion. Als Organ gilt die jeweils untersuchte Körperregion unabhängig davon, ob nur Gefäße oder nur Lymphknoten oder Gefäße und Lymphknoten bzw. Weichteile untersucht werden. Die Darstellung des Darms gilt als eine Organuntersuchung unabhängig davon, ob der gesamte Darm, mehrere Darmabschnitte oder nur ein einziger Darmabschnitt untersucht werden.
7. Die sonographische Untersuchung eines Organs erfordert die Differenzierung der Organstrukturen in mindestens zwei Ebenen und schließt gegebenenfalls die Untersuchung unterschiedlicher Funktionszustände und die mit der gezielten Organuntersuchung verbundene Darstellung von Nachbarorganen mit ein.

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
401	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 bei zusätzlicher Anwendung des Duplex-Verfahrens – gegebenenfalls einschließlich Farbkodierung –	400	23,31	-	-
<i>Der Zuschlag nach Nummer 401 ist neben den Leistungen nach den Nummern 406, 422 bis 424, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.</i>					
402*	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transösophagealer Untersuchung	250	14,57	26,23	36,43
<i>Der Zuschlag nach Nummer 402 ist neben den Leistungen nach den Nummern 403 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i>					
403*	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkavitärer Untersuchung	150	8,74	15,74	21,86
<i>Der Zuschlag nach Nummer 403 ist neben den Leistungen nach den Nummern 402 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i>					
404	Zuschlag zu doppler-sonographischen Leistungen bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse – einschließlich graphischer oder Bilddokumentation –	250	14,57	-	-
<i>Der Zuschlag nach Nummer 404 ist neben den Leistungen nach den Nummern 422, 423, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.</i>					
405	Zuschlag zu den Leistungen nach Nummer 415 oder 424 – bei zusätzlicher Untersuchung mit cw-Doppler –	200	11,66	-	-
406	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 424 – bei zusätzlicher Farbkodierung –	200	11,66	-	-
408	Transluminale Sonographie von einem oder mehreren Blutgefäß(en) nach Einbringung eines Gefäßkatheters, je Sitzung	200	11,66	26,81	40,80
410	Ultraschalluntersuchung eines Organs	200	11,66	26,81	40,80
<i>Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.</i>					
412	Ultraschalluntersuchung des Schädels bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	280	16,32	37,54	57,12
413	Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	280	16,32	37,54	57,12
415	Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge – gegebenenfalls einschließlich Biometrie und Beurteilung der Organentwicklung –	300	17,49	40,22	61,20
417	Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse	210	12,24	28,15	42,84
418	Ultraschalluntersuchung einer Brustdrüse – gegebenenfalls einschließlich der regionalen Lymphknoten –	210	12,24	28,15	42,84

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
420	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen im Anschluß an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418, je Organ	80	4,66	10,72	16,32
<i>Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
<i>Die Leistung nach Nummer 420 kann je Sitzung höchstens dreimal berechnet werden.</i>					
422	Eindimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Time-Motion-Diagramm, mit Bilddokumentation – gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger EKG-Kontrolle –	200	11,66	26,81	40,80
423	Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Real-Time-Verfahren (B-Mode), mit Bilddokumentation – einschließlich der Leistung nach Nummer 422 –	500	29,14	67,03	102,00
424	Zweidimensionale doppler-echokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation – einschließlich der Leistung nach Nummer 423 – (Duplex-Verfahren)	700	40,80	93,84	142,80

VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
427	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bis zu 12 Stunden Dauer	150	8,74	20,11	30,60
428	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bei mehr als 12 Stunden Dauer, je Tag	220	12,82	29,49	44,88
<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 427 und 428 sind die Leistungen nach den Nummern 462, 463 und/oder 501 nicht berechnungsfähig.</i>					
429	Wiederbelebungsversuch – einschließlich künstlicher Beatmung und extrathorakaler indirekter Herzmassage, gegebenenfalls einschließlich Intubation –	400	23,31	53,62	81,60
430	Extra- oder intrathorakale Elektro-Defibrillation und/oder -Stimulation des Herzens	400	23,31	53,62	81,60
<i>Die Leistung nach Nummer 430 ist auch bei mehrfacher Verabfolgung von Stromstößen in engem zeitlichen Zusammenhang zur Erreichung der Defibrillation nur einmal berechnungsfähig.</i>					
431	Elektrokardioskopie im Notfall	100	5,83	13,41	20,40
433	Ausspülung des Magens – auch mit Sondierung der Speiseröhre und des Magens und/oder Spülung des Duodenums –	140	8,16	18,77	28,56

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
435	Stationäre intensivmedizinische Überwachung und Behandlung eines Patienten auf einer dafür eingerichteten gesonderten Betteneinheit eines Krankenhauses mit spezieller Personal- und Geräteausstattung – einschließlich aller im Rahmen der Intensivbehandlung erbrachten Leistungen, soweit deren Berechnungsfähigkeit nachfolgend ausgeschlossen ist –, bis zu 24 Stunden Dauer	900	52,46	120,65	183,60

Neben der Leistung nach Nummer 435 sind für die Dauer der stationären intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung Leistungen nach den Abschnitten C III und M sowie die Leistungen nach den Nummern 1 bis 56, 61 bis 96, 200 bis 211, 247, 250 bis 268, 270 bis 286a, 288 bis 298, 401 bis 424, 427 bis 433, 483 bis 485, 488 bis 490, 500, 501, 505, 600 bis 609, 634 bis 648, 650 bis 657, 659 bis 661, 665 bis 672, 1529 bis 1532, 1728 bis 1733 und 3055 nicht berechnungsfähig. Diese Leistungen dürfen auch nicht anstelle der Leistung nach Nummer 435 berechnet werden.

Teilleistungen sind auch dann mit der Gebühr abgegolten, wenn sie von verschiedenen Ärzten erbracht werden. Die Leistung nach Nummer 60 kann nur von dem Arzt berechnet werden, der die Leistung nach Nummer 435 nicht berechnet.

Mit der Gebühr für die Leistung nach Nummer 435 sind Leistungen zur Untersuchung und/oder Behandlung von Störungen der Vitalfunktionen, der zugrundeliegenden Erkrankung und/oder sonstiger Erkrankungen abgegolten.

437*	Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nummer 435, bis zu 24 Stunden Dauer	500	29,14	33,52	37,89
-------------	---	-----	-------	-------	-------

Neben der Leistung nach Nummer 437 sind Leistungen nach Abschnitt M – mit Ausnahme von Leistungen nach den Abschnitten M III 13 (Blutgruppenmerkmale, HLA-System) und M IV (Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern) – nicht berechnungsfähig.

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 Aufwchräume 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 Zuschlag nach den Nummern 442 bis 445 sowie 446 oder 447 ist die erbrachte Operations- bzw. Anästhesieleistung mit der höchsten Punktzahl. Eine Zuordnung des Zuschlags nach den Nummern 442 bis 445 sowie 446 bis 447 zu der Summe der jeweils ambulant erbrachten einzelnen Operations- bzw. Anästhesieleistung 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 Nummer 448 oder 449 darf die Leistung nach Nummer 56 nicht berechnet werden.
6. Die Zuschläge nach den Nummern 442 bis 449 sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen wird; das gilt nicht, wenn die stationäre Behandlung wegen unvorhersehbarer Komplikationen während oder nach der ambulanten Operation notwendig und entsprechend begründet wird.

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-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 132,- Deutsche Mark (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.</i>					
<i>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.</i>					
<i>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	-	-
<i>Der Zuschlag nach Nummer 444 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.</i>					
<i>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.</i>					
<i>Der Zuschlag nach Nummer 445 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442 bis 444 nicht berechnungsfähig.</i>					

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
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.</i>					
<i>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.</i>					
<i>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.</i>					
<i>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.</i>					
<i>Der Zuschlag nach Nummer 449 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nummer 448 nicht berechnungsfähig.</i>					

E. Physikalisch-medizinische Leistungen

Allgemeine Bestimmung

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

V. Wärmebehandlung

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	1,8-fach	2,5-fach
535*	Heißluftbehandlung eines Körperteils (z.B. Kopf oder Arm)	33	1,92	3,46	4,81
536*	Heißluftbehandlung mehrerer Körperteile (z.B. Rumpf oder Beine)	51	2,97	5,35	7,43
538*	Infrarotbehandlung, je Sitzung	40	2,33	4,20	5,83
539*	Ultraschallbehandlung	44	2,56	4,62	6,41

VI. Elektrotherapie

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			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 Nummer 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.

552*	Iontophorese	44	2,56	4,62	6,41
553*	Vierzellenbad	46	2,68	4,83	6,70
554*	Hydroelektrisches Vollbad (Kataphoretisches Bad, Stanger-Bad)	91	5,30	9,55	13,26
555*	Gezielte Niederfrequenzbehandlung bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen, je Sitzung	120	6,99	12,59	17,49
558*	Apparative isokinetische Muskelfunktionstherapie, je Sitzung	120	6,99	12,59	17,49

J. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
1400	Genauere Hörprüfung mit Einschluß des Tongehörs (Umgangs- und Flüstersprache, Luft- und Knochenleitung)	76	4,43	10,19	15,50
1401*	Hörprüfung mittels einfacher audiologischer Testverfahren (mindestens fünf Frequenzen)	60	3,50	6,30	8,74
1403*	Tonschwellenaudiometrische Untersuchung, auch beidseitig, (Bestimmung der Hörschwelle mit 8 bis 12 Prüffrequenzen oder mittels kontinuierlicher Frequenzänderung im Hauptfrequenzbereich des menschlichen Gehörs, in Luft- und in Knochenleitung, auch mit Vertäubung) – auch mit Bestimmung der Intensitätsbreite und gegebenenfalls einschließlich überschwelliger audiometrischer Untersuchung –	158	9,21	16,58	23,02
1404*	Sprachaudiometrische Untersuchung, auch beidseitig, (Ermittlung des Hörverlustes für Sprache und des Diskriminationsverlustes nach DIN-Norm, getrennt für das rechte und linke Ohr über Kopfhörer, erforderlichenfalls auch über Knochenleitung, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des beidohrigen Satzverständnisses über Lautsprecher)	158	9,21	16,58	23,02
<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 1403 und 1404 sind die Leistungen nach den Nummern 1400 und 1401 nicht berechnungsfähig.</i>					
1405*	Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepaßter Hörgeräte im freien Schallfeld	63	3,67	6,61	9,18
1406*	Kinderaudiometrie (in der Regel bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres) zur Ermittlung des Schwellengehörs (Knochen- und Luftleitung) mit Hilfe von bedingten und/oder Orientierungsreflexen – gegebenenfalls einschließlich überschwelliger audiometrischer Untersuchung und Messungen zur Hörgeräteeinpassung –	182	10,61	19,09	26,52
<i>Neben der Leistung nach Nummer 1406 sind die Leistungen nach den Nummern 1400, 1401, 1403 und 1404 nicht berechnungsfähig.</i>					
1407	Impedanzmessung am Trommelfell und/oder an den Binnenohrmuskeln (z.B. Stapedius-Lautheitstest), auch beidseitig	182	10,61	24,40	37,13
1408	Audioelektroenzephalographische Untersuchung	888	51,76	119,05	181,16
1409	Messung otoakustischer Emissionen	400	23,31	53,62	81,60
<i>Die Leistung nach Nummer 1409 ist neben den Leistungen nach den Nummern 827 bis 829 nicht berechnungsfähig.</i>					
1412	Experimentelle Prüfung des statischen Gleichgewichts (Drehversuch, kalorische Prüfung und Lagenystagmus)	91	5,30	12,20	18,56
1413	Elektronystagmographische Untersuchung	265	15,45	35,53	54,06
1414	Diaphanoskopie der Nebenhöhlen der Nase	42	2,45	5,63	8,57

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
1415	Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle zwecks diagnostischer Abklärung, als selbständige Leistung	91	5,30	12,20	18,56
1416	Stroboskopische Untersuchung der Stimmbänder	121	7,05	16,22	24,68
1417	Rhinomanometrische Untersuchung	100	5,83	13,41	20,40
1418	Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraums – gegebenenfalls einschließlich der Stimmbänder –	180	10,49	24,13	36,72
<i>Neben der Leistung nach Nummer 1418 ist die Leistung nach Nummer 1466 nicht berechnungsfähig.</i>					
1425	Ausstopfung der Nase von vorn, als selbständige Leistung	50	2,91	6,70	10,20
1426	Ausstopfung der Nase von vorn und hinten, als selbständige Leistung	100	5,83	13,41	20,40
1427	Entfernung von Fremdkörpern aus dem Naseninnern, als selbständige Leistung	95	5,54	12,74	19,38
1428	Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase	370	21,57	49,60	75,48
1429	Kauterisation im Naseninnern, je Sitzung	76	4,43	10,19	15,50
1430	Operativer Eingriff in der Nase, wie Muschelfrakturierung, Muschelquetschung, Kaltkaustik der Muscheln, Synechie-lösung und/oder Probeexzision	119	6,94	15,95	24,28
1435	Stillung von Nasenbluten mittels Ätzung und/oder Tamponade und/oder Kauterisation, auch beidseitig	91	5,30	12,20	18,56
1436	Gezielte Anbringung von Ätzmitteln im hinteren Nasenraum unter Spiegelbeleuchtung oder Ätzung des Seitenstranges, auch beidseitig	36	2,10	4,83	7,34
1438	Teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel	370	21,57	49,60	75,48
1439	Teilweise oder vollständige Abtragung von Auswüchsen der Nasenscheidewand einer Seite	370	21,57	49,60	75,48
1440	Operative Entfernung einzelner Nasenpolypen oder anderer Neubildungen einer Nasenseite	130	7,58	17,43	26,52
1441	Operative Entfernung mehrerer Nasenpolypen oder schwieriger zu operierender Neubildungen einer Nasenseite, auch in mehreren Sitzungen	296	17,25	39,68	60,39
1445	Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand	463	26,99	62,07	94,45
1446	Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand mit Resektion der ausgedehnten knöchernen Leiste	739	43,07	99,07	150,76
1447	Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446 und 1456 –, auch in mehreren Sitzungen	1660	96,76	222,54	338,65

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
1448	Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen und am knöchernen Nasengerüst zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446 und 1456 –, auch in mehreren Sitzungen	2370	138,14	317,72	483,49
1449	Plastische Operation bei rekonstruierender Teilplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	3700	215,66	496,02	754,82
1450	Rekonstruierende Totalplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	7400	431,33	992,05	1509,64
1452	Umfangreiche operative Teilentfernung der äußeren Nase	800	46,63	107,25	163,20
1453	Operative Entfernung der gesamten Nase	1100	64,12	147,47	224,41
1455	Plastische Operation zum Verschuß einer Nasenscheidewandperforation	550	32,06	73,73	112,20
1456	Operative Verschmälerung des Nasensteges	232	13,52	31,10	47,33
1457	Operative Korrektur eines Nasenflügels	370	21,57	49,60	75,48
1458	Beseitigung eines knöchernen Choanenverschlusses	1290	75,19	172,94	263,17
1459	Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand	74	4,31	9,92	15,10
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
1469	Keilbeinhöhlenoperation oder Ausräumung der Siebbeinzellen von der Nase aus	554	32,29	74,27	113,02
1470	Keilbeinhöhlenoperation oder Ausräumung der Siebbeinzellen von der Nase aus – einschließlich teilweiser oder vollständiger Abtragung einer Nasenmuschel oder von Auswüchsen der Nasenscheidewand –	739	43,07	99,07	150,76
1471	Operative Eröffnung der Stirnhöhle – gegebenenfalls auch der Siebbeinzellen – vom Naseninnern aus	1480	86,27	198,41	301,93
1472	Anbohrung der Stirnhöhle von außen	222	12,94	29,76	45,29
1473	Plastische Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorderwand, auch in mehreren Sitzungen	2220	129,40	297,61	452,89
<i>Neben der Leistung nach Nummer 1473 ist die Nummer 1485 nicht berechnungsfähig.</i>					
1478	Sondierung und/oder Bougierung der Stirnhöhle vom Naseninnern aus – gegebenenfalls einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln –	178	10,38	23,86	36,31

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
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
1487	Radikaloperation einer Stirnhöhle einschließlich der Siebbeinzellen von außen	1480	86,27	198,41	301,93
1488	Radikaloperation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite	1850	107,83	248,01	377,41
1492	Osteoplastische Operation zur Verengung der Nase bei Ozaena	1290	75,19	172,94	263,17
1493	Entfernung der vergrößerten Rachenmandel (Adenotomie)	296	17,25	39,68	60,39
1495	Entfernung eines Nasenrachenfibroms	1110	64,70	148,81	226,45
1496	Eröffnung des Türkensattels vom Naseninnern aus	2220	129,40	297,61	452,89
1497	Tränensackoperation vom Naseninnern aus	1110	64,70	148,81	226,45
1498	Konservative Behandlung der Gaumenmandeln (z.B. Schlitzung, Saugung)	44	2,56	5,90	8,98
1499	Ausschälung und Resektion einer Gaumenmandel mit der Kapsel (Tonsillektomie)	463	26,99	62,07	94,45
1500	Ausschälung und Resektion beider Gaumenmandeln mit den Kapseln (Tonsillektomie)	739	43,07	99,07	150,76
1501	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach Tonsillektomie	333	19,41	44,64	67,93
1505	Eröffnung eines peritonsillären Abszesses	148	8,63	19,84	30,19
1506	Eröffnung eines retropharyngealen Abszesses	185	10,78	24,80	37,74
1407	Wiedereröffnung eines peritonsillären Abszesses	56	3,26	7,51	11,42
1508	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus dem Rachen oder Mund	93	5,42	12,47	18,97
1509	Operative Behandlung einer Mundbodenphlegmone	463	26,99	62,07	94,45
1510	Schlitzung des Parotis- oder Submandibularis- Ausführungsganges – gegebenenfalls einschließlich Entfernung von Stenosen –	190	11,07	25,47	38,76
1511	Eröffnung eines Zungenabszesses	185	10,78	24,80	37,74
1512	Teilweise Entfernung der Zunge – gegebenenfalls einschließlich Unterbindung der Arteria lingualis –	1110	64,70	148,81	226,45
1513	Keilexzision aus der Zunge	370	21,57	49,60	75,48
1514	Entfernung der Zunge mit Unterbindung der Arteriae linguales	2220	129,40	297,61	452,89
1518	Operation einer Speichelfistel	739	43,07	99,07	150,76

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
1519	Operative Entfernung von Speichelstein(en)	554	32,29	74,27	113,02
1520	Exstirpation der Unterkiefer- und/oder Unterzungenspeicheldrüse(n)	900	52,46	120,65	183,60
1521	Speicheldrüsentumorexstirpation einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	1850	107,83	248,01	377,41
1522	Parotisexstirpation mit Präparation des Nervus facialis – gegebenenfalls einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes –	2000	116,57	268,12	408,01
1525	Einbringung von Arzneimitteln in den Kehlkopf unter Spiegelbeleuchtung	46	2,68	6,17	9,38
1526	Chemische Ätzung im Kehlkopf	76	4,43	10,19	15,50
1527	Galvanokautik oder Elektrolyse oder Kürettament im Kehlkopf	370	21,57	49,60	75,48
1528	Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf	554	32,29	74,27	113,02
1529	Intubation oder Einführung von Dehnungsinstrumenten in den Kehlkopf, als selbständige Leistung	152	8,86	20,38	31,01
1530	Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop	182	10,61	24,40	37,13
1532	Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr	182	10,61	24,40	37,13
<i>Die Leistung nach Nummer 1532 ist im Zusammenhang mit einer Intubationsnarkose nicht berechnungsfähig.</i>					
1533	Schwebe- oder Stützlaryngoskopie, jeweils als selbständige Leistung	500	29,14	67,03	102,00
1534	Probeexzision aus dem Kehlkopf	463	26,99	62,07	94,45
1535	Entfernung von Polypen oder anderen Geschwülsten aus dem Kehlkopf	647	37,71	86,74	131,99
1540	Endolaryngeale Resektion oder frontolaterale Teilresektion eines Stimmbandes	1850	107,83	248,01	377,41
1541	Operative Beseitigung einer Stenose im Glottisbereich	1390	81,02	186,34	283,57
1542	Kehlkopfplastik mit Stimmbandverlagerung	1850	107,83	248,01	377,41
1543	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes	1650	96,17	221,20	336,61
1544	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes – einschließlich Zungenbeinresektion und Pharynxplastik –	1850	107,83	248,01	377,41
1545	Totalexstirpation des Kehlkopfes	2220	129,40	297,61	452,89
1546	Totalexstirpation des Kehlkopfes – einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes und gegebenenfalls von benachbarten Organen –	3700	215,66	496,02	754,82
1547	Kehlkopfstenosenoperation mit Thyreochoondrotomie – einschließlich plastischer Versorgung und gegebenenfalls Verlagerung eines Aryknorpels –	2770	161,46	371,35	565,10
1548	Einführung einer Silastikendoprothese im Larynxbereich	2060	120,07	276,17	420,25

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach *1,8-fach	3,5-fach *2,5-fach
1549	Fensterung des Schildknorpels zur Spickung mit Radionuklid- kliden	1200	69,94	160,87	244,81
1550	Spickung des Kehlkopfes mit Radionuklid- fensterung des Schildknorpels	300	17,49	40,22	61,20
1551	Operative Versorgung einer Trümmerverletzung des Kehlkop- fes und/oder der Trachea – gegebenenfalls mit Haut- und/ oder Schleimhautplastik, auch mit Sternotomie –	3000	174,86	402,18	612,02
1555	Untersuchung der Sprache nach standardisierten Verfahren (Prüfung der Sprachentwicklung, der Artikulation, der Satz- struktur, des Sprachverständnisses, der zentralen Sprachver- arbeitung und des Redeflusses)	119	6,94	15,95	24,28
<i>Neben der Leistung nach Nummer 1555 sind die Leistungen nach den Nummern 715 und 717 nicht be- rechnungsfähig.</i>					
1556	Untersuchung der Stimme nach standardisierten Verfahren (Prüfung der Atmung, des Stimmklanges, des Stimmesatzes, der Tonhaltedauer, des Stimmumfangs und der Sprach- stimm- lage, gegebenenfalls auch mit Prüfung der Stimme nach Belastung)	119	6,94	15,95	24,28
1557	Elektroglottographische Untersuchung	106	6,18	14,21	21,62
1558*	Stimmtherapie bei Kehlkopflähmung (Speiseröhrenersatzstim- me oder elektronische Ersatzstimme), je Sitzung	148	8,63	15,53	21,57
1559*	Sprachübungsbehandlung – einschließlich aller dazu gehö- render Maßnahmen (z.B. Artikulationsübung, Ausbildung fehlender Laute, Satzstrukturübung, Redeflußübung, gegebe- nenfalls auch mit Atemtherapie und physikalischen Maßnah- men) –, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 30 Minuten	207	12,07	21,72	30,16
1560*	Stimmübungsbehandlung – einschließlich aller dazu gehö- render Maßnahmen (z.B. Stimmesatz, Stimmhalteübungen und -entspannungsübungen, gegebenenfalls auch mit Atem- therapie und physikalischen Maßnahmen) –, als Einzelbe- handlung, Dauer mindestens 30 Minuten	207	12,07	21,72	30,16
1565	Entfernung von obturierenden Ohrenschmalzpfropfen, auch beidseitig	45	2,62	6,03	9,18
1566	Ausspülung des Kuppelraumes	45	2,62	6,03	9,18
1567	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang	74	4,31	9,92	15,10
1568	Operation im äußeren Gehörgang (z.B. Entfernung gutartiger Hautneubildungen)	185	10,78	24,80	37,74
1569	Entfernung eines nicht festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle	74	4,31	9,92	15,10
1570	Entfernung eines festsitzenden Fremdkörpers aus dem Ge- hörgang oder der Paukenhöhle	148	8,63	19,84	30,19

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
1575	Inzision des Trommelfells (Parazentese)	130	7,58	17,43	26,52
1576	Anlage einer Paukenhöhlendauerdrainage (Inzision des Trommelfells mit Entleerung der Paukenhöhle und Einlegen eines Verweilröhrchens)	320	18,65	42,90	65,28
1577	Einsetzen oder Auswechseln einer Trommelfellprothese oder Wiedereinlegen eines Verweilröhrchens	45	2,62	6,03	9,18
1578	Gezielte chemische Ätzung im Gehörgang unter Spiegelbeleuchtung, auch beidseitig	40	2,33	5,36	8,16
1579	Chemische Ätzung in der Paukenhöhle – gegebenenfalls einschließlich der Ätzung im Gehörgang –	70	4,08	9,38	14,28
1580	Galvanokaustik im Gehörgang oder in der Paukenhöhle	89	5,19	11,93	18,16
1585	Entfernung einzelner Granulationen vom Trommelfell und/oder aus der Paukenhöhle unter Anwendung des scharfen Löffels oder ähnliche kleinere Eingriffe	130	7,58	17,43	26,52
1586	Entfernung eines oder mehrerer größerer Polypen oder ähnlicher Gebilde aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle, auch in mehreren Sitzungen	296	17,25	39,68	60,39
1588	Hammer-Amboß-Extraktion oder ähnliche schwierige Eingriffe am Mittelohr vom Gehörgang aus (z.B. operative Deckung eines Trommelfelldefektes)	554	32,29	74,27	113,02
1589	Dosierte luftdruck-kontrollierte Insufflation der Eustachischen Röhre unter Verwendung eines manometerbestückten Druckkompressors	30	1,75	4,02	6,12
1590	Katheterismus der Ohrtrompete – auch mit Bougierung und/oder Einbringung von Arzneimitteln und gegebenenfalls einschließlich Luftdusche –, auch beidseitig	74	4,31	9,92	15,10
1591	Vibrationsmassage des Trommelfells oder Anwendung der Drucksonde, auch beidseitig	40	2,33	5,36	8,16
1595	Operative Beseitigung einer Stenose im äußeren Gehörgang	1850	107,83	248,01	377,41
1596	Plastische Herstellung des äußeren Gehörganges bei Atresie	1480	86,27	198,41	301,93
1597	Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes	1110	64,70	148,81	226,45
1598	Aufmeißelung des Warzenfortsatzes mit Freilegung sämtlicher Mittelohrräume (Radikaloperation)	1660	96,76	222,54	338,65
1600	Eröffnung der Schädelhöhle mit Operation einer Sinus- oder Bulbusthrombose, des Labyrinthes oder eines Hirnabszesses – gegebenenfalls mit Aufmeißelung des Warzenfortsatzes und Freilegung sämtlicher Mittelohrräume –	2770	161,46	371,35	565,10
1601	Operation eines gutartigen Mittelohrtumors, auch Cholesteatom – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1597 oder Nummer 1598 –	1660	96,76	222,54	338,65
1602	Operation eines destruktiv wachsenden Mittelohrtumors – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1597, Nummer 1598 oder Nummer 1600 –	2770	161,46	371,35	565,10

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
1610	Tympanoplastik mit Interposition, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 1598, 1600 bis 1602	1480	86,27	198,41	301,93
1611	Myringoplastik vom Gehörgang aus	1480	86,27	198,41	301,93
1612	Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung, als selbständige Leistung	1110	64,70	148,81	226,45
1613	Tympanoplastik mit Interposition, als selbständige Leistung	2350	136,98	315,04	479,41
1614	Tympanoplastik – einschließlich Interposition und Aufbau der Gehörknöchelchenkette –	3140	183,02	420,95	640,58
1620	Fensterungsoperation – einschließlich Eröffnung des Warzenfortsatzes –	2350	136,98	315,04	479,41
1621	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand, als selbständige Leistung	1110	64,70	148,81	226,45
1622	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand im Zusammenhang mit anderen Operationen	700	40,80	93,84	142,80
1623	Otoskleroseoperation vom Gehörgang aus (Fußplattenresektion) – gegebenenfalls einschließlich Interposition –	2350	136,98	315,04	479,41
1624	Dekompression des Sacculus endolymphaticus oder des Innenohres mit Eröffnung des Sacculus	2350	136,98	315,04	479,41
1625	Fazialisdekompression, als selbständige Leistung	2220	129,40	297,61	452,89
1626	Fazialisdekompression, im Zusammenhang mit anderen operativen Leistungen	1330	77,52	178,30	271,33
1628	Plastischer Verschluss einer retroaurikulären Öffnung oder einer Kieferhöhlenfistel	739	43,07	99,07	150,76
1629	Extraduraler oder transtympanaler operativer Eingriff im Bereich des inneren Gehörganges	3700	215,66	496,02	754,82
1635	Operative Korrektur eines abstehenden Ohres (z.B. durch einfache Ohrmuschelanlegeplastik mit Knorpelrezision)	739	43,07	99,07	150,76
1636	Plastische Operation zur Korrektur der Ohrmuschelform	887	51,70	118,91	180,95
1637	Plastische Operation zur Korrektur von Form, Größe und Stellung der Ohrmuschel	1400	81,60	187,69	285,61
1638	Plastische Operation zum Aufbau einer Ohrmuschel bei Aplasie oder Ohrmuschelverlust, auch in mehreren Sitzungen	4500	262,29	603,27	918,02
1639	Unterbindung der Vena jugularis	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.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			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
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.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			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.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
2100	Naht der Gelenkkapsel eines Finger- oder Zehengelenks	278	16,20	37,27	56,71
2101	Naht der Gelenkkapsel eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	554	32,29	74,27	113,02
2102	Naht der Gelenkkapsel eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks oder eines Wirbelgelenks	1110	64,70	148,81	226,45
2103	Muskelentspannungsoperation am Hüftgelenk – gegebenenfalls einschließlich Abtragung oder Verpflanzung von Sehnenansatzstellen am Knochen –	1850	107,83	248,00	377,41
2104	Bandplastik des Kniegelenks (plastischer Ersatz von Kreuz- und/oder Seitenbändern)	2310	134,64	309,68	471,25
2105	Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik eines Finger- oder Zehengelenks	550	32,06	73,73	112,20
2106	Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik des Sprunggelenks oder Syndesmose	1110	64,70	148,81	226,45
2110	Synovektomie in einem Finger- oder Zehengelenk	750	43,72	100,55	153,00
2111	Synovektomie in einem Hand- oder Fußgelenk	1110	64,70	148,81	226,45
2112	Synovektomie in einem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk	1480	86,27	198,41	301,93
2113	Synovektomie in einem Hüftgelenk	1850	107,83	248,01	377,41
2117	Meniskusoperation	1480	86,27	198,41	301,93

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
2118	Operative Fremdkörperentfernung aus einem Kiefer-, Finger-, Hand-, Zehen- oder Fußgelenk	463	26,99	62,07	94,45
2119	Operative Entfernung freier Gelenkkörper oder Fremdkörperentfernung aus dem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk	1480	86,27	198,41	301,93
2120	Denervation eines Finger- oder Zehengelenks	650	37,89	87,14	132,60
2121	Denervation eines Hand-, Ellenbogen-, Fuß- oder Kniegelenks	1300	75,77	174,28	265,21
2122	Resektion eines Finger- oder Zehengelenks	407	23,72	54,56	83,03
2123	Resektion eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	1110	64,70	148,81	226,45
2124	Resektion eines Ellenbogen-, Schulter-, Hüft- oder Kniegelenks	1850	107,83	248,01	377,41
2125	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk	2220	129,40	297,61	452,89
2126	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk mit Osteotomie am koxalen Femurende – gegebenenfalls mit Osteosynthese –	2770	161,46	371,35	565,10
2130	Operative Versteifung eines Finger- oder Zehengelenks	650	37,89	87,14	132,60
2131	Operative Versteifung eines Hand- oder Fußgelenks	1300	75,77	174,28	265,21
2132	Operative Versteifung eines Hüftgelenks – auch einschließlich Fixation durch Knochenspäne oder alloplastisches Material –	2770	161,46	371,35	565,10
2133	Operative Versteifung eines Kniegelenks	2100	122,40	281,53	428,41
2134	Arthroplastik eines Finger- oder Zehengelenks	924	53,86	123,87	188,50
2135	Arthroplastik eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	1400	81,60	187,69	285,61
2136	Arthroplastik eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	1660	96,76	222,54	338,65
2137	Arthroplastik eines Schultergelenks	2100	122,40	281,53	428,41
2140	Operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese	1000	58,29	134,06	204,01
2141	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese	1800	104,92	241,31	367,21
2142	Operativer Einbau eines künstlichen Hand- oder Fußgelenks	2700	157,38	361,96	550,81
2143	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Hand- oder Fußgelenks	4860	283,28	651,54	991,47
2144	Operativer Einbau eines künstlichen Ellenbogen- oder Kniegelenks	3600	209,83	482,62	734,42
2145	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Ellenbogen- oder Kniegelenks	6480	377,70	868,71	1321,96
2146	Operativer Einbau eines künstlichen Schultergelenks	1800	104,92	241,31	367,21
2147	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Schultergelenks	3240	188,85	434,36	660,98
2148	Neubildung eines Hüftpfannendaches durch Beckenosteotomie – auch Pfannendachplastik –	2100	122,40	281,53	428,41

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
2149	Ersatz eines Hüftkopfes oder einer Hüftpfanne durch biologische oder alloplastische Transplantate	2770	161,46	371,35	565,10
2150	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Hüftkopfes oder einer künstlichen Hüftpfanne	4980	290,27	667,62	1015,95
2151	Endoprothetischer Totalersatz von Hüftpfanne und Hüftkopf (Alloarthroplastik)	3700	215,66	496,02	754,82
2152	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines endoprothetischen Totalersatzes von Hüftpfanne und Hüftkopf (Alloarthroplastik)	6660	388,19	892,84	1358,68
2153	Endoprothetischer Totalersatz eines Kniegelenks (Alloarthroplastik)	3700	215,66	496,02	754,82
2154	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines endoprothetischen Totalersatzes eines Kniegelenks (Alloarthroplastik)	6660	388,19	892,84	1358,68
2155	Eröffnung eines vereiterten Finger- oder Zehengelenks	148	8,63	19,84	30,19
2156	Eröffnung eines vereiterten Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	463	26,99	62,07	94,45
2157	Eröffnung eines vereiterten Schulter- oder Ellenbogen- oder Hüft- oder Kniegelenks oder von Gelenken benachbarter Wirbel	924	53,86	123,87	188,50
2158	Exartikulation eines Fingers oder einer Zehe	370	21,57	49,60	75,48
2159	Exartikulation einer Hand oder eines Fußes	924	53,86	123,87	188,50
2160	Exartikulation in einem Ellenbogen- oder Kniegelenk	1110	64,70	148,81	226,45
2161	Exartikulation in einem Schultergelenk	1290	75,19	172,94	263,17
2162	Exartikulation in einem Hüftgelenk	1480	86,27	198,41	301,93
2163	Operative Entfernung einer Schultergürtelhälfte	1850	107,83	248,01	377,41
2164	Operative Entfernung einer Beckenhälfte einschließlich plastischer Deckung, auch in mehreren Sitzungen	3700	215,66	496,02	754,82
2165	Beckenosteotomie einschließlich Osteosynthese und/oder Spanverpflanzung einschließlich Entnahme des Spanmaterials – gegebenenfalls auch mit Reposition einer Hüftluxation –	6000	349,72	804,36	1224,03
2167	Ersatzlose Entfernung eines künstlichen Hüftgelenkes mit Ausräumung von nekrotischem Gewebe und Knochenzement	3200	186,52	428,99	652,82
2168	Operative Entfernung einer Kniegelenksendoprothese – einschließlich operativer Versteifung des Gelenks –	3200	186,52	428,99	652,82
2170	Amputation eines Fingers oder einer Zehe oder eines Finger- oder Zehengliedteils – einschließlich plastischer Deckung –	463	26,99	62,07	94,45
2171	Amputation eines Fingerstrahles in der Mittelhand oder eines Zehenstrahles im Mittelfuß oder Amputation nach Pirogow oder Gritti – einschließlich plastischer Deckung –	1110	64,70	148,81	226,45
2172	Amputation eines Mittelhand- oder Mittelfußknochens – einschließlich plastischer Deckung –	924	53,86	123,87	188,50

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
2173	Amputation im Unterarm-, Unterschenkel- oder Oberarmbereich – einschließlich plastischer Deckung –	1110	64,70	148,81	226,45
2174	Amputation im Oberschenkelbereich – einschließlich plastischer Deckung –	1290	75,19	172,94	263,17
2181	Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	227	13,23	30,43	46,31
2182	Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks	379	22,09	50,81	77,32
2183	Operatives Anlegen einer Extension am Schädel bei Behandlung von Halswirbelverletzungen/-instabilitäten (z.B. Crutchfieldzange)	740	43,13	99,20	150,96
2184	Anlegen von Halo-Extensionen zur Vorbereitung der operativen Behandlung von Skoliosen und Kyphosen	1000	58,29	134,06	204,01
2189	Arthroskopische Operation mit Entfernung oder Teilresektion eines Meniskus im Kniegelenk – gegebenenfalls einschließlich Plicarteilresektion, Teilresektion des Hoffa'schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper –	1500	87,43	201,09	306,01
2190	Arthroskopische erhaltende Operation an einem Meniskus (z.B. Meniskusnaht, Refixation) in einem Kniegelenk	1800	104,92	241,31	367,21
2191	Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Kreuz- oder Seitenbands an einem Kniegelenk – einschließlich Kapselnaht –	2000	116,57	268,12	408,01
2192	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2191 für die primäre Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder den plastischen Ersatz eines weiteren Bands in demselben Kniegelenk im Rahmen derselben Sitzung	500	29,14	67,03	102,00
2193	Arthroskopische Operation mit Synovektomie an einem Knie- oder Hüftgelenk bei chronischer Gelenkentzündung – gegebenenfalls einschließlich Abtragung von Osteophyten	1800	104,92	241,31	367,21
2195	Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk – zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 2102, 2104, 2112, 2117, 2119, 2136, 2189 bis 2191 oder 2193 –	300	17,49	40,22	61,20
2196	Diagnostische Arthroskopie im direkten zeitlichen Zusammenhang mit arthroskopischen Operationen nach den Nummern 2189 bis 2191 sowie 2193	250	14,57	33,52	51,00

V. Knochenchirurgie

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			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 Knochenteilen (Knochenspäne)	1480	86,27	198,41	301,93
2256	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie bei kleinen Knochen	463	26,99	62,07	94,45

VI. Frakturbehandlung

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			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.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
2380	Überpflanzung von Epidermisstücken	310	18,07	41,56	63,24
2381	Einfache Hautlappenplastik	370	21,57	49,60	75,48
2382	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation	739	43,07	99,07	150,76
2383	Vollhauttransplantation – auch einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle –	1000	58,29	134,06	204,01
2384	Knorpeltransplantation (z.B. aus einem Ohr oder aus einer Rippe)	739	43,07	99,07	150,76
2385	Transplantation eines haartragenden Hautimplantates oder eines Dermafett-Transplantates – auch einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle –	1200	69,94	160,87	244,81
2386	Schleimhauttransplantation – einschließlich operativer Unterminierung der Entnahmestelle und plastischer Deckung –	688	40,10	92,23	140,36

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
2390	Deckung eines überhandflächengroßen, zusammenhängenden Hautdefektes mit speziell aufbereiteten freien Hauttransplantaten	1330	77,52	178,30	271,33
2391	Freie Verpflanzung eines Hautlappens mittels zwischenzeitlicher Stielbildung, in mehreren Sitzungen	1500	87,43	201,09	306,01
2392	Anlage eines Rundstiellappens	900	52,46	120,65	183,60
2392a	Exzision einer großen, kontrakten und funktionsbehinderten Narbe – einschließlich plastischer Deckung –	1000	58,29	134,06	204,01
2393	Interimistische Implantation eines Rundstiellappens (Zwischentransport)	739	43,07	99,07	150,76
2394	Implantation eines Rundstiellappens – einschließlich Modellierung am Ort –	2200	128,23	294,93	448,81
2395	Gekreuzte Beinlappenplastik	2500	145,72	335,15	510,01
2396	Implantation eines Hautexpanders	900	52,46	120,65	183,60
2397	Operative Ausräumung eines ausgedehnten Hämatoms, als selbständige Leistung	600	34,97	80,44	122,40
2400	Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche	111	6,47	14,88	22,64
2401	Probeexzision aus oberflächlich gelegenem Körpergewebe (z.B. Haut, Schleimhaut, Lippe)	133	7,75	17,83	27,13
2402	Probeexzision aus tiefliegender Körpergewebe (z.B. Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z.B. Zunge)	370	21,57	49,60	75,48
2403	Exzision einer in oder unter der Haut oder Schleimhaut liegenden kleinen Geschwulst	133	7,75	17,83	27,13
2404	Exzision einer größeren Geschwulst (z.B. Ganglion, Faszien- geschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom)	554	32,29	74,27	113,02
2405	Entfernung eines Schleimbeutels	370	21,57	49,60	75,48
2407	Exzision einer ausgedehnten, auch blutreichen Geschwulst – gegebenenfalls einschließlich ganzer Muskeln – und Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	2310	134,64	309,68	471,25
2408	Ausräumung des Lymphstromgebietes einer Axilla	1100	64,12	147,47	224,41
2410	Operation eines Mammatumors	739	43,07	99,07	150,76
2411	Absetzen einer Brustdrüse	924	53,86	123,87	188,50
2412	Absetzen einer Brustdrüse einschließlich Brustmuskulatur	1400	81,60	187,69	285,61
2413	Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete (Radikaloperation)	2310	134,64	309,68	471,25
2414	Reduktionsplastik der Mamma	2800	163,20	375,37	571,22

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
2415	Aufbauplastik der Mamma einschließlich Verschiebeplastik – gegebenenfalls einschließlich Inkorporation einer Mamma- prothese –	2000	116,57	268,12	408,01
2416	Aufbauplastik nach Mammaamputation – gegebenenfalls einschließlich Inkorporation einer Mamma- prothese –	3000	174,86	402,18	612,02
2417	Operative Entnahme einer Mamille und interimistische Im- plantation an anderer Körperstelle	800	46,63	107,25	163,20
2418	Replantation einer verpflanzten Mamille	800	46,63	107,25	163,20
2419	Rekonstruktion einer Mamille aus einer großen Labie oder aus der Mamma der gesunden Seite, auch zusätzlich zur Aufbauplastik	1200	69,94	160,87	244,81
2420	Implantation oder operativer Austausch einer Mamma- prothese, als selbständige Leistung	1100	64,12	147,47	224,41
2421	Implantation eines subkutanen, auffüllbaren Medikamen- tenreservoirs	600	34,97	80,44	122,40
2427	Tiefreichende, die Faszie und die darunterliegenden Kör- perschichten durchtrennende Entlastungsinzision(en) – auch mit Drainage(n) –	400	23,31	53,62	81,60
2428	Eröffnung eines oberflächlich unter der Haut oder Schleim- haut liegenden Abszesses oder eines Furunkels	80	4,66	10,72	16,32
2429	Eröffnungen disseminierter Abszeßbildungen der Haut (z.B. bei einem Säugling)	220	12,82	29,49	44,88
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
2440	Operative Entfernung eines Naevus flammeus, je Sitzung	800	46,63	107,25	163,20
2441	Operative Korrektur einer entstellenden Gesichtsnarbe	400	23,31	53,62	81,60
2442	Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunter- fütterung, als selbständige Leistung	900	52,46	120,65	183,60
2443	Totale Entfernung des Narbengewebes im ehemaligen Au- genlidgebiet als vorbereitende operative Maßnahme zur Rekonstruktion eines Augenlides	800	46,63	107,25	163,20
2444	Implantation eines Magnetkörpers in ein Augenlid	300	17,49	40,22	61,20
2450	Operation des Rhinophyms	600	34,97	80,44	122,40
2451	Wiederherstellungsoperation bei Fazialislähmung – einschließ- lich Muskelplastiken und/oder Aufhängung mittels Faszie –	2500	145,72	335,15	510,01
2452	Extirpation einer Fettschürze – einschließlich plastischer Deckung des Grundes –	1400	81,60	187,69	285,61
2453	Operation des Lymphödems einer Extremität	2000	116,57	268,12	408,01
2454	Operative Entfernung von überstehendem Fettgewebe an einer Extremität	924	53,86	123,87	188,50

IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			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 Gesichtspalte – einschließlich Osteotomien und Osteoplastiken –	9000	524,59	1206,55	1836,05
2625	Verschluss des weichen oder harten Gaumens oder Verschluss von perforierenden Defekten im Bereich von Gaumen oder Vestibulum	1250	72,86	167,58	255,01
2626	Velopharyngoplastik	2500	145,72	335,15	510,01
2627	Verschluss des harten und weichen Gaumens	2000	116,58	268,12	408,01
2630	Operative Rekonstruktion eines Mittelgesichts – einschließlich Osteotomie und/oder Osteoplastik –	6000	349,72	804,36	1224,03
2640	Operative Verlagerung des Oberkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	1200	69,94	160,87	244,81
2642	Operative Verlagerung des Unterkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	1850	107,83	248,01	377,41
2650	Entfernung eines extrem verlagerten oder retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen	740	43,13	99,20	150,96
2651	Entfernung tiefliegender Fremdkörper oder Sequestrotomie durch Osteotomie aus dem Kiefer	550	32,06	73,73	112,20
2655	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystektomie	950	55,37	127,36	193,81
2656	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystektomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagertes Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion	620	36,14	83,12	126,48
2657	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystostomie	760	44,30	101,89	155,04
2658	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystostomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagertes Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion	500	29,14	67,03	102,00
2660	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich durch Freilegung und Abbinden oder Umstechung des Gefäßes oder durch Knochenbolzung, als selbständige Leistung	400	23,31	53,62	81,60
2670	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung	500	29,14	67,03	102,00

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
2671	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, in Verbindung mit den Leistungen nach Nummer 2675 oder 2676	300	17,49	40,22	61,20
2675	Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuberculoplastik, 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
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 oro-faziale 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

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	2,3-fach	3,5-fach
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 verheilter Fraktur im Mittelgesicht – einschließlich Osteosynthese –	1700	99,09	227,90	346,81
2706	Osteotomie nach disloziert verheilter 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 Nummer 2640 oder 2642	750	43,72	100,55	153,00
2712	Halbseitenresektion des Ober- oder Unterkiefers	3000	174,86	402,18	612,02
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);

Immundeffusion: Immundeffusions- (radiale), Elektroimmundeffusions-, nephelometrische oder turbidimetrische Untersuchungen;

Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden: Lichtmikroskopische Untersuchungen mit Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung zum Nachweis von Antigenen oder Antikörpern;

Ligandenassay: Enzym-, Chemolumineszenz-, Fluoreszenz-, Radioimmunoassay und ihre Varianten.

Die Gebühren für Untersuchungen mittels Ligandenassay beinhalten grundsätzlich eine Durchführung in Doppelbestimmung einschließlich aktueller Bezugskurve. Bei der Formulierung „ – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – “ ist die Durchführung fakultativ, bei der Formulierung „ – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – “ ist die Durchführung obligatorisch zu Berechnung der Gebühr. Wird eine Untersuchung mittels Ligandenassay, die obligatorisch eine Doppelbestimmung beinhaltet, als Einfachbestimmung durchgeführt, so dürfen nur zwei Drittel der Gebühr berechnet werden.

10. Sofern nicht gesondert gekennzeichnet, handelt es sich bei den aufgeführten Untersuchungen um quantitative oder semiquantitative Bestimmungen.
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 krankenhausähnlichen Einrichtung, einer Laborgemeinschaft oder in einer laborärztlichen Praxis erbracht werden.

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,15-fach	*1,3-fach
3511*	Untersuchung eines Körpermaterials mit vorgefertigten Reagenzträgern oder Reagenzzubereitungen und visueller Auswertung (z.B. Glukose, Harnstoff, Urinstreifstreifen), qualitativ oder semiquantitativ, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung	50	2,91	3,35	3,79

4. Elektrolyte, Wasserhaushalt, physikalische Eigenschaften von Körperflüssigkeiten

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			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

IV. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern

Allgemeine Bestimmung

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

1. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Bakterien

a. Untersuchungen im Nativmaterial

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			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.

b. Züchtung/Gewebekultur

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			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
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.

e. Keimzahl, Hemmstoffe

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,15-fach	*1,3-fach
4605*	Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl mittels Ein-tauchobjektträgerkultur (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

3. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen

b. Züchtung

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			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.

N. Histologie, Zytologie und Zytogenetik

II. Zytologie

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,15-fach	*1,3-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

O. Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie

1. Strahlendiagnostik

Allgemeine Bestimmungen

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

1. Skelett

Allgemeine Bestimmung

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

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
Zähne					
5000*	Zähne, je Projektion	50	2,91	5,25	7,29
<i>Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so darf die Leistung nach Nummer 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.</i>					
5002*	Panoramaaufnahme(n) eines Kiefers	250	14,57	26,23	36,43
5004*	Panoramaschichtaufnahme der Kiefer	400	23,31	41,97	58,29
Finger oder Zehen					
5010*	jeweils in zwei Ebenen	180	10,49	18,89	26,23
5011*	ergänzende Ebene(n)	60	3,50	6,30	8,74
<i>Werden mehrere Finger oder Zehen mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5010 und 5011 nur einmal und nicht je aufgenommenem Finger oder Zehen berechnet werden.</i>					
Handgelenk, Mittelhand, alle Finger einer Hand, Sprunggelenk, Fußwurzel und/oder Mittelfuß, Knie-scheibe					
5020*	jeweils in zwei Ebenen	220	12,82	23,08	32,06
5021*	ergänzende Ebene(n)	80	4,66	8,39	11,66
<i>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.</i>					
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
<i>Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5030 und 5031 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.</i>					
5035*	Teile des Skeletts in einer Ebene, je Teil	160	9,33	16,79	23,31
<i>Die Leistung nach Nummer 5035 ist je Skeletteil und Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Das untersuchte Skeletteil ist in der Rechnung anzugeben.</i>					
<i>Die Leistung nach Nummer 5035 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 nicht berechnungsfähig.</i>					
5037*	Bestimmung des Skelettalters – gegebenenfalls einschließlich Berechnung der prospektiven Endgröße, einschließlich der zugehörigen Röntgendiagnostik und gutachterlichen Beurteilung –	300	17,49	31,48	43,72

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5040*	Beckenübersicht	300	17,49	31,48	43,72
5041*	Beckenübersicht bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	200	11,66	20,98	29,14
5050*	Kontrastuntersuchung eines Hüftgelenks, Kniegelenks oder Schultergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –	950	55,37	99,67	138,43
5060*	Kontrastuntersuchung eines Kiefergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –	500	29,14	52,46	72,86
5070*	Kontrastuntersuchung der übrigen Gelenke, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, je Gelenk	400	23,31	41,97	58,29
5090*	Schädel-Übersicht, in zwei Ebenen	400	23,31	41,97	58,29
5095*	Schädelteile in Spezialprojektionen, je Teil	200	11,66	20,98	29,14
5098*	Nasenbenhöhlen – gegebenenfalls auch in mehreren Ebenen –	260	15,15	27,28	37,89
5100*	Halswirbelsäule, in zwei Ebenen	300	17,49	31,48	43,72
5101*	ergänzende Ebene(n)	160	9,33	16,79	23,31
5105*	Brust- oder Lendenwirbelsäule, in zwei Ebenen, je Teil	400	23,31	41,97	58,29
5106*	ergänzende Ebene(n)	180	10,49	18,89	26,23
5110*	Ganzaufnahme der Wirbelsäule oder einer Extremität	500	29,14	52,46	72,86
5111*	ergänzende Ebene(n)	200	11,66	20,98	29,14
<p><i>Die Leistung nach Nummer 5111 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Leistungen nach den Nummern 5110 und 5111 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5010, 5011, 5020, 5021, 5030 und 5031 nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 5100, 5105 und 5110 bedarf einer besonderen Begründung.</i></p>					
5115*	Untersuchung von Teilen der Hand oder des Fußes mittels Feinstfokustechnik (Fokusgröße maximal 0,2 mm) oder Xeroradiographietechnik zur gleichzeitigen Beurteilung von Knochen und Weichteilen, je Teil	400	23,31	41,97	58,29
5120*	Rippen einer Thoraxhälfte, Schulterblatt oder Brustbein, in einer Ebene	260	15,15	27,28	37,89
5121*	ergänzende Ebene(n)	140	8,16	14,69	20,40

2. Hals- und Brustorgane

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5130*	Halsorgane oder Mundboden – gegebenenfalls in mehreren Ebenen –	280	16,32	29,38	40,80
5135*	Brustorgane-Übersicht, in einer Ebene	280	16,32	29,38	40,80
<i>Die Leistung nach Nummer 5135 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>					
5137*	Brustorgane-Übersicht – gegebenenfalls einschließlich Breischluck und Durchleuchtung(en) –, in mehreren Ebenen	450	26,23	47,21	65,57
5139*	Teil der Brustorgane	180	10,49	18,89	26,23
<i>Die Berechnung der Leistung nach Nummer 5139 neben den Leistungen nach den Nummern 5135, 5137 und/oder 5140 ist in der Rechnung zu begründen.</i>					
5140*	Brustorgane, Übersicht im Mittelformat	100	5,83	10,49	14,57

3. Bauch- und Verdauungsorgane

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5150*	Speiseröhre, gegebenenfalls einschließlich ösophago-gastraler Übergang, Kontrastuntersuchung (auch Doppelkontrast) – einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbständige Leistung	550	32,06	57,70	80,15
5157*	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Monokontrastuntersuchung – einschließlich Durchleuchtung(en) –	700	40,80	73,44	102,00
5158*	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Kontrastuntersuchung – einschließlich Doppelkontrastdarstellung und Durchleuchtung(en), gegebenenfalls einschließlich der Leistung nach Nummer 5150 –	1200	69,94	125,90	174,87
5159*	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5157 und 5158 bei Erweiterung der Untersuchung bis zum Ileozökalgebiet	300	17,49	31,48	43,72
5163*	Dünndarmkontrastuntersuchung mit im Bereich der Flexura duodeno-jejunalis endender Sonde – einschließlich Durchleuchtung(en) –	1300	75,77	136,39	189,43
5165*	Monokontrastuntersuchung von Teilen des Dickdarms – einschließlich Durchleuchtung(en) –	700	40,80	73,44	102,00
5166*	Dickdarmdoppelkontrastuntersuchung – einschließlich Durchleuchtung(en) –	1400	81,60	146,88	204,01
5167*	Defäkographie nach Markierung der benachbarten Hohlorgane – einschließlich Durchleuchtung(en) –	1000	58,29	104,92	145,72

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5168*	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken – einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbständige Leistung	800	46,63	83,93	116,57
5169*	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken – einschließlich Durchleuchtung(en) und einschließlich der Darstellung der gesamten Speiseröhre –	1100	64,12	115,41	160,29
5170*	Kontrastuntersuchung von Gallenblase und/oder Gallenwegen und/oder Pankreasgängen	400	23,31	41,97	58,29
5190*	Bauchübersicht, in einer Ebene oder Projektion	300	17,49	31,48	43,72
<i>Die Leistung nach Nummer 5190 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>					
5191*	Bauchübersicht, in zwei oder mehr Ebenen oder Projektionen	500	29,14	52,46	72,86
5192*	Bauchteilaufnahme – gegebenenfalls in mehreren Ebenen oder Spezialprojektionen –	200	11,66	20,98	29,14
5200*	Harntraktkontrastuntersuchung – einschließlich intravenöser Verabreichung des Kontrastmittels –	600	34,97	62,95	87,43
5201*	Ergänzende Ebene(n) oder Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5200 – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –	200	11,66	20,98	29,14
5220*	Harntraktkontrastuntersuchung – einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, je Seite	300	17,49	31,48	43,72
5230*	Harnröhren- und/oder Harnblasenkontrastuntersuchung (Urethrozystographie) – einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbständige Leistung	300	17,49	31,48	43,72
5235*	Refluxzystographie – einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, einschließlich Miktionsaufnahmen und gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbständige Leistung	500	29,14	52,46	72,86
5250*	Gebärmutter- und/oder Eileiterkontrastuntersuchung – einschließlich Durchleuchtung(en) –	400	23,31	41,97	58,29

4. Spezialuntersuchungen

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			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
<i>Die Leistung nach Nummer 5260 ist nicht berechnungsfähig für Untersuchungen des Harntrakts, der Gebärmutter und Eileiter sowie der Gallenblase.</i>					
5265*	Mammographie einer Seite, in einer Ebene	300	17,49	31,48	43,72
<i>Die Leistung nach Nummer 5265 ist je Seite und Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>					
5266*	Mammographie einer Seite, in zwei Ebenen	450	26,23	47,21	65,57
5267*	Ergänzende Ebene(n) oder Spezialprojektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5266	150	8,74	15,74	21,86
5280*	Myelographie	750	43,72	78,69	109,29
5285*	Bronchographie – einschließlich Durchleuchtung(en) –	450	26,23	47,21	65,57
5290*	Schichtaufnahme(n) (Tomographie), bis zu fünf Strahleneinrichtungen oder Projektionen, je Strahlenrichtung oder Projektion	650	37,89	68,20	94,72
5295*	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung	240	13,99	25,18	34,97
5298*	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5010 bis 5290 bei Anwendung digitaler Radiographie (Bildverstärker-Radiographie)				
<i>Der Zuschlag nach Nummer 5298 beträgt 25 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.</i>					

5. Angiographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Zahl der Serien im Sinne der Leistungsbeschreibungen der Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5327 wird durch die Anzahl der Kontrastmittelgaben bestimmt.

Die Leistungen nach den Nummern 5300, 5302, 5303, 5305 bis 5313, 5315, 5316, 5318, 5324, 5325, 5327, 5329 bis 5331, 5338 und 5339 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5300*	Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und/oder Bauchraum, eine Serie	2000	116,57	209,83	291,44
5301*	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5300, je Serie	400	23,31	41,97	58,29
<i>Bei der angiographischen Darstellung von hirnversorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5301 berechnungsfähig.</i>					
5302*	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5300 und 5301, insgesamt	600	34,97	62,95	87,43
5303*	Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und Bauchraum im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5327, eine Serie	1000	58,29	104,92	145,72
5304*	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5303, je Serie	200	11,66	20,98	29,14
<i>Bei der angiographischen Darstellung von hirnversorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5304 berechnungsfähig.</i>					
5305*	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5303 und 5304, insgesamt	300	17,49	31,48	43,72
5306*	Serienangiographie im Bereich des Beckens und beider Beine, eine Serie	2000	116,57	209,83	291,44
5307*	Zweite Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5306	600	34,97	62,95	87,43
5308*	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5306 und 5307, insgesamt	800	46,63	83,93	116,57
<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 sind die Leistungen nach den Nummern 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig.</i>					
<i>Werden die Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistung(en) nach den Nummern 5300 bis 5305 erbracht, sind die Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>					
5309*	Serienangiographie einer Extremität, eine Serie	1800	104,92	188,85	262,29
5310*	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5309, insgesamt	600	34,97	62,95	87,43

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5311*	Serienangiographie einer weiteren Extremität im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 5309, eine Serie	1000	58,29	104,92	145,72
5312*	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5311, insgesamt	600	34,97	62,95	87,43
5313*	Angiographie der Becken- und Beingefäße in Großkassetten-Technik, je Sitzung	800	46,63	83,93	116,57
<i>Die Leistung nach Nummer 5313 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5312 sowie 5315 bis 5339 nicht berechnungsfähig.</i>					
5315*	Angiokardiographie einer Herzhälfte, eine Serie	2200	128,23	230,82	320,58
<i>Die Leistung nach Nummer 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>					
5316*	Angiokardiographie beider Herzhälften, eine Serie	3000	174,86	314,75	437,15
<i>Die Leistung nach Nummer 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 5316 ist die Leistung nach Nummer 5315 nicht berechnungsfähig.</i>					
5317*	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistungen nach Nummer 5315 oder 5316, je Serie	400	23,31	41,97	58,29
5318*	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5317, insgesamt	600	34,97	62,95	87,43
<i>Die Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5318 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 sowie 5324 bis 5327 nicht berechnungsfähig.</i>					
5324*	Selektive Koronarangiographie eines Herzkranzgefäßes oder Bypasses mittels Cinetechnik, eine Serie	2400	139,89	251,80	349,72
<i>Die Leistungen nach den Nummern 5324 und 5325 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>					
5325*	Selektive Koronarangiographie aller Herzkranzgefäße oder Bypässe mittels Cinetechnik, eine Serie	3000	174,86	314,75	437,15
5326*	Selektive Koronarangiographie eines oder aller Herzkranzgefäße im Anschluß an die Leistungen nach Nummer 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie	400	23,31	41,97	58,29
5327*	Zusätzliche Linksventrikulographie bei selektiver Koronarangiographie	1000	58,29	104,92	145,72
<i>Die Leistungen nach den Nummern 5324 bis 5327 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 und 5315 bis 5318 nicht berechnungsfähig.</i>					
5328*	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5327 bei Anwendung der simultanen Zwei-Ebenen-Technik	1200	69,94	-	-
<i>Der Zuschlag nach Nummer 5328 ist je Sitzung nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>					
5329*	Venographie im Bereich des Brust- und Bauchraums	1600	93,26	167,87	233,15
5330*	Venographie einer Extremität	750	43,72	78,69	109,29

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5331*	Ergänzende Projektion(en) (insbesondere des zentralen Abflußgebiets) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5330, insgesamt	200	11,66	20,98	29,14
5335*	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5331 bei computergestützter Analyse und Abbildung	800	46,63	-	-
<i>Der Zuschlag nach Nummer 5335 kann je Untersuchungstag unabhängig von der Anzahl der Einzeluntersuchungen nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnet werden.</i>					
5338*	Lymphographie, je Extremität	1000	58,29	104,92	145,72
5339*	Ergänzende Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5338 – einschließlich Durchleuchtung(en) –, insgesamt	250	14,57	26,23	36,43

6. Interventionelle Maßnahmen

Allgemeine Bestimmung

Die Leistungen nach den Nummern 5345 bis 5356 können je Sitzung nur einmal berechnet werden.

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5345*	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Arterien mit Ausnahme der Koronararterien – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	2800	163,20	293,77	408,01

Neben der Leistung nach Nummer 5345 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.

Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nummer 5345 bereits eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 berechnet, darf neben der Leistung nach Nummer 5345 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 nicht erneut berechnet werden.

Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nummer 5345 neben einer Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 ist in der Rechnung zu bestätigen, daß in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.

5346*	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5345 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als zwei Arterien, insgesamt	600	34,97	62,95	87,43
-------	---	-----	-------	-------	-------

Neben der Leistung nach Nummer 5346 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5348*	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Koronararterien – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	3800	221,49	398,69	553,73
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5348 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</i>					
<i>Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nummer 5348 bereits eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 berechnet, darf neben der Leistung nach Nummer 5348 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nummer 5348 neben einer Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 ist in der Rechnung zu bestätigen, daß in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 nicht berechnet wurde.</i>					
5349*	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5348 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als einer Koronararterie, insgesamt	1000	58,29	104,92	145,72
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5349 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</i>					
5351*	Lysebehandlung, als Einzelbehandlung oder ergänzend zu den Leistungen nach Nummer 2826, 5345 oder 5348 – bei einer Lysedauer von mehr als einer Stunde –	500	29,14	52,46	72,86
5352*	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5351 bei Lysebehandlung der hirnversorgenden Arterien	1000	58,29	104,92	145,72
5353*	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Venen – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	2000	116,57	209,83	291,44
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5353 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i>					
5354*	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5353 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als zwei Venen, insgesamt	200	11,66	20,98	29,14
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5354 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i>					
5355*	Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Atherektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	2000	116,57	209,83	291,44
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5355 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5327 nicht berechnungsfähig.</i>					

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5356*	Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Atherekтомie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation einer Koronararterie – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	2500	145,72	262,29	364,30
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5356 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361, 5295, 5315 bis 5327, 5345, 5353 sowie 5355 nicht berechnungsfähig.</i>					
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5356 ist die Leistung nach Nummer 5355 für Eingriffe an Koronararterien nicht berechnungsfähig.</i>					
5357*	Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) mit Ausnahme der Arterien im Kopf-Halsbereich oder Spinalkanal – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –, je Gefäßgebiet	3500	204,01	367,21	510,01
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5357 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5312 nicht berechnungsfähig.</i>					
5358*	Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) im Kopf-Halsbereich oder Spinalkanal – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –, je Gefäßgebiet	4500	262,29	472,13	655,73
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5358 sind die Leistungen nach den Nummern 350, 351, 5295 sowie 5300 bis 5305 nicht berechnungsfähig.</i>					
5359*	Embolisation der Vena spermatica – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	2500	145,72	262,29	364,30
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5359 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i>					
5360*	Embolisation von Venen – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	2000	116,57	209,83	291,44
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5360 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i>					
5361*	Transhepatische Drainage und/oder Dilatation von Gallengängen – einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und cholangiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	2600	151,55	272,78	378,87
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5361 sind die Leistungen nach den Nummern 370, 5170 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</i>					

7. Computertomographie

Allgemeine Bestimmungen

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

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

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5369*	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374	3000	174,86	314,75	437,15
<i>Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>					
5370*	Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich – gegebenenfalls einschließlich des kranio-zervikalen Übergangs –	2000	116,57	209,83	291,44
5371*	Computergesteuerte Tomographie im Hals- und/oder Thoraxbereich	2300	134,06	241,31	335,15
5372*	Computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich	2600	151,55	272,78	378,87
<i>Die Nebeneinanderberechnung der Nummern 5370 bis 5372 ist in der Rechnung gesondert zu begründen.</i>					
5373*	Computergesteuerte Tomographie des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)	1900	110,75	199,34	276,87
5374*	Computergesteuerte Tomographie der Zwischenwirbelräume im Bereich der Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule – gegebenenfalls einschließlich der Übergangsregionen –	1900	110,75	199,34	276,86
5375*	Computergesteuerte Tomographie der Aorta in ihrer gesamten Länge	2000	116,57	209,83	291,44
<i>Die Leistung nach Nummer 5375 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5371 und 5372 nicht berechnungsfähig.</i>					
5376*	Ergänzende computergesteuerte Tomographie(n) mit mindestens einer zusätzlichen Serie (z.B. bei Einsatz von Xenon, bei Einsatz der High-Resolution-Technik, bei zusätzlichen Kontrastmittelgaben) – zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5375 –	500	29,14	52,46	72,86
5377*	Zuschlag für computergesteuerte Analyse – einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion –	800	46,63		
<i>Der Zuschlag nach Nummer 5377 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>					
5378*	Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen	1000	58,29	104,92	145,72
<i>Neben oder anstelle der computergesteuerten Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen sind die Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5376 nicht berechnungsfähig.</i>					
5380*	Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen (auch mehreren) Skeletteilen mit quantitativer Computertomographie oder quantitativer digitaler Röntgentechnik	300	17,49	31,48	43,72

II. Nuklearmedizin

Allgemeine Bestimmungen

1. Szintigraphische Basisleistung ist grundsätzlich die planare Szintigraphie mit der Gammakamera, gegebenenfalls in mehreren Sichten/Projektionen. Bei der Auswahl des anzuwendenden Radiopharmazeutikums sind wissenschaftliche Erkenntnisse und strahlenhygienische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Wiederholungsuntersuchungen, die nicht ausdrücklich aufgeführt sind, sind nur mit besonderer Begründung und wie die jeweilige Basisleistung berechnungsfähig.
2. Ergänzungsleistungen nach den Nummern 5480 bis 5485 sind je Basisleistung oder zulässiger Wiederholungsuntersuchung nur einmal berechnungsfähig. Neben Basisleistungen, die quantitative Bestimmungen enthalten, dürfen Ergänzungsleistungen für Quantifizierungen nicht zusätzlich berechnet werden. Die Leistungen nach den Nummern 5473 und 5481 dürfen nicht nebeneinander berechnet werden. Die Leistungen nach den Nummern 5473, 5480, 5481 und 5483 sind nur mit Angabe der Indikation berechnungsfähig.
3. Die Befunddokumentation, die Aufbewahrung der Datenträger sowie die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose sind Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.
4. Die Materialkosten für das Radiopharmazeutikum (Nuklid, Markierungs- oder Testbestecke) sind gesondert berechnungsfähig. Kosten für Beschaffung, Aufbereitung, Lagerung und Entsorgung der zur Untersuchung notwendigen Substanzen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind, sind nicht gesondert berechnungsfähig.
5. Die Einbringung von zur Diagnostik erforderlichen Stoffen in den Körper – mit Ausnahme der Einbringung durch Herzkatheter, Arterienkatheter, Subokzipitalpunktion oder Lumbalpunktion – sowie die gegebenenfalls erforderlichen Entnahmen von Blut oder Urin sind mit den Gebühren abgegolten, soweit zu den einzelnen Leistungen dieses Abschnitts nichts anderes bestimmt ist.
6. Die Einbringung von zur Therapie erforderlichen radioaktiven Stoffen in den Körper – mit Ausnahme der intraartikulären, intralymphatischen, – endoskopischen oder operativen Einbringungen des Strahlungsträgers oder von Radionukliden ist mit den Gebühren abgegolten, soweit zu den einzelnen Leistungen dieses Abschnitts nichts anderes bestimmt ist.
7. Rechnungsbestimmungen
 - a) Der Arzt darf nur die für den Patienten verbrauchte Menge an radioaktiven Stoffen berechnen.
 - b) Bei der Berechnung von Leistungen nach Abschnitt O II sind die Untersuchungs- und Behandlungsdaten der jeweils eingebrachten Stoffe sowie die Art der ausgeführten Maßnahmen in der Rechnung anzugeben, sofern nicht durch die Leistungsbeschreibung eine eindeutige Definition gegeben ist.

1. Diagnostische Leistungen (In-vivo-Untersuchungen)

a. Schilddrüse

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5400*	Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) – gegebenenfalls einschließlich Darstellung dystoper Anteile –	350	20,40	36,72	51,00
5401*	Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) – einschließlich quantitativer Untersuchung –, mit Bestimmung der globalen, gegebenenfalls auch der regionalen Radionuklidaufnahme in der Schilddrüse mit Gammakamera und Meßwertverarbeitungssystem als Jodidclearance-Äquivalent – einschließlich individueller Kalibrierung und Qualitätskontrollen (z.B. Bestimmung der injizierten Aktivität) –	1300	75,77	136,39	189,43
5402*	Radiojodkurztest bis zu 24 Stunden (Schilddrüse) – gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und/oder szintigraphischer Untersuchung(en) –	1000	58,29	104,92	145,72
<i>Die Leistungen nach den Nummern 5400 bis 5402 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>					
5403*	Radiojodtest (Schilddrüse) vor Radiojodtherapie mit ¹³¹ I mit mindestens drei zeitlichen Meßpunkten, davon zwei später als 24 Stunden nach Verabreichung – gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen –	1200	69,94	125,90	174,86
<i>Die Leistungen nach den Nummern 5402 und 5403 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>					

b. Gehirn

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5410*	Szintigraphische Untersuchung des Gehirns	1200	69,94	125,90	174,86
5411*	Szintigraphische Untersuchung des Liquorraums	900	52,46	94,43	131,15
<i>Für die Leistung nach Nummer 5411 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung(en) des radioaktiven Stoffes.</i>					

c. Lunge

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5415*	Szintigraphische Untersuchung der Lungenperfusion – mindestens vier Sichten/Projektionen –, insgesamt	1300	75,77	136,39	189,43
5416*	Szintigraphische Untersuchung der Lungenbelüftung mit Inhalation radioaktiver Gase, Aerosole oder Stäube	1300	75,77	136,39	189,43

d. Herz

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5420*	Radionuklidventrikulographie mit quantitativer Bestimmung von mindestens Auswurf fraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung –	1200	69,94	125,90	174,86
5421*	Radionuklidventrikulographie als kombinierte quantitative Mehrfachbestimmung von mindestens Auswurf fraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung –	3800	221,49	398,69	553,73
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5421 ist bei zusätzlicher Erste-Passage-Untersuchung die Leistung nach Nummer 5473 berechnungsfähig.</i>					
5422*	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung –	1000	58,29	104,92	145,72
<i>Die Leistungen nach den Nummern 5422 und 5423 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>					
5423*	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung –	2000	116,57	209,83	291,44
5424*	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung –	2800	163,20	293,77	408,01
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5424 sind die Leistungen nach den Nummern 5422 und/oder 5423 nicht berechnungsfähig.</i>					

e. Knochen- und Knochenmarkszintigraphie

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5425*	Ganzkörperskelettszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen – einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten –	2250	131,15	236,06	327,87
5426*	Teilkörperskelettszintigraphie – gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite –	1260	73,44	132,20	183,60
5427*	Zusätzliche szintigraphische Abbildung des regionalen Blutpools (Zwei-Phasenszintigraphie) – mindestens zwei Aufnahmen –	400	23,31	41,97	58,29
5428*	Ganzkörperknochenmarkszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen – einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten –	2250	131,15	236,06	327,87

f. Tumorszintigraphie

Tumorszintigraphie mit radioaktiv markierten unspezifischen Tumormarkern (z.B. Radiogallium oder -thallium), metabolischen Substanzen (auch ¹³¹I), Rezeptorsubstanzen oder monoklonalen Antikörpern

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5430*	eine Region	1200	69,94	125,90	174,86
5431*	Ganzkörper (Stamm und/oder Extremitäten)	2250	131,15	236,06	327,87

Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nummer 5430 nicht mehrfach berechnungsfähig.

Für die Leistung nach Nummer 5430 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en).

Die Leistungen nach den Nummern 5430 und 5431 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

g. Nieren

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5440*	Nierenfunktionsszintigraphie mit Bestimmung der quantitativen Ganzkörper-Clearance und der Einzelnieren-Clearance – gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und Vergleich mit Standards –	2800	163,20	293,77	408,01
5441*	Perfusionsszintigraphie der Nieren – einschließlich semi-quantitativer oder quantitativer Auswertung –	1600	93,26	167,87	233,15
5442*	Statische Nierenszintigraphie	600	34,97	62,95	87,43
<i>Die Leistungen nach den Nummern 5440 bis 5442 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>					
5443*	Zusatzuntersuchung zu den Leistungen nach Nummer 5440 oder 5441 – mit Angabe der Indikation (z.B. zusätzliches Radionephrogramm als Einzel- oder Wiederholungsuntersuchung, Tiefenkorrektur durch Verwendung des geometrischen Mittels, Refluxprüfung, forcierte Diurese) –	700	40,80	73,44	102,00
5444*	Quantitative Clearanceuntersuchungen der Nieren an Sondenmeßplätzen – gegebenenfalls einschließlich Registrierung mehrerer Kurven und Blutaktivitätsbestimmungen –	1000	58,29	104,92	145,72
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5444 ist die Leistung nach Nummer 5440 nicht berechnungsfähig.</i>					

h. Endokrine Organe

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5450*	Szintigraphische Untersuchung von endokrin aktivem Gewebe – mit Ausnahme der Schilddrüse –	1000	58,29	104,92	145,72
<i>Das untersuchte Gewebe ist in der Rechnung anzugeben.</i>					
<i>Für die Leistung nach Nummer 5450 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der radioaktiven Substanz(en).</i>					
<i>Die Leistung nach Nummer 5450 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5430 und 5431 nicht berechnungsfähig.</i>					

i. Gastrointestinaltrakt

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5455*	Szintigraphische Untersuchung im Bereich des Gastrointestinaltrakts (z.B. Speicheldrüsen, Ösophagus-Passage – gegebenenfalls einschließlich gastralem Reflux und Magenentleerung –, Gallenwege – gegebenenfalls einschließlich Gallenreflux –, Blutungsquellensuche, Nachweis eines Meckel'chen Divertikels)	1300	75,77	136,39	189,43
5456*	Szintigraphische Untersuchung von Leber und/oder Milz (z.B. mit Kolloiden, gallengängigen Substanzen, Erythrozyten), in mehreren Ebenen	1300	75,77	136,39	189,43

j. Hämatologie, Angiologie

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5460*	Szintigraphische Untersuchung von großen Gefäßen und/oder deren Stromgebieten – gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite –	900	52,46	94,43	131,15
<i>Die Leistung nach Nummer 5460 ist neben der Leistung nach Nummer 5473 nicht berechnungsfähig.</i>					
5461*	Szintigraphische Untersuchung von Lymphabflußgebieten an Stamm und/oder Kopf und/oder Extremitäten – gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite –	2200	128,23	230,82	320,58
5462*	Bestimmung von Lebenszeit und Kinetik zellulärer Blutbestandteile – einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen –	2200	128,23	230,82	320,58
5463*	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5462, bei Bestimmung des Abbauorts	500	29,14	52,46	72,86

Szintigraphische Suche nach Entzündungsherden oder Thromben mit Radiogallium, markierten Eiweißen, Zellen oder monoklonalen Antikörpern

5465*	eine Region	1260	73,44	132,20	183,60
5466*	Ganzkörper (Stamm und Extremitäten)	2250	131,15	236,06	327,87

Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nummer 5465 nicht mehrfach berechnungsfähig.

Für die Leistungen nach den Nummern 5462 bis 5466 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en).

k. Resorptions- und Exkretionsteste

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5470*	Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Resorption, Exkretion oder Verlust von körpereigenen Stoffen (durch Bilanzierung nach radioaktiver Markierung) und/oder von radioaktiv markierten Analoga, in Blut, Urin, Faeces oder Liquor – einschließlich notwendiger Radioaktivitätsmessungen über dem Verteilungsraum –	950	55,37	99,67	138,43

l. Sonstige

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5472*	Szintigraphische Untersuchungen (z.B. von Hoden, Tränenkanälen, Augen, Tuben) oder Funktionsmessungen z.B. Ejektionsfraktion mit Meßsonde) ohne Gruppenzuordnung – auch nach Einbringung eines Radiopharmazeutikums in eine Körperhöhle –	950	55,37	99,67	138,43
5473*	Funktionsszintigraphie – einschließlich Sequenzszintigraphie und Erstellung von Zeit-Radioaktivitätskurven aus ROI und quantifizierender Berechnung (z.B. von Transitzeiten, Impulsratenquotienten, Perfusionsindex, Auswurffraktion aus Erster-Radionuklid-Passage) –	900	52,46	94,43	131,15
<i>Die Leistung nach Nummer 5473 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5460 und 5481 nicht berechnungsfähig.</i>					
5474*	Nachweis inkorporierter unbekannter Radionuklide	1350	78,69	141,64	196,72

m. Mineralgehalt

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5475*	Quantitative Bestimmung des Mineralgehalts im Skelett (Osteodensitometrie) in einzelnen oder mehreren repräsentativen Extremitäten- oder Stammskelettabschnitten mittels Dual-Photonen-Absorptionstechnik	300	17,49	31,48	43,72

n. Ergänzungsleistungen

Allgemeine Bestimmung

Die Ergänzungsleistungen nach den Nummern 5480 bis 5485 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5480*	Quantitative Bestimmung von Impulsen/Impulsratendichte (Fläche, Pixel, Voxel) mittels Gammakamera mit Meßwertverarbeitung – mindestens zwei ROI –	750	43,72	-	-
5481*	Sequenzsintigraphie – mindestens sechs Bilder in schneller Folge –	680	39,64	-	-
5483*	Subtraktionssintigraphie oder zusätzliche Organ- oder Blutpoolsintigraphie als anatomische Ortsmarkierung	680	39,64	-	-
5484*	In-vitro-Markierung von Blutzellen (z.B. Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten), – einschließlich erforderlicher In-vitro-Qualitätskontrollen –	1300	75,77	-	-
5485*	Messung mit dem Ganzkörperzähler – gegebenenfalls einschließlich quantitativer Analysen von Gammaspektren –	980	57,12	-	-

o. Emissions-Computer-Tomographie

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5486*	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen	1200	69,94	125,90	174,86
5487*	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen und regionaler Quantifizierung	2000	116,57	209,83	291,44
5488*	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) – gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen –	6000	349,72	629,50	874,31
5489*	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) – mit quantifizierender Auswertung – gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen –	7500	437,15	786,88	1092,89

2. Therapeutische Leistungen (Anwendung offener Radionuklide)

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5600*	Radiojodtherapie von Schilddrüsenerkrankungen	2480	144,55	260,19	361,38
5602*	Radiophosphorthherapie bei Erkrankungen der blutbildenden Organe	1350	78,69	141,64	196,72
5603*	Behandlung von Knochenmetastasen mit knochenaffinen Radiopharmazeutika	1080	62,95	113,31	157,38
5604*	Instillation von Radiopharmazeutika in Körperhöhlen, Gelenke oder Hohlgane	2700	157,38	283,28	393,44
5605*	Tumorbehandlung mit radioaktiv markierten, metabolisch aktiven oder rezeptorgerichteten Substanzen oder Antikörpern	2250	131,15	236,06	327,87
5606*	Quantitative Bestimmung der Therapieradioaktivität zur Anwendung eines individuellen Dosiskonzepts – einschließlich Berechnungen auf Grund von Vormessungen –	900	52,46	94,43	131,15
<i>Die Leistung nach Nummer 5606 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.</i>					
5607*	Posttherapeutische Bestimmung von Herddosen – einschließlich Berechnungen auf Grund von Messungen der Kinetik der Therapieradioaktivität –	1620	94,43	169,97	236,06
<i>Die Leistung nach Nummer 5607 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.</i>					

III. Magnetresonanztomographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5735 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 ist in der Rechnung besonders zu begründen. Bei Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 ist der Höchstwert nach Nummer 5735 zu beachten.

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5700*	Magnetresonanztomographie im Bereich des Kopfes – gegebenenfalls einschließlich des Halses –, in zwei Projektionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluß T2-gewichteter Aufnahmen	4400	256,46	461,64	641,16
5705*	Magnetresonanztomographie im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen	4200	244,81	440,65	612,02
5715*	Magnetresonanztomographie im Bereich des Thorax – gegebenenfalls einschließlich des Halses –, der Thoraxorgane und/oder der Aorta in ihrer gesamten Länge	4300	250,64	451,14	626,59
5720*	Magnetresonanztomographie im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens	4400	256,46	461,64	641,16
5721*	Magnetresonanztomographie der Mamma(e)	4000	233,15	419,67	582,87
5729*	Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten	2400	139,89	251,80	349,72
5730*	Magnetresonanztomographie einer oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mindestens zwei großen Gelenken einer Extremität	4000	233,15	419,67	582,87
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5730 ist die Leistung nach Nummer 5729 nicht berechnungsfähig.</i>					
5731*	Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 (z.B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie)	1000	58,29	104,92	145,72
5732*	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel	1000	58,29	-	-
<i>Der Zuschlag nach Nummer 5732 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>					
5733*	Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z.B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)	800	46,63	-	-
<i>Der Zuschlag nach Nummer 5733 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>					
5735*	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730	6000	349,72	629,50	874,31
<i>Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>					

IV. Strahlentherapie

Allgemeine Bestimmungen

1. Eine Bestrahlungsreihe umfaßt grundsätzlich sämtliche Bestrahlungsfractionen bei der Behandlung desselben Krankheitsfalls, auch wenn mehrere Zielvolumina bestrahlt werden.
2. Eine Bestrahlungsfraction umfaßt alle für die Bestrahlung eines Zielvolumens erforderlichen Einstellungen, Bestrahlungsfelder und Strahleneintrittsfelder. Die Festlegung der Ausdehnung bzw. der Anzahl der Zielvolumina und Einstellungen muß indikationsgerecht erfolgen.
3. Eine mehrfache Berechnung der Leistungen nach den Nummern 5800, 5810, 5831 bis 5833, 5840 und 5841 bei der Behandlung desselben Krankheitsfalls ist nur zulässig, wenn wesentliche Änderungen der Behandlung durch Umstellung der Technik (z.B. Umstellung von Stehfeld auf Pendeltechnik, Änderung der Energie und Strahlenart) oder wegen fortschreitender Metastasierung, wegen eines Tumorrezidivs oder wegen zusätzlicher Komplikationen notwendig werden. Die Änderungen sind in der Rechnung zu begründen.
4. Bei Berechnung einer Leistung für Bestrahlungsplanung sind in der Rechnung anzugeben: die Diagnose, das/die Zielvolumen/ina, die vorgesehene Bestrahlungsart und -dosis sowie die geplante Anzahl von Bestrahlungsfractionen.

1. Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5800*	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5802 bis 5806, je Bestrahlungsreihe	250	14,57	26,23	36,43
<i>Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5800 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.</i>					
Orthovoltstrahlenbehandlung (10 bis 100 kV Röntgenstrahlen)					
5802*	Bestrahlung von bis zu zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion	200	11,66	20,98	29,14
5803*	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5802 bei Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion	100	5,83	-	-
<i>Der Zuschlag nach Nummer 5803 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Die Leistungen nach den Nummern 5802 und 5803 sind für die Bestrahlung flächenhafter Dermatosen jeweils nur einmal berechnungsfähig.</i>					
5805*	Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, je Fraktion	1000	58,29	104,92	145,72
5806*	Strahlenbehandlung der gesamten Haut mit schnellen Elektronen, je Fraktion	2000	116,57	209,83	291,44

2. Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5810*	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5812 und 5813, je Bestrahlungsserie	200	11,66	20,98	29,14
<i>Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5810 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.</i>					
5812*	Orthovolt- (100 bis 400 kV Röntgenstrahlen) oder Hochvoltstrahlenbehandlung bei gutartiger Erkrankung, je Fraktion	190	11,07	19,93	27,69
<i>Bei Bestrahlung mit einem Telecaesiumgerät wegen einer bösartigen Erkrankung ist die Leistung nach Nummer 5812 je Fraktion zweimal berechnungsfähig.</i>					
5813*	Hochvoltstrahlenbehandlung von gutartigen Hypophysen-tumoren oder der endokrinen Orbitopathie, je Fraktion	900	52,46	94,43	131,15

3. Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger Erkrankungen (mindestens 1 MeV)

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5834 bis 5837 sind grundsätzlich nur bei einer Mindestdosis von 1,5 Gy im Zielvolumen berechnungsfähig. Muß diese im Einzelfall unterschritten werden, ist für die Berechnung dieser Leistungen eine besondere Begründung erforderlich.

Bei Bestrahlungen von Systemerkrankungen oder metastasierten Tumoren gilt als ein Zielvolumen derjenige Bereich, der in einem Großfeld (z.B. Mantelfeld, umgekehrtes Y-Feld) bestrahlt werden kann.

Die Kosten für die Anwendung individuell geformter Ausblendungen (mit Ausnahme der Kosten für wiederverwendbares Material) und/oder Kompensatoren oder für die Anwendung individuell gefertigter Lagerungs- und/oder Fixationshilfen sind gesondert berechnungsfähig.

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5831*	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5834 bis 5837, je Bestrahlungsserie	1500	87,43	157,38	218,58
<i>Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5831 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des Zielvolumens, der Dosisplanung, der Berechnung der Dosis im Zielvolumen, der Ersteinstellung einschließlich Dokumentation (Feldkontrollaufnahme).</i>					
5832*	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen (z.B. Computertomogramm), je Bestrahlungsserie	500	29,14	-	-
<i>Der Zuschlag nach Nummer 5832 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>					

NR.	LEISTUNG	PUNKT- ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5833*	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsreihe	2000	116,57	-	-
<i>Der Zuschlag nach Nummer 5833 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>					
5834*	Bestrahlung mittels Telekobaltgerät mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern – gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen –, je Fraktion	720	41,97	75,54	104,92
5835*	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5834 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	120	6,99	12,59	17,49
5836*	Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern – gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen –, je Fraktion	1000	58,29	104,92	145,72
5837*	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5836 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	120	6,99	12,59	17,49

4. Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden

Allgemeine Bestimmungen

Der Arzt darf nur die für den Patienten verbrauchte Menge an radioaktiven Stoffen berechnen.

Bei der Berechnung von Leistungen nach Abschnitt O IV 4 sind die Behandlungsdaten der jeweils eingebrachten Stoffe sowie die Art der ausgeführten Maßnahmen in der Rechnung anzugeben, sofern nicht durch die Leistungsbeschreibung eine eindeutige Definition gegeben ist.

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5840*	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Brachytherapie nach den Nummern 5844 und/oder 5846, je Bestrahlungsserie	1500	87,43	157,38	218,58
<i>Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5840 umfaßt Angaben zur Indikation, die Berechnung der Dosis im Zielvolumen, die Lokalisation und Einstellung der Applikatoren und die Dokumentation (Feldkontrollaufnahmen).</i>					
5841*	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5840 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie	2000	116,57		
<i>Der Zuschlag nach Nummer 5841 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>					
5842*	Brachytherapie an der Körperoberfläche – einschließlich Bestrahlungsplanung, gegebenenfalls einschließlich Fotodokumentation –, je Fraktion	300	17,49	31,48	43,72
5844*	Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion	1000	58,29	104,92	145,72
5846*	Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion	2100	122,40	220,33	306,01

5. Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken

NR.	LEISTUNG	PUNKT-ZAHL	GEBÜHR IN €		
			1-fach	*1,8-fach	*2,5-fach
5851*	Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarktransplantation – einschließlich Bestrahlungsplanung –	6900	402,18	723,93	1005,46
<i>Die Leistung nach Nummer 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.</i>					
5852*	Oberflächen-Hyperthermie, je Fraktion	1000	58,29	-	-
5853*	Halbtiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2000	116,57	-	-
5854*	Tiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2490	145,14	-	-
<i>Die Leistungen nach den Nummern 5852 bis 5854 sind nur in Verbindung mit einer Strahlenbehandlung oder einer regionären intravenösen oder intraarteriellen Chemotherapie und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>					
5855*	Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen	6900	402,18	723,93	1005,46



ZAHNÄRZTE
KAMMER
NORDRHEIN