

## **Hinweise zum Gebührenrecht**

### **1. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)**

#### *1.1 Bemessung der Gebühren*

Nach § 5 GOÄ bemisst sich die Höhe der einzelnen Gebühr nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen, bei den sog. medizinisch-technischen Leistungen - § 5 Abs. 3 GOÄ - nach dem Einfachen bis Zweieinhalbfachen sowie bei Laborleistungen - § 5 Abs. 4 GOÄ - nach dem Einfachen bis 1,3fachen des im Gebührenverzeichnis angegebenen Gebührensatzes. Überschreitet eine Gebühr den in § 5 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 oder Abs. 4 GOÄ vorgesehenen Schwellenwert, so kann sie nur dann als angemessen angesehen werden, wenn der Rechnungsaussteller dargelegt hat, dass Besonderheiten der in § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ genannten Bemessungskriterien die Überschreitung der Schwellenwerte rechtfertigen. Aus der Begründung der Rechnung muss ersichtlich sein, dass die Leistung aufgrund der tatsächlichen Umstände vom Typischen und Durchschnittlichen erheblich abweicht. Dazu reicht im allgemeinen eine stichwortartige Kurzbegründung aus, in der die „Besonderheiten“ der einzelnen Leistung substantiiert angesprochen sind. Besonderheiten der Bemessungskriterien können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

- besonders schwierig war oder
- einen besonderen Zeitaufwand beanspruchte oder
- wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung über das gewöhnliche Maß hinausging.

Eine einfache Wiederholung der Bemessungskriterien reicht folglich nicht aus.

Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) vom 17.02.1994 - 2 C 10.92 - (NJW 1994 S. 3023) hat die Überschreitung des Schwellenwertes „den Charakter einer Ausnahme“; Gebühren bis zum Schwellenwert sind danach nicht nur für einfache oder höchstens durchschnittlich schwierige und aufwendige Behandlungsfälle, sondern für die große Mehrzahl aller Behandlungsfälle zur Verfügung gestellt und decken

in diesem Rahmen auch die Mehrzahl der schwierigeren und aufwendigeren Behandlungsfälle ab. In Fortführung dieser Rechtsprechung hat das BVerwG mit Urteil vom 30.05.1996 - 2 C 10.95 - (NJW 1996, S. 3094) darauf hingewiesen, dass die Beihilfefestsetzungsstellen zur Überprüfung der ärztlichen Gebührenrechnungen befugt und eventuelle Zweifel anhand der Gebührenordnung einschließlich des Gebührenverzeichnisses zu beurteilen sind. Eine vorherige Bekanntgabe der Auffassung des Dienstherrn sei nicht generell, sondern nur in den Ausnahmefällen erforderlich, in denen bei objektiven Unklarheiten der GOÄ ernsthaft widerstreitende Auffassungen über die Berechtigung eines Gebührenansatzes bestehen.

Aufwendungen über den Schwellenwert hinaus sind nicht schon wegen der Besonderheiten der angewandten Verfahren beihilfefähig, sondern vor allem wegen Besonderheiten, die gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten, abweichend von der Mehrzahl der Behandlungsfälle aufgetreten sind (personenbezogene Bemessungskriterien) z. B. besondere Erschwernis bei einer Unterleibsoperation wegen anlagebedingter starker Blutungsneigung der Patientin. Besonderheiten im Bereich des behandelnden Arztes, z. B. seine besondere Qualifikation (Chefarzt, Professor usw.) oder der Einsatz eines besonders teuren Gerätes bei der Leistungserbringung scheiden als Gründe für die Überschreitung der Schwellenwerte grundsätzlich aus.

Besonderheiten der patientenbezogenen Bemessungskriterien rechtfertigen die Überschreitung des Schwellenwertes jeweils nur bei den Leistungen, mit denen sie im Zusammenhang stehen (leistungsbezogene Begründungen). Verwachsungen im Operationsbereich können z. B. Anlass für das Überschreiten des Schwellenwertes bei der Operationsgebühr geben, stellen aber in der Regel keine gebührenrechtliche Besonderheit bezüglich anderer ärztlicher Leistungen wie Visiten, Infusionen, Injektionen usw. dar. Als leistungsbezogene Begründung kann u. U. auch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles angesehen werden (§ 5 Abs. 2 Satz 2 GOÄ), z. B. bei Leistungen in den ersten Tagen nach einem Unfall mit vielfältigen Verletzungen.

Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder vom Wahlarzt noch von dessen vor Abschluss des Vertrages über die Wahlleistungen benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, ist ein Überschreiten der Schwellenwerte nicht zulässig (§ 5 Abs. 5 GOÄ).

## *1.2 Leistungen bei Nacht bzw. an Sonn- und Feiertagen*

Nach Auffassung des zuständigen Bundesministeriums ist eine Leistungserbringung außerhalb der üblichen Präsenz des Arztes im Krankenhaus für sich allein keine ausreichende Begründung für ein Überschreiten der Schwellenwerte nach § 5 Abs. 2 GOÄ (2,3facher, 1,8facher bzw. 1,15facher Satz). Ein über die Schwellenwerte hinausgehender Multiplikator kann allenfalls dann gerechtfertigt sein, wenn sonstige besondere Umstände des § 5 Abs. 2 GOÄ vorliegen.

## *1.3 Minderung der ärztlichen Honorare bei stationärer Behandlung*

Nach § 6a Abs. 1 Satz 1 GOÄ sind bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge (ausgenommen der Zuschlag nach Buchstabe J im Abschnitt B V) um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten 15 vom Hundert.

Entsprechende Minderungssätze gelten nach § 7 GOZ auch für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privat Zahnärztliche Leistungen.

Der jeweilige Minderungsbetrag ist in der Rechnung anzugeben (§ 12 Abs. 2 Nr. 3 GOÄ bzw. § 10 Abs. 2 Nr. 3 GOZ). Für die Begründungspflicht bei Überschreiten der Schwellenwerte ist der Gebührensatz vor Abzug des Minderungsbetrages maßgebend (§ 12 Abs. 3 Satz 1 GOÄ bzw. § 10 Abs. 3 Satz 1 GOZ).

Nach den Urteilen des Bundesgerichtshofes vom 14.01.1998 – IV ZR 61/97 (NJW 1998, S. 1790), vom 17.09.1998 – III ZR 222/97 (NJW 1999, S. 868) und vom 13.06.2002 – III ZR 186/01 (NJW 2002, S. 2948) sind die Gebühren nach § 6a Abs. 1 GOÄ für sämtliche wahlärztliche, belegärztliche, konsiliarärztliche und sonstige privatärztliche Leistungen zu mindern, die untrennbar mit einer vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Behandlung verbunden sind. Dies gilt unabhängig vom Ort der Leistungserbringung - auch wenn der Arzt für solche Leistungen eigenes Personal, Geräte oder Materialien eingesetzt hat (externe Leistungserbringung). Der Vorschrift liegt zur Harmonisierung von Bundespflegesatzverordnung und GOÄ eine pauschalierende Betrachtungsweise zugrunde, die nicht darauf abstellt, ob, bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten für die Leistungen im Einzelfall entstehen,

denn § 6a GOÄ soll nicht das Kosteninteresse des Leistungserbringers, sondern den Patienten vor finanziellen Benachteiligungen schützen.

#### *1.4 Berechenbarkeit einer Leistung nach Nr. 4 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ*

Das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium hat zur Frage der Berechnungsfähigkeit einer Leistung nach Nr. 4 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ wie folgt Stellung genommen:

„Nach ihrem Sinn und Zweck soll die Gebührenposition nach Nr. 4 des GOÄ-Gebührenverzeichnisses die Abrechnung einer Anamneseerhebung und/oder Beratung auch dann ermöglichen, wenn diese nach den besonderen Umständen des Behandlungsfalles die Einbeziehung einer Bezugs- oder Begleitperson erfordert, weil eine unmittelbare Vornahme gegenüber dem behandelten Patienten nicht möglich oder nicht sinnvoll ist. Sofern die Anamneseerhebung über eine Bezugsperson bei bestimmten Personengruppen (z. B. bei Kindern ) auch bei „normalem“ Gesundheitszustand den Regelfall bildet, muss diese als mit den Leistungen nach den Nrn. 1 bzw. 3 abgegolten betrachtet werden. Eine Berechnung der Nr. 4 im Zusammenhang mit der Behandlung von Kindern wird deshalb in der Regel nur bei Vorliegen besonderer Erschwernisse (z. B. bei behinderten Kindern) geboten sein.

Sofern aus im Einzelfall gegebenem Anlass die Leistung nach Nr. 4 - auch im Hinblick auf eine dabei unter Einbeziehung einer Bezugsperson vorgenommene Beratung - berechnet werden kann, ist daneben für die Abrechnung einer Beratung nach den Nrn. 1 oder 3 kein Raum. Da es sich bei der im Leistungstext der Nr. 4 angesprochenen „Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en)“ charakteristischerweise um eine Leistung mit beratendem Inhalt handelt, ist diese mit der Gebühr nach Nr. 4 abgegolten und kann daneben nicht gesondert nach den Nrn. 1 oder 3 abgerechnet werden. Dem steht das Fehlen eines formellen Abrechnungsausschlusses (z. B. „...ist daneben nicht berechnungsfähig“), dem insoweit ohnehin nur deklaratorische Bedeutung zukommen könnte, nicht entgegen, da sich der Abrechnungsausschluss allgemein bereits aus § 4 Abs. 2a Satz 1 GOÄ ergibt.“

#### *1.5 Wegegeld und Besuchsgebühren*

Das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium hat zur Frage der Voraussetzungen für die Berechnung von Wegegeld und Besuchsgebühren nach der GOÄ wie

folgt Stellung genommen:

„Wegegeld nach § 8 GOÄ und Besuchsgebühren nach den Nrn. 48 bis 51 sowie Zuschläge nach Abschnitt B V, Buchstaben E bis H und K 2 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ werden nur für Besuche gezahlt. Ein Besuch im gebührenrechtlichen Sinne liegt vor, wenn ein Arzt zur Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit einen Patienten an einem Ort aufsucht, an dem er üblicherweise nicht seiner beruflichen Tätigkeit nachgeht.

Besuchsgebühren nach den Nrn. 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig (Abschnitt B Ziffer 6 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ).

Soweit niedergelassene Ärzte oder Ärzte anderer Krankenhäuser vom Krankenhaus oder vom behandelnden Krankenhausarzt zum Konsilium oder zur Mitbehandlung gerufen werden, kommt die Berechnung von Wegegeld und Besuchsgebühren nur in Betracht, wenn der Arzt nicht vereinbarungsgemäß oder regelmäßig beigezogen, sondern für einen bestimmten Patienten im konkreten Fall angefordert wird.“

#### *1.6 Ambulantes Operieren*

Nach Abschnitt C VIII des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen können zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen Zuschläge nach den Nrn. 440 bis 449 berechnet werden. Die Zuschläge sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig und in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete operative bzw. anästhesiologische Leistung aufzuführen.

#### *1.7 Sonstige Auslegungsfragen zur GOÄ und analoge Bewertungen*

Bei der Bundesärztekammer wurde ein „Zentraler Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen“ eingerichtet. Dieser Konsultationsausschuss gibt sachverständige Stellungnahmen oder Gutachten zu grundsätzlichen Auslegungsfragen der GOÄ gegenüber Ärztekammern und Mitgliedern ab. Die einvernehmlichen Beschlüsse sind bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen.

Nach § 6 Abs. 2 GOÄ kann der Arzt selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis der GOÄ nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnen (analoge Bewertung). Das nachfolgende von der Bundesärztekammer herausgege-

bene Verzeichnis analoger Bewertungen ist bei der Festsetzung der Beihilfen zu berücksichtigen. Darin sind die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses zu Analogbewertungen enthalten.

### 1.7.1 Verzeichnis der Analogbewertungen

Nr.	Leistung	Analog-Nr. GOÄ	Punktzahl	Gebühr in Euro
A 36	Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Minuten bei Asthma bronchiale, Hypertonie – einschließlich Evaluation zur Qualitätssicherung zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich Auswertung standardisierter Fragebögen, je Sitzung	33	300	17,49
A 72	Vorläufiger Entlassungsbericht im Krankenhaus	70	40	2,33
A 353	Einbringung des Kontrastmittels mittels intraarterieller Hochdruckinjektion zur selektiven Arteriographie (z. B. Nierenarterie), einschließlich Röntgenkontrolle und ggf. einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle, je Arterie	351	500	29,14
A 409	A-Bild-Sonographie	410	200	11,66
A 482	Relaxometrie während und/oder nach einer Allgemeinanästhesie bei Vorliegen von die Wirkungsdauer von Muskelrelaxantien verändernden Vorerkrankungen (z.B. AChE-Hemmer-Mangel) oder gravierenden pathophysiologischen Zuständen (z. B. Unterkühlung)	832	158	9,21
A 496	Drei-in-eins-Block, Knie oder Fußblock	476	380	22,15
A 618*	H2-Atemtest (z. B. Laktosetoleranztest), einschließlich Verabreichung der Testsubstanz, Probeentnahmen und Messungen der H2-Konzentration, einschließlich Kosten	617*	341	19,88

A 619*	Durchführung des 13C-Harnstoff-Atemtest, einschließlich Verabreichung der Testsubstanz und Probeentnahmen	615*	227	13,23
A 658	Hochverstärktes Oberflächen-EKG aus drei orthogonalen Ableitungen mit Signalermittlung zur Analyse ventrikulärer Spätpotenziale im Frequenz- und Zeitbereich (Spätpotenzial-EKG)	652	445	25,94
A 704	Analtometrie	1791	148	8,63
A 707	Untersuchung des Dünndarms mittels Kapselendoskopie und Auswertung des Bildmaterials bei unklarer gastrointestinaler Blutung, nach vorausgegangener Endoskopie des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes Voraussetzung für das Erbringen der Kapselendoskopie ist die Gebietsbezeichnung Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie). Der Zeitaufwand für die Auswertung der Videodokumentation beträgt durchschnittlich zwei Stunden. Ist er im konkreten Fall deutlich niedriger oder deutlich höher, ist dies beim Ansatz des Steigerungsfaktors zu berücksichtigen.	684 plus 687	1200 plus 1500	69,94 plus 87,43
A 795	Kipptisch-Untersuchung mit kontinuierlicher EKG- und Blutdruckregistrierung	648	605	35,26
A 796*	Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad-/Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen), einschließlich Dokumentation	650*	152	8,86
A 888	Psychiatrische Behandlung zur Reintegration eines Erwachsenen mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild als Gruppenbehandlung (in Gruppen von 3 bis 8 Teilnehmern) durch syndrombezogene verbale Intervention als therapeutische Konsequenz aus den dokumentierten Ergebnissen der selbsterbrachten Leistung nach Nr. 801, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer und Sitzung	887	200	11,66

A 1006*	<p>Gezielte weiterführende sonographische Untersuchung zur differenzialdiagnostischen Abklärung und/oder der Überwachung bei aufgrund einer Untersuchung nach Nr. 415 GOÄ erhobenem Verdacht auf pathologische Befunde (Schädigung eines Fetus durch Fehlbildung oder Erkrankung oder ausgewiesener besonderer Risikosituation aufgrund der Genetik, Anamnese oder einer exogenen Noxe).</p> <p><i>Die Indikationen ergeben sich aus der Anlage 1cII.2 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung.</i></p> <p><i>Die weiterführende sonographische Diagnostik kann gegebenenfalls mehrfach, zur gezielten Ausschlussdiagnostik bis zu dreimal im gesamten Schwangerschaftsverlauf berechnet werden.</i></p> <p><i>Im Positivfall einer fetalen Fehlbildung oder Erkrankung ist die Berechnung auch häufiger möglich.</i></p> <p><i>Das zur Untersuchung genutzte Ultraschallgerät muss mindestens über 64 Kanäle im Sende- und Empfangsbereich, eine variable Tiefenfokussierung, mindestens 64 Graustufen und eine aktive Vergrößerungsmöglichkeit für Detaildarstellungen verfügen.</i></p>	5373*	1900	110,75
A 1007	<p>Farbkodierte Doppler-echokardiographische Untersuchung eines Fetus einschließlich Bilddokumentation bei Verdacht auf Fehlbildung oder Erkrankung des Fetus, einschließlich eindimensionaler Doppler-echokardiographischer Untersuchung mit cw-Doppler und Frequenzspektrumanalyse, gegebenenfalls einschließlich zweidimensionaler echokardiographischer Untersuchung mittels Time-Motion-Verfahren (M-Mode).</p> <p><i>Die Indikationen ergeben sich aus der Anlage 1d der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung.</i></p> <p><i>Die Doppler-Echokardiographie kann gegebenenfalls neben den Leistungen nach den Nr. A 1006 und A 1008 berechnet werden.</i></p>	<p>424</p> <p>plus 404</p> <p>plus 406</p>	<p>700</p> <p>plus 250 (Einfachsatz)</p> <p>plus 200 (Einfachsatz)</p>	<p>40,80</p> <p>plus 14,57</p> <p>plus 11,66</p>

A 1008	<p>Weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung des fetomaternalen Gefäßsystems mittels Duplex-Verfahren bei Verdacht auf Gefährdung oder Schädigung des Fetus, gegebenenfalls farbkodiert und/oder directionale Doppler-sonographische Untersuchung im fetomaternalen Gefäßsystem, einschließlich Frequenzspektrumanalyse.</p> <p><i>Die Indikationen ergeben sich aus der Anlage 1d der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung.</i></p> <p><i>Die Duplex-sonographische Untersuchung nach A 1008 kann gegebenenfalls neben den Leistungen nach den Nr. 415, A 1006 und A 1007 berechnet werden.</i></p> <p><i>Bei Mehrlingen sind die Leistungen nach den Nr. A 1006, A 1007 und A1008 entsprechend der Anzahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Voraussetzung für das Erbringen der Leistungen nach Nr. A 1006, A 1007 und A 1008 ist das Vorliegen der Qualifikation zur Durchführung des fetalen Ultraschalls im Rahmen der Erkennung von Entwicklungsstörungen, Fehlbildungen und Erkrankungen des Fetus nach der jeweils für die Ärztin/den Arzt geltenden Weiterbildungsordnung.</i></p>	689	700	40,80
A 1157	Chorionzottenbiopsie, transvaginal oder transabdominal unter Ultraschallsicht	1158	739	43,07
A 1387	<p>Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender oder abgelöster Netzhaut ohne netzhautablösende Membranen, einschließlich Parsplana-Vitrektomie, Retinopexie, ggf. einschließlich Glaskörper-Tamponade, ggf. einschließlich Membran-Peeling.</p> <p><i>Neben Nr. A 1387 sind keine zusätzlichen Eingriffe an Netzhaut und Glaskörper berechnungsfähig.</i></p>	2551	7500	437,15

A 1387.1	<p>Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender und/oder abgelöster Netzhaut mit netzhautablösenden Membranen und/oder therapierefraktärem Glaukom und/oder submakulärer Chirurgie, einschließlich Pars-plana-Vitrektomie, Buckelchirurgie, Retinopexie, Glaskörper-Tamponade, Membran-Peeling, ggf. einschließlich Rekonstruktion eines Iris-Diaphragmas, ggf. einschließlich Retinotomie, ggf. einschließlich Daunomycin-Spülung, ggf. einschließlich Zell-Transplantation, ggf. einschließlich Versiegelung eines Netzhautlochs mit Thrombozytenkonzentraten, ggf. einschließlich weiterer mikrochirurgischer Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper (z. B. Pigmentgewinnung und -implantation).</p>	2551 plus 2531	7500 plus 7500	437,15 plus 437,15
	<p><i>Neben Nr. A 1387.1 sind keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig.</i></p>			
	<p><i>Ergänzende Abrechnungsempfehlung zu den Nrn. A 1387 und 1387.1: Die Ausschlussbestimmungen bei den Nrn. A 1387 und A 1387.1, wonach keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig sind, gelten nicht für Netzhaut-Glaskörper-chirurgische Eingriffe bei Ruptur des Augapfels mit oder ohne Gewebeverlust oder bei Resektion uvealer Tumoren und/oder Durchführung einer Macula-Rotation. Neben Leistungen nach den Nrn. A 1387 oder A 1387.1 können in diesen Ausnahmefällen - je nach Indikation - die genannten Maßnahmen als zusätzliche Leistungen berechnet werden, wie z. B. die Nr. A 1387.2 für die Macula-Rotation.</i></p>			
A 1387.2	Macula-Rotation	1375	3500	204,01
A 1716	Spaltung einer Harnröhrenstriktur unter Sicht (z. B. nach Sachse)	1802	739	43,07
A 1833a	Wechsel eines suprapubischen Harnblasenfistelkatheters, einschließlich Spülung, Katheterfixation und Verband	1833	237	13,81

A 3289	Operation eines großen Leisten- oder Schenkelbruchs oder Rezidivoperation eines Leisten- oder Schenkelbruches, jeweils einschließlich Implantation eines Netzes	3286	2000	116,57
A 3732*	Troponin-T-Schnelltest	3741*	200	11,66
A 3733*	Trockenchemische Bestimmung von Theophyllin	3736*	120	6,99
A 3734*	Qualitativer immunologischer Nachweis von Albumin im Stuhl	3736*	120	6,99
A 3757*	Eiweißuntersuchung aus eiweißarmen Flüssigkeiten (z. B. Liquor-, Gelenk- oder Pleurapunktat)	3760*	70	4,08
A 4463*	Qualitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay- ggf. einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	4462*	230	13,41
A 5830*	Computergestützte Individual-Ausblendung (Multileaf-Kollimatoren = MLC) einmal je Feld und Bestrahlungsserie, einschließlich Programmierung. <i>Individuelle Ausblendungen zum Schutz von Normalgewebe und Organe können anstelle von Bleiblöcken, auch durch Programmierung eines (Mikro-)Multileaf-Kollimators erstellt werden, wobei für den Programmieraufwand die analoge Nr. 5378 GOÄ einmal je Feld und Bestrahlungsserie angesetzt werden kann. Der je nach Feldkonfiguration und Feldgröße unterschiedliche Schwierigkeitsgrad ist über den Gebührenrahmen nach § 5 Absatz 2 und 3 zu berücksichtigen.</i>	5378*	1000	58,29

A 5860*	<p>Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung benigner Tumoren mittels Linearbeschleuniger – einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske -, einschließlich vorausgegangener Bestrahlungsplanung, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners.</p> <p><i>Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen.</i></p> <p><i>Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig. Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: Akustikusneurinom, Hypophysenadenom, Meningeom, Arteriovenöse Malformation, medikamentös oder operativ therapierefraktäre Trigeminusalgesie, Chordom.</i></p> <p><i>Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden.</i></p>	6 x Nr. 5855*	6 x 6900	6 x 402,18
---------	---	---------------	----------	------------

A 5861*	<p>Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung primär maligner Tumoren oder von Hirnmetastasen mittels Linearbeschleuniger – einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske -, einschließlich vorausgegangener Bestrahlungsplanung, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners.</p> <p><i>Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen.</i></p> <p><i>Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig. Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: Inoperabler primärer Hirntumor oder Rezidiv eines Hirntumors, symptomatische Metastase ZNS, Aderhautmelanom.</i></p> <p><i>Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden.</i></p>	3,5 x Nr. 5855*	3,5 x 6900	3,5 x 402,18
A 7001	<p>Untersuchung der alters- oder erkrankungsbedingten Visusäquivalenz, z. B. bei Amblyopie, Medientrübung oder fehlender Mitarbeit</p> <p>Zu diesen Untersuchungen zählen beispielsweise Sehschärfenprüfungen mittels Preferential Looking, die Untersuchung des Interferenzvisus und die Untersuchung des Crowding-Phänomens.</p>	1225	121	7,05
A 7002	<p>Qualitative Aniseikonieprüfung mittels einfacher Trennverfahren</p> <p>Die Untersuchung nach Nr. A 7002 kann nur bei besonderer Begründung, und dann auch zusätzlich zur Kernleistung nach Nr. 1200, berechnet werden.</p>	1200	59	3,44
A 7003	<p>Quantitative Aniseikoniemessung, ggf. einschließlich qualitativer Aniseikonieprüfung</p>	1226	182	10,61

A 7006	Bestimmung elektronisch vergrößernder Sehhilfen, je Sitzung	1227	248	14,46
A 7007	Quantitative Untersuchung der Hornhautsensibilität Nr. A 7007 ist nicht berechnungsfähig neben Nr. 6	825	83	4,84
A 7008	Konfokale Scanning-Mikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einschließlich quantitativer Beurteilung des Hornhautendothels und Messung von Hornhautdicke und Streulicht, ggf. einschließlich Bilddokumentation je Auge	1249	484	28,21
A 7009	Quantitative topographische Untersuchung der Hornhautbrechkraft mittels computergestützter Videokeratoskopie, ggf. an beiden Augen	415	300	17,49
A 7010	Laserscanning-Ophthalmoskopie	1249	484	28,21
A 7011	Biomorphometrische Untersuchung des hinteren Augenpols, ggf. beidseits Weiterführende Untersuchung des Augenhintergrunds einschließlich Papillenanalyse, beispielsweise mittels Heidelberg Retinatomograph (HRT) oder Optic Nerve Head Analyzer (ONHA)	423	500	29,14
A 7012	Frequenz-Verdopplungs-Perimetrie oder Rauschfeld-Perimetrie	1229	182	10,61
A 7013	Überschwellige und/oder schwellenbestimmende quantitativ abgestufte, rechnergestützte statische Rasterperimetrie, einschließlich Dokumentation,	1227	248	14,46
A 7014	Ultraschall-Biomikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einmal je Sitzung	413	280	16,32
A 7015	Optische und sonographische Messung der Vorderkammertiefe und/oder der Hornhautdicke des Auges	410	200	11,66
	für die Untersuchung des anderen Auges in der gleichen Sitzung	420	80	4,66
A 7016	Berechnung einer intraokularen Linse, je Auge	1212	132	7,69

A 7017	Zweidimensionale Laserdoppler-Untersuchung der Netzhautgefäße mit Farbkodierung, ggf. beidseits	424 plus 406	700 plus 200	40,80 plus 11,66
A 7018	Einlegen eines Plastikröhrchens in die ableitenden Tränenwege bis in die Nasenhöhle, ggf. einschließlich Nahtfixation, je Auge	1298	132	7,69
A 7019	Prismenadaptionstest vor Augenmuskeloperationen, je Sitzung	1215	121	7,05
A 7020*	Präoperative kontrollierte Bulbushypotonie mittels Okulopression	1257*	242	14,11
A 7021	Operative Reposition einer intraokularen Linse	1353	832	48,50
A 7022	Chirurgische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Pupillenfunktion und/oder Einsetzen eines Irisblendenrings	1326	1110	64,70
A 7023	Messung der Zyklotropie mittels haploskopischer Verfahren und/oder Laser-scanning Ophthalmoskopie	1217	242	14,11
A 7024	Differenzierende Analyse der Augenstellung beider Augen mittels Messung von Horizontal-, Vertikal- und Zyκλο-Deviation an Tangentenskalen in 9 Blickrichtungen, einschließlich Kopfneige-Test	1217	242	14,11
A 7025	Korrektur dynamischer Schielwinkelveränderungen mittels retroäquatorialer Myopexie (sog. Fadenoperation nach Cüppers) an einem geraden Augenmuskel	1376	1480	86,27

A 7026	Chirurgische Maßnahmen bei Erkrankungen des Aufhängeapparates der Linse	1326	1110	64,70
	<i>Eine Berechnung der Nr. 7026 neben einer Katarakt-Operation, z. B. nach den Nrn. 1349 bis 1351, Nr. 1362, Nr. 1374 oder Nr. 1375, ist in der gleichen Sitzung nur bei präoperativer Indikationsstellung zu diesem Zweiteingriff aufgrund des Vorliegens einer besonderen Erkrankung (z. B. der subluxierten Linse bei Marfan-Syndrom oder Pseudoexfoliationssyndrom) zulässig.</i>			
A 7027	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen, einschließlich Kryopexie der Netzhaut und/oder Endolaser-Applikation	1368	3030	176,61
A 7028	Untersuchung und Beurteilung einer okulär bedingten Kopfwangshaltung, beispielsweise mit Prismenadaptionstest oder Disparometer	1217	242	14,11
A 7029	Isolierte Kryotherapie zur Behandlung oder Verhinderung einer Netzhautablösung, als alleinige Leistung	1366	1110	64,70

\* Reduzierter Gebührenrahmen

### 1.7.2 Medizinisches Aufbautraining/Medizinische Trainingstherapie

Nach einem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung sind folgende Leistungen bis zum 2,3 fachen bzw. 1,8 fachen der Einzelsätze der GOÄ beihilfefähig:

- Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie / zum Medizinischem Aufbautraining einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und ggf. anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nr. 842 GOÄ.  
Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nr. 842 GOÄ ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.
- Medizinische Trainingstherapie / Medizinisches Aufbautraining mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischem Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen (z. B. MedX-CE-/und/oder LE-Therapiemaschinen) analog Nr. 846 GOÄ, zuzüglich zusätzliches Geräte-Sequenztraining analog Nr. 558 GOÄ (je Sitzung), zuzüglich begleitende krankengymnastische Übungen nach Nr. 506 GOÄ. Die Nrn. 846 analog, 558 analog und 506 sind pro Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

### 1.7.3 Extrakorporale Stoßwellentherapie

Auf Grundlage eines Beschlusses der Bundesärztekammer kann die Extrakorporale Stoßwellentherapie bei den in Hinweis 2 zu § 6 Abs. 2 genannten Indikationen analog der Nr. 1800 GOÄ (je Sitzung, 1480 Punkte) berechnet werden. Daneben sind keine Zuschläge beihilfefähig. Die Behandlung einer Pseudarthrose setzt auf Grund größerer Risiken zwingend besondere Kenntnisse und Erfahrungen in der Traumatologie voraus, die verbunden mit einem im Einzelfall höheren Schwierigkeitsgrad und überdurchschnittlichen Zeitaufwand Gebühren bis zum 3,5fachen Gebührensatz rechtfertigen können.

## 2. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

### 2.1 Praxiskosten

Gemäß § 4 Abs. 3 GOZ sind mit den Gebühren die Praxiskosten einschließlich der Kos-

ten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist, oder wenn die Aufwendungen einen erheblichen Anzeil am Honorar des Zahnarztes für diese Leistung ausmachen würde. Zu den Praxiskosten gehören nicht Kosten für zahntechnische Leistungen (§ 9 GOZ). Diese sind neben den Gebühren gesondert berechnungsfähig. Implantatbohrsätze gehören ebenfalls nicht zu den Praxisgebühren und können gesondert berechnet werden (BGH-Urteil vom 27.05.2004 – III ZR 264/03). Nicht berechnungsfähig sind dagegen die Kosten, die dem Zahnarzt für die Bevorratung von Implantaten entstehen. Sie sind als Praxiskosten mit den Gebühren abgegolten.

Eine gesonderte Berechnung von Auslagen nach § 10 GOÄ darf nur bei den in § 6 Abs. 1 GOZ ausdrücklich genannten Leistungen erfolgen. Eine entsprechende Anwendung des § 10 GOÄ auch auf andere zahnärztliche Leistungen ist gemäß § 1 Abs. 1 GOZ ausgeschlossen (vgl. Beschluss des Verwaltungsgerichtshofes Baden-Württemberg vom 19.04.1999 – 4 S 3178/98).

## 2.2 *Bemessung der Gebühren*

Für die Bemessung der Gebühren gemäß § 5 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) gelten die Hinweise zum ärztlichen Gebührenrecht unter Nr. 1.1 entsprechend.

Für die Bemessung der Gebühren gemäß § 5 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) gelten die Hinweise zum ärztlichen Gebührenrecht unter Nr. 1.1 entsprechend.

Der Leistungsumfang der Nummern 205, 207, 209, 211 und 218 GOZ erfasst plastische (Aufbau)Füllungen. Gemäß § 87a SGB V in der Fassung des GKVReformgesetzes 2000 vom 22.12.1999 (BGBl. I. S. 2626) sind Mehrkosten für lichthärtende Kompositfüllungen in Schicht- und Ätztechnik im Seitenzahnbereich bis zum 3,5fachen des Gebührensatzes berechnungsfähig. Entsprechendes gilt für die Angemessenheit der Aufwendungen nach § 5 Abs. 1 BhV. Alternativ hierzu kann für Kompositfüllungen als definitive Füllungen auch eine analoge Bewertung nach den Nummern 215 bis 217 GOZ und für plastische Aufbauten nach der Nummer 219 GOZ (vgl. Nummer 2.4) als beihilfefähig anerkannt werden. Dabei wird ein Steigerungsfaktor von höchstens 1,5 als angemessen angesehen (vgl. Urteile des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofes vom 30. Mai 2006 – 14 BV 02.3276 und 14 BV 02.2643).

## 2.3 *Gebühren für andere Leistungen*

Gemäß § 6 Abs. 1 GOZ ist die Anwendung des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen durch Zahnärzte auf die Abschnitte B I und II, C, D, E V und VI, J, L, M unter den Nr. 4113 und 4700, N sowie O dieses Gebührenverzeichnisses begrenzt.

Soweit Zahnärzte Leistungen aus diesen Abschnitten erbringen, bestimmt sich die Vergütung dieser Leistungen nach den Vorschriften der GOÄ in der jeweils geltenden Fassung. Berechnet ein Zahnarzt nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ, erfassen die darin enthaltenen Abrechnungsbestimmungen auch Leistungen, die der Zahnarzt auf der Grundlage der GOZ erbringt.

Zur Anwendung der GOÄ durch Zahnärzte hat das für das Gebührenrecht zuständige Bundesministerium für Gesundheit wie folgt Stellung genommen:

Die Verweisung betrifft nur solche Abschnitte der GOÄ, in denen Leistungen enthalten sind, die für Zahnärzte nach dem Berufsrecht in Frage kommen können. Die Verweisung auf ganze Abschnitte des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen ist aus pragmatischen, regelungstechnischen Gründen erfolgt. Aus diesen Abschnitten kann der Zahnarzt nicht alle Leistungen erbringen und berechnen, sondern nur solche Leistungen, die zu seinen beruflichen Leistungen gehören (§ 1 Abs. 1 GOZ) und den Regeln der zahnärztlichen Kunst entsprechen (§ 1 Abs. 2 GOZ).

#### 2.4 *Analoge Bewertungen*

Gemäß § 6 Abs. 2 GOZ können selbständige zahnärztliche Leistungen, die erst nach Inkraft-Treten der GOZ auf Grund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt werden, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet werden. Vermeintliche Lücken im Gebührenverzeichnis oder anderweitige Auffassungen über den Wert einer zahnärztlichen Leistung rechtfertigen keine analoge Bewertung. Dies gilt auch für Leistungen, die lediglich eine besondere Ausführung einer nach dem Gebührenverzeichnis bewerteten Leistung darstellen (§ 4 Abs. 2 GOZ).

#### 2.5 *Einzelfragen zum Gebührenverzeichnis der GOZ*

- 2.5.1 Mit der Nr. 203 GOZ sollen besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich abgegolten werden. Es handelt sich um Maßnahmen (z. B. Separieren oder Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillen einer übermäßigen Papillenblutung), die das Füllen oder Präparieren von Kavitäten erleichtern oder sogar erst ermöglichen. Bei Durchführung mehrerer Einzelmaßnahmen an einem Behandlungstag kann die Gebühr nach Nr. 203 GOZ nur einmal in Ansatz gebracht und damit als beihilfefähig anerkannt werden (vgl. Urteil des VG Augsburg

vom 21.09.2000 - Au 2 K 99.1110 - und Beschluss des Bayer. VGH vom 19.12.2000 - 3 ZB 00.3216 – sowie das Urteil des Bayer. VGH vom 07.10.1993 - 3 B 92.2652). Ein mehrfacher Ansatz der Nr. 203 GOZ für Besonderheiten sowohl beim Präparieren als auch beim Füllen von Kavitäten ist ebenfalls nicht möglich. Die Nr. 203 GOZ kann nur in Verbindung mit Füllungen und Kronen berechnet werden.

- 2.5.2 Vom Leistungsinhalt der Nrn. 205, 207, 209 und 211 GOZ werden auch die Kompositfüllungen erfasst. Zur Bemessung der Gebühren vgl. Hinweise unter Nr. 2.2.
- 2.5.3 Bei Inlays ist die temporäre Versorgung der Kavität zwischen Präparieren der Kavität und Eingliedern der endgültigen Einlagefüllung Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 215 bis 217 GOZ. Daneben können Gebühren nach den Nrn. 227, 228 oder 202 GOZ nicht berechnet werden (vgl. Urteil des BGH vom 13.05.1992 - IV ZR 213/91).
- 2.5.4 Bei der „professionellen Zahnreinigung“ handelt es sich um Leistungen zur Befreiung der Zahnoberflächen und Zahnwurzeloberflächen von Zahnbelegen, Zahnstein und subgingivalen Konkrementen. Der Leistungsinhalt entspricht unabhängig vom angewandten Verfahren (z. B. Entfernung mit Handgeräten, Ultraschallgeräten, Lasergeräten, Pulverstrahlgeräten, Scaling-Gels) den Leistungsbeschreibungen der Nrn. 405, 406 und 407 GOZ.
- 2.5.5 Für das Einbringen und Entfernen der Membran im Rahmen der gesteuerten Geweberegenerationsbehandlung (Guided Tissue Regeneration, GTR) kann die Nr. 413 GOZ analog als Komplexgebühr oder die Nrn. 412 und 411 GOZ analog jeweils als gesonderte Gebühr für das Einbringen und Entfernen der Membran berechnet werden. Die Kosten für die Membranen (Manschetten) können gesondert berechnet werden.
- 2.5.6 Neben der Nr. 504 GOZ ist die Nr. 508 GOZ nicht berechenbar. Der Sekundärteil einer Teleskopkrone ist kein Verbindungselement im Sinne der Nr. 508 GOZ (vgl. u. a. Urteil des BVerwG vom 30.05.1996 – 2 C 10.95).
- 2.5.7 Mit Rücksicht auf die Länge des Behandlungszeitraums für kieferorthopädische Behandlungen nach den Nrn. 603 bis 608 GOZ können quartalsmäßige Abschlagszahlungen als beihilfefähig anerkannt werden. Die Beihilfeleistungen stehen unter dem Vorbehalt einer ordnungsgemäßen Schluss- oder Gesamtabrechnung über den Leistungskomplex gemäß den jeweiligen Vorgaben der Gebührenordnung (vgl. Rund-

schreiben des BMI vom 19.05.1988, GMBI. S. 311).

Die Leistungen nach den Nrn. 603 bis 608 GOZ umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren. Für einen Verlängerungszeitraum der ursprünglichen Kieferumformung kann regelmäßig pro Jahr der Weiterbehandlung ein Viertel der jeweils vollen Gebühr unter Berücksichtigung der Kriterien des § 5 Abs. 2 GOZ als angemessen angesehen werden (vgl. Beschluss des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofes vom 24.03.1997 – 3 B 95.1895).

- 2.5.8 Die Berechnung der Nr. 619 GOZ kommt grundsätzlich nur bei einer kieferorthopädischen Behandlung in Betracht. Für notwendige Beratungen und Gespräche im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung stehen dem Zahnarzt gemäß § 6 Abs. 1 GOZ die entsprechenden Gebühren nach der GOÄ zur Verfügung.
- 2.5.9 Die Leistungen für die Versorgung mit Einlagefüllungen (Nrn. 215 bis 217 GOZ), Kronen (Nrn. 220 bis 222 GOZ), Brücken (Nrn. 500 bis 504 GOZ) und Prothesen (Nrn. 520 bis 523 GOZ) umfassen nach den Abrechnungsbestimmungen der Nrn. 222, 504 und 523 GOZ auch die Relationsbestimmung bzw. die Bestimmung der Kieferrelation. Deshalb dürfen in zeitlichem Zusammenhang mit diesen Leistungen keine Gebühren aus dem Abschnitt J des Gebührenverzeichnisses der GOZ (funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) berechnet werden. Bei umfangreichen bzw. aufwändigen Maßnahmen ist eine beihilferechtliche Anerkennung nach den Vorgaben der Nr. 3 der Anlage 2 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 möglich.
- 2.5.10 Nummer 3 GOÄ ist neben Nummer 001 GOZ berechnungsfähig, da es sich einerseits um eine (reine) Beratungs-, andererseits um eine Untersuchungsgebühr handelt; andere Leistungspositionen der GOÄ und GOZ sind daneben nicht beihilfefähig.
- 2.5.11 Nummer 5 GOÄ ist berechnungsfähig, da eine vergleichbare Leistung nicht in der GOZ enthalten ist.

## 2.6 *Besondere Auslegungsfragen zur GOZ*

Die einvernehmlichen Beschlüsse des bei der Bundeszahnärztekammer eingerichteten „Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen“ sind bei der Fest-

setzung der Beihilfen zu berücksichtigen.

**Beschluss Nr. 1** vom 07.05.2001:

Bei der Membraneinbringung ohne Defektauffüllung als alleinige Leistung, d. h. zeitlich getrennt als vorbereitende Maßnahme zur Implantation, kann neben den Nrn. 409, 410 GOZ die Nr. 413 GOZ analog berechnet werden. Bei einzeitigem Vorgehen können neben der Nr. 413 GOZ die Nrn. 409, 410 GOZ nicht berechnet werden.

Es besteht Konsens, dass GTR/GBR in der Parodontologie seinen Ursprung hat und heute häufig auch in der Implantologie angewendet wird. In der Parodontologie ist anerkannt, dass die Membraneinbringung ohne Defektauffüllung als alleinige Leistung nach den Nrn. 409, 410 GOZ oder neben der Nr. 413 GOZ analog berechnet werden kann. Es besteht Einigkeit, dass, wenn über eine solche Aussage in der Parodontologie Konsens besteht, sie auch in der Implantologie gelten soll.

**Beschluss Nr. 2** vom 07.05.2001:

*Nr. 900 GOZ – Implantate, Analyse/Vermessung*

Die Nr. 900 GOZ ist einmal pro Kiefer berechenbar, auch bei mehreren Implantatsystemen. Wird die klinische Situation durch präimplantologische chirurgische Eingriffe verändert und ergibt sich dadurch die Notwendigkeit einer erneuten Analyse, so ist die Nr. 900 GOZ erneut berechenbar.

**Beschluss Nr. 3** vom 07.05.2001:

*Nr. 902 GOZ - Messschablone*

Die Leistung nach Nr. 902 GOZ ist je nach Notwendigkeit, ggf. auch mehrmals pro Implantat berechenbar.

**Beschluss Nr. 4** vom 07.05.2001:

*Nr. 904 GOZ – Implantate freilegen*

Die Leistung nach Nr. 904 GOZ ist pro Implantatpfosten einmal berechnungsfähig. In Ausnahmefällen bei begründeter medizinischer Indikation kann die Nr. 904 GOZ wieder berechnet werden.

**Beschluss Nr. 5** vom 07.05.2001:

*Nr. 905 GOZ - Implantate, Berechenbarkeit von Nrn. 229, 231 und 511 GOZ*

Die Nrn. 229, 231 und 511 GOZ sind für die Abnahme und Wiederbefestigung bedingt abnehmbarer Suprakonstruktionen berechnungsfähig. Müssen zusätzlich am Implantatkörper Sekundärteile ausgewechselt werden, so ist die Nr. 905 GOZ zusätzlich berechenbar.

**Beschluss Nr. 6** vom 07.05.2001:*Nr. 905 GOZ - Implantate, Sekundärteil auswechseln bei bestehender prothetischer Versorgung*

Die Leistung nach der Nr. 905 GOZ ist pro Implantatpfeiler und je Sitzung bei einem Wechselvorgang oder Austausch einmal berechenbar.

Die Nr. 905 GOZ ist eine Implantatposition, nicht Hilfsposition bei Suprakonstruktionen.

**Beschluss Nr. 7** vom 07.05.2001:*Nr. 2730 GOÄ - Alveolarfortsatz, Lagerbildung für Aufbau*

Die Glättung des Alveolarfortsatzes im Bereich des Implantatbetts löst keine eigene Gebührenposition aus.

**Beschluss Nr. 8** vom 07.05.2001:*Implantate, Verschraubungen*

Bei verschraubten Kronen ist die Nr. 508 GOZ in Verbindung mit der Nr. 220/500 GOZ nicht berechnungsfähig, da die Befestigung einer Krone im Zusammenhang mit deren Eingliederung mit der Gebühr für die Krone abgegolten ist (§ 4 Abs. 2 GOZ).

**3. Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)**

Die Angemessenheit der Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikern bestimmt sich nach § 5 Abs. 1 Satz 3 BhV. Danach sind derartige Aufwendungen angemessen bis zur Höhe des Mindestsatzes des GebüH (herausgegeben 1985, Neuauflage in Euro zum 01.01.2002), jedoch höchstens bis zum Schwellenwert des Gebührenrahmens der GOÄ bei vergleichbaren Leistungen. Eine Leistungsübersicht des GebüH und die beihilfefähigen Höchstbeträge sind in Nr. 3.2 aufgeführt. Erläuternd ist dabei anzumerken:

- a) Sind unter einer GebüH-Nr. verschiedene Leistungen aufgeführt, die in der GOÄ mit unterschiedlichen Gebühren bewertet werden, ist der beihilfefähige Betrag in der Reihenfolge der Leistungsaufzählung untergliedert in A, B etc..
- b) In die GOÄ nicht aufgenommene Leistungen wurden - soweit möglich - analog bewertet oder mit Anmerkungen versehen, die z.B. auf die wissenschaftlich nicht allgemeine Anerkennung nach § 6 Abs. 2 BhV hinweisen.

3.1 Das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) wurde von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland 1985 herausgegeben (Neuaufgabe in Euro zum 01.01.2002) und ist im Folgenden aufgeführt:

#### *Einführung*

Heilpraktiker üben ihren Beruf eigenverantwortlich aus und zählen zu den freien Berufen im Sinne des § 18 EStG.

Die Tätigkeit der Heilpraktiker beruht auf einem zum bürgerlichen Recht gehörenden Dienstvertrag mit dem Patienten. Der Vertrag ist laut § 145 BGB nicht an eine Form gebunden und kann auch ohne ausdrückliche Vereinbarung durch schlüssige Handlungen zustande kommen. Der Heilpraktiker schließt mit dem Patienten einen Dienstvertrag (§§ 611 bis 630 BGB), der ihn zur Leistung der versprochenen Dienste, wie Bemühen um Heilung oder Linderung der Krankheit im gegenseitigen Einverständnis, den Patienten zur Gewährung einer Vergütung verpflichtet.

Nach § 611 BGB ist die Höhe der Vergütung der freien Vereinbarung zwischen Heilpraktiker und Patient überlassen. Wurde beim Zustandekommen des Behandlungsvertrages über eine Vergütung nicht gesprochen, so gilt sie doch nach § 612 BGB als vereinbart. Ist in Ermangelung einer Taxe die Höhe der Vergütung nicht bestimmt, so ist die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen (§ 612 Abs. 2). Die Höhe der üblichen Vergütung resultiert aus der Bestimmung der Leistung nach billigem Ermessen (§ 315 BGB). Die Gewährung der Vergütung ist nicht von einem Heilerfolg abhängig, es besteht jedoch für den Heilpraktiker die Verpflichtung zu einer gewissenhaften Behandlung unter Beachtung der Aufklärungs- und Sorgfaltspflicht.

In einer unter den in der Bundesrepublik Deutschland niedergelassenen Heilpraktikern

durchgeführten Umfrage wurde die Höhe des durchschnittlich festgestellten Honorarrahmens ermittelt. Die Auswertung der ermittelten Honorare fand ihren Niederschlag im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH). Das GebüH ist also keine Gebührentaxe, sondern ein Verzeichnis der durchschnittlich üblichen Vergütungen, welches als Berechnungshilfe bei der Rechnungserstellung dient. Sofern die Höhe des Honorars vor der Behandlung nicht ausdrücklich vereinbart wurde, kann der Patient davon ausgehen, dass sie sich im Rahmen der im GebüH enthaltenen Beträge bewegt.

### *Allgemeine Grundsätze*

Eine Rechnungserstellung hat korrekt im Sinne der Nebenpflichten aus dem Behandlungsvertrag zu erfolgen. Die Rechnung muss in ihrer Form sowohl für den Zahlungspflichtigen, als auch für den möglichen Kostenträger übersichtlich und nachvollziehbar sein. Hierbei sind insbesondere anzugeben:

- a) Vor- und Zuname sowie die vollständige Adresse des Patienten
- b) die vollständige Diagnose

Hierbei sind für alle im entsprechenden zeitlichen Zusammenhang durch den Heilpraktiker festgestellten und/oder behandelten Krankheiten, Beschwerden oder Unfallfolgen die entsprechenden Diagnosen in nachvollziehbarer Form anzugeben, so dass sich ein erkennbarer Zusammenhang zu allen Behandlungsmaßnahmen sowie den verordneten oder verwendeten Arzneimitteln ergibt.

- c) jede Einzelleistung mit der entsprechenden GebüH-Nr.
- d) jeder Einzelbetrag der entsprechenden Leistung
- e) jeder Leistungskomplex mit dem entsprechenden Datum

Im Rahmen seines ganzheitlichen Behandlungszieles wendet der Heilpraktiker die notwendigen Verfahren an, die zu einer diagnostischen Abklärung und einer entsprechenden therapeutischen Beeinflussung des jeweiligen Krankheitsgeschehens notwendig sind.

Für die Anwendung von Injektions- und Infusionspräparaten bei erstattungsberechtigten Patienten ist die folgende Anmerkung zu beachten:

Nach § 4 Abs. 3 der Musterversicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherungen werden Arzneimittel grundsätzlich nur dann erstattet, wenn sie vom Behandler verordnet und vom Patienten aus der Apotheke bezogen werden. Ohne Rechts-

pflicht erstatten einige Kostenträger Arzneimittelkosten auch dann, wenn nicht der Patient das Arzneimittel (ggf. Ampullen) aus der Apotheke bezieht, sondern lediglich einzelne Ampullen aus Praxisvorräten verwendet werden und diese mit Namen und Preis auf der Rechnung erscheinen. Die Arzneimittel sollten aus rechtlichen Gründen auf der Rechnung von den persönlichen Leistungen gesondert als Auslagen ausgewiesen werden. Ampullen, die ohne gesonderte Berechnung zur Anwendung kommen, sind ebenfalls namentlich zu benennen.

Fremdleistungen, wie Kosten eines Fremdlabors, soweit der Heilpraktiker Laboruntersuchungen nicht im eigenen Labor oder als Gesellschafter einer Laborgemeinschaft erbringt, sind nur mit dem Gestehungspreis berechenbar. Verauslagte Arzneimittel, wie Ampullen, Infusionsflaschen oder sonstige Materialien, können ebenso nur mit dem Gestehungspreis zur Berechnung kommen. Alle Fremdleistungen sind auf der Rechnung grundsätzlich vom übrigen Honorar getrennt als Auslagen auszuweisen.

Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen sind nicht gesondert berechnungsfähig:

- Porto- und Versandkosten innerhalb einer Laborgemeinschaft, Kleinmaterialien wie Zellstoff- und Mulltupfer, Schnellverbandmittel, Verbandsspray, Einmalspatel und -stäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge, kleine Mull- und Zellstoffkompressen. (Werden wegen der Besonderheit des Falles größere Mengen Mull oder Zellstoff benötigt, können diese mit dem Gestehungspreis zur Berechnung kommen).
- Mittel zur Oberflächenanästhesie, Desinfektions- und Reinigungsmittel, Augen-, Ohren- und Nasentropfen, Puder und Salben sowie geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung.
- Einmalartikel, wie: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalkatheter, Einmaldarmrohre.

Leistungen, die nicht im GebüH enthalten sind, können entsprechend einer ähnlichen Leistung im GebüH berechnet werden. Eine verständliche Beschreibung dieser Leistung kann erforderlich sein. Die Kennzeichnung der analogen Leistung mit einem „A“ zur entsprechenden Nr. ist möglich.

Sofern keine analoge Leistungsziffer gegeben ist, kann die Leistung ohne GebüH-Nr.

mit einer Leistungsbeschreibung dargelegt werden. Das zitieren aus anderen Leistungsverzeichnissen ist möglich.

*Inhaltsverzeichnis***A**

Aderlaß .....	26.2
Aerosolanwendung .....	23
Akupunktur .....	21
Aknepusteln, Entfernung von .....	31.2
Atemtherapie .....	20.1
Attest .....	11
Augenhintergrundspiegelung .....	14.2
Augenvordergrunduntersuchung .....	14.1
Ausstellung eines Wiederholungsrezeptes .....	3

**B**

Bäder, medizinische .....	36
Baunscheidt-Behandlung .....	27.11
Begasung von Extremitäten .....	30.2
Beratung .....	5
Beratung außerhalb der Sprechstunde .....	6
Beratung an Sonn- und Feiertagen .....	8
Beratung bei Nacht .....	7
Bestrahlungen .....	39.1-2
Biersche Stauung .....	27.12
Bindegewebsmassage .....	20.3
Bioelektronische Diagnostik .....	16.3
Blutausstrichdifferenzierung .....	12.10
Blutegelbehandlung .....	27.1
Blutentnahme .....	26.1
Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit .....	12.12
Blutstatus .....	12.7
Blutuntersuchungen, sonstige .....	13
Blutwäsche .....	25.11
Blutzuckerbestimmung .....	12.8

**C**

Cantharidenpflasterbehandlung .....	27.8
Carzinochrom-Reaktion .....	12.5
Chemische Untersuchung .....	12.13
Chemische Untersuchung, aufwendig .....	12.14
Chemogramm .....	12.13
Chiropraktik .....	34.1-2

**D**

Diätplan .....	11.3
----------------	------

**E**

Eigenblutinjektion .....	24.1
Eigenharninjektion .....	24.2
Einreibungen zur Therapie .....	20.8
EKG .....	14.6-7
Elektroneuraldiagnostik .....	16.1

Elektrophysikalische Methoden .....	39
Elektrobäder .....	37.4-5
Enzymdiagnostik .....	12.14
Erstuntersuchung .....	1
Erythrozytenzählung .....	12.11
<b>F</b>	
Fangopackungen .....	38.1
Fontanellen, Setzen von .....	27.7
<b>G</b>	
Gefäßdoppler-Untersuchung .....	14.10
Grundumsatzbestimmung nach Read .....	14.3
Grundumsatzbestimmung mittels Atmungsuntersuchung .....	14.4
<b>H</b>	
Hämoglobinbestimmung .....	12.9
Harnuntersuchung .....	12.1-4
Hausbesuch .....	9
Hausbesuch als Eilbesuch .....	9.2
Hausbesuch bei Tag .....	9.1
Hausbesuch nachts und sonntags .....	9.3
Hausbesuch, Nebengebühren .....	10
Hautwiderstandsmessung .....	16.4
Heilmagnetische Behandlungen .....	18.1-2
Heißluftbäder .....	37.1-3
Herz-Kreislaufuntersuchungen .....	14.9
Homöopathie, klassische Repert. ....	2
HOT-Behandlung .....	25.11
Hydrotherapeutische Anwendungen .....	36
<b>I</b>	
Infiltration, paravertebrale .....	28
Infusion .....	25.7-8
Inhalation .....	22
Injektion .....	25
<b>K</b>	
Kirlian-Fotografie .....	15.1
Kneipp'sche Anwendungen .....	36.4
Krankheitsbescheinigung .....	11.1-2
Kristallographie .....	12.15
Kurplan/Diätplan .....	11.3
<b>L</b>	
Leukozytenzählung .....	12.11
Lichtbäder .....	39.1-2
Lungenkapazität, Prüfung der .....	14.5
Lymphdrainage .....	20.6

**M**

Magnetfeldtherapie .....	39.10
Massagen .....	20
Medico-mechanische Apparate, Beh. ....	20.7
Mikroskopische Untersuchungen .....	12.13

**N**

Nervenpunktmassage .....	20.2
Neuraltherapie .....	25.6
Neurologische Untersuchungen .....	17

**O**

Ohrspülung .....	30.1
Osteopathie .....	35.1-6
Oszillogramm-Methoden .....	14.8
Ozoninjektion .....	25.9-10

**P**

Paravertebrale Infiltration .....	28
Paraffin-Packungen .....	38.2-3
Pflasterverbände .....	33.2
Photoaufnahmen zur Diagnose .....	15.1-2
Photometrie .....	12.15
Prießnitzpackungen .....	38.4
Psychotherapeutische Behandlungen .....	19.1-8
Pustulieren .....	27.10

**Q**

Quaddelbehandlung .....	25.4
-------------------------	------

**R**

Reizstromtherapie .....	39.12
Reiztherapie, Intracutane .....	25.4
Repertorisation, klass. Homöopathie .....	2
Roedersche Behandlung .....	29

**S**

Sauerstoffinhalation .....	23
Saugapparate, Behandlung mit .....	27.6
Segmentdiagnostik .....	16.2
Skarifikation der Haut .....	27.2
Sondermassagen .....	20.6
Spirometrische Untersuchungen .....	14.5
Sprachstörungen, Behandlung von .....	19.7

**Sch**

Schlenzbäder und -packungen .....	36.1/38.4
Schrägbettbehandlung .....	20.6
Schriftliche Auslassungen .....	11
Schröpfen .....	27.3-4

**T**

Teilmassage .....	20.4
-------------------	------

**U**

Ultraschallbehandlungen .....	39.13
Untersuchung, eingehende .....	1
Unterwassermassage .....	20.6
Urinuntersuchung .....	12.1-4

**V, W**

Verbände .....	33
Wiederholungsverordnung .....	3
Wundversorgung .....	32

3.2 *Leistungsübersicht des GebüH und beihilfefähige Höchstbeträge gemäß § 5 Abs. 1*

*Satz 3 BhV*

GebüH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
<b>1 - 10</b>	<b>Allgemeine Leistungen</b>			
<b>1</b>	Für die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende <b>Untersuchung</b>	12,30 bis 20,50	12,30	
<b>2</b>	Durchführung des vollständigen <b>Krankenexamens mit Repertorisation</b> nach den Regeln der klassischen Homöopathie	15,40 bis 41,00	15,40	
<b>3</b>	<b>Kurze Information</b> , auch mittels Fernsprecher, oder <b>Ausstellung einer Wiederholungsverordnung</b> , als einzige Leistung pro Inanspruchnahme des Heilpraktikers	bis 4,50	3,20	
<b>4</b>	<b>Eingehende Beratung</b> , die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, ggf. einschließlich einer Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nr. 4 wird nur als alleinige Leistung von der privaten Krankenversicherung oder der Beihilfe erstattet.</i>	16,40 bis 22,00	16,40	
<b>5</b>	<b>Beratung</b> , auch mittels Fernsprecher, ggf. einschließlich einer kurzen Untersuchung <i>Anmerkung: Eine Leistung nach Nr. 5 wird nur einmal pro Behandlungsfall neben einer anderen Leistung von der privaten Krankenversicherung oder der Beihilfe erstattet.</i>	8,20 bis 20,50	8,20	
<b>6</b>	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	17,00 bis 24,50	14,80	
<b>7</b>	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch bei Nacht, zwischen 20 und 7 Uhr	19,50 bis 28,50	19,50	
<b>8</b>	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch sonn- und feiertags <i>Anmerkung: Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Eine Berechnung des Honorars nach Nr. 6 bis 8</i>	15,40 bis 27,00	15,40	

GebüH			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe- fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
	<p><i>Beratung außerhalb der festgesetzten Zeit stattfand und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso können für Sonn- und Feiertage nicht die dafür vorgesehenen erhöhten Honorare zur Berechnung kommen, wenn der Heilpraktiker gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.</i></p>			
<b>9</b>	<b>Hausbesuch einschließlich Beratung</b>			
9.1	bei Tag	21,50 bis 29,50	21,50	
9.2	in dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt)	24,00 bis 32,00	24,00	
9.3	bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen	27,50 bis 36,50	27,50	
<b>10</b>	<b>Nebengebühren für Hausbesuche</b>			siehe § 8 und § 9 GOÄ
	<p>Wenn der Heilpraktiker außerhalb seiner Praxis tätig sein muß, so hat er Anspruch auf Entschädigung für den Zeitaufwand während seiner Abwesenheit oder für den zurückgelegten Weg. Liegt der Ort der Behandlung <b>bis zu 2 Kilometer</b> von der Praxis entfernt, dann beträgt das <b>Wegegeld</b>:</p>			
10.1	für jede angefangene Stunde bei Tag	bis 5,50		
10.2	für jede angefangene Stunde bei Nacht	bis 10,50		
	<p>Das <b>Wegegeld</b> wird ersetzt bei einer Entfernung von <b>2 bis 25 Kilometern</b>:</p>			
10.3	durch Erstattung der Auslagen für öffentliche Verkehrsmittel			
10.4	durch besondere Vereinbarung mit dem Patienten, wie Gestellung eines Transportmittels. Hierbei besteht nur Anspruch auf Vergütung der Zeitversäumnis.			

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
	Bei <b>Benutzung des eigenen Fahrzeuges</b> für den zurückgelegten Kilometer			
10.5	bei Tag	bis 1,25		
10.6	bei Nacht	bis 2,50		
10.7	Handelt es sich um einen <b>Fernbesuch von über 25 km Entfernung</b> zwischen Praxis- und Besuchsort, so können pro Kilometer an Reisekosten in Anrechnung gebracht werden	bis 0,25		
	<i>Anmerkung: Die Wegekilometer werden nach dem jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweg berechnet.</i>			
	Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.			
10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine <b>Reise, welche länger als 6 Stunden</b> dauert, so kann der Heilpraktiker anstelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten in Anrechnung bringen und außerdem für den Zeitaufwand pro Stunde Reisezeit berechnen. Der Patient ist hiervon vorher in Kenntnis zu setzen.	10,50 bis 20,50		
<b>11</b>	<b>Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen</b>			
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief im Interesse des Patienten	3,60 bis 15,50	3,60	Bescheinigung
11.2	Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten (DIN A 4 engzeilig maschinengeschrieben)	10,30 bis 20,50	10,30	
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen	10,50 bis 26,00	9,40	
	<i>Anmerkung: Die Vervollständigung vorgefertigter Diätpläne ist nicht berechnungsfähig.</i>			

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
<b>12</b>	<b>Chemisch-physikalische Untersuchungen</b>			
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich <i>Anmerkung: Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des pH-Wertes und des spezifischen Gewichtes ist nicht berechnungsfähig</i>	bis 3,10	3,10	
12.2	Harnuntersuchung quantitativ (es ist anzugeben, auf welchen Stoff untersucht wurde, z.B. Zucker usw.)	bis 4,60	4,60	
12.4	Harnuntersuchung, nur sediment	bis 4,60	4,60	
12.5	Carzinochrom-Reaktion (CCR)	bis 17,90	17,90	soweit nicht nach Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen
12.7	Blutstatus (nicht neben Nr. 12.9, 12.10, 12.11)	bis 18,00	12,10	
12.8	Blutzuckerbestimmung	bis 8,00	2,70	
12.9	Hämoglobinbestimmung	bis 5,50	4,10	
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutausstriches	bis 7,70	7,70	
12.11	Zählung der Leuko- und Erythrozyten	bis 5,50	A 4,10 B 1,40	GOÄ-Nr. 3550 GOÄ-Nr. 3551
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschließlich Blutentnahme	bis 6,00	4,10	
12.13*)	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld, pro Untersuchung	bis 9,50	6,70	

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
12.14*)	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang (z.B. Enzymdiagnostik, Nierenchemie, Bluts Serumchemie, Stuhlchemie, Elektrolyse, E-lektrophorese, Fermentchemie, pro Einzelunter-suchung)	bis 10,50	8,10	gilt abschließend auch für sonstige Laborleistungen; eine analoge Heranziehung des Abschnitts M der GOÄ ist nicht zulässig
12.15*)	Kristallographie, Photometrie, pro Einzelunter-suchung	bis 10,50	5,40	Kristallographie nicht bei-hilfefähig: vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV
	*)Anmerkung: Die Art der Untersuchung bei Nr. 12.13, 12.14 oder 12.15 ist anzugeben.			
<b>13</b>	<b>Sonstige Untersuchungen</b>			
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art, z.B. pH-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach v. Bremer, Enderlein usw. Anmerkung: Die Art der Untersuchung ist anzugeben.	10,50 bis 31,00	8,10	
<b>14</b>	<b>Spezielle Untersuchungen</b>			
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes	5,20 bis 10,50	5,20	
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes Anmerkung: Eine Leistung nach Nr. 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Nr. 1 oder Nr. 4 berechnet werden. Leistungen nach Nr. 14.1 und 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.	5,20 bis 10,50	5,20	
14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read	5,20 bis 8,00	5,20	nicht neben einer Leistung nach Nr. 1 oder Nr. 4 erstat-tungsfähig
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atem-gasuntersuchung	10,30 bis 26,00	10,30	
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	10,50 bis 20,50	8,00	

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	26,00 bis 51,50	26,00	
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen	20,50 bis 31,00	A 16,00 B 20,50	GOÄ-Nr. 650; bis zu 8 Ableitungen GOÄ-Nr. 651; ab 9 Ableitungen
14.8	Oszillogramm-Methoden	5,20 bis 25,50	5,20	
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen <i>Anmerkung zu Nr. 14.9: Nicht neben Nr. 1 oder 4 berechenbar.</i>	10,50 bis 25,50	9,80	
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck- und/oder Strömungsmessung	bis 11,30	11,30	
<b>15</b>	<b>Photoaufnahmen</b>			nicht beihilfefähig: nach § 4 Abs. 3 GOÄ nicht gesondert berechenbar, da Kosten mit der Gebühr der Grundleistung abgegolten sind.
15.1	Photoaufnahmen zu diagnostischen Zwecken, Aufnahmen schwarz/weiß (pro Augenpaar)	5,50 bis 15,50		
15.2	Vergrößerungen sowie Farbaufnahmen werden zum handelsüblichen Preis berechnet <i>Anmerkung: Photographische Aufnahmen der Iris oder andere photographische Aufnahmen, die zu diagnostischen Zwecken notwendig sind, sind zuvor mit dem Patienten zu vereinbaren. Photoaufnahmen, die Studienzwecken des Heilpraktikers dienen, kommen nicht zur Berechnung.</i>			
<b>16</b>	<b>Bioenergetische Verfahren</b>			
16.1	Elektro Neural-Diagnostik	10,50 bis 26,00		nicht beihilfefähig; vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe- fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
16.2	Segmentdiagnostik, Maximaldiagnostik u.a.	5,20 bis 20,50	5,20	nur beihilfefähig, wenn sie als einzige Leistung (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ) erbracht und die Notwendigkeit besonders begründet wird; nicht neben Nr. 1 und 4 berechenbar
16.3	Bioelektrische Funktionsdiagnostik	15,50 bis 41,00		nicht beihilfefähig; vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV
16.4	Hautwiderstandsmessungen <i>Anmerkung: Art und Ziel der Untersuchung sind anzugeben.</i>	5,20 bis 26,00	5,20	nur beihilfefähig, wenn sie als einzige Leistung (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ) erbracht und die Notwendigkeit besonders begründet wird; nicht neben Nr. 1 und 4 berechenbar
<b>17</b>	<b>Neurologische Untersuchungen</b>			
17.1	Neurologische Untersuchung <i>Anmerkung: Die neurologische Untersuchung wird grundsätzlich nur durchgeführt, wenn sie für den Heilzweck oder für die Sicherung der Diagnose oder die Beobachtung des Heilungsverlaufes erforderlich erscheint.</i>	5,20 bis 26,00	5,20	nicht neben Nr. 1 und 4 berechenbar
<b>18 - 23</b>	<b>Spezielle Behandlungen</b>			
<b>18</b>	<b>Heilmagnetische Behandlungen</b>			nicht beihilfefähig; vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV
18.1	Einfache heilmagnetische Spezialbehandlungen, soweit sie nicht das gewöhnliche Maß einer Behandlung in zeitlicher Hinsicht überschreiten	5,50 bis 10,50		
18.2	Heilmagnetische Spezialbehandlungen, soweit sie in zeitlicher Hinsicht das gewöhnliche Maß überschreiten	8,00 bis 26,00		
<b>19</b>	<b>Psychotherapie</b>			nicht beihilfefähig gemäß Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV
19.1	Psychotherapie von halbstündiger Dauer	15,50 bis 26,00		

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
19.2	Psychotherapie von 50 - 90 Minuten Dauer	26,00 bis 46,00		
19.3	Ausstellung eines psychodiagnostischen Befundes	15,50 bis 38,50		
19.4	Psychotherapeutisches Gutachten je zweizeiliger Schreibmaschinenseite	bis 15,50		
19.5	Psychologische Exploration mit eingehender Beratung	15,50 bis 46,00		
19.6	Anwendung und Auswertung von Testverfahren (TAT, TUA, Rorschach usw.)	15,50 bis 38,50		
19.7	Behandlung von Störungen der Sprechorgane je Sitzung <i>Anmerkung: Die Honorare für eine ausgedehnte Spezialbehandlung von Sprechangst-Neurosen (Stottern), Honorare für spezielle ausgedehnte Sprechlehreurse, Kurse der Entwöhnungsbehandlung usw. sind besonders zu vereinbaren</i>	10,50 bis 31,00		
19.8	Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose	15,50 bis 26,00		
<b>20</b>	<b>Atemtherapie, Massagen</b>			Beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	13,00 bis 31,00	9,00	
20.2	Nervenzpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u.a. Spezialnervenmassage	8,00 bis 15,50	6,90	
20.3	Bindegewebssmassage	8,00 bis 20,50	6,90	
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	5,50 bis 10,50	4,80	
20.5	Großmassage	10,50 bis 18,00	6,90	
20.6	Sondermassagen (Unterwasserdruckstrahlmassage, Lymphdrainage, Schrägbettbehandlung u.a.)	10,50 bis 20,50	A 9,90 B 6,90 C 6,90	GOÄ-Nr. 527 GOÄ-Nr. 523 GOÄ-Nr. 516
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medico-mechanischen Apparaten	10,50 bis 26,00	7,40	

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	5,50 bis 8,00	4,80	
<b>21</b>	<b>Akupunktur</b>			
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose	10,30 bis 26,00	10,30	
21.2	Moxibustionen, Elektroakupunktur, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte	5,20 bis 15,50	5,20	soweit nicht nach Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen
<b>22</b>	<b>Inhalationen</b>			
22.1	Inhalationen, soweit sie vom Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaturen in der Sprechstunde ausgeführt werden	5,50 bis 13,00	4,00	
<b>23</b>	<b>Aerosole</b>			
23.1	Anwendung von Aerosolen mit Kompressor, Preßluft- bzw. Sauerstoffapparat	5,20 bis 15,50	5,20	soweit nicht nach Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen
<b>24 - 30</b>	<b>Blutentnahmen - Injektionen - Infusionen - Hautableitungsverfahren</b>			
<b>24</b>	<b>Eigenblut</b>			soweit nicht nach Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen
24.1	Eigenblutinjektion	10,30 bis 13,00	10,30	
24.2	Eigenharninjektion	5,20 bis 13,00	5,20	
<b>25</b>	<b>Injektionen, Infusionen</b>			
25.1	Injektion, subkutan	bis 5,20	5,20	
25.2	Injektion, intramuskulär	bis 5,20	5,20	
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell	bis 7,70	7,70	
25.4	intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung) pro Sitzung	7,20 bis 13,00	7,20	
25.5	Injektion, intraartikulär	5,20 bis 15,50	5,20	
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke	7,70 bis 26,00	7,70	

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
25.7	Infusion	bis 8,70	8,70	
25.8	Dauertropfinfusion <i>Anmerkung: Für die bei Infusionen ggf. eingebrachten Me- dikamente werden nur die nachweisbaren Ei- genkosten, unter Angabe von Art und Menge der verbrauchten Präparate, von den Leis- tungsträgern erstattet.</i>	bis 12,80	12,80	
25.9	Gasgemischinjektionen (z.B. Ozon oder Sauer- stoff), intramuskulär	7,70 bis 13,00	7,70	soweit nicht nach Hinweis 2 zu § 6 Abs. 2 BhV ausge- schlossen
25.10	Gasgemischinjektionen, intraarteriell	13,00 bis 26,00	10,80	
25.11	HOT-Behandlung (Hämatogene Oxidationsthe- rapie)	26,00 bis 51,50	nicht beihil- fefähig	vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV
<b>26</b>	<b>Blutentnahmen</b>			
26.1	Blutentnahme	bis 3,60	3,60	
26.2	Aderlaß	bis 12,80	12,80	
<b>27</b>	<b>Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren</b>			
27.1	Setzen von Blutegeln, ggf. einschließl. Ver- band	10,50 bis 31,00	5,90	
27.2	Skarifikation der Haut	5,50 bis 10,50	4,70	
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	5,20 bis 8,00	5,20	
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	10,50 bis 20,50	5,90	
27.5	Schröpfkopfmassage einschließl. Gleitmittel	5,20 bis 10,50	5,20	
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	10,50 bis 26,00	5,90	
27.7	Setzen von Fontanellen	5,20 bis 15,50	5,20	
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	5,20 bis 10,50	5,20	
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nr. 27.8)	5,20 bis 10,50	5,20	

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
27.10	Anwendung von Pustulantien	5,20 bis 10,50	5,20	
27.11	Baunscheidtieren	10,30 bis 20,50	10,30	
27.12	Biersche Stauung	5,20 bis 8,00	5,20	
<b>28</b>	<b>Infiltrationen</b>			
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	7,70 bis 15,50	7,70	
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	10,30 bis 20,50	10,30	
<b>29</b>	<b>Roedersches Verfahren</b>			
29.1	Roedersches Behandlungs- und Mandelabsaugverfahren	8,00 bis 15,50	5,90	
<b>30</b>	<b>Sonstiges</b>			
30.1	Spülung des Ohres	8,00 bis 15,50	6,10	
30.2	Anwendung der Beutelbegasung für ganze Extremitäten mit Ozon oder Sauerstoff	10,30 bis 36,00	10,30	soweit nicht nach Hinweis 2 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen
<b>31</b>	<b>Wundversorgung, Verbände und Verwandtes</b>			
<b>31</b>	<b>Abszesse u.a.</b>			
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	5,20 bis 13,00	5,20	
31.2	Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung	5,20 bis 10,50	5,20	
<b>32</b>	<b>Versorgung einer frischen Wunde</b>			
32.1	bei einer kleinen Wunde	5,20 bis 10,50	5,20	
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	10,30 bis 15,50	10,30	
<b>33</b>	<b>Verbände (außer zur Wundbehandlung)</b>			
33.1	Verbände, jedesmal	5,20 bis 15,50	5,20	
33.2	elastische Stütz- und Pflasterverbände	5,20 bis 15,50	5,20	

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband <i>Anmerkung: Materialien kommen zum Gestehungspreis zur Berechnung.</i>	5,20 bis 13,00	5,20	
<b>34</b>	<b>Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung</b>			
34.1	Chiropraktische Behandlung	10,50 bis 18,00	5,00	
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule <i>Anmerkung: Bei einem mehr als dreimaligen gezielten Eingriff an der Wirbelsäule kann der Leistungsträger eine Begründung verlangen.</i>	15,40 bis 19,00	15,40	
<b>35</b>	<b>Osteopathische Behandlung</b>			
35.1	des Unterkiefers	7,70 bis 15,50	7,70	
35.2	des Schultergelenkes	15,40 bis 26,00	15,40	
35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes und der Fußgelenke	15,40 bis 26,00	15,40	
35.4	des Schlüsselbeins und der Kniegelenke	5,20 bis 15,50	5,20	
35.5	des Daumens	5,20 bis 13,00	5,20	
35.6	einzelner Finger und Zehen	5,20 bis 13,00	5,20	
<b>36</b>	<b>Hydro- und Elektrotherapie</b>			beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
	Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen			
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	5,20 bis 15,50	5,20	
36.2	Leitung eines ansteigendes Teilbades	5,50 bis 8,00	4,90	
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	7,70 bis 23,00	7,70	
36.4	Kneippische Güsse	5,50 bis 8,00	4,90	

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
<b>37</b>	<b>Elektrische Bäder und Heißluftbäder</b>			beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
37.1	Teilheißluftbad, z.B. Kopf oder Arm	5,50 bis 8,00	3,50	
37.2	Ganzheißluftbad, z.B. Rumpf oder Beine	8,00 bis 10,50	5,40	
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,20 bis 10,50	5,20	
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	8,00 bis 13,00	4,90	
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	7,70 bis 13,00	7,70	
<b>38</b>	<b>Spezialpackungen</b>			beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
38.1	Fangopackungen	8,00 bis 15,50	3,70	
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	8,00 bis 15,50	3,70	
38.3	Paraffinganzpackungen	10,50 bis 23,00	3,70	
38.4	Kneippsche Wickel- und Ganzpackungen, Prießnitz- und Schlenzpackungen <i>Anmerkung: Alle nicht aufgeführten Bäder und Packungen evtl. unter Verwendung verschiedener Apparate werden nach vergleichbaren Positionen berechnet.</i>	10,50 bis 31,00	3,70	
<b>39</b>	<b>Elektro-physikalische Heilmethoden</b>			beihilfefähig (außer Nr. 39.10), wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)
39.1	einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	5,50 bis 8,00	3,30	
39.2	Ganzbestrahlungen	7,70 bis 10,50	7,70	
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	5,50 bis 15,50	5,10	
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	5,50 bis 10,50	5,10	
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	5,50 bis 8,00	4,20	
39.7	Verschorfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	5,20 bis 10,50	5,20	

Gebüh			BhV	
Nr.	Leistungsübersicht	Euro	Beihilfe-fähiger Betrag bis zu ... Euro	Bemerkungen
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschiedenen Apparaten	5,50 bis 15,50	3,90	
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mikrowellenbehandlung	8,00 bis 18,00	3,90	
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten	10,50 bis 20,50	nicht beihilfe-fähig	vgl. Hinweis 2 zu § 6 Abs. 2 BhV
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlung (je nach Aufwand und Dauer)	5,50 bis 31,00	5,10	
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, z.B. Jono-Modulator	5,50 bis 26,00	5,10	
39.13	Ultraschall-Behandlung	5,50 bis 15,50	4,70	