

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit verkürzten Leistungsbezeichnungen*) – Kurz-GOÄ – (Stand: 1. Januar 2002)

§ 1

Anwendungsbereich

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

§ 2

Abweichende Vereinbarung

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

§ 3

Vergütungen

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

§ 4

Gebühren

- (1) Gebühren sind Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis (Anlage) genannten ärztlichen Leistungen.
- (2) Der Arzt kann Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Als eigene Leistungen gelten auch von ihm berechnete Laborleistungen des Abschnitts M II des Gebührenverzeichnisses (Basislabor), die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden. Als eigene Leistungen im Rahmen einer wahlärztlichen stationären, teilstationären oder vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung gelten nicht
 1. Leistungen nach den Nrn. 1 bis 62 des Gebührenverzeichnisses innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung,
 2. Visiten nach den Nrn. 45 und 46 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung sowie
 3. Leistungen nach den Nrn. 56, 200, 250, 250a, 252, 271 und 272 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung,wenn diese nicht durch den Wahlarzt oder dessen vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden; der ständige ärztliche Vertreter muss Facharzt desselben Gebiets sein. Nicht persönlich durch den Wahlarzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter erbrachte Leistungen nach Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses gelten nur dann als eigene wahlärztliche Leistungen, wenn der Wahlarzt oder dessen ständiger ärztlicher Vertreter durch die Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“ oder durch die Gebietsbezeichnung „Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin“ qualifiziert ist und die Leistungen nach fachlicher Weisung unter deren Aufsicht erbracht werden.
- (2a) Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte. Die Rufbereitschaft sowie das Bereitstehen eines Arztes oder Arztteams sind nicht berechnungsfähig.

*) Die Leistungsbezeichnungen sind eine verkürzte, nicht offizielle Wiedergabe aus dem Leistungsverzeichnis der GOÄ.

(3) Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für den Sprechstundenbedarf sowie die Kosten für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht in dieser Verordnung etwas anderes bestimmt ist. Hat der Arzt ärztliche 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 Arzt ihn darüber zu unterrichten.

§ 5

Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

(1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich, so weit in den Absätzen 3 und 4 nichts anderes bestimmt ist, nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt 5,82873 Cent. Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden.

(2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein; dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.

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

(4) Gebühren für die Leistung nach Nr. 437 des Gebührenverzeichnisses sowie für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem Einfachen bis 1,3fachen des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 2,3fachen des Gebührensatzes das 1,15fache des Gebührensatzes tritt.

(5) Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder von dem Wahlarzt noch von dessen vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, tritt an die Stelle des Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 1 das 2,3fache des Gebührensatzes und an die Stelle des Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 3 Satz 1 das 1,8fache des Gebührensatzes.

§ 5 a

Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen

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

§ 5 b

Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifs der privaten Krankenversicherung

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

§ 6

Gebühren für andere Leistungen

(1) Erbringen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte oder Chirurgen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316) – aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.

(2) Selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden.

§ 6 a

Gebühren bei stationärer Behandlung

(1) Bei stationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen 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 Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten 15 vom Hundert. Ausgenommen von der Minderungspflicht ist der Zuschlag nach Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses.

(2) Neben den nach Absatz 1 geminderten Gebühren darf der Arzt Kosten nicht berechnen; die §§ 7 bis 10 bleiben unberührt.

§ 7

Entschädigungen

Als Entschädigungen für Besuche erhält der Arzt Wegegeld und Reiseentschädigung; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten.

§ 8
Wegegeld

- (1) Der Arzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Arztes von
1. bis zu zwei Kilometern 3,58 Euro, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 7,16 Euro,
 2. mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern 6,65 Euro, bei Nacht 10,23 Euro,
 3. mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern 10,23 Euro, bei Nacht 15,34 Euro,
 4. mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern 15,34 Euro, bei Nacht 25,56 Euro.
- (2) Erfolgt der Besuch von der Wohnung des Arztes aus, so tritt bei der Berechnung des Radius die Wohnung des Arztes an die Stelle der Praxisstelle.
- (3) Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht, darf der Arzt das Wegegeld unabhängig von der Anzahl der besuchten Patienten und deren Versicherterstatus insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

§ 9
Reiseentschädigung

- (1) Bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern zwischen Praxisstelle des Arztes und Besuchsstelle tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung.
- (2) Als Reiseentschädigung erhält der Arzt
1. 26 Cent für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,
 2. bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden 51,13 Euro, bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 102,26 Euro je Tag,
 3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.
- (3) § 8 Abs. 2 und 3 gilt entsprechend.

§ 10
Ersatz von Auslagen

- (1) Neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen nur berechnet werden
1. die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstigen Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, soweit in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist,
 2. Versand- und Portokosten, soweit deren Berechnung nach Absatz 3 nicht ausgeschlossen ist,
 3. die im Zusammenhang mit Leistungen nach Abschnitt O bei der Anwendung radioaktiver Stoffe durch deren Verbrauch entstandenen Kosten sowie
 4. die nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses als gesondert berechnungsfähig ausgewiesenen Kosten.
- Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.
- (2) Nicht berechnet werden können die Kosten für
1. Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandspate, Holzspatel, Holzstäbchen, 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, Einmalkalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalpekula.
- (3) Versand- und Portokosten können nur von dem Arzt berechnet werden, dem die gesamten Kosten für Versandmaterial, Versandgefäße sowie für den Versand oder Transport entstanden sind. Kosten für Versandmaterial, für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes sind nicht berechnungsfähig; dies gilt auch, wenn Material oder ein Teil davon unter Nutzung der Transportmittel oder des Versandweges oder der Versandgefäße einer Laborgemeinschaft zur Untersuchung einem zur Erbringung von Leistungen beauftragten Arzt zugeleitet wird. Werden aus demselben Körpermaterial sowohl in einer Laborgemeinschaft als auch von einem Laborarzt Leistungen aus den Abschnitten M oder N ausgeführt, so kann der Laborarzt bei Benutzung desselben Transportweges Versandkosten nicht berechnen; dies gilt auch dann, wenn ein Arzt eines anderen Gebiets Auftragsleistungen aus den Abschnitten M oder N erbringt. Für die Versendung der Arztrechnung dürfen Versand- und Portokosten nicht berechnet werden.

§ 11
Zahlung durch öffentliche Leistungsträger

- (1) Wenn ein Leistungsträger im Sinne des § 12 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch oder ein sonstiger öffentlich-rechtlicher Kostenträger die Zahlung leistet, sind die ärztlichen Leistungen nach den Gebührensätzen des Gebührenverzeichnisses (§ 5 Abs. 1 Satz 2) zu berechnen.
- (2) Absatz 1 findet nur Anwendung, wenn dem Arzt vor der Inanspruchnahme eine von dem die Zahlung Leistenden ausgestellte Bescheinigung vorgelegt wird. In dringenden Fällen kann die Bescheinigung auch nachgereicht werden.

§ 12
Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

- (1) Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist.
- (2) Die Rechnung muss insbesondere enthalten:
1. das Datum der Erbringung der Leistung,
 2. bei Gebühren die Nr. und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
 3. bei Gebühren für stationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 6 a,
 4. bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,
 5. bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die Art der Auslage; übersteigt der Betrag der einzelnen Auslage 25,56 Euro, ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen.

(3) Überschreitet eine berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nr. 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen; das Gleiche gilt bei den in § 5 Abs. 3 genannten Leistungen, wenn das 1,8fache des Gebührensatzes überschritten wird, sowie bei den in § 5 Abs. 4 genannten Leistungen, wenn das 1,15fache des Gebührensatzes überschritten wird. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. Soweit im Falle einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 auch ohne die getroffene Vereinbarung ein Überschreiten der in Satz 1 genannten Steigerungssätze gerechtfertigt gewesen wäre, ist das Überschreiten auf Verlangen des Zahlungspflichtigen zu begründen; die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend. Die Bezeichnung der Leistung nach Absatz 2 Nr. 2 kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigefügt wird, der die Bezeichnung für die abgerechnete Leistungsnummer entnommen werden kann. Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 Satz 2), sind als solche zu bezeichnen.

(4) Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 2 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis „entsprechend“ sowie der Nr. und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.

(5) Durch Vereinbarung mit den in § 11 Abs. 1 genannten Leistungs- und Kostenträgern kann eine von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 abweichende Regelung getroffen werden.

Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen

Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
-----	----------	----------------	------------------------------------

A. GEBÜHREN IN BESONDEREN FÄLLEN

Für die nachfolgend genannten Leistungen dürfen Gebühren nach Maßgabe des § 5 nur bis zum Zweieinhalbfachen des Vergütungssatzes bemessen werden: Nrn. 2 und 56 in Abschnitt B, Nrn. 250, 250a, 402 und 403 in Abschnitt C, Nrn. 602, 605 bis 617, 620 bis 624, 635 bis 647, 650, 651, 653, 654, 657 bis 661, 665 bis 666, 725, 726, 759 bis 761 in Abschnitt F, Nrn. 855 bis 857 in Abschnitt G, Nrn. 1001 und 1002 in Abschnitt H, Nrn. 1255 bis 1257, 1259, 1260, 1262, 1263, 1268 bis 1270 in Abschnitt I, Nrn. 1401, 1403 bis 1406, 1558 bis 1560 in Abschnitt J, Nrn. 4850 bis 4873 in Abschnitt N.

B. GRUNDLEISTUNGEN UND ALLGEMEINE LEISTUNGEN

Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
2. Die Leistungen nach den Nrn. 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.
3. Die Leistungen nach den Nrn. 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 Nrn. 1, 5, 6, 7 und/oder 8 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen, bei der Leistung nach Nr. 3 generell zu begründen.
4. Die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 22, 30 und/oder 34 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 804 bis 812, 817, 835, 849, 861 bis 864, 870, 871, 886 sowie 887 nicht berechnungsfähig.
5. Mehr als zwei Visiten an demselben Tag können nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren. Bei der Berechnung von mehr als zwei Visiten an demselben Tag ist die jeweilige Uhrzeit der Visiten in der Rechnung anzugeben. Auf Verlangen ist die mehr als zweimalige Berechnung einer Visite an demselben Tag zu begründen.
6. Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 und/oder 15 nicht berechnungsfähig.
6. Besuchsgebühren nach den Nrn. 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig.
7. Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.
8. Neben einer Leistung nach den Nrn. 5, 6, 7 oder 8 sind die Leistungen nach den Nrn. 600, 601, 1203, 1204, 1228, 1240, 1400, 1401 und 1414 nicht berechnungsfähig.

I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

1	Beratung, auch telefonisch	80	4,66
2	Wiederholungsrezept, Überweisung, Befundübermittlung, Messung von Körperzuständen	30	1,75
<i>Die Leistung nach Nr. 2 darf anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnet werden.</i>			
3	Eingehende Beratung, auch telefonisch	150	8,74
<i>Die Leistung nach Nr. 3 (Dauer mindestens 10 Minuten) ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nrn. 5, 6, 7, 8, 800 oder 801. Eine mehr als einmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 3 im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung.</i>			
4	Fremdanamnese, Unterweisung und Führung von Bezugsperson(en)	220	12,82
<i>Die Leistung nach Nr. 4 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. Die Leistung nach Nr. 4 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 30, 34, 801, 806, 807, 816, 817 und/oder 835 nicht berechnungsfähig.</i>			
5	Symptombezogene Untersuchung	80	4,66

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
	<i>Die Leistung nach Nr. 5 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 6 bis 8 nicht berechnungsfähig.</i>		
6	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Augen, HNO-Bereich, Mund-Kiefer, Nieren und ableitenden Harnwege, Gefäßstatus) <i>Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nr. 6 beinhaltet insbesondere:</i> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <i>Die Leistung nach Nr. 6 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>	100	5,83
7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane, Bauchorgane, weiblicher Genitaltrakt) <i>Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nr. 7 beinhaltet insbesondere:</i> <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. <i>Die Leistung nach Nr. 7 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5, 6 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>	160	9,33
8	Ganzkörperstatus <i>Der Ganzkörperstatus beinhaltet die Untersuchung der Haut, der sichtbaren Schleimhäute, der Brust- und Bauchorgane, der Stütz- und Bewegungsorgane, sowie eine orientierende neurologische Untersuchung. Die Leistung nach Nr. 8 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5, 6, 7 und/oder 800 nicht berechnungsfähig.</i>	260	15,15
11	Digitaluntersuchung Mastdarm/Prostata	60	3,50
15	Flankierende therapeutische und soziale Maßnahmen bei chronisch Kranken <i>Die Leistung nach Nr. 15 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden. Neben der Leistung nach Nr. 15 ist die Leistung nach Nr. 4 im Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>	300	17,49

II. Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nrn. 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.

A	Zuschlag, außerhalb der Sprechstunde <i>Der Zuschlag nach Buchstabe A ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben B, C und/oder D nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Buchstabe A ist für Krankenhausärzte nicht berechnungsfähig.</i>	70	4,08
B	Zuschlag, zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr	180	10,49
C	Zuschlag, zwischen 22 und 6 Uhr <i>Neben dem Zuschlag nach Buchstabe C ist der Zuschlag nach Buchstabe B nicht berechnungsfähig.</i>	320	18,65

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
D	Zuschlag, Samstag, Sonn- oder Feiertag <i>Werden Leistungen innerhalb einer Sprechstunde an Samstagen erbracht, so ist der Zuschlag nach Buchstabe D nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, ist neben dem Zuschlag nach Buchstabe D ein Zuschlag nach Buchstabe B oder C berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Buchstabe D ist für Krankenhausärzte im Zusammenhang mit zwischen 8 und 20 Uhr erbrachten Leistungen nicht berechnungsfähig.</i>	220	12,82
K 1	Zuschlag, Untersuchungen nach den Nrn. 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum 4. Lebensjahr	120	6,99
III. Spezielle Beratungen und Untersuchungen			
20	Beratungsgespräch in Gruppen, je Teilnehmer und Sitzung (Mindestdauer 50 Minuten) <i>Neben der Leistung nach Nr. 20 sind die Leistungen nach den Nrn. 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.</i>	120	6,99
21	Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung <i>Die Leistung nach Nr. 21 darf nur berechnet werden, wenn die Beratung in der Sitzung mindestens eine halbe Stunde dauert. Die Leistung nach Nr. 21 ist innerhalb eines halben Jahres nach Beginn des Beratungsfalles nicht mehr als viermal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 21 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 22 und 34 nicht berechnungsfähig.</i>	360	20,98
22	Eingehende Beratung einer Schwangeren <i>Neben der Leistung nach Nr. 22 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 21 oder 34 nicht berechnungsfähig.</i>	300	17,49
23	Erste Vorsorgeuntersuchung Schwangerschaft <i>Neben der Leistung nach Nr. 23 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 7 und/oder 3550 nicht berechnungsfähig.</i>	300	17,49
24	Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf <i>Neben der Leistung nach Nr. 24 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5 und/oder 7 nicht berechnungsfähig.</i>	200	11,66
25	Neugeborenen-Erstuntersuchung <i>Neben der Leistung nach Nr. 25 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>	200	11,66
26	Früherkennungsuntersuchung beim Kind <i>Die Leistung nach Nr. 26 ist ab dem vollendeten 2. Lebensjahr je Kalenderjahr höchstens einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 26 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>	450	26,33
27	Krebsvorsorgeuntersuchung, Frau <i>Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten. Neben der Leistung nach Nr. 27 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 6, 7, 8, 297, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.</i>	320	18,65
28	Krebsvorsorgeuntersuchung, Mann <i>Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten.</i> <i>Neben der Leistung nach Nr. 28 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.</i>	280	16,32
29	Früherkennungsuntersuchung beim Erwachsenen <i>Neben der Leistung nach Nr. 29 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.</i>	440	25,65
30	Homöopathische Erstanamnese (Mindestdauer eine Stunde) <i>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 Nr. 30 bei entsprechender Begründung mit der Hälfte der Gebühr berechnet werden.</i>	900	52,46

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
	<i>Die Leistung nach Nr. 30 ist innerhalb von einem Jahr nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 30 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3 und/oder 34 nicht berechnungs- fähig.</i>		
31	Homöopathische Folgeanamnese (Mindestdauer 30 Minuten)	450	26,23
	<i>Die Leistung nach Nr. 31 ist innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 31 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 30 und/oder 34 nicht berech- nungsfähig.</i>		
32	Untersuchung nach Jugendarbeitsschutzgesetz	400	23,31
33	Diabetiker-Einzelschulung (Mindestdauer 20 Minuten)	300	17,49
	<i>Die Leistung nach Nr. 33 ist innerhalb von einem Jahr höchstens dreimal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 33 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 15, 20, 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.</i>		
34	Erörterung, lebensverändernde oder bedrohende Erkrankung (Mindestdauer 20 Minuten)	300	17,49
	<i>Die Leistung nach Nr. 34 ist innerhalb von 6 Monaten höchstens zweimal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 34 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 15 und/oder 30 nicht berech- nungsfähig.</i>		
IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz			
45	Visite im Krankenhaus	70	4,08
	<i>Die Leistung nach Nr. 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. Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig. Wird mehr als eine Visite an demselben Tag erbracht, kann für die über die erste Visite hinausgehenden Visiten nur die Leistung nach Nr. 46 berechnet werden. Die Leistung nach Nr. 45 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter im Sinne des § 4 Abs. 2 Satz 3 persönlich erbracht wird.</i>		
46	Zweitvisite im Krankenhaus	50	2,91
	<i>Die Leistung nach Nr. 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. Anstelle oder neben der Zweitvisite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 45, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig. 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. Die Leistung nach Nr. 46 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter im Sinne des § 4 Abs. 2 Satz 3 persönlich erbracht wird.</i>		
48	Besuch, Pflegestation	120	6,99
	<i>Die Leistung nach Nr. 48 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 1, 50, 51 und/oder 52 nicht berech- nungsfähig.</i>		
50	Besuch mit Beratung und Untersuchung	320	18,65
	<i>Die Leistung nach Nr. 50 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nrn. 45 oder 46 nicht berech- net werden. Neben der Leistung nach Nr. 50 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berech- nungsfähig.</i>		
51	Mitbesuch eines weiteren Kranken	250	14,57
	<i>Die Leistung nach Nr. 51 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nrn. 45 oder 46 nicht berech- net werden. Neben der Leistung nach Nr. 51 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berech- nungsfähig.</i>		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
52	Besuch durch nichtärztliches Personal <i>Die Pauschalgebühr nach Nr. 52 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie ist nicht berechnungsfähig, wenn das nichtärztliche Personal den Arzt begleitet. Wegegeld ist daneben nicht berechnungsfähig.</i>	100	5,83
55	Begleitung eines Patienten durch den Arzt <i>Neben der Leistung nach Nr. 55 sind die Leistungen nach den Nrn. 56, 60 und/oder 833 nicht berechnungsfähig.</i>	500	29,14
56	Verweilen, je angefangene halbe Stunde <i>Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mindestens eine halbe Stunde verweilen muss und während dieser Zeit keine ärztliche(n) Leistung(en) erbringt. Im Zusammenhang mit dem Beistand bei einer Geburt darf die Verweilgebühr nur für ein nach Ablauf von zwei Stunden notwendiges weiteres Verweilen berechnet werden.</i>	180	10,49
60	Konsiliarische Erörterung <i>Die Leistung nach Nr. 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 Nr. 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt. Die Leistung nach Nr. 60 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung (z. B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt) sind. Sie ist nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z. B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe).</i>	120	6,99
61	Assistenz, je angefangene halbe Stunde <i>Die Leistung nach Nr. 61 ist neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig. Die Nr. 61 gilt nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden. Die Leistung nach Nr. 61 darf nicht berechnet werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt.</i>	130	7,58
62	Assistenz bei operativen belegärztl. Leistungen/bei ambulanter Operation niedergelassener Ärzte, je angefangene halbe Stunde <i>Wird die Leistung nach Nr. 62 berechnet, kann der assistierende Arzt die Leistung nach Nr. 61 nicht berechnen.</i>	150	8,74

V. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nrn. 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 Nr. 51 nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nrn. 45 bis 55 und 60 dürfen die Zuschläge unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 nicht berechnet werden.

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

E	Zuschlag, unverzüglich erfolgte Ausführung <i>Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Leistungen nach den Nrn. 45 und/oder 46 nicht berechnungsfähig, es sei denn, die Visite wird durch einen Belegarzt durchgeführt. Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Zuschlägen nach den Buchstaben F, G und/oder H nicht berechnungsfähig.</i>	160	9,33
F	Zuschlag, zwischen 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr <i>Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>	260	15,15
G	Zuschlag, zwischen 22 und 6 Uhr <i>Der Zuschlag nach Buchstabe G ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig. Neben dem Zuschlag nach Buchstabe G ist der Zuschlag nach Buchstabe F nicht berechnungsfähig.</i>	450	26,23

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
H	Zuschlag, Samstag, Sonn- oder Feiertag	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 Nrn. 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>		

J	Zuschlag, Belegarzt-Visite, je Tag	80	4,66
K 2	Zuschlag zu den Nrn. 45, 46, 48, 50, 51, 55 oder 56 bei Kindern bis zum 4. Lebensjahr	120	6,99

VI. Berichte, Briefe

70	Kurz-Bescheinigung/Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	40	2,33
75	Ausführlicher schriftlicher Bericht	130	7,58

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

76	Schriftlicher, individueller Diätplan	70	4,08
77	Schriftliche, individuelle Planung/Leitung einer Kur	150	8,74

Die Leistung nach Nr. 77 ist für eine im zeitlichen Zusammenhang durchgeführte Kur unabhängig von deren Dauer nur einmal berechnungsfähig.

78	Behandlungsplan Chemotherapie und/oder schriftlicher onkologischer Nachsorgeplan	180	10,49
80	Schriftliche gutachtliche Äußerung	300	17,49
85	Aufwendige schriftliche gutachtliche Äußerung, je angefangene Stunde Arbeitszeit	500	29,14
90	Schriftliche Beurteilung einer Indikation für Schwangerschaftsabbruch	120	6,99
95	Schreibgebühr, je angefangene DIN A4-Seite	60	3,50
96	Schreibgebühr, je Kopie	3	0,17

Die Schreibgebühren nach den Nrn. 95 und 96 sind nur neben den Leistungen nach den Nrn. 80, 85 und 90 und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

VII. Todesfeststellung

Allgemeine Bestimmung

Begibt sich der Arzt zur Erbringung einer oder mehrerer Leistungen nach den Nrn. 100 bis 107 außerhalb seiner Arbeitsstätte (Praxis oder Krankenhaus) oder seiner Wohnung, kann er für die zurückgelegte Wegstrecke Wegegeld nach § 8 berechnen.

100	Leichenschau	250	14,57
102	Entnahme einer Körperflüssigkeit beim Toten	150	8,74
104	Bulbusentnahme beim Toten	250	14,57
105	Hornhautentnahme aus einem Auge beim Toten	230	13,41
107	Entnahme eines Herzschrittmachers beim Toten	220	12,82

C. NICHTGEBIETSBEZOGENE SONDERLEISTUNGEN

I. Anlegen von Verbänden

Allgemeine Bestimmung

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

200	Verband	45	2,62
201	Klebeverband des Brustkorbs	65	3,79
204	Zirkulärer Verband/ stabilisierender Verband/ Halskravattenverband/ Kompressionsverband	95	5,54
206	Tape-Verband, kleines Gelenk	70	4,08
207	Tape-Verband, großes Gelenk/Zinkleimverband	100	5,83
208	Stärke- oder Gipsfixation	30	1,75
209	Großflächiges Auftragen von Externa (z. B. Salben), je Sitzung	150	8,74
210	Kleiner Schienenverband	75	4,37
211	Kleiner Schienenverband, Wiederanlegung	60	3,50
212	Großer Schienenverband	160	9,33
213	Großer Schienenverband, Wiederanlegung	100	5,83
214	Abduktionsschienenverband	240	13,99
217	Streckverband	230	13,41
218	Streckverband mit Extension	660	38,47
225	Gipsfingerling	70	4,08
227	Gipshülse mit Gelenkschienen	300	17,49
228	Gipsschienenverband oder Gipsantoffel	190	11,07
229	Gipsschienenverband, Wiederanlegung	130	7,58

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
230	Zirkulärer Gipsverband	300	17,49
231	Zirkulärer Gehgipsverband, Unterschenkel	360	20,98
232	Zirkulärer Gipsverband, zwei große Gelenke	430	25,06
235	Zirkulärer Gipsverband, Hals	750	43,72
236	Zirkulärer Gipsverband, Rumpf	940	54,79
237	Gips- oder Gipsschienenverband, zwei große Gelenke	370	21,57
238	Gipsschienenverband, zwei große Gelenke, Wiederanlegung	200	11,66
239	Gipsverband, Arm/Schulter oder Bein/Beckengürtel	750	43,72
240	Gipsbett oder Nachtschale, Rumpf	940	54,79
245	Quengelverband	110	6,41
246	Abnahme zirkulärer Gipsverband	150	8,74
247	Abänderung (Fensterung, Spaltung, etc.) eines Gipsverbands	110	6,41

II. Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nrn. 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 Nrn. 270, 273 bis 281, 283, 286 sowie 287 können jeweils nur einmal je Behandlungstag berechnet werden. Die Leistungen nach den Nrn. 271 oder 272 sind je Gefäßzugang einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 271 oder 272 setzt gesonderte Punktionen verschiedener Blutgefäße voraus. Gegebenenfalls erforderliche Gefäßpunktionen sind Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 287 und mit den Gebühren abgegolten. Die Leistungen nach den Nrn. 271 bis 276 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

250	Blutentnahme, Vene	40	2,33
250a	Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum 8. Lebensjahr	40	2,33
251	Blutentnahme, Arterie	60	3,50
252	Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär	40	2,33
253	Injektion, intravenös	70	4,08
254	Injektion, intraarteriell	80	4,66
255	Injektion, intraartikulär oder perineural	95	5,54
256	Injektion, Periduralraum	185	10,78
257	Injektion, Subarachnoidalraum	400	23,31
258	Injektion, intraaortal oder intrakardial (ausgenommen bei liegendem Aorten- oder Herzkatheter)	180	10,49
259	Periduralkatheter	600	34,97
260	Arterieller Katheter/ zentraler Venenkatheter	200	11,66

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

261	Arzneimittleinbringung in parenteralen Katheter	30	1,75
-----	---	----	------

Die Leistung nach Nr. 261 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidot.

Wird die Leistung nach Nr. 261 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.

262	Transfemorale Blutentnahme mittels Katheter	450	26,23
263	Subkutane Hyposensibilisierungsbehandlung, je Sitzung	90	5,25
264	Injektions-/Infiltrationsbehandlung, Prostata, je Sitzung	120	6,99
265	Auffüllung subkutanes Medikamentenreservoir/ Port-Spülung, je Sitzung	60	3,50
265a	Auffüllung eines Hautexpanders, je Sitzung	90	5,25
266	Quaddelbehandlung, je Sitzung	60	3,50
267	Infiltrationsbehandlung, eine Körperregion, je Sitzung	80	4,66
268	Infiltrationsbehandlung, mehrere Körperregionen, je Sitzung	130	7,58
269	Akupunktur zur Schmerzbehandlung, je Sitzung	200	11,66
269a	Akupunktur zur Schmerzbehandlung (Mindestdauer 20 Minuten), je Sitzung	350	20,40

Neben der Leistung nach Nr. 269a ist die Leistung nach Nr. 269 nicht berechnungsfähig.

270	Infusion, subkutan	80	4,66
271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten	120	6,99
272	Infusion, intravenös, mehr als 30 Minuten	180	10,49
273	Infusion, intravenös, beim Kind bis zum 4. Lebensjahr	180	10,49

Die Leistungen nach den Nrn. 271, 272 und 273 sind im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidot.

Werden die Leistungen nach den Nrn. 271, 272 oder 273 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.

274	Dauertropfinfusion, intravenös, mehr als 6 Stunden	320	18,65
-----	--	-----	-------

Neben der Leistung nach Nr. 274 sind die Leistungen nach den Nrn. 271 bis 273, 275 und/oder 276 nicht berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
275	Dauertropfinfusion von Zytostatika, mehr als 90 Minuten	360	20,98
276	Dauertropfinfusion von Zytostatika, mehr als 6 Stunden	540	31,48
277	Infusion, intraarteriell, bis zu 30 Minuten	180	10,49
278	Infusion, intraarteriell, mehr als 30 Minuten	240	13,99
279	Infusion in das Knochenmark	180	10,49
280	Transfusion, erste Blutkonserve oder Blutpräparat	330	19,23
<i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nr. 280 berechnungsfähig.</i>			
281	Transfusion, erste Blutkonserve oder Blutpräparat, beim Neugeborenen	450	26,23
<i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nr. 281 berechnungsfähig.</i>			
282	Transfusion, jede weitere Blutkonserve oder Blutpräparat	150	8,74
<i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nr. 282 berechnungsfähig.</i>			
283	Infusion, Aorta, beim Neugeborenen	500	29,14
284	Eigenbluteinspritzung	90	5,25
285	Aderlass	110	6,41
286	Reinfusion, erste Einheit Eigenblut/plasma	220	12,82
286a	Reinfusion, jede weitere Einheit Eigenblut/plasma	100	5,83
287	Blutaustauschtransfusion	800	46,63
288	Entnahme einer Einheit Eigenblut	230	13,41
289	Entnahme einer Einheit Eigenblut mit Aufbereitung	350	20,40
290	Infiltration gewebehärtender Mittel	120	6,99
291	Implantation von Hormonpresslingen	70	4,08
297	Abstrich zur zytologischen Untersuchung	45	2,62
<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>			
298	Abstrich zur mikrobiologischen Untersuchung	40	2,33
<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.

300	Punktion, Gelenk	120	6,99
301	Punktion, Ellenbogen-/Knie-/Wirbelgelenk	160	9,33
302	Punktion, Schulter-/Hüftgelenk	250	14,57
303	Punktion, Drüse/Schleimbeutel o.ä./Hämatom/Abszess	80	4,66
304	Punktion, Augenhöhle	160	9,33
305	Punktion, Liquorräume	350	20,40
305a	Punktion, Liquorräume, durch Fontanelle	250	14,57
306	Punktion, Lunge/Gehirn	500	29,14
307	Punktion, Pleuraraum/Bauchhöhle	250	14,57
308	Gewebeentnahme, Pleura	350	20,40
310	Punktion, Herzbeutel	350	20,40
311	Punktion, Knochenmark	200	11,66
312	Knochenstanze	300	17,49
314	Punktion, Mamma/Lymphknoten	120	6,99
315	Punktion eines Organs	250	14,57
316	Punktion, Douglasraum	250	14,57
317	Punktion, Adnextumor	350	20,40
318	Punktion, Harnblase/Wasserbruch	120	6,99
319	Punktion, Prostata/Schilddrüse	200	11,66
321	Sondierung/Katheterisierung Gänge/Fistel	50	2,91

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 Euro (Einfachsatz)
340	Kontrastmitteleinbringung, zerebrospinale Liquorräume	400	23,31
344	Kontrastmitteleinbringung, intravenös, bis zu 10 Minuten	100	5,83
345	Kontrastmitteleinbringung, intravenös, mehr als 10 Minuten	130	7,58
346	Kontrastmitteleinbringung, intravenös, Hochdruckinjektion	300	17,49
347	Weitere intravenöse Kontrastmitteleinbringungen mittels Hochdruckinjektion	150	8,74
350	Kontrastmitteleinbringung, intraarteriell	150	8,74
351	Kontrastmitteleinbringung, Gehirnarterien, je Halsschlagader	500	29,14
<i>Die Leistung nach Nr. 351 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i>			
355	Kontrastmitteleinbringung mittels Herzkatheter, Herz und herznahe Gefäße, je Sitzung	600	34,97
<i>Die Leistung nach Nr. 355 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i>			
<i>Wird die Leistung nach Nr. 355 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 360 erbracht, ist die Leistung nach Nr. 355 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			
356	Zuschlag zu Nr. 355, Herzkatheter beider Herzhälften	400	23,31
<i>Die Leistung nach Nr. 356 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i>			
<i>Wird die Leistung nach Nr. 356 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 360 erbracht, ist die Leistung nach Nr. 356 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			
357	Kontrastmitteleinbringung, Brust-/ Bauchaorta, je Sitzung	500	29,14
<i>Wird die Leistung nach Nr. 357 im Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 351 erbracht, ist die Leistung nach Nr. 357 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			
360	Kontrastmitteleinbringung mittels Herzkatheter, Herzkranzgefäß, je Sitzung	1000	58,29
<i>Die Leistung nach Nr. 360 kann je Sitzung nur einmal berechnet werden.</i>			
<i>Die Leistung nach Nr. 360 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i>			
361	Kontrastmitteleinbringung, weiteres Herzkranzgefäß	600	34,97
<i>Die Leistung nach Nr. 361 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i>			
365	Kontrastmitteleinbringung zur Lymphographie, je Extremität	400	23,31
368	Kontrastmitteleinbringung zur Bronchographie	400	23,31
370	Kontrastmitteleinbringung, Gänge/Fisteln	200	11,66
372	Kontrastmitteleinbringung, Zwischenwirbelraum	280	16,32
373	Kontrastmitteleinbringung, Gelenk	250	14,57
374	Kontrastmitteleinbringung, Dünndarm	150	8,74

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 Nrn. 376 bis 378 sind die Leistungen nach den Nrn. 1 und 2 und die gegebenenfalls erforderliche Eintragung in den Impfpass nicht berechnungsfähig.
4. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nrn. 380 bis 382, 385 bis 391 sowie 395 und 396 sind die Kosten abgegolten.
5. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nrn. 393, 394, 397 und 398 sind die Kosten für serienmäßig lieferbare Testmittel abgegolten.

375	Schutzimpfung, intramuskulär/ subkutan	80	4,66
376	Schutzimpfung, oral und Beratung	80	4,66
377	Zusatzinjektion bei Parallelimpfung	50	2,91
378	Simultanimpfung, Wundstarrkrampf	120	6,99
380	Epikutantest, je Test (1. bis 30. Test je Behandlungsfall)	30	1,75
381	Epikutantest, je Test (31. bis 50. Test)	20	1,17
382	Epikutantest, je Test (51. bis 100. Test)	15	0,87

Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

383	Kutane Testung	30	1,75
384	Stempeltest	40	2,33
385	Pricktest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	45	2,62
386	Pricktest, je Test (21. bis 40. Test)	30	1,75
387	Pricktest, je Test (41. bis 80.)	20	1,17

Mehr als 80 Pricktests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
388	Reib-/Scratch-/Skarifikationstest, je Test (bis zu 10 Tests je Behandlungsfall)	35	2,04
389	Reib-/Scratch-/Skarifikationstest, jeder weitere Test	25	1,46
390	Intrakutantest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	60	3,50
391	Intrakutantest, jeder weitere Test	40	2,33

Mehr als 80 Intrakutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

393	Nasaler/konjunkivaler Provokationstest, je Test	100	5,83
394	Höchstwert für Leistungen nach Nr. 393, je Tag	300	17,49
395	Nasaler Schleimhautprovokationstest mit apparativer Registrierung, je Test	280	16,32
396	Höchstwert für Leistungen nach Nr. 395, je Tag	560	32,64
397	Bronchialer Provokationstest mit apparativer Registrierung, je Test	380	22,15
398	Höchstwert für Leistungen nach Nr. 397, je Tag	760	44,30
399	Oraler Provokationstest	200	11,66

VI. Sonografische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

- Die Zuschläge nach den Nrn. 401 sowie 404 bis 406 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.
- Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nrn. 401 bis 418 sowie 422 bis 424 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.
- Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nrn. 410 bis 418 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.
- Die Leistungen nach den Nrn. 422 bis 424 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.
- Mit den Gebühren für die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nrn. 401 bis 424 ist die erforderliche Bilddokumentation abgegolten.
- Als Organe im Sinne der Leistungen nach den Nrn. 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.
- Die sonografische 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.

401	Zuschlag zu Nrn. 410 - 418, Duplex-Verfahren	400	23,31
<i>Der Zuschlag nach Nr. 401 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 406, 422 bis 424, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.</i>			
402	Zuschlag, transösophageale Untersuchung	250	14,57
<i>Der Zuschlag nach Nr. 402 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 403 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i>			
403	Zuschlag, transkavitäre Untersuchung	150	8,74
<i>Der Zuschlag nach Nr. 403 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 402 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i>			
404	Zuschlag, Frequenzspektrumanalyse	250	14,57
<i>Der Zuschlag nach Nr. 404 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 422, 423, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.</i>			
405	Zuschlag zu Nrn. 415 oder 424, cw-Doppler	200	11,66
406	Zuschlag zu Nr. 424, Farbkodierung	200	11,66
408	Transluminale Sonographie, je Sitzung	200	11,66
410	Ultraschalluntersuchung, ein Organ	200	11,66

Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.

412	Ultraschalluntersuchung, Schädel, beim Kind bis zum 2. Lebensjahr	280	16,32
413	Ultraschalluntersuchung, Hüftgelenke, beim Kind bis zum 2. Lebensjahr	280	16,32
415	Ultraschalluntersuchung, Mutterschaftsvorsorge	300	17,49
417	Ultraschalluntersuchung, Schilddrüse	210	12,24
418	Ultraschalluntersuchung, Brustdrüse	210	12,24
420	Ultraschalluntersuchung, bis zu drei weiteren Organen, je Organ	80	4,66

Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben.

Die Leistung nach Nr. 420 kann je Sitzung höchstens dreimal berechnet werden.

422	Eindimensionale Echokardiographie	200	11,66
423	Zweidimensionale Echokardiographie – einschließlich Nr. 422 –	500	29,14
424	Zweidimensionale Doppler-Echokardiographie – einschließlich Nr. 423 –	700	40,80

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
-----	----------	----------------	------------------------------------

VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen

427	Apparative Beatmung, bis zu 12 Stunden	150	8,74
428	Apparative Beatmung, mehr als 12 Stunden, je Tag	220	12,82

Neben den Leistungen nach den Nrn. 427 und 428 sind die Leistungen nach den Nrn. 462, 463 und/oder 501 nicht berechnungsfähig.

429	Wiederbelebungsversuch	400	23,31
430	Elektro-Defibrillation/-Stimulation, Herz	400	23,31

Die Leistung nach Nr. 430 ist auch bei mehrfacher Verabfolgung von Stromstößen in engem zeitlichen Zusammenhang zur Erreichung der Defibrillation nur einmal berechnungsfähig.

431	Elektrokardioskopie	100	5,83
433	Ausspülung des Magens	140	8,16
435	Stationäre Intensivmedizinische Überwachung und Behandlung, bis zu 24 Stunden Dauer	900	52,46

Neben der Leistung nach Nr. 435 sind für die Dauer der stationären intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung Leistungen nach den Abschnitten C III und M sowie die Leistungen nach den Nrn. 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 Nr. 435 berechnet werden.

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

Mit der Gebühr für die Leistung nach Nr. 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, bis zu 24 Stunden Dauer	500	29,14
-----	---	-----	-------

Neben der Leistung nach Nr. 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

- Bei ambulanter Durchführung von Operations- und Anästhesieleistungen in der Praxis niedergelassener Ärzte oder in Krankenhäusern können für die erforderliche Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z. B. Kosten für Operations- oder Aufwachräume oder Gebühren bzw. Kosten für wiederverwendbare Operationsmaterialien bzw. -geräte) Zuschläge berechnet werden. Für die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers im Zusammenhang mit einer ambulanten operativen Leistung können Zuschläge berechnet werden, wenn die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer für die operative Leistung nicht beinhaltet ist.
 - Die Zuschläge nach den Nrn. 440 bis 449 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.
 - Die Zuschläge nach den Nrn. 440, 441, 442, 443, 444 und 445 sind operativen Leistungen
 - nach den Nrn. 679, 695, 700, 701, 765 in Abschnitt F,
 - nach den Nrn. 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 Nrn. 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 Nrn. 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 Nrn. 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 Nrn. 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 Nrn. 446 und 447 sind anästhesiologischen Leistungen des Abschnitts D zuzuordnen.
- Die Zuschläge nach den Nrn. 448 und 449 dürfen nur im Zusammenhang mit einer an einen Zuschlag nach den Nrn. 442 bis 445 gebundenen ambulanten Operation und mit einer an einen Zuschlag nach den Nrn. 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.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
4.	Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlages nach den Nrn. 442 bis 445 sowie 446 oder 447 ist die erbrachte Operations- bzw. Anästhesieleistung mit der höchsten Punktzahl. Eine Zuordnung des Zuschlages nach den Nrn. 442 bis 445 sowie 446 bis 447 zu der Summe der jeweils ambulant erbrachten einzelnen Operations- bzw. Anästhesieleistungen ist nicht möglich.		
5.	Die Leistungen nach den Nrn. 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 Nrn. 442 bis 445 oder den Leistungen nach den Nrn. 446 bis 447 berechnungsfähig. Neben den Leistungen nach den Nrn. 448 oder 449 darf die Leistung nach Nr. 56 nicht berechnet werden.		
6.	Die Zuschläge nach den Nrn. 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.		
440	Zuschlag, Operationsmikroskop <i>Der Zuschlag nach Nr. 440 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.</i>	400	23,31
441	Zuschlag, Laser <i>Der Zuschlag nach Nr. 441 beträgt 100 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 67,49 Euro. Der Zuschlag nach Nr. 441 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.</i>		
442	Zuschlag, ambulante Operation mit einer Bewertung von 250 bis 499 Punkten <i>Der Zuschlag nach Nr. 442 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 442 ist neben den Zuschlägen nach den Nrn. 443 bis 445 nicht berechnungsfähig.</i>	400	23,31
443	Zuschlag, ambulante Operation mit 500 bis 799 Punkten <i>Der Zuschlag nach Nr. 443 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 443 ist neben den Zuschlägen nach den Nrn. 442, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.</i>	750	43,72
444	Zuschlag, ambulante Operation mit 800 bis 1199 Punkten <i>Der Zuschlag nach Nr. 444 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 444 ist neben den Zuschlägen nach den Nrn. 442, 443 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.</i>	1300	75,77
445	Zuschlag, ambulante Operation mit 1200 und mehr Punkten <i>Der Zuschlag nach Nr. 445 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 445 ist neben den Zuschlägen nach den Nrn. 442 bis 444 nicht berechnungsfähig.</i>	2200	128,23
446	Zuschlag, ambulante Anästhesie mit 200 bis 399 <i>Der Zuschlag nach Nr. 446 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 446 ist neben dem Zuschlag nach Nr. 447 nicht berechnungsfähig.</i>	300	17,49
447	Zuschlag, ambulante Anästhesie mit 400 und mehr Punkten <i>Der Zuschlag nach Nr. 447 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 447 ist neben dem Zuschlag nach Nr. 446 nicht berechnungsfähig.</i>	650	37,89
448	Nachbetreuung nach ambulanter Operation (mehr als 2 Stunden) <i>Der Zuschlag nach Nr. 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 448 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nr. 449 nicht berechnungsfähig.</i>	600	34,97
449	Nachbetreuung nach ambulanter Operation (mehr als 4 Stunden) <i>Der Zuschlag nach Nr. 449 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nr. 449 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nr. 448 nicht berechnungsfähig.</i>	900	52,46

D. ANÄSTHESIELEISTUNGEN

Allgemeine Bestimmungen

Bei der Anwendung mehrerer Narkose- oder Anästhesieverfahren nebeneinander ist nur die jeweils höchstbewertete dieser Leistungen berechnungsfähig; eine erforderliche Prämedikation ist Bestandteil dieser Leistung. Als Narkosedauer gilt die Dauer von zehn Minuten vor Operationsbeginn bis zehn Minuten nach Operationsende.

450	Rauschnarkose	76	4,43
451	Intravenöse Kurzarkose	121	7,05
452	Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)	190	11,07
453	Vollnarkose	210	12,24
460	Kombinationsnarkose, bis zu einer Stunde	404	23,55
461	Kombinationsnarkose, jede weitere angefangene halbe Stunde	202	11,77
462	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, bis zu einer Stunde	510	29,73
463	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, jede weitere angefangene halbe Stunde	348	20,28
469	Kaudalanästhesie	250	14,57

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
470	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, bis zu einer Stunde	400	23,31
471	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, bis zu zwei Stunden	600	34,97
472	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, mehr als zwei Stunden	800	46,63
473	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, bis zu fünf Stunden	600	34,97
474	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, mehr als fünf Stunden	900	52,46
475	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, zusätzlich zur Nr. 474, zweiter und jeder weitere Tag, je Tag	450	26,23
476	Armplexus-/ Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde	380	22,15
477	Armplexus-/ Paravertebralanästhesie, jede weitere angefangene Stunde	190	11,07
478	Intravenöse Anästhesie, Extremität, bis zu einer Stunde	230	13,41
479	Intravenöse Anästhesie, Extremität, jede weitere angefangene Stunde	115	6,07
480	Blutdrucksenkung während Narkose	222	12,94
481	Hypothermie während Narkose	475	27,69
483	Lokalanästhesie, tiefere Nasenabschnitte/ Rachen	46	2,68
484	Lokalanästhesie, Kehlkopf	46	2,68
485	Lokalanästhesie, Trommelfell/Paukenhöhle	46	2,68
488	Lokalanästhesie, Harnröhre/ Harnblase	46	2,68
489	Lokalanästhesie Bronchialgebiet/Kehlkopf/Rachen	145	8,45
490	Infiltrationsanästhesie, kleiner Bezirk	61	3,56
491	Infiltrationsanästhesie, großer Bezirk	121	7,05
493	Leitungsanästhesie, perineural	61	3,56
494	Leitungsanästhesie, endoneural	121	7,05
495	Leitungsanästhesie, retrobulbär	121	7,05
497	Sympathikusblockade (lumbaler Grenzstrang/ Ganglion stellatum)	220	12,82
498	Sympathikusblockade (thorakaler Grenzstrang/Plexus solaris)	300	17,49

E. PHYSIKALISCH-MEDIZINISCHE LEISTUNGEN

Allgemeine Bestimmungen

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

I. Inhalationen

500	Inhalationstherapie	38	2,21
501	Inhalationstherapie mit Überdruckbeatmung	86	5,01

Neben der Leistung nach Nr. 501 sind die Leistungen nach den Nrn. 500 und 505 nicht berechnungsfähig.

II. Krankengymnastik und Übungsbehandlungen

505	Atmungsbehandlung	85	4,95
506	Krankengymnastische Ganzbehandlung, Einzelbehandlung	120	6,99
507	Krankengymnastische Teilbehandlung, Einzelbehandlung	80	4,66
508	Krankengymnastische Ganzbehandlung, Einzelbehandlung im Bewegungsbad	110	6,41
509	Krankengymnastik in Gruppen, je Teilnehmer	38	2,21
510	Übungsbehandlung, je Sitzung	70	4,08

Neben der Leistung nach Nr. 510 ist die Leistung nach Nr. 521 nicht berechnungsfähig.

514	Extensionsbehandlung, Wärmetherapie und Massage	105	6,12
515	Extensionsbehandlung	38	2,21
516	Extensionsbehandlung mit Schrägbett/ Extensionstisch/ Perlgerät	65	3,79
518	Prothesengebrauchsschulung, Mindestdauer 20 Minuten, je Sitzung	120	6,99

III. Massagen

520	Teilmassage	45	2,62
521	Großmassage, je Sitzung	65	3,79
523	Bindegewebssmassage/ Periostmassage/ manuelle Lymphdrainage	65	3,79
525	Intermittierende apparative Kompressionstherapie, je Extremität und Sitzung	35	2,04
526	Intermittierende apparative Kompressionstherapie, mehrere Extremitäten, je Sitzung	55	3,21
527	Unterwasserdruckstrahlmassage	94	5,48

IV. Hydrotherapie und Packungen

530	Kalt-/Heißpackung/heiße Rolle, je Sitzung	35	2,04
531	Ansteigendes Teilbad	46	2,68
532	Ansteigendes Vollbad	76	4,43
533	Subaquales Darmbad	150	8,74

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
V. Wärmebehandlung			
535	Heißluftbehandlung, ein Körperteil	33	1,92
536	Heißluftbehandlung, mehrere Körperteile	51	2,97
538	Infrarotbehandlung, je Sitzung	40	2,33
539	Ultraschallbehandlung	44	2,56
VI. Elektrotherapie			
548	Kurzwellen-/ Mikrowellenbehandlung	37	2,16
549	Kurzwellen-/ Mikrowellenbehandlung, verschiedene Körperregionen, je Sitzung	55	3,21
551	Reizstrombehandlung	48	2,80
<i>Wird Reizstrombehandlung nach Nr. 551 gleichzeitig neben einer Leistung nach den Nrn. 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.</i>			
552	Iontophorese	44	2,56
553	Vierzellenbad	46	2,68
554	Hydroelektrisches Vollbad	91	5,30
555	Niederfrequenzbehandlung bei Lähmungen, je Sitzung	120	6,99
558	Apparative isokinetische Muskelfunktionstherapie, je Sitzung	120	6,99
VII. Lichttherapie			
560	Ultraviolettlicht-Behandlung, je Sitzung	31	1,81
<i>Werden mehrere Kranke gleichzeitig mit Ultraviolettlicht behandelt, so darf die Nr. 560 nur einmal berechnet werden.</i>			
561	Ultraviolettlicht-Reizbehandlung, einzelner Hautbezirk	31	1,81
562	Ultraviolettlicht-Reizbehandlung, mehrere Hautbezirke, je Sitzung	46	2,68
<i>Die Leistungen nach den Nrn. 538, 560, 561 und 562 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>			
563	Quarzlampendruckbestrahlung, ein Feld	46	2,68
564	Quarzlampendruckbestrahlung, mehrere Felder, je Sitzung	91	5,30
565	Photochemotherapie, je Sitzung	120	6,99
566	Phototherapie, beim Neugeborenen, je Tag	500	29,14
567	Phototherapie, selektives UV-Spektrum, je Sitzung	91	5,30
569	Photo-Patch-Test, bis zu drei Tests je Sitzung, je Test	30	1,75
F. INNERE MEDIZIN, KINDERHEILKUNDE, DERMATOLOGIE			
600	Herzfunktionsprüfung nach Schellong	73	4,25
601	Hyperventilationsprüfung	44	2,56
602	Oxymetrische Untersuchung	152	8,86
603	Bestimmung des Atemwegwiderstandes	90	5,25
<i>Neben der Leistung nach Nr. 603 ist die Leistung nach Nr. 608 nicht berechnungsfähig.</i>			
604	Bestimmung des Atemwegwiderstandes, auch nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen	160	9,33
<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten. Neben der Leistung nach der Nr. 604 sind die Leistungen nach den Nrn. 603 und 608 nicht berechnungsfähig.</i>			
605	RuheSpirographische Untersuchung	242	14,11
605a	Flußvolumenkurve bei Spirographie	140	8,16
606	Spiroergometrische Untersuchung	379	22,09
607	Residualvolumenbestimmung	242	14,11
608	RuheSpirographische Teiluntersuchung, insgesamt	76	4,43
609	Bestimmung der Sekundenkapazität	182	10,61
<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>			
610	Ganzkörperplethysmographie	605	35,26
<i>Neben der Leistung nach Nr. 610 sind die Leistungen nach den Nrn. 605 und 608 nicht berechnungsfähig.</i>			
611	Bestimmung der Lungendehnbarkeit	605	35,26
612	Ganzkörperplethysmographische Bestimmung, Sekundenkapazität/Atemwegwiderstand	757	44,12

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten. Neben der Leistung nach Nr. 612 sind die Leistungen nach den Nrn. 605, 608, 609 und 610 nicht berechnungsfähig.</i>			
614	Sauerstoffpartialdruck, transkutane Messung	150	8,74
615	CO-Diffusionskapazität, Ein-Atemzugmethode	227	13,23
616	CO-Diffusionskapazität, fortlaufende Bestimmung	303	17,66
<i>Neben der Leistung nach Nr. 616 ist die Leistung nach Nr. 615 nicht berechnungsfähig.</i>			
617	Gasanalyse, Expirationsluft	341	19,88
620	Rheographische Untersuchung, Extremitäten	152	8,86
<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>			
621	Mechanisch-oszillographische Untersuchung	127	7,40
622	Akrale infraton-oszillographische Untersuchung	182	10,61
623	Flüssig-Kristall-Thermographie	140	8,16
<i>Die Leistung nach Nr. 623 zur Temperaturmessung an der Hautoberfläche der Brustdrüse ist nur bei Vorliegen eines abklärungsbedürftigen mammographischen Röntgenbefundes berechnungsfähig.</i>			
624	Thermographie, elektronische Infrarotmessung, je Sitzung	330	19,23
<i>Neben der Leistung nach Nr. 624 ist die Leistung nach Nr. 623 nicht berechnungsfähig.</i>			
626	Rechtsherzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle	1000	58,29
<i>Die Leistung nach Nr. 626 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 626 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>			
627	Linksherzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle	1500	87,43
<i>Die Leistung nach Nr. 627 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 627 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>			
628	Herzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle bei Nrn. 355 und/oder 360	800	46,63
<i>Die Leistung nach Nr. 628 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 628 sind die Leistungen nach den Nrn. 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>			
629	Transseptaler Linksherzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle	2000	116,57
<i>Die Leistung nach Nr. 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 629 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>			
630	Mikro-Herzkatheterismus mit EKG-Kontrolle	908	52,92
<i>Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten. Neben der Leistung nach Nr. 630 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>			
631	Anlegung eines transvenösen temporären Schrittmachers mit Röntgen- und EKG-Kontrolle	1110	64,70
632	Mikro-Herzkatheterismus mit Oxymetrie, EKG- und Röntgen-Kontrolle	1210	70,53
<i>Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten. Neben der Leistung nach Nr. 632 sind die Leistungen nach den Nrn. 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.</i>			
634	Lichtreflex-Rheographie	120	6,99
635	Fotoelektrische Volumenpulschreibung	227	13,23
636	Fotoelektrische Volumenpulschreibung nach Belastung	379	22,09
637	Pulswellenlaufzeitbestimmung	227	13,23
638	Punktuelle Arterien-/Venenpulschreibung	121	7,05
639	Photoplethysmographische Prüfung der Vasomotorik	454	26,46
640	Phlebodynamometrie	650	37,89
641	Venenverschluss-plethysmographie	413	24,07
642	Venenverschluss-plethysmographie mit reaktiver Hyperämiebelastung	554	32,29
643	Druck-/Strömungsmessung, Arterien/Venen	120	6,99
644	Direktionaler Ultraschall-Doppler, Extremitätenarterien/-venen	180	10,49
645	Direktionaler Ultraschall-Doppler, Hirnarterien/Periorbitalarterien	650	37,89
646	Hypoxietest	605	35,26

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
647	Kreislaufzeitmessung mittels Indikatorverdünnungsmethoden, kardiologisch/hepatologisch	220	12,82
648	Messung zentraler Venen-/Arteriendruck mit Röntgenkontrolle	605	35,26
649	Transkranielle Doppler-Sonographie	650	37,89
650	EKG, zur Kontrolle Rhythmusstörung/Verlauf/ Notfall	152	8,86
651	EKG in Ruhe/nach Belastung (mindestens neun Ableitungen)	253	14,75
652	EKG in Ruhe/ bei Ergometrie (mindestens neun Ableitungen)	445	25,94
653	EKG, telemetrisch	253	14,75
<i>Die Leistungen nach den Nrn. 650 bis 653 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>			
654	Langzeitblutdruckmessung, mindestens 18 Stunden	150	8,74
655	EKG, mittels Ösophagusableitung, zusätzlich zu den Nrn. 651 oder 652	152	8,86
656	EKG, mittels intrakavitärer Ableitung, mit Röntgenkontrolle	1820	106,08
657	Vektorkardiographische Untersuchung	253	14,75
659	Langzeit-EKG, mindestens achtzehn Stunden	400	23,31
660	Phonokardiographische Untersuchung, mit EKG-Kontrolle/Karotispulskurve/apexkardiographischer Untersuchung	303	17,66
661	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers	530	30,89
665	Grundumsatzbestimmung, mittels Stoffwechsellabor	121	7,05
666	Grundumsatzbestimmung, mittels Stoffwechsellabor mit Kohlensäurebestimmung	227	13,23
669	Ultraschallechographie, Gehirn	212	12,36
670	Einführung einer Magenverweilsonde	120	6,99
671	Ausheberung des Magensaftes	120	6,99
672	Ausheberung des Duodenalsaftes	120	6,99
674	Anlage eines Pneumothorax, mit Röntgenkontrolle	170	21,57
675	Pneumothoraxfüllung, mit Röntgenkontrolle	275	16,03
676	Gastroskopie	800	46,63
<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>			
677	Bronchoskopie/Thorakoskopie	600	34,97
678	Bronchoskopie, mit zusätzlichem operativem Eingriff	900	52,46
679	Mediastinoskopie, mit Probeexzision/-punktion	1100	64,12
680	Ösophagoskopie, mit Probeexzision/-punktion	550	32,06
681	Ösophagoskopie, mit zusätzlichem operativem Eingriff/ Probeexzision/-punktion	825	48,09
682	Gastroskopie, mit vollflexiblen optischen Instrumenten, mit Probeexzision/-punktion	850	49,54
683	Gastroskopie/Ösophagoskopie, mit vollflexiblen optischen Instrumenten, mit Probeexzision/-punktion	1000	58,29
684	Bulbo-/Ösophago-/Gastroskopie, mit Probeexzision/-punktion	1200	69,94
685	Duodeno-/Jejuno-/Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, mit Probeexzision/-punktion	1350	78,69
686	Duodenoskopie, mit Sondierung der Papilla Vateri, mit Probeexzision/-punktion	1500	87,43
687	Hohe Koloskopie, bis zum Coecum, mit Probeexzision/-punktion	1500	87,43
688	Partielle Koloskopie/Rektoskopie, mit Probeexzision/-punktion	900	52,46
689	Sigmoidoskopie/Rektoskopie, mit Probeexzision/-punktion	700	40,80
690	Rektoskopie – gegebenenfalls einschließl. Probeexzision und/oder Probenpunktion –	350	20,40
691	Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, mit Sklerosierung von Ösophagusvarizen	1400	81,60
692	Duodenoskopie, mit Sondierung der Papilla Vateri/Papillotomie/Steinentfernung	1900	110,75
692a	Drainage, Plazierung in den Gallen-/Pankreasgang, zusätzlich zu den Nrn. 685, 686 oder 692	400	23,31
693	Langzeit-pH-metrie, Ösophagus	300	17,49
694	Manometrische Untersuchung, Ösophagus	500	29,14
695	Polypen-Entfernung/Schlingenbiopsie, mittels Hochfrequenzelektroschlinge, zusätzlich zu den Nrn. 682 bis 685 und 687 bis 689	400	23,31
696	Polypen-Entfernung/Schlingenbiopsie, mittels Hochfrequenzelektroschlinge, zusätzlich zu Nr. 690	200	11,66
697	Saugbiopsie, Dünndarm, mit Röntgenkontrolle/Probeexzision/-punktion	400	23,31
698	Kryochirurgie, Enddarm	200	11,66
699	Infrarotkoagulation, Enddarm, je Sitzung	120	6,99
700	Laparoskopie/Nephroskopie, mit Probeexzision/-punktion	800	46,63
701	Laparoskopie, mit intraabdominalem Eingriff	1050	61,20
703	Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus-/Fundusvarizen	500	29,14
705	Proktoskopie	152	8,86
706	Licht-/Laserkoagulation bei endoskopischen Eingriffen, je Sitzung	600	34,97
714	Neurokinesiologische Diagnostik/Prüfung des zerebellaren Gleichgewichts / Statomotorik	180	10,49
715	Prüfung der motorischen kindlichen Entwicklung	220	12,82
<i>Neben der Leistung nach Nr. 715 sind die Leistungen nach den Nrn. 8 und 26 nicht berechnungsfähig.</i>			
716	Prüfung der funktionellen kindlichen Entwicklung (Bewegungs-/Wahrnehmungsvermögen)	69	4,02
717	Prüfung der funktionellen kindlichen Entwicklung (Sprechvermögen, Sprachverständnis, Sozialverhalten)	110	6,41
718	Höchstwert bei den Untersuchungen nach den Nrn. 716 und 717	251	14,63
<i>Bei Berechnung des Höchstwertes sind die Arten der Untersuchungen anzugeben.</i>			
719	Funktionelle Entwicklungstherapie, mindestens 45 Minuten	251	14,36
725	Systematische sensomotorische Entwicklungs-/Übungsbehandlung, Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten	300	17,49

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 725 sind die Leistungen nach den Nrn. 505 bis 527, 535 bis 555, 719, 806, 846, 847, 849, 1559 und 1560 nicht berechnungsfähig.</i>		
726	Systematische sensorimotorische Behandlung von Sprachstörungen, Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten	300	17,49
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 726 sind die Leistungen nach den Nrn. 719, 849, 1559 und 1560 nicht berechnungsfähig.</i>		
	<i>Die Leistung nach Nr. 726 ist neben der Leistung nach Nr. 725 an demselben Tage nur berechnungsfähig, wenn beide Behandlungen zeitlich getrennt voneinander mit einer Dauer von jeweils mindestens 45 Minuten erbracht werden.</i>		
740	Kryotherapie der Haut, je Sitzung	71	4,14
741	Verschörfung mit heißer Luft/Dämpfen, je Sitzung	76	4,43
742	Epilation von Haaren, je Sitzung	165	9,62
743	Schleifen/Schmirgeln/Fräsen von Haut/Nägeln, je Sitzung	75	4,37
744	Stanzen der Haut, je Sitzung	80	4,66
745	Auskratzen mit dem scharfen Löffel, Wundgranulationen/ bis zu drei Warzen	46	2,68
746	Elektrolyse/Kauterisation, als selbständige Leistung	46	2,68
747	Setzen von Schröpfköpfen/ Blutegeln/Saugapparaten, je Sitzung	44	2,56
748	Hautdrainage	76	4,43
750	Auflichtmikroskopie der Haut, je Sitzung	120	6,99
752	Bestimmung Elektrolytgehalt im Schweiß	150	8,74
755	Hochtouriges Schleifen der Haut bei schweren Entstellungen, je Sitzung	240	13,99
756	Chemochirurgische Behandlung, spitze Kondylome	121	7,05
757	Chemochirurgische Behandlung, Präkanzerose	150	8,74
758	Kosmetische Behandlung, Aknepusteln, je Sitzung	75	4,37
759	Bestimmung der Alkalineutralisationszeit	76	4,34
760	Alkaliresistenzbestimmung	121	7,05
761	UV-Erythemschwellenwertbestimmung	76	4,43
762	Lymphödem-Entleerung Arm/Bein	130	7,58
763	Spaltung, oberflächliche Venen/Hämorrhoidalknoten	148	8,63
764	Verödung, Krampfadern/ Hämorrhoidalknoten, je Sitzung	190	11,07
765	Operative Entfernung von Marisken	280	16,32
766	Ligaturbehandlung von Hämorrhoiden, mit Proktoskopie, je Sitzung	225	13,11
768	Ätzung im Enddarmbereich	50	2,91
770	Ausräumung des Mastdarms	140	8,16
780	Apparative Dehnung eines Kardiospasmus	242	14,11
781	Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung	76	4,43
784	Erstanlegen einer externen Medikamentenpumpe	275	16,03
785	Anlage und Überwachung einer Peritonealdialyse	330	19,23
786	Peritonealdialyse bei liegendem Katheter, je Spülung	55	3,21
790	Betreuung zur Vorbereitung bei Hämodialyse, je Dialyse	500	29,14
791	Betreuung bei Heimdialyse / Limited-Care-Dialyse / Hämofiltration, je Dialyse	320	18,65
792	Betreuung bei Zentrums-/Praxisdialyse, je Dialyse bzw. Sitzung	440	25,65
793	Betreuung bei Peritonealdialyse, je Tag	115	6,70

Der Leistungsinhalt der Nrn. 790 bis 793 umfasst insbesondere die ständige Bereitschaft von Arzt und gegebenenfalls Dialysehilfspersonal, die regelmäßigen Beratungen und Untersuchungen des Patienten, die Anfertigung und Auswertung der Dialyseprotokolle sowie die regelmäßigen Besuche bei Heimdialyse-Patienten mit Gerätekontrollen im Abstand von mindestens drei Monaten.

Bei der Zentrums- und Praxisdialyse ist darüber hinaus die ständige Anwesenheit des Arztes während der Dialyse erforderlich.

Leistungen nach den Abschnitten B und C (mit Ausnahme der Leistung nach Nr. 50 in Verbindung mit einem Zuschlag nach den Buchstaben E, F, G und/oder H) sowie die Leistungen nach den Nrn. 3550, 3555, 3557, 3558, 3562.H1, 3565.H1, 3574, 3580.H1, 3584.H1, 3585.H1, 3587.H1, 3592.H1, 3594.H1, 3595.H1, 3620, 3680, 3761 und 4381, die in ursächlichem Zusammenhang mit der Dialysebehandlung erbracht werden, sind nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für Auftragsleistungen.

G. NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

800	Eingehende neurologische Untersuchung	195	11,37
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 800 sind die Leistungen nach den Nrn. 8, 26, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.</i>		
801	Eingehende psychiatrische Untersuchung	250	14,57
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 801 sind die Leistungen nach den Nrn. 4, 8, 715 bis 718, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.</i>		
804	Psychiatrische Behandlung, eingehendes therapeutisches Gespräch	150	8,74
806	Psychiatrische Behandlung, eingehendes therapeutisches Gespräch, Mindestdauer 20 Minuten	250	14,57
807	Psychiatrische Anamnese bei Kindern	400	23,31

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
<i>Die Leistung nach Nr. 807 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i>			
808	Tiefenpsychologische oder analytische Psychotherapie	400	23,31
812	Psychiatrische Notfallbehandlung	500	29,14
816	Neuropsychiatrische Behandlung eines Anfallkranken	180	10,94
817	Eingehende psychiatrische Beratung der Bezugsperson psychisch gestörter Kinder/Jugendlicher	180	10,94
825	Geruchs-/Geschmacksprüfung	83	4,84
826	Neurologische Gleichgewichts-/Koordinationsprüfung	99	5,77
<i>Neben der Leistung nach Nr. 826 ist die Leistung nach Nr. 1412 nicht berechnungsfähig.</i>			
827	Elektroenzephalographische Untersuchung	605	35,26
827a	Langzeit-elektroenzephalographische Untersuchung, mindestens 18 Stunden	950	55,37
828	Evozierte Hirnpotentiale, visuell/akustisch/ somatosensorisch	605	35,26
829	Sensible Elektroneurographie, mit Oberflächenelektroden	160	9,33
830	Eingehende Prüfung auf Aphasie / Apraxie / Alexie / Agraphie / Agnosie / Körperschemastörungen	80	4,66
831	Vegetative Funktionsdiagnostik	80	4,66
832	Neurologische Befunderhebung durch Faradisation/Galvanisation	158	9,21
833	Begleitung eines psychisch Kranken in die Klinik	285	16,16
<i>Verweilgebühren sind nach Ablauf einer halben Stunde zusätzlich berechnungsfähig.</i>			
835	Erhebung der Fremdanamnese über einen psychisch Kranken/ein verhaltensgestörtes Kind	64	3,73
836	Intravenöse Konvulsionstherapie	190	11,07
837	Elektrische Konvulsionstherapie	273	15,91
838	Elektromyographische Untersuchung	550	32,06
839	Elektromyographische Untersuchung, mit Nervenleitungsgeschwindigkeit	700	40,08
840	Sensible Elektroneurographie, mit Nadelelektroden	700	40,08
842	Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik	500	29,14
<i>Die Leistung nach Nr. 842 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i>			
845	Hypnose, Einzelbehandlung	150	8,74
846	Übende Verfahren (z. B. autogenes Training), Einzelbehandlung, mindestens 20 Minuten	150	8,74
847	Übende Verfahren (z. B. autogenes Training), Gruppenbehandlung, mindestens 20 Minuten, je Teilnehmer	45	2,62
849	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 20 Minuten	230	13,41
855	Projektive Testverfahren	722	42,08
856	Standardisierte Intelligenz-/Entwicklungstests	361	21,04
<i>Neben der Leistung nach Nr. 856 sind die Leistungen nach den Nrn. 715 bis 718 nicht berechnungsfähig.</i>			
857	Orientierende Testuntersuchungen	116	6,76
<i>Neben der Leistung nach Nr. 857 sind die Leistungen nach den Nrn. 716 und 717 nicht berechnungsfähig.</i>			
860	Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten, auch in mehreren Sitzungen	920	53,62
<i>Die Nr. 860 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i>			
<i>Neben der Leistung nach Nr. 860 sind die Leistungen nach den Nrn. 807 und 835 nicht berechnungsfähig.</i>			
861	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, mindestens 50 Minuten	690	40,22
862	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenbehandlung, mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	345	20,11
863	Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung, mindestens 50 Minuten	690	40,22
864	Analytische Psychotherapie, Gruppenbehandlung, mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	345	20,11
865	Behandlungsbesprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten	345	20,11
870	Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, mindestens 50 Minuten	750	43,72
871	Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung, mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer	150	8,74
<i>Bei einer Sitzungsdauer von mindestens 100 Minuten kann die Leistung nach Nr. 871 zweimal berechnet werden.</i>			
885	Eingehende psychiatrische Untersuchung bei Kindern/Jugendlichen	500	29,14
886	Psychiatrische Behandlung bei Kindern/Jugendlichen, mindestens 40 Minuten	700	40,80
887	Psychiatrische Behandlung in Gruppen bei Kindern/Jugendlichen, mindestens 60 Minuten, je Teilnehmer	200	11,66

H. GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE

Allgemeine Bestimmungen

Werden mehrere Eingriffe in der Bauchhöhle in zeitlichem Zusammenhang durchgeführt, die jeweils in der Leistung die Eröffnung der Bauchhöhle enthalten, so darf diese nur einmal berechnet werden; die Vergütungssätze der weiteren Eingriffe sind deshalb um den Vergütungssatz nach Nr. 3135 zu kürzen.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
1001	Tokographische Untersuchung	120	6,99
1002	Externe kardiokographische Untersuchung	200	11,66
1003	Interne kardiokographische Untersuchung	379	22,09
<i>Neben den Leistungen nach den Nm. 1002 und 1003 ist die Leistung nach Nr. 1001 nicht berechnungs- fähig.</i>			
1010	Amnioskopie	148	8,63
1011	Amniozentese, mit Fruchtwasserentnahme	266	15,50
1012	Blutentnahme beim Fetus	74	4,31
1013	Blutentnahme beim Fetus, mit pH-Messung	178	10,38
1014	Blutentnahme beim Fetus, mit pH-Messung, mittels Amnioskopie	296	17,25
1020	Gebärmutterhals-Dehnung bei einer Geburt	148	8,63
1021	Beistand bei einer Geburt, Kunsthilfe ohne Beendigung auf natürlichem Weg, mindestens zwei Stunden	266	15,50
1022	Beistand bei einer Geburt, Kunsthilfe mit Beendigung auf natürlichem Wege	1300	75,77
1025	Entbindung durch Manualextraktion	554	32,29
1026	Entbindung durch Vakuumentraktion	832	48,50
1027	Entbindung durch Zange	832	48,50
1028	Äußere Wendung	370	21,57
1029	Innere/kombinierte Wendung, auch mit Extraktion	1110	64,70
1030	Entbindung bei vorliegendem Mutterkuchen, zusätzlich	370	21,57
<i>Neben den Leistungen nach den Nm. 1025 bis 1030 kann jeweils eine Leistung nach der Nr. 1021 oder 1022 zusätzlich berechnet werden.</i>			
1031	Entbindung durch Perforation/Embryotomie, mit Extraktion	1950	113,66
1032	Schnittentbindung von der Scheide/den Bauchdecken aus	2310	134,64
1035	Operation der Uterusruptur, ohne Uterusexstirpation	2030	118,32
1036	Operation der Uterusruptur, mit Uterusexstirpation	2770	161,46
1040	Reanimation eines asphyktischen Neugeborenen	350	20,40
1041	Entfernung der Nachgeburt durch inneren Eingriff	824	48,03
1042	Behandlung einer nachgeburtlichen Blutung durch innere Eingriffe	554	32,29
1043	Naht des Gebärmutterhalses	620	36,14
1044	Naht der weichen Geburtswege	420	24,48
<i>Neben der Leistung nach Nr. 1044 ist die Leistung nach Nr. 1096 nicht berechnungsfähig.</i>			
1045	Naht eines vollkommenen Dammrisses	924	53,86
<i>Neben der Leistung nach Nr. 1045 ist die Leistung nach Nr. 1044 nicht berechnungsfähig.</i>			
1048	Operation einer Extrauterinschwangerschaft	2310	134,64
1049	Aufrichtung der eingeklemmten Gebärmutter einer Schwangeren	296	17,25
1050	Instrumentale Einleitung einer Geburt/Fehlgeburt	296	17,25
1051	Beistand bei einer Fehlgeburt ohne operative Hilfe	185	10,78
1052	Beistand bei einer Fehlgeburt, Beendigung durch inneren Eingriff	739	43,07
1055	Schwangerschaftsabbruch, bis 12. Schwangerschaftswoche	800	46,63
1056	Schwangerschaftsabbruch, ab 13. Schwangerschaftswoche	1200	69,94
<i>Neben den Leistungen nach den Nm. 1055 und 1056 ist die intravaginale oder intrazervikale Applikation von Prostaglandin-Gel nicht gesondert berechnungsfähig.</i>			
1060	Ausräumung Blasenmole/missed abortion	924	53,86
1061	Abtragung Hymen/Eröffnung Hämatookolpos	185	10,78
1062	Vaginoskopie bei einer Virgo	178	10,38
1063	Vaginoskopie bei einem Kind bis zum 10. Lebensjahr	240	13,99
1070	Kolposkopie	73	4,25
1075	Vaginale Behandlung	45	2,62
1080	Fremdkörper-Entfernung aus der Scheide eines Kindes	106	6,18
1081	Ausstopfung der Scheide zur Blutstillung	59	3,44
1082	Ausstopfung der Gebärmutter/Scheide zur Blutstillung	178	10,38
1083	Kauterisation Portio/Zervix	70	4,08
1084	Thermokoagulation Portio/Zervix	118	6,88
1085	Kryochirurgie, vaginalbereich	296	17,25
1086	Konisation der Portio	296	17,25
1087	Einlegen/Wechseln eines Ringes oder Anlegen eines Portio-Adapters	55	3,21
1088	Lageverbesserung der Gebärmutter mit Einlegen eines Ringes	93	5,42
1089	Operative Entfernung eines eingewachsenen Ringes aus der Scheide	463	26,99
1090	Einlegen/Wechseln eines Okklusivpessars	52	3,03
1091	Einlegen/Wechseln eines Intrauterinpessars	106	6,18
1092	Entfernung eines Intrauterinpessars	52	3,03
1095	Operative Reposition der umgestülpten Gebärmutter	2310	134,64
1096	Gebärmutterhals-Dehnung	148	8,63
1097	Gebärmutterhals-Schnitt	296	17,25
1098	Durchtrennung/Sprengung eines stenosierenden Narbenstranges der Scheide	296	17,25
1099	Operative Behandlung der Hämato-/Pyometra	647	37,71

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
1102	Entfernung von Polypen/ Abrasio, Gebärmutterhals/ Muttermund	148	8,63
1103	Probeexzision, Gebärmutterhals/ Muttermund/ Vaginalwand, mit Abrasio/Polypentfernung	185	10,78
1104	Ausschabung/Absaugung, Gebärmutterhöhle/ Gebärmutterhals, mit Probeexzision/ Polypentfernung	647	37,71
1105	Zytologie-Abstrich, Gebärmutterhöhle	180	10,94
1110	Hysteroskopie	444	25,88
1111	Hysteroskopie, mit Operation	739	43,07
1112	Tubendurchblasung	296	17,25
1113	Tubendurchblasung, mit Druckschreibung	420	24,48
1114	Insemination	370	21,57
1120	Operation eines alten unvollkommenen Dammrisses	647	37,71
1121	Operation eines alten vollkommenen Dammrisses	1660	96,76

Neben der Leistung nach Nr. 1121 ist die Leistung nach Nr. 1126 nicht berechnungsfähig.

1122	Operation eines alten Gebärmutterhalsrisses	739	43,07
1123	Plastische Operation bei teilweisem Verschluss der Scheide	2770	161,46
1123a	Plastische Operation zur Öffnung der Scheide bei anogenitaler Fehlbildung im Kindesalter	2270	132,31
1124	Plastische Operation bei Fehlen der Scheide	3700	215,66
1125	Vordere Scheidenplastik	924	53,86
1126	Hintere Scheidenplastik, mit Beckenbodenplastik	1290	75,19
1127	Vordere und hintere Scheidenplastik, mit Beckenbodenplastik	1660	96,76
1128	Scheiden- und Portioplastik, mit Beckenbodenplastik	2220	129,40
1129	Plastische Operation, Gebärmutterhals/ Isthmusinsuffizienz des Uterus	739	43,07
1131	Operative Entfernung Stützband/Metallnaht, nach Isthmusinsuffizienzoperation	379	22,09
1135	Zervixamputation	554	32,29
1136	Vordere/hintere Kolpozöliotomie	379	22,09
1137	Vaginale Myomenukleation	1290	75,19
1138	Vaginale/abdominale Totalexstirpation des Uterus, ohne Adnexentfernung	2770	161,46
1139	Vaginale/abdominale Totalexstirpation des Uterus, mit Adnexentfernung	3330	194,10
1140	Operative Behandlung einer unstillbaren Nachblutung nach vaginaler Uterusoperation	333	19,41
1141	Operation im Vaginal-/Vulvabereich	554	32,29
1145	Operative Entfernung/Behandlung von Eierstock/Eileiter, einseitig	1660	96,76
1146	Operative Entfernung/Behandlung von Eierstock/Eileiter, beidseitig	2220	129,40
1147	Antefixierende Operation des Uterus	1480	86,27
1148	Plastische Operation bei Tubensterilität, einseitig	2500	145,72
1149	Plastische Operation bei Tubensterilität, beidseitig	3500	204,01
1155	Pelviskopie, mit Probeexzision/-punktion	800	46,63
1156	Pelviskopie, mit Durchführung intraabdominaler Eingriffe, mit Probeexzision/-punktion	1050	61,30
1158	Kuldoskopie, mit operativen Eingriffen	739	43,07
1159	Abtragung großer Geschwülste der äußeren Geschlechtsteile, auch Vulvektomie	1660	96,76
1160	Operative Beseitigung von Uterusmissbildungen	2770	161,46
1161	Uterusamputation, supravaginal	1480	86,27
1162	Abdominale Myomenukleation	1850	107,83
1163	Fisteloperation an den Geschlechtsteilen, mit hinterer Scheidenplastik und Beckenbodenplastik	2770	161,46
1165	Radikaloperation des Scheiden-/Vulvakrebses	3140	183,02
1166	Radikaloperation des Zervixkrebses, vaginal/abdominal, mit Entfernung der regionären Lymphknoten	4620	269,29
1167	Radikaloperation des Zervixkrebses, abdominal, mit Entfernung der Lymphstromgebiete, auch paraortal	4900	285,61
1168	Exenteration des kleinen Beckens	5900	343,60

I. AUGENHEILKUNDE

1200	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischen Gläsern	59	3,44
1201	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärisch-zylindrischen Gläsern	89	5,19
1202	Objektive Refraktionsbestimmung mittels Skiaskopie/Refraktometer	74	4,31
1203	Messung der Maximal-/Gebrauchsakkommodation	60	3,50
1204	Messung der Hornhautkrümmungsradien	45	2,62
1207	Prüfung von Mehrstärken-/Prismenbrillen	70	4,08
1209	Nachweis der Tränensekretionsmenge	20	1,17

Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.

1210	Erstanpassung/Auswahl der Kontaktlinse, für ein Auge	228	13,29
1211	Erstanpassung/Auswahl der Kontaktlinsen, für beide Augen	300	17,49
1212	Funktionsprüfung Kontaktlinse, für ein Auge	132	7,69
1213	Funktionsprüfung Kontaktlinsen, für beide Augen	198	11,54

Neben den Leistungen nach den Nrn. 1210 bis 1213 sind die Leistungen nach den Nrn. 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig.

Wurden harte Kontaktlinsen (Haftschalen) nicht getragen und müssen deshalb weiche Kontaktlinsen angepasst werden, sind die Leistungen nach der Nr. 1210 oder 1211 nicht erneut, sondern lediglich die Leistungen nach der Nr. 1212 oder 1213 berechnungsfähig.

1215	Bestimmung von Fernrohrbrillen/Lupenbrillen, je Sitzung	121	7,05
1216	Untersuchung auf Heterophorie/Strabismus	91	5,30

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
1217	Qualitative/quantitative Untersuchung des binokularen Sehtakes	242	14,11
<i>Neben der Leistung nach Nr. 1217 sind die Leistungen nach den Nrn. 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig.</i>			
1218	Differenzierende Analyse des Bewegungsablaufs beider Augen	700	40,80
1225	Kampimetrie/Perimetrie	121	7,05
1226	Projektionsperimetrie	182	10,61
1227	Quantitativ abgestufte Profilperimetrie	248	14,46
1228	Farbsinnprüfung mit Pigmentproben	61	3,56
1229	Farbsinnprüfung mit Anomaloskop	182	10,61
1233	Vollständige Untersuchung des zeitlichen Ablaufs der Adaptation	484	28,21
<i>Neben der Leistung nach Nr. 1233 ist die Leistung nach Nr. 1234 nicht berechnungsfähig.</i>			
1234	Untersuchung des Dämmerungssehens, ohne Blendung	91	5,30
123	Untersuchung des Dämmerungssehens, während Blendung	91	5,30
1236	Untersuchung des Dämmerungssehens, nach Blendung	91	6,30
1237	Elektroretinographische/ elektrookulographische Untersuchung	600	34,97
1240	Spaltlampenmikroskopie	74	4,31
1241	Gonioskopie	152	8,86
1242	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	152	8,86
1243	Diasklerale Durchleuchtung	61	3,56
1244	Exophthalmometrie	50	2,91
1248	Fluoreszenzuntersuchung, terminale Strombahn am Augenhintergrund	242	14,11
1249	Fluoreszenzangiographische Untersuchung, terminale Strombahn am Augenhintergrund	484	28,21
<i>Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nrn. 1248 und 1249 sind die Kosten abgegolten.</i>			
1250	Lokalisation eines Fremdkörpers	273	15,91
1251	Lokalisation einer Netzhautveränderung	273	15,91
1252	Spaltlampenfotographie	100	5,83
1253	Fundusfotographie	150	8,74
1255	Tonometrische Untersuchung, Impressionstonometer	70	4,08
1256	Tonometrische Untersuchung, Applanationstonometer	100	5,83
1257	Tonometrische Untersuchung, mehrfach in zeitlichem Zusammenhang	242	14,11
1259	Pupillographie	242	14,11
1260	Elektromyographie der äußeren Augenmuskeln	560	32,64
1262	Ophthalmodynamometrie mit Tonometrie, erste Messung	242	14,11
1263	Ophthalmodynamometrie mit Tonometrie, jede weitere Messung	152	8,86
1268	Aktive Behandlung der Schwachsichtigkeit (Pleoptik), Mindestdauer 20 Minuten	152	8,86
1269	Behandlung der gestörten Binokularfunktion (Orthoptik), Mindestdauer 20 Minuten	152	8,86
1270	Pleoptische/orthoptische Behandlung an optischen Zusatz-/Übungsgeräten, Mindestdauer 20 Minuten	54	3,15
1271	Auswahl/Einprobieren eines künstlichen Auges	46	2,68
1275	Entfernung von oberflächlichen Fremdkörpern, Bindehaut/Hornhaut	37	2,16
1276	Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern, Hornhaut/Lederhaut	74	4,31
1277	Entfernung von eisenhaltigen eingebrannten Fremdkörpern, Hornhaut	152	8,86
1278	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern, Hornhaut	278	16,20
1279	Entfernung von Korneoskleralfäden	100	5,83
1280	Entfernung von eisenhaltigen Fremdkörpern, aus Augennern	1290	75,19
1281	Entfernung von nichtmagnetischen Fremdkörpern/Geschwulst, aus Augennern	2220	129,40
1282	Entfernung Geschwulst/Kalkinfarkten, Lider/Augapfelbindehaut	152	8,86
1283	Entfernung Fremdkörper/Geschwulst, Augenhöhle	554	32,29
1284	Entfernung von Fremdkörpern/Geschwulst mit Muskelablösung, Augenhöhle	924	53,86
1285	Entfernung von Fremdkörpern/Geschwulst mit Resektion der Orbitalwand, Augenhöhle	1480	86,27
1290	Vorbereitende operative Maßnahmen zur Rekonstruktion einer Orbita	1500	87,43
1291	Wiederherstellungsoperation an der knöchernen Augenhöhle	1850	107,83
1292	Operation der Augenhöhlen-/Tränensackplegmone	278	16,20
1293	Dehnung/ Durchspülung/ Sondierung/Salbenfüllung/ Kautistik der Tränenwege, auch beidseitig	74	4,31
1294	Sondierung des Tränenasengangs bei Kleinkindern, auch beidseitig	130	7,58
1297	Operation des evertierten Tränenpünktchens	152	8,86
1298	Spaltung von Strikturen des Tränenkanals	132	7,69
1299	Tränensackexstirpation	554	32,29
1300	Tränensackoperation zur Wiederherstellung des Tränenabflusses, mit Knochenfensterung	1220	71,11
1301	Exstirpation/ Verödung der Tränenrüse	463	26,99
1302	Plastische Korrektur, Lidspalte/Epikanthus	924	53,86
1303	Vorübergehende Spaltung der verengten Lidspalte	230	13,41
1304	Plastische Korrektur, Ektropium/ Entropium/Trichiasis/Distichiasis	924	53,86
1305	Operation der Lidsenkung	739	43,07
1306	Operation der Lidsenkung, mit direkter Lidheberverkürzung	1110	64,70
1310	Augenlidplastik mittels freien Hauttransplantates	1480	86,27
1311	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung	1110	64,70
1312	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung und freier Transplantation	1850	107,83
1313	Abreiben/Scarifizieren/Ätzung der Bindehaut, auch beidseitig	30	1,75
1318	Ausrollen/Ausquetschen der Übergangsfalte	74	4,31
1319	Plastische Wiederherstellung des Bindehautsackes	1850	107,83
1320	Einspritzung unter die Bindehaut	52	3,03

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
1321	Operation des Flügelfells	296	17,25
1322	Operation des Flügelfells mit lamellierender Keratoplastik	1660	96,76
1323	Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren, je Sitzung	67	3,91
1325	Naht einer Bindehaut-/Hornhaut-/Lederhautwunde	230	13,41
1326	Direkte Naht einer perforierenden Hornhaut-/Lederhautwunde	1110	64,70
1327	Wiederherstellungsoperation bei perforierender Hornhaut-/Lederhautverletzung	1850	107,83
1328	Wiederherstellungsoperation bei schwer verletztem Augapfel	3230	188,27
1330	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an einem geraden Augenmuskel	739	43,07
1331	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an jedem weiteren geraden Augenmuskel, zusätzlich zu Nr. 1330	554	32,29
1332	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an einem schrägen Augenmuskel	1110	64,70
1333	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an jedem weiteren schrägen Augenmuskel, zusätzlich zu Nr. 1332	739	43,07
1338	Chemische Ätzung der Hornhaut	56	3,26
1339	Abschabung der Hornhaut	148	8,63
1340	Thermo-/Kryotherapie von Hornhauterkrankungen	185	10,78
1341	Tätowierung der Hornhaut	333	19,41
1345	Hornhautplastik	1660	96,76
1346	Hornhauttransplantation	2770	161,46
1347	Einpflanzung einer optischen Kunststoffprothese in die Hornhaut	3030	176,61
1348	Diszision, Linse/Nachstar	832	48,50
1349	Operation des weichen Stars	1850	107,83
1350	Staroperation	2370	138,14
1351	Staroperation, mit Iridektomie/Einpflanzung einer intraokularen Kunststofflinse	2770	161,46
1352	Einpflanzung einer intraokularen Linse	1800	104,92
1353	Extraktion einer eingepflanzten Linse	832	48,50
1354	Extraktion der luxierten Linse	2220	129,40
1355	Extraktion des Nachstars	1110	64,70
1356	Eröffnung/Spülung/Wiederherstellung der Augenvorderkammer	370	21,57
1357	Hintere Sklerotomie	370	21,57
1358	Zyklodialyse/Iridektomie	1000	58,29
1359	Zyklodiathermie-Operation/Kryozyklothermie-Operation	500	29,14
1360	Lasertrabekuloplastik bei Glaukom	1000	58,29
1361	Fistelbildende Operation bei Glaukom	1850	107,83
1362	Kombinierte Operation des Grauen Stars und bei Glaukom	3030	176,61
1365	Lichtkoagulation bei Netzhautablösung/-blutung, je Sitzung	924	53,86
1366	Vorbeugende Operation bei Netzhautablösung/vaskulären Netzhauterkrankungen	1110	64,70
1367	Operation einer Netzhautablösung mit einstellenden Maßnahmen	2220	129,40
1368	Operation einer Netzhautablösung mit einstellenden Maßnahmen und Glaskörperchirurgie	3030	176,61
1369	Koagulation/Lichtkaustik, Netz-/Aderhauttumor	1850	107,83
1370	Operative Entfernung des Augapfels	924	53,86
1371	Operative Entfernung des Augapfels mit Einsetzung einer Plombe	1290	75,19
1372	Wiederherstellung eines prothesenfähigen Bindehautsackes mittels Transplantation	1850	107,83
1373	Operative Ausräumung der Augenhöhle	1110	64,70
1374	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars oder Linsenkernelverflüssigung	3050	177,82
1375	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars oder Linsenkernelverflüssigung, mit Implantation einer intraokularen Linse	3500	204,01
1376	Rekonstruktion eines abgerissenen Tränenröhrchens	1480	86,27
1377	Entfernung einer Silikon-/Silastik-/Rutheniumplombe	280	16,32
1380	Operative Entfernung eines Iristumors	2000	116,57
1381	Operative Entfernung eines Iris-Ziliar-Aderhauttumors	2770	161,46
1382	Goniotripanation/Trabekulektomie/Trabekulotomie bei Glaukom	2500	145,72
1383	Vitrektomie/Glaskörperstrangdurchtrennung	2500	145,72
1384	Vordere Vitrektomie	830	48,38
1386	Aufnähen einer Rutheniumplombe auf die Lederhaut	1290	75,19

J. HALS-, NASEN-, OHRENHEILKUNDE

1400	Genauere Hörprüfung	76	4,43
1401	Einfache Hörprüfung	60	3,50
1403	Tonschwellenaudiometrische Untersuchung	158	9,21
1404	Sprachaudiometrische Untersuchung	158	9,21

Neben den Leistungen nach den Nrn. 1403 und 1404 sind die Leistungen nach den Nrn. 1400 und 1401 nicht berechnungsfähig.

1405	Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepasster Hörgeräte	63	3,67
1406	Kinderaudiometrie	182	10,61

Neben der Leistung nach Nr. 1406 sind die Leistungen nach den Nrn. 1400, 1401, 1403 und 1404 nicht berechnungsfähig.

1407	Impedanzmessung, Trommelfell/Binnenohrmuskeln, auch beidseitig	182	10,61
1408	Audioelektroenzephalographische Untersuchung	888	51,76
1409	Messung otoakustischer Emissionen	400	23,31

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
<i>Die Leistung nach Nr. 1409 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 827 bis 829 nicht berechnungsfähig.</i>			
1412	Prüfung des statischen Gleichgewichts	91	5,30
1413	Elektronystagmographische Untersuchung	265	15,45
1414	Diaphanoskopie der Nasennebenhöhlen	42	2,45
1415	Binokularmikroskopische Untersuchung, Trommelfell/Paukenhöhle	91	5,30
1416	Stroboskopische Untersuchung der Stimmbänder	121	7,05
1417	Rhinomanometrische Untersuchung	100	5,83
1418	Endoskopische Untersuchung, Nasenhaupthöhlen/ Nasenrachenraum/Stimmbänder	180	10,49
<i>Neben der Leistung nach Nr. 1418 ist die Leistung nach Nr. 1466 nicht berechnungsfähig.</i>			
1425	Ausstopfung der Nase von vorn	50	2,91
1426	Ausstopfung der Nase von vorn/hinten	100	5,83
1427	Fremdkörper-Entfernung aus dem Naseninnern	95	5,54
1428	Operative Fremdkörper-Entfernung aus der Nase	370	21,57
1429	Kauterisation im Naseninnern, je Sitzung	76	4,43
1430	Operativer Eingriff in der Nase	119	6,94
1435	Stillung von Nasenbluten mittels Ätzung/Tamponade/Kauterisation, auch beidseitig	91	5,30
1436	Ätzung, hinterer Nasenraum/Seitenstrang, auch beidseitig	36	2,10
1438	Abtragung einer Nasenmuschel	370	21,57
1439	Abtragung von Auswüchsen der Nasensecheidewand einer Seite	370	21,57
1440	Operative Entfernung, einzelne Nasenpolypen einer Nasenseite	130	7,58
1441	Operative Entfernung, mehrere Nasenpolypen einer Nasenseite, auch in mehreren Sitzungen	296	17,25
1445	Submuköse Resektion, Nasensecheidewand	463	26,99
1446	Submuköse Resektion, Nasensecheidewand, mit Resektion der knöchernen Leiste	739	43,07
1447	Plastische Korrektur am Nasenseptum, einschließlich der Nrn. 1439, 1445, 1446 und 1456, auch in mehreren Sitzungen	1660	96,76
1448	Plastische Korrektur am Nasenseptum/knöchernen Nasengerüst, einschließlich der Leistungen nach den Nrn. 1439, 1445, 1446 und 1456, auch in mehreren Sitzungen	2370	138,14
1449	Plastische Operation bei ekonstruierender Teilplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	3700	215,66
1450	Rekonstruierende Totalplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	7400	431,33
1452	Umfangreiche operative Teilentfernung der äußeren Nase	800	46,63
1453	Operative Entfernung der gesamten Nase	1100	64,12
1455	Plastische Operation zum Verschluss einer Nasensecheidewandperforation	550	32,06
1456	Operative Verschrämlerung des Nasensteiges	232	13,52
1457	Operative Korrektur eines Nasenflügels	370	21,57
1458	Beseitigung eines knöchernen Choanenverschlusses	1290	75,19
1459	Eröffnung eines Abszesses der Nasensecheidewand	74	4,31
1465	Punktion einer Kieferhöhle	119	6,94
1466	Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle, einschließlich Nr. 1465	178	10,38
1467	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle, vom Mundvorhof aus	407	23,72
1468	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle, von der Nase aus	296	17,25
1469	Keilbeinhöhlenoperation/Ausräumung der Siebbeinzellen, von der Nase aus	554	32,29
1470	Keilbeinhöhlenoperation/Ausräumung der Siebbeinzellen, von der Nase aus, mit Abtragung Nasenschmel/Auswüchsen der Nasensecheidewand	739	43,07
1471	Operative Eröffnung der Stirnhöhle/Siebbeinzellen, vom Naseninnern aus	1480	86,27
1472	Anbohrung der Stirnhöhle von außen	222	12,94
1473	Plastische Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorderwand, auch in mehreren Sitzungen	2220	129,40
<i>Neben der Leistung nach Nr. 1473 ist die Nr. 1485 nicht berechnungsfähig.</i>			
1478	Sondierung/Bougierung der Stirnhöhle, vom Naseninnern aus	178	10,38
1479	Ausspülung der Kiefer-/Keilbein-/Stirnhöhle	59	3,44
1480	Absaugen der Nebenhöhlen	45	2,62
1485	Operative Eröffnung/Ausräumung, Stirnhöhle/Kieferhöhle/Siebbeinzellen, von außen	924	53,86
1486	Radikaloperation der Kieferhöhle	1110	64,70
1487	Radikaloperation, Stirnhöhle/Siebbeinzellen, von außen	1480	86,27
1488	Radikaloperation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite	1850	107,83
1492	Osteoplastische Operation zur Verengung der Nase	1290	75,19
1493	Entfernung der vergrößerten Rachenmandel	296	17,25
1495	Entfernung eines Nasenrachenfibroms	1110	64,70
1496	Eröffnung des Türkensattels, vom Naseninnern aus	2220	129,40
1497	Tränensackoperation, vom Naseninnern aus	1110	64,70
1498	Konservative Behandlung der Gaumenmandeln	44	2,56
1499	Ausschälung/Resektion einer Gaumenmandel	463	26,99
1500	Ausschälung/Resektion beider Gaumenmandeln	739	43,07
1501	Operative Behandlung einer unstillbaren Nachblutung nach Tonsillektomie	333	19,41
1505	Eröffnung eines peritonsillären Abszesses	148	8,63
1506	Eröffnung eines retropharyngealen Abszesses	185	10,78
1507	Wiedereröffnung eines peritonsillären Abszesses	56	3,26
1508	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern, Rachen/Mund	93	5,42
1509	Operative Behandlung einer Mundbodenphlegmone	463	26,99
1510	Schlitzung, Parotis-/Submandibularis-Ausführungsgang	190	11,07
1511	Eröffnung eines Zungenabszesses	185	10,78

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
1512	Teilweise Entfernung der Zunge	1110	64,70
1513	Keilexzision aus der Zunge	370	21,57
1514	Entfernung der Zunge	2220	129,40
1518	Operation einer Speichelfistel	739	43,07
1519	Operative Entfernung von Speichelstein(en)	554	32,29
1520	Exstirpation der Unterkiefer-/Unterzungenspeicheldrüse	900	52,46
1521	Speicheldrüsentumorexstirpation	1850	107,83
1522	Parotisextirpation	2000	116,57
1525	Einbringung von Arzneimitteln in den Kehlkopf	46	2,68
1526	Chemische Ätzung im Kehlkopf	76	4,43
1527	Galvanokaustik/Elektrolyse/Kürettament im Kehlkopf	370	21,57
1528	Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf	554	32,29
1529	Intubation/ Einführung von Dehnungsinstrumenten in den Kehlkopf	152	8,86
1530	Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop	182	10,61
1532	Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr	182	10,61

Die Leistung nach Nr. 1532 ist im Zusammenhang mit einer Intubationsnarkose nicht berechnungsfähig.

1533	Schwebe-/Stützlarngoskopie	500	29,14
1534	Probeexzision aus dem Kehlkopf	463	26,99
1535	Entfernung von Polypen aus dem Kehlkopf	647	37,71
1540	Endolaryngeale Resektion/frontolaterale Teilresektion eines Stimmbandes	1850	107,83
1541	Operative Beseitigung einer Stenose im Glottisbereich	1390	81,02
1542	Kehlkopfplastik mit Stimmbandverlagerung	1850	107,83
1543	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes	1650	96,17
1544	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes, mit Zungenbeinresektion und Pharynxplastik	1850	107,83
1545	Totalexstirpation des Kehlkopfes	2220	129,40
1546	Totalexstirpation des Kehlkopfes mit Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	3700	215,66
1547	Kehlkopfstenosenoperation mit Thyreochondrotomie	2770	161,46
1548	Einführung einer Silastikendoprothese im Larynxbereich	2060	120,07
1549	Fensterung des Schildknorpels zur Spickung mit Radionukliden	1200	69,94
1550	Spickung des Kehlkopfes mit Radionukliden bei vorhandener Fensterung	300	17,49
1551	Operative Versorgung einer Trümmerverletzung, Kehlkopf/Trachea, mit Sternotomie	3000	174,86
1555	Untersuchung der Sprache nach standardisierten Verfahren	119	6,94

Neben der Leistung nach Nr. 1555 sind die Leistungen nach den Nrn. 715 und 717 nicht berechnungsfähig.

1556	Untersuchung der Stimme nach standardisierten Verfahren	119	6,94
1557	Elektroglottographische Untersuchung	106	6,18
1558	Stimmtherapie bei Kehlkopflähmungen, je Sitzung	148	8,63
1559	Sprachübungsbehandlung, als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten	207	12,07
1560	Stimmübungsbehandlung, als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten	207	12,07
1565	Entfernung von obturierenden Ohrschmalzpfropfen, auch beidseitig	45	2,62
1566	Ausspülung des Kuppelraumes	45	2,62
1567	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang	74	4,31
1568	Operation im äußeren Gehörgang	185	10,78
1569	Entfernung eines Fremdkörpers, Gehörgang/Paukenhöhle	74	4,31
1570	Entfernung eines festsitzenden Fremdkörpers, Gehörgang/Paukenhöhle	148	8,63
1575	Inzision des Trommelfells	130	7,58
1576	Anlage einer Paukenhöhlendauerdrainage	320	18,65
1577	Einsetzen/Auswechselln Trommelfellprothese oder Wiedereinlegen Verweilröhrchen	45	2,62
1578	Chemische Ätzung im Gehörgang, auch beidseitig	40	2,33
1579	Chemische Ätzung in der Paukenhöhle	70	4,08
1580	Galvanokaustik, Gehörgang/Paukenhöhle	89	5,19
1585	Entfernung von Granulationen, Trommelfell/Paukenhöhle	130	7,58
1586	Entfernung von größeren Polypen, Gehörgang/Paukenhöhle, auch in mehreren Sitzungen	296	17,25
1588	Hammer-Amboß-Extraktion oder ähnliche schwierige Eingriffe am Mittelohr, vom Gehörgang aus	594	32,29
1589	Dosierte Insufflation der Eustachischen Röhre	30	1,75
1590	Katheterismus der Ohrtrompete, auch beidseitig	74	4,31
1591	Vibrationsmassage des Trommelfells oder Anwendung der Drucksonde, auch beidseitig	40	2,33
1595	Operative Beseitigung einer Stenose im äußeren Gehörgang	1850	107,83
1596	Plastische Herstellung des äußeren Gehörganges bei Atresie	1480	86,27
1597	Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes	1110	64,70
1598	Aufmeißelung des Warzenfortsatzes, mit Freilegung sämtlicher Mittelohrräume	1660	96,76
1600	Eröffnung der Schädelhöhle, mit Operation einer Sinus- oder Bulbusthrombose/ des Labyrinthes/ eines Hirnabszesses	2770	161,46
1601	Operation eines gutartigen Mittelohrtumors, einschließlich der Nrn. 1597 oder 1598	1660	96,76
1602	Operation eines destruktiv wachsenden Mittelohrtumors, einschließlich der Nrn. 1597, 1598 oder 1600	2770	161,46
1610	Tympanoplastik mit Interposition, zusätzlich zu Nrn. 1598, 1600 bis 1602	1480	86,27
1611	Myringoplastik, vom Gehörgang aus	1480	86,27
1612	Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung	1110	64,70
1613	Tympanoplastik mit Interposition	2350	136,98
1614	Tympanoplastik mit Interposition/und Aufbau der Gehörknöchelchenkette	3140	183,02
1620	Fensterungsoperation, mit Eröffnung des Warzenfortsatzes	2350	136,98
1621	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand	1110	64,70
1622	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand, bei anderen Operationen	700	40,80

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
1623	Otoskleroseoperation, vom Gehörgang aus	2350	136,98
1624	Dekompression, Saccus endolymphaticus/Innenohr	2350	136,98
1625	Fazialisdekompression	2220	129,40
1626	Fazialisdekompression, bei anderen operativen Leistungen	1330	77,52
1628	Plastischer Verschluss, retroaurikuläre Öffnung/ Kieferhöhlenfistel	739	43,07
1629	Extraduraler/transtympanaler operativer Eingriff, innerer Gehörgang	3700	215,66
1635	Operative Korrektur eines abstehenden Ohres	739	43,07
1636	Plastische Operation zur Korrektur der Ohrmuschelform	887	51,07
1637	Plastische Operation zur Korrektur von Form/Größe/Stellung der Ohrmuschel	1400	81,60
1638	Plastische Operation zum Aufbau einer Ohrmuschel, auch in mehreren Sitzungen	4500	262,29
1639	Unterbindung der Vena jugularis	554	32,29

K. UROLOGIE

Allgemeine Bestimmungen

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 Nr. 2990 oder 3135 zu kürzen.

1700	Spülung der männlichen Harnröhre	45	2,62
1701	Dehnung der männlichen Harnröhre, je Sitzung	74	4,31
1702	Dehnung der männlichen Harnröhre mit filiformen Bougies/Leitsonde, erste Sitzung	178	10,38
1703	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	148	8,63
1704	Operative Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	554	32,29
1708	Kalibrierung der männlichen Harnröhre	75	4,37
1709	Kalibrierung der weiblichen Harnröhre	60	3,50
1710	Dehnung der weiblichen Harnröhre, je Sitzung	59	3,44
1711	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre	74	4,31
1712	Endoskopie der Harnröhre	119	6,94
1713	Endoskopie der Harnröhre, mit operativem Eingriff	296	17,25
1714	Entfernung von Geschwülsten an der Harnröhrenmündung	230	13,41
1715	Spaltung einer Harnröhrenstriktur	300	17,94
1720	Anlegen einer Harnröhrenfistel am Damm	554	32,29
1721	Verschluss einer Harnröhrenfistel durch Naht	554	32,29
1722	Verschluss einer Harnröhrenfistel durch plastische Operation	1110	64,70
1723	Operative Versorgung einer Harnröhren-/Harnblasenverletzung	1660	96,76
1724	Plastische Operation, Striktor der Harnröhre/ Harnröhrendivertikel, je Sitzung	1660	96,76
1728	Katheterisierung der Harnblase beim Mann	59	3,44
1729	Spülung der Harnblase beim Mann, mit Instillation von Arzneimitteln/Katheterisierung	104	6,06
1730	Katheterisierung der Harnblase bei der Frau	37	2,16

Wird eine Harnblasenkatheterisierung lediglich ausgeführt, um eine gynäkologische Untersuchung nach Nr. 7 zu erleichtern, so ist sie neben der Leistung nach Nr. 7 nicht berechnungsfähig.

1731	Spülung der Harnblase bei der Frau, mit Instillation von Medikamenten/Katheterisierung	74	4,31
1732	Einlegung eines Verweilkatheters, einschließlich der Nrn. 1728 oder 1730	74	4,31

Neben der Leistung nach Nr. 1732 ist die Leistung nach Nr. 1733 nicht berechnungsfähig.

1733	Spülung der Harnblase/Instillation bei liegendem Verweilkatheter	40	2,33
1737	Meatomie	74	4,31
1738	Plastische Versorgung einer Meatusstriktur	554	32,29
1739	Unblutige Beseitigung einer Paraphimose/ Lösung einer Vorhautverklebung	60	3,50
1740	Operative Beseitigung einer Paraphimose	296	17,25
1741	Phimoseoperation	370	21,57
1742	Operative Durchtrennung des Frenulum praeputii	85	4,95
1745	Operative Aufrichtung des Penis, Voroperation zu Nr. 1746	554	32,29
1746	Operation einer Epispadie/Hypospadie	1110	64,70
1747	Penisamputation	554	32,29
1748	Penisamputation, mit Skrotumentfernung/ Ausräumung der Leistendrüsen	2220	129,40
1749	Anlage einer einseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	2500	145,72
1750	Anlage einer beidseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	3200	186,52
1751	Transkutane Fistelbildung durch Punktionen/Stanzungen, Glans penis/Corpora cavernosa	924	53,86
1752	Operative Implantation einer Penis-Stützprothese	2500	145,72
1753	Entfernen einer Penisprothese	550	32,06
1754	Doppler-Sonographie, Penisgefäße/Skrotalfächer	180	10,49
1755	Unterbindung eines Samenleiters	463	26,99
1756	Unterbindung beider Samenleiter	832	48,50
1757	Unterbindung beider Samenleiter, bei einer anderen Operation	554	32,29
1758	Operative Wiederherstellung der Durchgängigkeit eines Samenleiters	1110	64,70
1759	Transpenile/transskrotale Venenembolisation	2800	163,20
1760	Varikozelenoperation mit hoher Unterbindung der Vena spermatica	1480	86,27
1761	Operation eines Wasserbruchs	739	43,07
1762	Inguinale Lymphknotenausräumung	1200	69,94

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
1763	Einlegen einer Hodenprothese	740	43,13
1764	Entfernen einer Hodenprothese	460	26,81
1765	Hodenentfernung, einseitig	739	43,07
1766	Hodenentfernung, beidseitig	1200	69,94
1767	Operative Freilegung eines Hodens, mit Gewebeentnahme	463	26,99
1768	Operation eines Leistenhodens, einseitig	1200	69,94
1769	Operation eines Leistenhodens, beidseitig	1480	86,27
1771	Entfernung eines Nebenhodens	924	53,86
1772	Entfernung beider Nebenhoden	1480	86,27
1775	Behandlung der Prostata mittels physikalischer Heilmethoden	45	2,62
1776	Eröffnung eines Prostataabzesses, vom Damm aus	370	21,57
1777	Elektro-/Kryoresektion der Prostata	924	53,86
1778	Operative Entfernung, Prostataadenoms, auch transurethral	1850	107,83
1779	Totale Entfernung, Prostata/Samenblasen	2590	150,96
1780	Plastische Operation bei Harninkontinenz	1850	107,83
1781	Operative Behandlung bei Harninkontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließmuskels	2770	161,46
1782	Transurethrale Resektion des Harnblasenhalses bei der Frau	1110	64,70
1783	Pelvine Lymphknotenausräumung	1850	107,83
1784	Totale Entfernung der Prostata/Samenblasen mit pelviner Lymphknotenentfernung	3500	204,01
1785	Zystoskopie	207	12,07
1786	Zystoskopie mit Gewebeentnahme	355	20,69
1787	Kombinierte Zystourethroskopie	252	14,69
1788	Zystoskopie mit Harnleitersondierung	296	17,25
1789	Chromozystoskopie	325	18,94
1790	Zystoskopie mit Harnleitersondierung und Kontrastmittel	370	21,57
1791	Tonographische Untersuchung der Harnblase/ Funktionsprüfung des Schließmuskels, mit Katheterisierung	148	8,63
1792	Uroflowmetrie	212	12,36
1793	Manometrische Untersuchung der Harnblase	400	23,31
<i>Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.</i>			
1794	Simultane, elektromanometrische Blasen-/Abdominaldruckmessung	680	39,64
<i>Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 1794 ist die Leistung nach Nr. 1793 nicht berechnungsfähig.</i>			
1795	Anlegung einer perkutanen Harnblasenfistel durch Punktion, mit Kathetereinlegung	273	15,91
1796	Anlegung einer Harnblasenfistel durch Operation	739	43,07
1797	Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase	355	20,69
1798	Urethradruckprofilmessung	550	32,06
<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 1793, 1794 und 1798 sind die Leistungen nach den Nrn. 1700, 1701, 1710, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732 und 1733 nicht berechnungsfähig.</i>			
1799	Nierenbeckendruckmessung	150	8,74
1800	Zertrümmerung/Entfernung von Blasensteinen, mit endoskopischer Kontrolle, je Sitzung	1480	86,27
1801	Operative Eröffnung der Harnblase, Entfernung von Steinen/Fremdkörpern, Koagulation von Geschwülsten, Fistelkatheter	1480	86,27
1802	Transurethrale Eingriffe in der Harnblase, mit endoskopischer Kontrolle/Probeexzision	739	43,07
1803	Transurethrale Resektion von großen Harnblasengeschwülsten, mit endoskopischer Kontrolle, je Sitzung	1110	64,70
<i>Neben der Leistung nach Nr. 1803 ist die Leistung nach Nr. 1802 nicht berechnungsfähig.</i>			
1804	Operation von Harnblasendivertikel	1850	107,83
1805	Operation einer Harnblasengeschwulst, Teilresektion	1850	107,83
1806	Operation einer Harnblasengeschwulst, Teilresektion/Verpflanzung eines Harnleiters	2220	129,40
1807	Operative Bildung einer Harnblase aus Ileum/Kolon	4070	237,23
1808	Totale Exstirpation der Harnblase, mit Verpflanzung der Harnleiter	4800	279,78
1809	Totale retroperitoneale Lymphadenektomie	4610	268,70
1812	Ureterverweilschiene/Ureterkatheter	340	19,82
<i>Die Kosten für die Schiene bzw. den Katheter sind gesondert berechnungsfähig.</i>			
1814	Harnleiterbougieung	900	52,46
1815	Extraktion von Harnleitersteinen, mit Schlitzung des Harnleiterostiums	1110	64,70
<i>Die Kosten für die Schlinge sind nicht gesondert berechnungsfähig.</i>			
1816	Schlitzung des Harnleiterostiums	481	28,04
1817	Operative Entfernung von Harnleitersteinen	2220	129,40
1818	Ureterektomie	2770	161,46
1819	Resektion eines Harnleitersegments, mit End-zu-End-Anastomose	3750	218,58
1823	Verpflanzung eines Harnleiters in Harnblase/Darm/Haut, mit Antirefluxplastik, einseitig	2590	150,96
1824	Verpflanzung beider Harnleiter in Harnblase/Darm/Haut, mit Antirefluxplastik, beidseitig	3330	194,10
1825	Harnleiterplastik, mit Antirefluxplastik	2770	161,46

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
1826	Eröffnung eines paranephritischen Abszesses	463	26,99
1827	Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougieung, zusätzlich zu den Nrn. 1785, 1786 oder 1787	1500	87,43
1828	Ureterpyeloskopie, mit Gewebeentnahme/Steinentfernung	1500	87,43
1829	Harnleiterfreilegung	2590	150,96
1829a	Ureterolyse	1110	64,70
<i>Die Leistungen nach den Nrn. 1829 und 1829a sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>			
1830	Operative Freilegung einer Niere, mit Gewebeentnahme/ Punktion/ Eröffnung eines paranephritischen Abszesses	1110	64,70
1831	Dekapsulation einer Niere/Senkniernenoperation	1480	86,27
1832	Operative Anlage einer Nierenfistel	1660	96,76
1833	Wechsel eines Nierenfistelkatheters, mit Spülung/Verband	237	13,81
1834	Operation eines aberrierenden Nierengefäßes	1480	86,27
1835	Trennung der Hufeisenniere	3230	188,27
1836	Nierenpolresektion	2770	161,46
1837	Nierenpolresektion, bei einer anderen Operation	1660	96,76
1838	Nierensteinentfernung durch Pyelotomie	2220	129,40
1839	Nierenausgußsteinentfernung durch Nephrotomie	2770	161,46
1840	Nierenbeckenplastik	2770	161,46
1841	Nephrektomie	2220	129,40
1842	Nephrektomie, mit Entfernung eines Tumors	3230	188,27
1843	Nephrektomie, mit Entfernung eines Tumors/des regionären Lymphstromgebietes	4160	242,48
1845	Implantation einer Niere	4990	290,85
1846	Doppelseitige Nephrektomie bei einem Lebenden	4160	242,48
1847	Explantation einer Niere bei einem Lebenden zur Transplantation	3230	188,27
1848	Explantation einer Niere an einem Toten zur Transplantation	2220	129,40
1849	Explantation beider Nieren an einem Toten zur Transplantation	3500	204,01
1850	Explantation/plastische Versorgung/Replantation einer Niere	6500	378,87
1851	Perkutane Anlage einer Nierenfistel, mit Spülung/Verband	1250	72,86
1852	Transkutane Pyeloskopie	700	40,80
1853	Transkutane pyeloskopische Stein-/Tumorentfernung	1200	69,94
<i>Neben der Leistung nach Nrn. 1853 ist die Leistung nach Nr. 1852 nicht berechnungsfähig.</i>			
1858	Operative Entfernung einer Nebenniere	3230	188,27
1859	Operative Entfernung beider Nebennieren	4160	242,48
1860	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie, mit Röntgenkontrolle, je Sitzung	6000	349,72

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 Nr. 2990 oder Nr. 3135 zu kürzen.

I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung

2000	Erstversorgung, kleine Wunde	70	4,08
2001	Versorgung, kleine Wunde, mit Naht	130	7,58
2002	Versorgung, kleine Wunde, mit Umschneidung/Naht	160	9,33
2003	Erstversorgung, große/verunreinigte Wunde	130	7,58
2004	Versorgung, große Wunde, mit Naht	240	13,99
2005	Versorgung, große/verunreinigte Wunde, mit Umschneidung/Naht	400	23,31

Neben den Leistungen nach den Nrn. 2000 bis 2005 ist die Leistung nach Nr. 2033 nicht berechnungsfähig, wenn die Extraktion des Nagels Bestandteil der Wundversorgung ist.

2006	Behandlung, nicht primär heilende/entzündete/ eiternde Wunde	63	3,67
2007	Entfernung von Fäden/Klammern	40	2,33
2008	Wund-/Fistelspaltung	90	5,25
2009	Fremdkörper-Entfernung, unter Haut-/Schleimhaut-Oberfläche	100	5,83
2010	Fremdkörper-Entfernung, tiefsitzend in Weichteilen/Knochen	379	22,09
2015	Anlegen von Redondrainage(n), in Gelenke/Weichteile/Knochen	60	3,50

II. Extremitätenchirurgie

2029	Anlegen einer Blutleere-/sperre, Extremität	50	2,91
2030	Eröffnung, subkutan Panaritium/Paronychie, mit Nagel-Extraktion	130	7,58
2031	Eröffnung, ossales Panaritium/Sehnscheidenpanaritium	189	11,02
2032	Anlage einer Spül-/Saugdrainage	250	14,57
2033	Nagel-Extraktion	57	3,32

Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
2034	Nagel-Ausrüttung, mit Exzision der Nagelwurzel	114	6,64
2035	Plastische Operation am Nagelwall	180	10,49
2036	Anlegen einer Nagelspanne	45	2,62
2040	Tumor-Exstirpation, Fingerweichteile	554	32,29
2041	Operative Beseitigung einer Schnürfurche am Finger, mit Z-Plastik	700	40,80
2042	Kreuzlappenplastik, am Finger, mit Trennung	1100	64,12
2043	Operation einer Syndaktylie, mit Vollhautdeckung ohne Osteotomie	1450	84,52
2044	Operation einer Syndaktylie, mit Vollhautdeckung/Osteotomie	1700	99,09
2045	Operation einer Doppelbildung am Fingergelenk	600	34,97
2050	Fingerverlängerung mittels Knochentransplantation, mit Fernlappenplastik	1800	104,92
2051	Operation eines Ganglions, am Hand-/Fußgelenk	600	34,97
2052	Operation eines Ganglions, am Fingergelenk	554	32,29
2053	Replantation eines Fingers	2400	139,89
2054	Plastischer Daumenersatz durch Fingertransplantation/ Daumen-Zeigefingerbildung bei Daumenhypoplasie	2400	139,89
2055	Replantation, Hand, im Mittelhand-/Handwurzel-/Unterarmbereich	7000	408,01
2056	Replantation, Arm/Bein	8000	466,30
2060	Drahtstiftung zur Fixierung, kleines Gelenk	230	31,41
2061	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nr. 2060	74	4,31
2062	Drahtstiftung zur Fixierung, mehrere kleine Gelenke	370	21,57
2063	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nr. 2062	126	7,34
2064	Sehnen-/Faszien-/Muskelverlängerung	924	53,86
2065	Nekrosen-Abtragung, Hand/Fuß, je Sitzung	250	14,57
2066	Eröffnung der Hohlhandphlegmone	450	26,23
2067	Operation, Hand-/Fußmißbildung	1660	96,76
2070	Operation, Karpal-/Tarsaltunnelsyndrom oder Muskelkanalbildung	1660	96,76
2071	Umbildung des Unterarmstumpfes um Greifapparat	1850	107,83
2072	Offene Sehnen-/Muskeldurchschneidung	463	26,99
2073	Sehnen-/Muskel-/Fasziennaht, mit Wund-Versorgung	650	37,89
2074	Verpflanzung, Sehne/Muskel	1100	64,12
2075	Sehnenverkürzung/-raffung	924	53,86
2076	Operative Lösung von Verwachsungen um eine Sehne	950	55,37
2080	Stellungskorrektur der Hammerzehe mittels Sehnedurchschneidung	463	26,99
2081	Stellungskorrektur der Hammerzehe mit Sehnenverpflanzung/ plastischer Sehnenoperation/ Osteotomie	924	53,86
2082	Operative Herstellung eines Sehnenbettes	1650	96,17
2083	Freie Sehnen transplantation	1650	96,17
2084	Sehnenscheidenstenosenoperation	407	23,72
2087	Operation, Dupuytren'sche Kontraktur, mit Teilentfernung Palmaraponeurose	924	53,86
2088	Operation, Dupuytren'sche Kontraktur, mit Entfernung Palmaraponeurose	1100	64,12
2089	Operation, Dupuytren'sche Kontraktur, mit Entfernung Palmaraponeurose/ Strangresektion an Fingern/ Z-/Zickzackplastik	1800	104,92
2090	Spülung, Sehnenscheidenpanarthritis, je Sitzung	63	3,67
2091	Sehnenscheidenradikaloperation	924	53,86
2092	Operation, Tendosynovitis, Handgelenk/Finger	750	43,72
2093	Spülung bei liegender Drainage	50	2,91

III. Gelenkchirurgie

Allgemeine Bestimmungen

Werden Leistungen nach den Nrn. 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 Nrn. 2189 bis 2196 sind die Leistungen nach den Nrn. 300 bis 302 sowie 3300 nicht berechnungsfähig.

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

2100	Gelenkkapsel-Naht, Finger/Zeh	278	16,20
2101	Gelenkkapsel-Naht, Kiefer/Hand/Fuß	554	32,29
2102	Gelenkkapsel-Naht, Schulter/Ellenbogen/Hüfte/Knie/Wirbel	1110	64,70
2103	Muskelspannungsoperation am Hüftgelenk	1850	107,83
2104	Bandplastik des Kniegelenks	2310	134,64
2105	Primäre Band-Naht/Bandplastik, Finger-/Zehengelenk	550	32,06
2106	Primäre Band-Naht/Bandplastik, Sprunggelenk/Syndesmoose	1110	64,70
2110	Synovektomie, Finger-/Zehengelenk	750	43,72
2111	Synovektomie, Hand-/Fußgelenk	1110	64,70
2112	Synovektomie, Schulter-/Ellenbogen-/Kniegelenk	1480	86,27
2113	Synovektomie, Hüftgelenk	1850	107,83
2117	Meniskusoperation	1480	86,27
2118	Operative Fremdkörperentfernung, Kiefer-/Finger-/Hand-/Zehen-/Fußgelenk	463	26,99
2119	Operative Entfernung freier Gelenkkörper/Fremdkörperentfernung, Schulter-/Ellenbogen-/Kniegelenk	1480	86,27
2120	Denervation, Finger-/Zehengelenk	650	37,89
2121	Denervation, Hand-/Ellenbogen-/Fuß-/Kniegelenk	1300	75,77
2122	Resektion, Finger-/Zehengelenk	407	23,72
2123	Resektion, Kiefer-/Hand-/Fußgelenk	1110	64,70
2124	Resektion, Ellenbogen-/Schulter-/Hüft-/Kniegelenk	1850	107,83

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
2125	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk	2220	129,40
2126	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk, mit Osteotomie/Osteosynthese	2770	161,46
2130	Operative Versteifung, Finger-/Zehengelenk	650	37,89
2131	Operative Versteifung, Hand-/Fußgelenk	1300	75,77
2132	Operative Versteifung, Hüftgelenk, mit Fixation	2770	161,46
2133	Operative Versteifung, Kniegelenk	2100	122,40
2134	Arthroplastik, Finger-/Zehengelenk	924	53,86
2135	Arthroplastik, Kiefer-/Hand-/Fußgelenk	1400	81,60
2136	Arthroplastik, Ellenbogen-/Kniegelenk	1660	96,76
2137	Arthroplastik, Schultergelenk	2100	122,40
2140	Operativer Einbau, künstliches Finger-/Zehengelenk oder Fingerprothese	1000	58,29
2141	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Finger-/Zehengelenk oder Fingerprothese	1800	104,92
2142	Operativer Einbau, künstliches Hand-/Fußgelenk	2700	157,38
2143	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Hand-/Fußgelenk	4860	283,28
2144	Operativer Einbau, künstliches Ellenbogen-/Kniegelenk	3600	209,83
2145	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Ellenbogen-/Kniegelenk	6480	377,70
2146	Operativer Einbau, künstliches Schultergelenk	1800	104,92
2147	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Schultergelenk	3240	188,85
2148	Neubildung eines Hüftpfannendaches durch Beckenosteotomie	2100	122,40
2149	Ersatz von Hüftkopf/Hüftpfanne durch biologische/alloplastische Transplantate	2770	161,46
2150	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliche(r) Hüftkopf/Hüftpfanne	4980	290,27
2151	Endoprothetischer Totersatz, Hüftpfanne/Hüftkopf	3700	215,66
2152	Entfernung/erneuter operativer Einbau, Endoprothetischer Totersatz von Hüftpfanne/Hüftkopf	6660	388,19
2153	Endoprothetischer Totersatz, Kniegelenks	3700	215,66
2154	Entfernung/erneuter operativer Einbau, Endoprothetischer Totersatz eines Kniegelenks	6660	388,19
2155	Eröffnung, vereitertes Finger-/Zehengelenk	148	8,63
2156	Eröffnung, vereitertes Kiefer-/Hand-/Fußgelenk	463	26,99
2157	Eröffnung, vereitertes Schulter-/Ellenbogen-/Hüft-/Knie-/Wirbelgelenk	924	53,86
2158	Exartikulation, Finger/Zehe	370	21,57
2159	Exartikulation, Hand/Fuß	924	53,86
2160	Exartikulation, Ellenbogen-/Kniegelenk	1110	64,70
2161	Exartikulation, Schultergelenk	1290	75,19
2162	Exartikulation, Hüftgelenk	1480	86,27
2163	Operative Entfernung, Schultergürtelhälfte	1850	107,83
2164	Operative Entfernung, Beckenhälfte, auch in mehreren Sitzungen	3700	215,66
2165	Beckenosteotomie, mit Osteosynthese/Spanverpflanzung/Reposition einer Hüftluxation	6000	349,72
2167	Entfernung eines künstlichen Hüftgelenkes	3200	186,52
2168	Entfernung einer Kniegelenksendoprothese, mit Gelenk-Versteifung	3200	186,52
2170	Amputation, Finger/Zehe, mit plastischer Deckung	463	26,99
2171	Amputation, Finger-/Zehenstrahl in Mittelhand/-fuß, mit plastischer Deckung	1110	64,70
2172	Amputation, Mittelhand-/Mittelfußknochen, mit plastischer Deckung	924	53,86
2173	Amputation, Unterarm/Unterschenkel/Oberarm, mit plastischer Deckung	1110	64,70
2174	Amputation, Oberschenkel, mit plastischer Deckung	1290	75,19
2181	Lockerung/Streckung, Kiefer-/Hand-/Fußgelenk	227	13,23
2182	Lockerung/Streckung, Schulter-/Ellenbogen-/Hüft-/Kniegelenk	379	22,09
2183	Operatives Anlegen einer Extension am Schädel	740	43,13
2184	Anlegen von Halo-Extensionen bei Skoliosen/Kyphosen	1000	58,29
2189	Arthroskopische Operation, Meniskus, Entfernung/Teilresektion	1500	87,43
2190	Arthroskopische Operation, Meniskus, Naht/Refixation	1800	104,92
2191	Arthroskopische Operation, Kreuz-/Seitenband am Kniegelenk	2000	116,57
2192	Arthroskopische Operation, Zuschlag zu Nr. 2191 für weiteres Band desselben Kniegelenks	500	29,14
2193	Arthroskopische Operation, Synovektomie an Knie-/Hüftgelenk	1800	104,92
2195	Zuschlag, weitere Operation an demselben Gelenk – zusätzlich zu Nrn. 2102, 2104, 2112, 2117, 2119, 2136, 2189 bis 2191 oder 2193	300	17,49
2196	Diagnostische Arthroskopie bei Nrn. 2189 bis 2191, 2193	250	14,57

IV. Gelenkluxationen

Allgemeine Bestimmungen

Bei Einrenkung von Luxationen sind Verbände Bestandteil der Leistung.

2203	Einrenkung, Luxation Wirbelgelenk	739	43,07
2204	Einrenkung, alte Luxation Wirbelgelenk	1110	64,70
2205	Einrenkung, Luxation Finger-/Zehengelenk	93	5,42
2206	Einrenkung, alte Luxation Finger-/Zehengelenk	140	8,16
2207	Einrenkung, Luxation Daumengelenk	148	8,63
2208	Einrenkung, alte Luxation Daumengelenk	220	12,82
2209	Einrenkung, Luxation Daumengelenk, mit Anlegen eines Drahtzuges	370	21,57
2210	Operative Einrenkung, Luxation Finger-/Zehengelenk	407	23,72
2211	Einrenkung, Luxation Hand-/Fußgelenk	278	16,20
2212	Einrenkung, alte Luxation Hand-/Fußgelenk	420	24,48
2213	Operative Einrenkung, Luxation Hand-/Fußgelenk	1110	64,70
2214	Einrenkung, Luxation Ellenbogen-/Kniegelenk	370	21,57
2215	Einrenkung, alte Luxation Ellenbogen-/Kniegelenk	540	31,48
2216	Operative Einrenkung, Luxation Ellenbogen-/Kniegelenk	1850	107,83

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
2217	Einrenkung, Luxation Schultergelenk	370	21,57
2218	Einrenkung, alte Luxation Schultergelenk	540	31,48
2219	Operative Einrenkung, Luxation Schultergelenk	1850	107,83
2220	Operation, habituelle Luxation Schultergelenk	2250	131,15
2221	Einrenkung, Luxation Schlüsselbeingelenk/ Kniescheibe	111	6,47
2222	Einrenkung, alte Luxation Schlüsselbeingelenk/ Kniescheibe	170	9,91
2223	Operative Einrenkung, Luxation Schlüsselbeingelenk	400	23,31
2224	Operative Einrenkung, Luxation Schlüsselbeingelenk, mit Osteosynthese	800	46,63
2225	Operative Einrenkung, Luxation Schlüsselbeingelenk, mit Osteosynthese/Rekonstruktion des Bandapparat	1000	58,29
2226	Einrenkung, eingeklemmter Meniskus/ Subluxation Radiusköpfechen/ Luxation Sternoklavikulargelenk	120	6,99
2230	Operation, Luxation Kniescheibe	900	52,46
2231	Einrenkung, Luxation Hüftgelenk	739	43,07
2232	Einrenkung, alte Luxation Hüftgelenk	1110	64,70
2233	Einrenkung, angeborene Luxation Hüftgelenk	550	32,06
2234	Stellungsänderung/ Folgebehandlung bei Therapie nach Nr. 2233	473	27,57
2235	Operation, habituelle Luxation Kniegelenk	1660	96,76
2236	Operative Einrichtung, traumatische Hüftgelenksluxation, mit Rekonstruktion Kapselbandapparat	1850	107,83
2237	Operative Einrichtung, traumatische Hüftgelenksluxation, mit Rekonstruktion Kopf/Hüftpfanne, Osteosynthese, Rekonstruktion Kapselbandapparat	2770	161,46
2238	Operative Einrichtung, traumatische Hüftgelenksluxation nach Nr. 2237, mit Revision/Naht des Nervus ischiadicus	3230	188,27
2239	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenksluxation	1480	86,27
2240	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenksluxation, mit Pfannendachplastik/Knocheneinpflanzung/ Beckenosteotomie	2770	161,46
2241	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenksluxation, mit Pfannendachplastik/Beckenosteotomie/ Umstellungsosteotomie/Osteosynthese	4500	262,29

V. Knochenchirurgie

2250	Keilförmige/lineare Osteotomie, kleiner Knochen	463	26,99
2251	Umstellungsosteotomie, großer Knochen	1290	75,19
2252	Umstellungsosteotomie, großer Knochen, mit Osteosynthese	1850	107,83
2253	Knochenspanentnahme	647	37,71
2254	Implantation von Knochen	739	43,07
2255	Freie Verpflanzung von Knochen	1480	86,27
2256	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, kleiner Knochen	463	26,99
2257	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, großer Röhrenknochen	800	46,63
2258	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, Becken	1200	69,94
2259	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, Schädeldach	1500	87,43
2260	Osteotomie, kleiner Röhrenknochen, mit Osteosynthese	1850	107,83
2263	Resektion, kleiner Knochen, mit Knochen-/Spanverpflanzung	1660	96,76
2265	Resektion, großer Knochen, mit Knochen-/Spanverpflanzung	2770	161,46
2266	Resektion, Darmbeinknochen	1850	107,83
2267	Knochenzerbrechung	463	26,99
2268	Operativer Ersatz, Os lunatum	1800	104,92
2269	Operation der Pseudarthrose, Os naviculare	1800	104,92
2273	Osteotomie, kleiner Röhrenknochen, mit Distraktor	924	53,86
2274	Osteotomie, großer Röhrenknochen, mit Distraktor	1850	107,83
2275	Inter-/subtrochantere Umstellungsosteotomie	2310	134,64
2276	Inter-/subtrochantere Umstellungsosteotomie, mit Osteosynthese	2770	161,46
2277	Redressement einer Beinverkrümmung	567	33,05
2278	Autologe Tabula-externa-Osteoplastik, mit Deckung Schädel-/Stirnbeindefekt	3500	204,01
2279	Chemonukleolyse	600	34,97
2280	Redressement des Rumpfes	1135	66,16
2281	Perkutane Nukleotomie	1400	81,60
2282	Operative Behandlung, Bandscheibenvorfall	1480	86,27
2283	Operative Behandlung, Bandscheibenvorfall, in zwei/drei Segmenten	1850	107,83
2284	Stabilisierende operative Maßnahmen, zusätzlich zu Nr. 2282 oder Nr. 2283	554	32,29
2285	Operative Versteifung, Wirbelsäulenabschnitt	1480	86,27
2286	Operative Behandlung, Wirbelsäulenverkrümmungen	2500	145,72
2287	Operative Behandlung, Wirbelsäulenverkrümmungen, zusätzliche Implantation metallische Aufspreiz-/Abstützvorrichtung	3700	215,66
2288	Osteotomien am Rippenbuckel, zusätzlich zu Nr. 2286/Nr. 2287	550	32,06
2289	Neueinpflanzung, Aufspreiz-/Abstützvorrichtung an Wirbelsäule	4000	233,15
2290	Stellungskorrektur/Fusion, Wirbelsegmente, bei ventralem Zugang	2770	161,46
2291	Implantation, Elektrostimulator, bei Skoliose/Pseudarthrose	920	53,62
2292	Eröffnung, Brust-/ Bauchhöhle bei vorderem Zugang, im Zusammenhang mit Nrn. 2285, 2286, 2287, 2332 und 2333	1110	64,70
2293	Operation, Steißbeinfistel	370	21,57
2294	Steißbeinresektion	554	32,29
2295	Exostosensabmeißelung bei Hallux valgus	463	26,99
2296	Exostosensabmeißelung bei Hallux valgus, mit Sehnenverpflanzung	924	53,86
2297	Operation des Hallux valgus, mit Gelenkkopfresektion/Gelenkplastik/Mittelfußosteotomie, einschließlich der Nrn. 2295 und 2296	1180	68,78

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
VI. Frakturbehandlung			
2320	Einrichtung, gebrochene Nase	189	11,02
2321	Einrichtung, gebrochener Gesichtsknochen	227	13,23
2322	Aufrichtung, gebrochener Wirbel	757	44,12
2323	Halswirbelbruchbehandlung durch Zugverband mit Klammer	757	44,12
2324	Einrichtung, gebrochenes Schlüsselbein	152	8,86
2325	Einrichtung, gebrochenes Schlüsselbein, mit Nagelung/Drahtung	567	33,05
2326	Einrichtung, gebrochenes Schulterblatt/Brustbein	227	13,23
2327	Einrichtung, gebrochener Oberarmknochen	473	27,57
2328	Einrichtung, gebrochener Unterarmknochen	341	19,88
2329	Einrichtung, gebrochenes Becken	473	27,57
2330	Einrichtung, gebrochener Oberschenkelknochen	757	44,12
2331	Einrichtung, gebrochener Knochen Handwurzel/Mittelhand/Fußwurzel/Mittelfuß	227	13,23
2332	Operative Aufrichtung/Einrenkung, gebrochener/luxiertes Wirbelkörper/Wirbelgelenk	2500	145,72
2333	Operative Aufrichtung/Einrenkung, zwei oder mehr gebrochene/luxierte Wirbelkörper/Wirbelgelenke	3700	215,66
2334	Operative Stabilisierung, eine Brustwandseite	2800	163,20
2335	Einrichtung, gebrochene Kniescheibe/Unterschenkelknochen	473	27,57
2336	Operative Einrichtung, gebrochene Kniescheibe	650	37,89
2337	Einrichtung, gebrochene Fingerend-/Zehenknochen	76	4,43
2338	Einrichtung, gebrochene Fingergrund-/Fingermittel-/Großzehenknochen	152	8,86
2338a	Operative Einrichtung, gebrochener Finger-Endgliedknochen, mit Fixation durch Osteosynthese	185	10,78
2339	Einrichtung, gebrochene Fingergrund-/Fingermittel-/Großzehenknochen, mit Osteosynthese	379	22,09
2340	Olekranonverschraubung/Verschraubung des Innen-/Außenknöchelbruches	554	32,29
2344	Osteosynthese/Exstirpation/Teilsexstirpation, Kniescheibe	1110	64,7
2345	Tibiakopfverschraubung/Verschraubung des Fersenbeinbruchs	924	53,86
2346	Beck'sche Bohrung	278	16,20
2347	Nagelung/Drahtung, gebrochener kleiner Röhrenknochen	370	21,57
2348	Nagelung/Drahtung, kleiner Röhrenknochen, bei offenem Knochenbruch	555	32,35
2349	Nagelung/Drahtung/Verschraubung, gebrochener großer Röhrenknochen	1110	64,70
2350	Nagelung/Drahtung/Verschraubung, großer Röhrenknochen, bei offenem Knochenbruch	1660	96,76
2351	Nagelung/Verschraubung, gebrochener Schenkelhals	1480	86,27
2352	Nagelung/Verschraubung, Schenkelhals, bei offenem Knochenbruch	2220	129,40
2353	Entfernung einer Nagelung/Drahtung/Verschraubung aus kleinen Röhrenknochen	185	10,78
2354	Entfernung einer Nagelung/Drahtung/Verschraubung aus großen Röhrenknochen	370	21,57
2355	Operative Stabilisierung/Korrektur einer Pseudarthrose/Fehlstellung nach Knochenbruch	1110	64,70
2356	Operative Stabilisierung/Korrektur einer Pseudarthrose/Fehlstellung nach Knochenbruch, nach Osteotomie mittels Nagelung/Verschraubung/Metallplatten/äußerem Spanner	1480	86,27
2357	Operative Wiederherstellung, gebrochene Hüftpfanne	2770	161,46
2358	Osteosynthese gebrochener Beckenringknochen/gesprengte Symphyse/Kreuzdarmbeinfraktur	2100	122,40

VII. Chirurgie der Körperoberfläche

2380	Überpflanzung von Epidermisstücken	310	18,07
2381	Einfache Hautlappenplastik	370	21,57
2382	Schwierige Hautlappenplastik/Spalthauttransplantation	739	43,07
2383	Vollhauttransplantation	1000	58,29
2384	Knorpeltransplantation	739	43,07
2385	Transplantation, haartragendes Hautimplantat	1200	69,94
2386	Schleimhauttransplantation	688	40,10
2390	Deckung eines großen Hautdefektes mit Hauttransplantaten	1330	77,52
2391	Freie Verpflanzung eines Hautlappens, in mehreren Sitzungen	1500	87,43
2392	Anlage eines Rundstiellappens	900	52,46
2392a	Exzision einer großen Narbe	1000	58,29
2393	Implantation eines Rundstiellappens	739	43,07
2394	Implantation eines Rundstiellappens, mit Modellierung	2200	128,23
2395	Gekreuzte Beinlappenplastik	2500	145,72
2396	Implantation eines Hautexpanders	900	52,46
2397	Operative Ausräumung, ausgedehntes Hämatom	600	34,97
2400	Öffnung eines Körperkanalverschlusses	111	6,47
2401	Probeexzision aus oberflächlichem Körpergewebe	133	7,75
2402	Probeexzision aus tief liegendem Körpergewebe	370	21,57
2403	Exzision, kleine Geschwulst, Haut/Schleimhaut	133	7,75
2404	Exzision, großes Geschwulst	554	32,29
2405	Entfernung, Schleimbeutel	370	21,57
2407	Exzision, ausgedehnte/blutreiche Geschwulst, mit Ausräumung des Lymphstromgebietes	2310	134,64
2408	Ausräumung, Lymphstromgebiet einer Axilla	1100	64,12
2410	Operation, Mammatumor	739	43,07
2411	Absetzen einer Brustdrüse	924	53,86
2412	Absetzen einer Brustdrüse/Brustmuskulatur	1400	81,60
2413	Absetzen einer Brustdrüse, mit Ausräumung Lymphstromgebiet	2310	134,64
2414	Reduktionsplastik, Mamma	2800	163,20
2415	Aufbauplastik, Mamma, mit Verschiebeplastik/Inkorporation Mammaprothese	2000	116,57
2416	Aufbauplastik nach Mammaamputation, mit Inkorporation Mammaprothese	3000	174,86
2417	Operative Entnahme/Implantation, Mamille	800	46,63
2418	Replantation einer verpflanzten Mamille	800	46,63

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
2419	Rekonstruktion einer Mamille	1200	69,94
2420	Implantation/operativer Austausch einer Mammaprothese	1100	64,12
2421	Implantation, subkutanes Medikamentenreservoir	600	34,97
2427	Tiefreichende Entlastungsinzision, mit Drainage	400	23,31
2428	Eröffnung, oberflächlicher Abszess/Furunkel	80	4,66
2429	Eröffnung, disseminierte Abszesse der Haut	220	12,82
2430	Eröffnung, tief liegender Abszess	303	17,66
2431	Eröffnung, Karbunkel, mit Exzision	379	22,09
2432	Eröffnung, Phlegmone	473	27,57
2440	Operative Entfernung, Naevus flammeus, je Sitzung	800	46,63
2441	Operative Korrektur, entstellende Gesichtsnarbe	400	23,31
2442	Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung	900	52,46
2443	Entfernung, Narbengewebe am Augenlid, vor Rekonstruktion eines Augenlides	800	46,63
2444	Implantation eines Magnetkörpers in ein Augenlid	300	17,49
2450	Operation des Rhinophyms	600	34,97
2451	Wiederherstellungsoperation bei Fazialislähmung	2500	145,72
2452	Exstirpation einer Fettschürze	1400	81,60
2453	Operation, Lymphödem einer Extremität	2000	116,57
2454	Operative Entfernung, überstehendes Fettgewebe einer Extremität	924	53,86

VIII. Neurochirurgie

2500	Hebung, gedeckte Impressionsfraktur, Schädel	1850	107,83
2501	Operation, offene Impressions-/Splitterfraktur, Schädel	3100	180,69
2502	Operation, epidurales Hämatom	2750	160,29
2503	Operation, frische Hirnverletzung mit subduralem/intrazerebralem Hämatom	5250	306,01
2504	Operation, offene Hirnverletzung, mit Dura-/Kopfschwarzenplastik	4500	262,29
2505	Operation, subdurales Hygrom/Hämatom beim Kleinkind	3000	174,86
2506	Exstirpation, chronisches subdurales Hämatom, mit Kapselentfernung	3750	218,58
2507	Entleerung/Bohrlochtrepanation, chronisches subdurales Hämatoms	1800	104,92
2508	Operative Versorgung, frontobasale Schädelhirnverletzung	4500	262,29
2509	Totalexstirpation, Hirnabszeß	3750	218,58
2510	Operation, intrazerebrales Hämatom	4000	233,15
2515	Bohrlochtrepanation, Schädel	1000	58,29
2516	Osteoklastische Trepanation, Schädel	1500	87,43
2517	Osteoklastische Trepanation, Schädel, mit Wiedereinpassung des Knochendeckels	2250	131,15
2518	Eröffnung, hintere Schädelgrube	2700	157,38
2519	Trepanation bei Kraniosinose	2250	131,15
2525	Operation der prämaturen Schädelnahtsynostose, mit Einfassung der Knochenränder/ Duraschichtresektion, beim Kleinkind	4000	233,15
2526	Exstirpation, Konvexitätstumor des Großhirns	3750	218,58
2527	Exstirpation, Großhirntumor, mit Hirnlappenresektion	5250	306,01
2528	Exstirpation, Tumor der Mittellinie/Schädelbasistumor	7500	437,15
2529	Operation, intrakraniale Gefäßmißbildung	8000	466,30
2530	Intrakraniale Embolektomie	7500	437,15
2531	Intrakraniale Gefäßanastomose/Gefäßtransplantation	7500	437,15
2535	Resektion, Gehirnhemisphäre	6000	349,72
2536	Resektion, Gehirnlappen	4500	262,29
2537	Durchschneidung von Nervenbahnen, Gehirn/Medulla oblongata	6250	364,30
2538	Operation, Enzephalozele der Konvexität	3750	218,58
2539	Operation, frontobasal gelegene Enzephalozele	6250	364,30
2540	Ventrikuläre intrakorporale Liquorableitung mittels Ventilsystem	4500	262,29
2541	Ventrikulosternostomie	4500	262,29
2542	Ventrikuläre extrakorporale Liquorableitung	1800	104,92
2550	Exstirpation, Kleinhirntumor	5000	291,44
2551	Exstirpation, Kleinhirnbrückenwinkel-/Stammhirntumor	7500	437,15
2552	Exstirpation, retrobulbärer Tumor	6250	364,30
2553	Intrakraniale Operation, basale Liquoristel, mit plastischem Verschluss	6000	349,72
2554	Plastischer Verschluss, Knochendefekt des Hirnschädels	1800	104,92
2555	Eröffnung, Spinalkanal, durch einseitige Hemilaminektomie	1480	86,27
2556	Eröffnung, Spinalkanal, durch Laminektomie	1850	107,83
2557	Eröffnung, Spinalkanal, durch Laminektomie, mit Wieder-Einpflanzung von Knochenteilen	2400	139,89
2560	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem	3750	218,58
2561	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem/ Implantation von Reizelektroden	4620	269,29
2562	Anatomische Vorausberechnungen zu den Nrn. 2560 und 2561, mit Ultraschallmessungen	2250	131,15
2563	Durchschneidung/Zerstörung, Nerv, an Schädelbasis	2310	134,64
2564	Offene Durchtrennung, Nerven, am Rückenmark	4800	279,78
2565	Operativer Eingriff zur Dekompression, Nervenwurzel(n), im Zervikalbereich, mit Foraminotomie/ Nr. 2282/Nr. 2283	4100	238,98
2566	Operativer Eingriff zur Dekompression, Nervenwurzel(n), im thorakaler/lumbaler Bereich, mit Foraminotomie/Nr. 2282/Nr. 2283	3000	174,86
2570	Implantation, Reizelektroden/Empfangsgerät, Rückenmark	4500	262,29
2571	Operation, Missbildung am Rückenmark/Verschluss einer Myelomeningozele/Meningozele	2650	154,46
2572	Operation, Missbildung am Rückenmark, mit plastischer Rekonstruktion des Wirbelkanals/Faszienplastik	3230	188,27
2573	Verschiebeplastik, zusätzlich zu den Nrn. 2571, 2572 und 2584	500	29,14

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
2574	Entfernung, raumbeengender Extraduraler Prozess im Wirbelkanal	2750	160,29
2575	Entfernung, raumbeengender intraduraler Prozess im Wirbelkanal	3500	204,01
2576	Mikrochirurgische Entfernung, spinale Gefäßmißbildung/Tumor	4500	262,29
2577	Entfernung, raumbeengender intra-/extraspinaler Prozess	4000	233,15
2580	Freilegung/Durchtrennung/Exhairese, Nerv	554	32,29
2581	Freilegung/Exhairese, peripherer Trigeminusast	924	53,86
2582	Freilegung/Entnahme, autologer peripherer Nerv, zwecks Transplantation	1800	104,92
2583	Neurolyse	924	53,86
2584	Neurolyse, mit Nervenverlagerung/Neueinbettung	1480	86,27
2585	Nervenersatzplastik durch Implantation, peripherer Nerv, Hand/Arm	2600	151,55
2586	End-zu-End-Naht, Nerv, bei einer frischen Verletzung	1350	78,69
2587	Frühe Sekundärnaht, peripherer Nerv	1850	107,83
2588	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht	2100	122,40
2589	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht, mit Defektüberbrückung durch autologes Transplantat	2400	139,89
2590	Naht eines Nervenplexus	3000	174,86
2591	Interfaszikuläre Defektüberbrückung eines Nervenplexus	6000	349,72
2592	Mikrochirurgische Interfaszikuläre Neurolyse	1800	104,92
2593	Mikrochirurgische Interfaszikuläre Neurolyse, mit Nervenverlagerung/Neueinbettung	2770	161,46
2594	Transposition eines Nerven, mit interfaszikulärer mikrochirurgischer Nervennaht	3000	174,86
2595	Nervenpfpfropfung	1600	93,26
2596	Hirnnervenersatzplastik durch Implantation	2400	139,89
2597	Verödung/Verkochung des Ganglion Gasserii	700	40,80
2598	Stereotaktische Thermokoagulation des Ganglion Gasserii	1400	81,60
2599	Blockade eines Nerven, Schädelbasis	225	13,11
2600	Exstirpation eines Ganglions, Schädelbasis	1500	87,43
2601	Grenzstrangresektion, zervikal	1000	58,29
2602	Grenzstrangresektion, abdominolumbal	1480	86,27
2603	Grenzstrangresektion, thorakolumbal	3000	174,86
2604	Splanchnikusdurchtrennung, peritoneal/retroperitoneal	1480	86,27

IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

2620	Operation, isolierte Lippenspalte	750	43,72
2621	Operation, breite Lippen-Kieferspalte, mit Naseneingangsplastik	1500	87,43
2622	Plastisch-chirurgische Behandlung, komplette Gesichtsspalte, mit Osteotomie/Osteoplastiken	9000	524,59
2625	Verschluss, Defekte am Gaumen/Vestibulum	1250	72,86
2626	Velopharyngoplastik	2500	145,72
2627	Verschluss, harter/weicher Gaumen	2000	116,57
2630	Operative Rekonstruktion, Mittelgesicht, Osteotomie/Osteoplastik	6000	349,72
2640	Operative Verlagerung, Oberkiefer, je Kieferhälfte	1200	69,94
2642	Operative Verlagerung, Unterkiefer, je Kieferhälfte	1850	107,83
2650	Entfernung/Osteotomie, verlagertes/retinierter Zahn	740	43,13
2651	Fremdkörper-Entfernung/Sequestrotomie/Osteotomie, Kiefer	550	32,06
2655	Operation/Zystektomie, ausgedehnte Kieferzyste	950	55,37
2656	Operation/Zystektomie, ausgedehnte Kieferzyste, mit Entfernung von Zähnen/Wurzelspitzenresektion	620	36,14
2657	Operation/Zystostomie, ausgedehnte Kieferzyste	760	44,33
2658	Operation/Zystostomie, ausgedehnte Kieferzyste, mit Entfernung von Zähnen/Wurzelspitzenresektion	500	29,14
2660	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich	400	23,31
2670	Operative Entfernung, Schlotterkamm/Fibromatose, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	500	29,14
2671	Operative Entfernung, Schlotterkamm/Fibromatose, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich, in Verbindung mit den Nrn. 2675 oder 2676	300	17,49
2675	Partielle Vestibulum-/Mundbodenplastik/ große Tuberplastik, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	850	49,54
2676	Totale Mundboden-/Vestibulumplastik, je Kiefer	2200	128,23
2677	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	700	40,80
2680	Einrenkung, Luxation Unterkiefer	100	5,83
2681	Einrenkung, alte Luxation Unterkiefer	400	23,31
2682	Operative Einrenkung, Luxation Kiefergelenk	1400	81,60
2685	Reposition, Zahn	200	11,66
2686	Reposition, zahntragendes Bruchstück des Alveolarfortsatzes	300	17,49
2687	Allmähliche Reposition, gebrochener Ober-/Unterkiefer/Bruchstück des Alveolarfortsatzes	1300	75,77
2688	Fixation/Osteosynthese/Aufhängung, Kieferfraktur	750	43,72
2690	Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Unterkieferbruch, je Kieferhälfte	1000	58,29
2691	Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Oberkiefer-Aussprengung	3600	209,83
2692	Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Kieferbruch im Mittelgesichtsbereich, je Kieferhälfte	1500	87,43
2693	Operative Reposition/Fixation, Orbitaboden-/Jochbein-/Jochbogenfraktur	1200	69,94
2694	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial, Kiefer-/Gesichtsknochen, je Fraktur	450	26,23
2695	Einrichtung/Fixation/Schienenverbände/Stützapparate, gebrochener Kiefer	2700	157,38
2696	Drahtumschlingung des Unterkiefers/oro-faziale Drahtaufhängung, auch beidseitig	500	29,14
2697	Anlegen von Drahtligaturen/Drahthäkchen, je Kieferhälfte	350	20,14
2698	Anlegen/Fixation einer Schiene, unverletzter Ober-/Unterkiefer	1500	87,43
2699	Anlegen/Fixation einer Schiene, gebrochener Ober-/Unterkiefer	2200	128,23
2700	Anlegen, Vorrichtung, Ober-/Unterkiefer	350	20,40
2701	Anlegen, extraorale Vorrichtung/Platte/Pelotte, bei Narbenkontrakturen	1800	104,92
2702	Wiederanbringung/Änderung/Entfernung, Schiene/Stützapparat, je Kiefer	300	17,49
2705	Osteotomie/Osteosynthese, disloziert verheilte Fraktur, Mittelgesicht	1700	99,09

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
2706	Osteotomie/Osteosynthese, disloziert verheilte Fraktur, Unterkiefer	1300	75,77
2710	Partielle Resektion/Segmentosteotomie, Ober-/Unterkiefer	1100	64,12
2711	Partielle Resektion/Segmentosteotomie, Ober-/Unterkiefer, in Verbindung mit den Nrn. 2640 oder 2642	700	43,72
2712	Halbseitenresektion, Ober-/Unterkiefer	3500	174,86
2715	Suprahyoidale Lymphknotenausräumung einer Seite	2000	116,57
2716	Radikale Halslymphknotenausräumung einer Seite	5000	291,44
2720	Osteotomie/Osteosynthese, bei Operationen am Mundboden	800	46,63
2730	Operation zur Lagerbildung, beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte	500	29,14
2732	Operation zur Lagerbildung, bei ausgedehnten Kieferdefekten	2000	116,57
X. Halschirurgie			
2750	Eröffnung des Schlundes durch Schnitt	1110	64,70
2751	Tracheotomie	554	32,29
2752	Exstirpation, Ductus thyreoglossus/mediale Halszyste, mit Teilresektion Zungenbein	1350	78,69
2753	Divertikelresektion, Hals	1660	96,76
2754	Operation, Kiemengangfistel	1660	96,76
2755	Entfernung, Kropfgeschwulst/Teilresektion, Schilddrüse	1850	107,83
2756	Ausschälung, Nebenschilddrüse	2200	128,23
2757	Radikaloperation, bösartige Schilddrüsengeschwulst, mit Ausräumung Lymphstromgebiete/ Nachbarorgane	3700	215,66
2760	Ausräumung, Lymphstromgebiet einer Halsseite	1200	69,94
XI. Gefäßchirurgie			
1. Allgemeine Verrichtungen			
2800	Venaesectio	275	16,03
2801	Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, an den Gliedmaßen	463	26,99
2802	Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, Brust-/Bauchhöhle	2220	129,40
2803	Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, Hals	1480	86,27
2804	Druckmessung, am freigelegten Blutgefäß	253	14,75
2805	Flußmessung, am freigelegten Blutgefäß	350	20,40
2807	Operative Entnahme, Arterie, zum Gefäßersatz	739	43,07
2808	Operative Entnahme, Vene, zum Gefäßersatz	400	23,31
2809	Naht, verletztes Blutgefäß, an den Gliedmaßen	740	43,13
2810	Rekonstruktiver Eingriff, Vena cava	5000	291,44
2. Arterienchirurgie			
2820	Rekonstruktive Operation, extrakranielle Hirnarterie	3140	183,02
2821	Rekonstruktive Operation, extrakranielle Hirnarterie, mit Shunt	4200	244,81
2822	Rekonstruktive Operation, Armarterie	2300	134,06
2823	Rekonstruktive Operation, Finger-/Zehenarterie	1850	107,83
2824	Operativer Verschluss, offener Ductus Botalli/ Gefäßmißbildung im Thorax	3000	174,86
2825	Rekonstruktive Operation, Gefäßmißbildung im Thorax	6500	378,87
2826	Rekonstruktive Operation, erworbene Stenose/Verschluss, großes Thoraxgefäß	6500	378,87
2827	Operation, Aneurysma, großes Thoraxgefäß	7500	437,15
2828	Direkte Naht, intrathorakale Gefäßverletzung	3000	174,86
2829	Gefäßersatz, intrathorakale Gefäßverletzung	5200	303,09
2834	Operation, Nierengefäß	1480	86,27
2835	Rekonstruktive Operation, Aorta abdominalis, bei Stenose/Verschluss	4500	262,29
2836	Rekonstruktive Operation, Aorta abdominalis, bei Aneurysma	5000	291,44
2837	Rekonstruktive Operation, Viszeralgefäß	5000	291,44
2838	Rekonstruktive Operation, Nierenarterie	4300	250,64
2839	Rekonstruktive Operation, Beckenarterien, einseitig	3000	174,86
2840	Rekonstruktive Operation, Oberschenkelarterien	3000	174,86
2841	Rekonstruktive Operation, Kniekehlenarterie	2000	116,57
2842	Rekonstruktive Operation, Unterschenkelarterien, einseitig	3700	215,66
2843	Rekonstruktive Operation, arteriovenöse Fistel, Extremitäten/Hals	3700	215,66
2844	Rekonstruktive Operation, arteriovenöse Fistel, Brust-/Bauchraum	5500	320,58
3. Venenchirurgie			
2880	Inzision, Varixknoten	148	8,63
2881	Varizenexhairese, einseitig	1110	64,70
2882	Varizenexhairese/Unterbrechung der Vv. perforantes, einseitig	1850	107,83
2883	Crossektomie, Vena saphena magna/parva, mit Seitenäste-Exstirpation	1200	69,94
2885	Entfernung, kleine Blutadergeschwulst	1110	64,70
2886	Entfernung, große Blutadergeschwulst	2770	161,46
2887	Thrombektomie	2000	116,57

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
2888	Veno-venöse Umleitung	3140	183,02
2889	Veno-venöse Umleitung, mit arteriovenösem Shunt	3700	215,66
2890	Isolierte Seitenastextirpation/Perforansdissektion/ Perforansligatur	350	20,4
2891	Rekonstruktive Operation, Körpervenen	3000	174,86
2895	Anlage, arteriovenöser Shunt zur Hämodialyse	1480	86,27
2896	Anlage, arteriovenöser Shunt zur Hämodialyse, mit freiem Transplantat	2100	122,40
2897	Beseitigung, arteriovenöser Shunt	1200	69,94
2898	Unterbrechung/Filterimplantation, Vena cava caudalis	1500	87,43
2899	Unterbrechung/Freilegung, Vena cava caudalis	2220	129,40
2900	Operation/Dissektion, bei portalem Hochdruck	3140	183,02
2901	Operation/venöse Anastomose, bei portalem Hochdruck	3700	215,66
2902	Operation/venöse Anastomose/Arterialisierung, bei portalem Hochdruck	4620	269,29

4. Sympathikuschirurgie

2920	Thorakale Sympathektomie	2000	116,57
2921	Lumbale Sympathektomie	1480	86,27

XII. Thoraxchirurgie

2950	Resektion, eine Rippe	739	43,07
2951	Resektion, mehrere Rippen	1110	64,70
2952	Resektion, Halsrippe/1. Rippe	1110	64,70
2953	Thorakoplastik	3140	183,02
2954	Thorakoplastik, mit Höhleneröffnung	4620	269,29
2955	Thorakoplastik, mit Entschwartung	5000	291,44
2956	Brustwandteilresektion	2100	122,40
2957	Brustwandteilresektion, mit plastischer Deckung	3000	174,86
2959	Korrekturthorakoplastik, mit Entschwartung	5100	297,27
2960	Operation, Brustkorbdeformität	3000	174,86
2970	Anlage, Pleuradrainage	554	32,29
2971	Spülung, Pleuraraum	148	8,63
2972	Pleuragewebe-Entnahme, nach operativer Pleura-Freilegung	666	38,82
2973	Pleurektomie, einseitig	2220	129,40
2974	Pleurektomie, mit Resektion am Perikard/Zwerchfell	3140	183,02
2975	Dekortikation, Lunge	4800	279,78
2976	Ausräumung, Hämatothorax	2000	116,57
2977	Thorakokaustik, bei Spontanpneumothorax	739	43,07
2979	Operative Entfernung, Pleuraempyem	1110	64,70
2985	Thorakaler Eingriff am Zwerchfell	2220	129,40
2990	Thorakotomie zu diagnostischen Zwecken	1110	64,70
2991	Thorakotomie mit Herzmassage	1480	86,27
2992	Thorakotomie, mit Gewebsentnahme für histologische/bakteriologische Untersuchung	1290	75,19
2993	Thorakotomie, mit Gewebsentnahme/intrathorakale Präparationen	1480	86,27
2994	Operative Eingriffe, Lunge	2770	161,46
2995	Lob-/Pneumonektomie	3140	183,02
2996	Lungensegmentresektion(en)	4000	233,15
2997	Lobektomie/Lungensegmentresektion(en)	5100	297,27
2998	Bilobektomie	4800	279,78
2999	Pneumonektomie, mit intraperikardialer Gefäßversorgung/Ausräumung mediastinaler Lymphknoten	5600	326,41
3000	Bronchotomie	2770	161,46
3001	Thorakale Eingriffe am Tracheobronchialsystem	5800	338,07
3002	Operative Kavernen-/Lungenabszesseröffnung	4800	279,78
3010	Sternotomie	1110	64,70
3011	Entfernung, Mediastinaltumor	4000	233,15
3012	Drainage, Mediastinum	554	32,29
3013	Intrathorakaler Eingriff am Lymphgefäßsystem	4000	233,15

XIII. Herzchirurgie

3050	Operative Maßnahmen in Verbindung mit Herz-Lungen-Maschine	1850	107,83
3051	Perfusion, Hirnarterien, zusätzlich zur Nr. 3050	1290	75,19
3052	Perfusion, Koronararterien, zusätzlich zur Nr. 3050	1110	64,70
3053	Perfusion, Arterien eines anderen Organs, zusätzlich zur Nr. 3050	1110	64,70
3054	Operative extrathorakale Anlage einer assistierenden Zirkulation	1850	107,83
3055	Überwachung einer assistierenden Zirkulation, je angefangene Stunde	554	32,29

Die Leistung nach Nr. 3055 ist nur während einer Operation berechnungsfähig.

3060	Intraoperative Funktionsmessungen, Herz	554	32,29
3065	Operation, Perikard	2000	116,57
3066	Operation, Pericarditis constrictiva	3140	183,02
3067	Myokardbiopsie, nach Freilegung des Herzens	1480	86,27

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
3068	Anlage, künstliche Pulmonalisstammstenose	3140	183,02
3069	Shuntoperation, herznahe Gefäße	3000	174,86
3070	Operative Anlage eines Vorhofseptumdefektes	3000	174,86
3071	Naht einer Myokardverletzung	3000	174,86
3072	Operativer Verschluss, Vorhofseptumdefekt vom Sekundum-Typ	3000	174,86
3073	Operativer Verschluss, Vorhofseptumdefekt anderen Typs	4000	233,15
3074	Komplette intraatriale Blutumleitung	6500	378,87
3075	Thromb-/Embolektomie/Fremdkörperentfernung, Herz/herznahe Gefäß	3000	174,86
3076	Operative Entfernung, Herztumor/Herzwandaneurysma/Herzdivertikel	4800	279,78
3077	Operativer Verschluss, Herzkammerscheidewanddefekt, mittels direkter Naht	3000	174,86
3078	Operativer Verschluss, Herzkammerscheidewanddefekt, mittels Prothese	4000	233,15
3079	Resektion intrakardial stenosierender Muskulatur	3000	174,86
3084	Valvuloplastik, Herzklappe	3300	192,35
3085	Operative Korrektur, Herzklappe	3140	183,02
3086	Operativer Ersatz, Herzklappe	5600	326,41
3087	Operative Korrektur/Ersatz, mehrere Herzklappen	7500	437,15
3088	Operation zur direkten myokardialen Revaskularisation, ein Versorgungsabschnitt	5600	326,41
3089	Operation zur direkten myokardialen Revaskularisation, mehrere Versorgungsabschnitte	7500	437,15
3090	Operation, Anomalien der Koronararterien	4000	233,15
3091	Operation, Reizleitungssystem	4500	262,29
3095	Schrittmacher-Erstimplantation	2770	161,46
3096	Schrittmacher-Aggregatwechsel	1110	64,70
3097	Schrittmacher-Korrekturereingriff	2770	161,46

XIV. Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie

3120	Diagnostische Peritonealspülung	300	17,49
3121	Choledochoskopie, bei intraabdominaler Operation	500	29,14
3122	Intraoperative Manometrie an den Gallenwegen	375	21,86
3125	Eröffnung des Ösophagus, vom Hals aus	1110	64,70
3126	Intrathorakaler Eingriff am Ösophagus	4000	233,15
3127	Operation der Ösophagusatresie, beim Kleinkind	5000	291,44
3128	Operative Beseitigung, angeborene ösophagotracheale Fistel	3000	174,86
3129	Operativer Eingriff, terminaler Ösophagus, bei abdominalem Zugang	3000	174,86
3130	Operativer Eingriff, Ösophagus, bei abdominalthorakalem Zugang	5000	291,44
3135	Eröffnung, Bauchhöhle, zu diagnostischen Zwecken	1110	64,70
3136	Eröffnung, subphrenischer Abszess	1110	64,70
3137	Eröffnung, Abszess im Bauchraum	1110	64,70
3138	Anlage einer Magenfistel	1600	93,26
3139	Eröffnung/Revision/Spülung, Bauchraum, bei Peritonitis	2770	161,46
3144	Naht, Magen-/Darmwand, nach Perforation/Verletzung	1900	110,75
3145	Teilresektion, Magen	2770	161,46
3146	Kardiaresektion	4000	233,15
3147	Totale Magenentfernung	4800	279,78
3148	Resektion, Ulcus pepticum	4000	233,15
3149	Umwandlungsoperation, Magen	5250	306,01
3150	Gastrotomie	1600	93,26
3151	Operative Einbringung eines Tubus, Ösophagus/Magen, als Notoperation	2700	157,38
3152	Spaltung, Pylorus	1900	110,75
3153	Pyloroplastik	3000	174,86
3154	Vagotomie am Magen	3000	174,86
3155	Vagotomie am Magen, mit Drainage	4500	262,29
3156	Endoskopische Entfernung von Fäden/Fremdkörpern, zusätzlich zur Gastroskopie	450	26,23
3157	Magenteilresektion, mit Dickdarnteilresektion	4620	269,29
3158	Gastroenterostomie	2220	129,40
3165	Operative Beseitigung von Atresien/Stenosen/Divertikel, Duodenum	4000	233,15
3166	Operative Beseitigung von Atresien/Stenosen/Divertikeln, Jejunum/Ileum	3000	174,86
3167	Anastomose im Dünndarmgebiet	2220	129,40
3168	Jejuno-Zökostomie	2600	151,55
3169	Teilresektion/Anastomose, Kolon	3750	218,58
3170	Kolektomie/Ileostomie	5250	306,01
3171	Operative Beseitigung von Lageanomalien Magen-Darmtrakt/Volvulus/Darminvagination	2500	145,72
3172	Operative Darmmobilisation bei Verwachsungen	1600	93,26
3173	Operative Entfernung, Meckel'sches Divertikel	1480	86,27
3174	Operative Beseitigung, Darmduplikatur	2700	157,38
3175	Operation, Mekoniumileus	2700	157,38
3176	Transposition, Darmteil, innerhalb des Abdomens	3500	204,01
3177	Transposition, Darmteil/Magen, aus dem Abdomen heraus	5000	291,44
3179	Faltung sämtlicher Dünndarmschlingen	4000	233,15
3181	Langstreckige Resektion/Anastomose, Dünn-/Dickdarm	3500	204,01
3183	Kombinierte Entfernung, Dick-/Mastdarm	6500	378,87
3184	Lebertransplantation	7500	437,15
3185	Operation an der Leber	3000	174,86
3186	Exstirpation, Gallenblase	2500	145,72

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
3187	Operation an den Gallengängen, mit Exstirpation der Gallenblase	3250	189,43
3188	Biliodigestive Anastomose mit Interposition eines Darmabschnittes	4200	244,81
3189	Operative Beseitigung, Atresien/Stenosen der Gallengänge, beim Kleinkind	4000	233,15
3190	Papillenexstirpation/-spaltung, mit Eröffnung des Duodenum	2700	157,38
3192	Milzrevision	2000	116,57
3194	Präparation/Drainage, Pankreaszyste, mit Interposition eines Darmabschnittes	3700	215,66
3195	Resektion, Pankreaskopf	4620	296,29
3196	Resektion, Pankreasschwanz	2220	129,40
3197	Resektion, ganzer Pankreas	4620	269,29
3198	Pankreoduodenektomie	5000	291,44
3199	Milzexstirpation	2220	129,40
3200	Appendektomie	1480	86,27
3202	Operation, persistierende Fistel am Magen-Darmtrakt	3000	174,86
3205	Anlage, Endodrainage, bei intraabdominalen Operationen	2250	131,15
3206	Enterostomie	2250	131,15
3207	Anlegen, Anus praeter	1480	86,27
3208	Verschlussoperation für Anus praeter	1250	72,86
3209	Verschlussoperation für Anus praeter, mit Darmresektion	1750	102,—
3210	Anlegen, Anus praeter duplex transversalis	2000	116,57
3211	Unterweisung eines Anus-praeter-Patienten	120	6,99
3215	Eröffnung, kongenitaler Afterverschluss	150	8,74
3216	Operation, kongenitaler Mastdarmverschluss/Analatresie	1200	69,94
3217	Operation, Anal-/Rektumatresie	3750	218,58
3218	Radikaloperation, tiefreichender Mastdarmverschluss, mit Eröffnung der Bauchhöhle	2700	157,38
3219	Operation, After-/Mastdarmiss	278	16,20
3220	Operation, submuköse Mastdarmlisten	300	17,49
3221	Operation, intramuskuläre Mastdarmlisten	370	21,57
3222	Operation, transsphinkterische Mastdarmliste	700	40,80
3223	Operation, extrasphinkterische Fistel	850	49,54
3224	Perianale operative Entfernung, Mastdarpolypen/-geschwülsten	1150	67,03
3226	Perianale operative Entfernung, Mastdarmgeschwulst, mit Durchtrennung der Schließmuskulatur	3500	204,01
3230	Manuelles Zurückbringen des Mastdarmvorfalles	120	6,99
3231	Operation, Mastdarmvorfall, bei analem/perinealem Zugang	1150	67,03
3232	Operation, Mastdarmvorfall, bei abdominalem Zugang	2220	129,40
3233	Rektumexstirpation, bei analem Zugang	2800	163,20
3234	Rektale Myektomie/Kolostomie	3500	204,01
3235	Kombinierte Rektumexstirpation, mit Laparotomie	5000	291,44
3236	Unblutige Erweiterung, Mastdarmschließmuskel	111	6,47
3237	Blutige Erweiterung, Mastdarmschließmuskel	370	21,57
3238	Fremdkörper-Entfernung, Mastdarm	185	10,78
<i>Eine neben der Leistung nach Nr. 3238 erforderliche Rektoskopie ist nach Nr. 690 zusätzlich berechnungsfähig.</i>			
3239	Muskelplastik, Mastdarm	1800	104,92
3240	Operation, Hämorrhoidalknoten	554	32,29
3241	Hohe intraanale Exzision/Analplastik, Hämorrhoidalknoten	924	53,86

XV. Hernienchirurgie

3280	Operation, Diaphragmahernie	2770	161,46
3281	Operation, Zwerchfellrelaxation	2250	131,15
3282	Zurückbringen eines eingeklemmten Bruches	222	12,94
3283	Operation, Nabel-/Mittellinien-/Bauchnarbenbruch	1110	64,70
3284	Operation, Nabel-/Mittellinien-/Bauchnarbenbruch, mit Muskel-/Faszienschiebplastik/Darmresektion	2500	145,72
3285	Operation, Leisten-/Schenkelbruch	1290	75,19
3286	Operation, eingeklemmter Leisten-/Schenkelbruch	2000	116,57
3287	Operation, Omphalozele/Gastroschisis, beim Kleinkind	2500	145,72
3288	Operative Beseitigung, Ductus omphaloentericus persistens/Urachusfistel	2250	131,15

XVI. Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen

3300	Arthroskopie, mit Probeexzision-	500	29,14
3301	Modellierendes Redressement, Hand-/Fußverbildung	473	27,57
3302	Stellungsänderung/Folge-Redressement, im Verlaufe der Behandlung nach Nr. 3301	227	13,23
3305	Chiropraktische Wirbelsäulenmobilisierung	37	2,16
3306	Chirotherapeutischer Eingriff, Wirbelsäule	148	8,63
3310	Abdrücke/Modellherstellung für Hand/Fuß	76	4,43
3311	Abdrücke/Modellherstellung für Unterarm/Hand oder Unterschenkel/Fuß	152	8,86
3312	Abdrücke/Modellherstellung für Oberschenkelstumpf	189	11,02
3313	Abdrücke/Modellherstellung für Arm/Bein	303	17,66
3314	Abdrücke/Modellherstellung für Arm/Schulter	379	22,09
3315	Abdrücke/Modellherstellung für Bein/Becken	473	27,57
3316	Abdrücke/Modellherstellung für Rumpf	757	44,12

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
3317	Abdrücke/Modellherstellung für Rumpf/Kopf oder Rumpf/Arm oder Rumpf/Kopf/Arm	946	55,14
3320	Anpassen von Kunstgliedern oder großen orthopädischen Hilfsmitteln	95	5,54
	<p><i>Unter „Große orthopädische Hilfsmittel“ sind solche orthopädischen Hilfsmittel zu verstehen, deren Anpassen dem von Kunstgliedern vergleichbar ist.</i></p> <p><i>Unter „Anpassen“ ist die durch den Arzt bewirkte Korrektur von bereits vorhandenen, anderweitig angefertigten Kunstgliedern oder großen orthopädischen Hilfsmitteln zu verstehen.</i></p>		
3321	Konstruktionsplan für großes orthopädisches Hilfsmittel	152	8,86

M. LABORATORIUMSUNTERSUCHUNGEN

Allgemeine Bestimmungen

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

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
-----	----------	----------------	------------------------------------

I. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis

Allgemeine Bestimmungen

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

3500	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung	90	5,25
------	--	----	------

Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nr. 3500 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.

3501	Blutsenkung	60	3,50
3502	Differenzierung, Blutaussstrich	120	6,99
3503	Hämatokrit	70	4,08

	Mikroskopische Einzelbestimmung, je Messgröße	60	3,50
--	---	----	------

Katalog

3504	Erythrozyten		
3505	Leukozyten		
3506	Thrombozyten		

3508	Mikroskopie, Nativpräparat, je Material	80	4,66
3509	Mikroskopie nach einfacher Färbung, je Material	100	5,83
3510	Mikroskopie nach differenzierender Färbung, je Präparat	120	6,99
3511	Teststreifenuntersuchung, je Untersuchung	50	2,91

Können mehrere Messgrößen durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers erfasst werden, so ist die Leistung nach Nr. 3511 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn mehrere Einfachreagenzträger verwendet wurden.

Bei mehrfacher Berechnung der Leistung nach Nr. 3511 ist die Art der Untersuchung in der Rechnung anzugeben.

	Untersuchung, je Messgröße	70	4,08
--	----------------------------	----	------

Katalog

3512	Alpha-Amylase		
3513	Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-GT)		
3514	Glukose		
3515	Glutamatoxalacetattransaminase (GOT)		
3516	Glutamopyruvattransaminase (GPT)		
3517	Hämoglobin		
3518	Harnsäure		
3519	Kalium		
3520	Kreatinin		
3521	Lipase		

	Untersuchung, je Messgröße	100	5,83
--	----------------------------	-----	------

Katalog

3523	Antistreptolysin (ASL)		
3524	C-reaktives Protein (CRP)		
3525	Mononukleosetest		
3526	Rheumafaktor (RF)		
3528	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 500 U/l)	130	7,58
3529	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 50 U/l)	150	8,74
3530	Thromboplastinzeit (Quickwert)	120	6,99
3531	Urinsediment	70	4,08
3532	Mikroskopie, Urinsediment	90	5,25

II. Basislabor

Allgemeine Bestimmungen

Die aufgeführten Laborleistungen dürfen auch dann als eigene Leistungen berechnet werden, wenn diese nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden.

Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.

Höchstwerte

3541.H	Höchstwert für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen des Abschnitts M II	480	27,98
--------	---	-----	-------

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
-----	----------	----------------	------------------------------------

1. Körperzellen und deren Bestandteile Zellfunktionsuntersuchungen

3550	Blutbild/Blutbildbestandteile	60	3,50
<p><i>Die Leistung nach Nr. 3550 beinhaltet die Erbringung mindestens eines der folgenden Parameter, darf jedoch unabhängig von der Zahl der erbrachten Parameter aus demselben Probenmaterial nur einmal berechnet werden: Erythrozytenzahl und/oder Hämatokrit und/oder Hämoglobin und/oder mittleres Zellvolumen (MCV) und die errechneten Kenngrößen (z. B. MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/oder Thrombozytenzahl.</i></p>			
3551	Leukozyten-Differenzierung, zusätzlich zu Nr. 3550	20	1,17
3552	Retikulozytenzahl	70	4,08

2. Elektrolyte, Wasserhaushalt

3555	Calcium	40	2,33
3556	Chlorid	30	1,75
3557	Kalium	30	1,75
3558	Natrium	30	1,75

3. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel

Allgemeine Bestimmung

Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.

3560	Glukose	40	2,33
3561	Glykierte Hämoglobine (HbA1), HbA1c)	200	11,66
3562.H1	Cholesterin	40	2,33
3563.H1	HDL-Cholesterin	40	2,33
3564.H1	LDL-Cholesterin	40	2,33
3565.H1	Triglyzeride	40	2,33

4. Proteine, Elektrophoreseverfahren

Allgemeine Bestimmung

Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.

3570.H1	Albumin, photometrisch	30	1,75
3571	Immunglobulin A/G/M, je Immunglobulin	150	8,74
3572	Immunglobulin E (IgE)	250	14,57
3573.H1	Gesamt-Protein Serum/Plasma	30	1,75
3574	Proteinelektrophorese Serum	200	11,66
3575	Transferrin	100	5,83

5. Substrate, Metabolite, Enzyme

Allgemeine Bestimmung

Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.

3580.H1	Anorganisches Phosphat	40	2,33
3581.H1	Bilirubin, gesamt	40	2,33
3582	Bilirubin, direkt	70	4,08
3583.H1	Harnsäure	40	2,33
3584.H1	Harnstoff	40	2,33
3585.H1	Kreatinin	40	2,33
3587.H1	Alkalische Phosphatase	40	2,33
3588.H1	Alpha-Amylase	50	2,91
3589.H1	Cholinesterase	40	2,33
3590.H1	Creatinkinase (CK)	40	2,33
3591.H1	Creatinkinase MB (CK-MB)	50	2,91
3592.H1	Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-GT)	40	2,33
3593.H1	Glutamatdehydrogenase (GLDH)	50	2,91
3594.H1	Glutamatoxalacetattransaminase (GOT)	40	2,33
3595.H1	Glutamatpyruvattransaminase (GPT)	40	2,33
3596.H1	Hydroxybutyratdehydrogenase (HDBH)	40	2,33
3597.H1	Laktatdehydrogenase (LDH)	40	2,33
3598.H1	Lipase	50	2,91
3599	Saure Phosphatase (sP)	70	4,08

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
-----	----------	----------------	------------------------------------

6. Gerinnungssystem

3605	Partielle Thromboplastinzeit (PTT)	50	2,91
3606	Plasmathrombinzeit (PTZ)	70	4,08
3607	Thromboplastinzeit (Quickwert)	50	2,91

7. Funktionsteste

Allgemeine Bestimmungen

Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abweichende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig.

Sind aus medizinischen Gründen über den jeweils genannten Leistungsumfang hinaus weitere Bestimmungen einzelner Messgrößen erforderlich, so können diese mit entsprechender Begründung als Einzelleistungen gesondert berechnet werden.

3610	Amylase-Clearance	100	5,83
3611	Blutzuckertagesprofil	160	9,33
3612	Glukosetoleranztest, intravenös	280	16,32
3613	Glukosetoleranztest, oral	160	9,33
3615	Kreatinin-Clearance	60	3,50

8. Spurenenelemente

3620	Eisen	40	2,33
3621	Magnesium	40	2,33

III. Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen

Allgemeine Bestimmung

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

Höchstwerte

3630.H	Höchstwert für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 8	870	50,71
3631.H	Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 10	1400	81,60
3633.H	Höchstwert für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 14	550	32,06

1. Ausscheidungen (Urin, Stuhl)

3650	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung	60	3,50
<i>Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nr. 3650 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.</i>			
3651	Mikroskopie, Urinsediment	70	4,08
3652	Streifenfest im Urin, je Untersuchung	35	2,04
3653	Urinsediment	50	2,91
3654	Zellzählung im Urin (Addis-Count)	80	4,66

2. Sekrete, Liquor, Konkremente

3660	Mikroskopie, Sekret	40	2,33
3661	Gallensediment	40	2,33
3662	HCl	70	4,08
3663	Differenzierung, Sperma	160	9,33
3664	Spermienagglutination	120	6,99
3665	Spermien-Mucus-Penetrationstest, je Ansatz	150	8,74
3667	Spermienzahl und Motilitätsbeurteilung	70	4,08
3668	Physikalisch-morphologische Untersuchung, Sperma	400	23,31
<i>Neben der Leistung nach Nr. 3668 sind die Leistungen nach den Nrn. 3663, 3664 und/oder 3667 nicht berechnungsfähig.</i>			
3669	Erythrozytenzahl (Liquor)	60	3,50
3670	Leukozytenzahl (Liquor)	60	3,50
3671	Differenzierung, Liquorzellausstrich	160	9,33
3672	Steinanalyse, Infrarotspektrometrie/Mikroskopie	250	14,57
3673	Steinanalyse, Röntgendiffraktion	570	33,22

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
-----	----------	----------------	------------------------------------

3. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

3680	Differenzierung, Blutaussstrich	90	5,25
3681	Differenzierung, Knochenmarkausstrich	570	33,22
3682	Eisenfärbung, Blut-/Knochenmarkausstrich	120	6,99
3683	Färbung, Blut-/Knochenmarkausstrich, je Färbung	250	14,57
3686	Eosinophilenzahl	70	4,08
3688	Osmotische Resistenz, Erythrozyten	90	5,25
3689	Fetales Hämoglobin (HbF)	160	9,33
3690	Freies Hämoglobin	180	10,49
3691	Hämoglobinelektrophorese	570	33,22
3692	Methämoglobin/Carboxyhämoglobin/Sauerstoffsättigung	60	3,50
3693	Granulozytenfunktionstest, je Funktionstest	570	33,22
3694	Lymphozytentransformationstest	570	33,22
3695	Phagozytäre Funktion, Granulozyten	120	6,99
3696	Phänotypisierung/Rezeptornachweis, Zellen, Durchflusszytometrie, je Antiserum	570	33,22
3697	Phänotypisierung/Rezeptornachweis, Zellen, Durchflusszytometrie, weitere Antiseren, je Antiserum	250	14,57

Die Leistung nach Nr. 3697 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 3696 berechnet werden.

3698	Phänotypisierung/Rezeptornachweis, Zellen, Immunfluoreszenz	450	26,23
3699	Phänotypisierung/Rezeptornachweis, Zellen, Immunfluoreszenz, weitere Antiseren, je Antiserum	360	20,98

Die Leistung nach Nr. 3699 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 3698 berechnet werden.

3700	Tumorstammzellenassay	2000	116,57
------	-----------------------	------	--------

4. Elektrolyte, Wasserhaushalt, physikalische Eigenschaften von Körperflüssigkeiten

3710	Blutgasanalyse	90	5,25
3711	Blutsenkung	40	2,33
3712	Viskosität	250	14,57
3714	pH-Wert (nicht Blut/Urin)	40	2,33
3715	Bikarbonat	60	3,50
3716	Osmolalität	50	2,91

5. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel

3721	Glykierte Proteine	250	14,57
3722	Fructosamin	70	4,08
3723	Fruktose	200	11,66
3724	D-Xylose	200	11,66
3725	Apolipoprotein, je Bestimmung	200	11,66
3726	Fettsäuren	410	23,90
3727	Fraktionierung, Lipoproteine	680	39,64
3728	Lipidelektrophorese, qualitativ	180	10,49
3729	Lipidelektrophorese, quantitativ	300	17,49
3730	Lipoprotein (a)	300	17,49

6. Proteine, Aminosäuren, Elektrophoreseverfahren

Allgemeine Bestimmung

Für die mit H4 gekennzeichnete Untersuchung ist der Höchstwert nach Nr. 3633.H zu beachten.

3735	Albumin	150	8,74
3736	Albumin (vorgefertigte Reagenzträger)	120	6,99
3737	Aminosäuren	570	33,22
3738	Aminosäuren, qualitativ	250	14,57
3739	Alpha1-Antitrypsin	180	10,49
3740	Coeruloplasmin	180	10,49
3741	Creaktives Protein (CRP)	200	11,66
3742	Ferritin	250	14,57
3743	Alpha-Fetoprotein (AFP)	250	14,57
3744	Fibronectin	450	26,23
3745	Beta2-Glykoprotein II (C3-Proaktivator)	180	10,49
3746	Hämopexin	180	10,49
3747	Haptoglobin	180	10,49
3748	Immunelektrophorese, bis zu sieben Ansätze, je Ansatz	200	11,66
3749	Immunfixation, bis zu fünf Antiseren, je Antiserum	200	11,66
3750	Isoelektrische Fokussierung	570	33,22

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
3751	Kryoglobuline, qualitativ	40	2,33
3752	Kryoglobuline, Immundiffusion, je Globulinbestimmung	120	6,99
3753	Alpha2-Makroglobulin	180	10,49
3754	Mikroglobuline, je Mikroglobulinbestimmung	200	11,66
3755	Myoglobin, qualitativ	60	3,50
3756	Myoglobin	200	11,66
3758	Phenylalanin (Guthrie-Test)	60	3,50
3759	Präalbumin	180	10,49
3760	Protein im Urin	70	4,08
3761	Proteinelektrophorese im Urin	250	14,57
3762	Schwefelhaltige Aminosäuren, je Aminosäurenbestimmung	40	2,33
3763	SDS-Elektrophorese mit Immunreaktion (z. B. Westernblot)	570	33,22
3764	SDS-Polyacrylamidgel-Elektrophorese	250	14,57
3765	Sexualhormonbindendes Globulin (SHBG)	450	26,23
3766.H4	Thyroxin-bindendes Globulin (TBG)	250	14,57
3767	Tumornekrosefaktor (TNF)	450	26,23
3768	Isolierung, Immunglobulin M, chromatographisch	360	20,98

7. Substrate, Metabolite, Enzyme

3774	Ammoniak (NH4)	220	12,82
3775	Bilirubin im Fruchtwasser (E450)	180	10,49
3776	Citrat	300	17,49
3777	Gallensäuren	290	16,90
3778	Glutamatdehydrogenase (GLDH)	120	6,99
3779	Homogentisinsäure	40	2,33
3780	Kreatin	120	6,99
3781	Laktat, photometrisch	220	12,82
3782	Lecithin/Spingomyelin-Quotient (L/S-Quotient)	200	11,66
3783	Organisches Säurenprofil	570	33,22
3784	Isoenzyme, chemische/thermische Hemmung/Fällung, je Ansatz	150	8,74
3785	Isoenzyme, Elektrophorese/Immunpräzipitation, je Ansatz	300	17,49
3786	Angiotensin I Converting Enzyme (ACE)	220	12,82
3787	Chymotrypsin (Stuhl)	120	6,99
3788	Creatinkinase-MB-Konzentration (CK-MB)	200	11,66
3789	Enzyme der Hämsynthese, je Enzym	120	6,99
3790	Erythrozytenenzyme, je Enzym	120	6,99
3791	Granulozyten-Elastase, Ligandenassay	290	16,90
3792	Granulozyten-Elastase, Immundiffusion	180	10,49
3793	Lysozym	120	6,99
3794	Prostata-spezifische saure Phosphatase (PAP)	200	11,66
3795	Tatrat-hemmbar saure Phosphatase (PSP)	110	6,41
3796	Trypsin	200	11,66

8. Antikörper gegen körpereigene Antigene oder Haptene

Allgemeine Bestimmungen

Die Berechnung einer Gebühr für die qualitative Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für die quantitative Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder eine ähnliche Untersuchungsmethode ist nicht zulässig. Für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3630.H zu beachten.

Qualitative Immunfluoreszenzuntersuchung	290	16,90
<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
3805.H2 Basalmembran		
3806.H2 Centromerregion		
3807.H2 Endomysium		
3808.H2 Extrahierbare, nukleäre Antigene (ENA)		
3809.H2 Glatte Muskulatur (SMA)		
3811.H2 Haut		
3812.H2 Herzmuskulatur		
3813.H2 Kerne (ANA)		
3814.H2 Kollagen		
3815.H2 Langerhans-Inseln		
3816.H2 Mikrosomen (Thyropoxidase)		
3817.H2 Mikrosomen		
3818.H2 Mitochondrien (AMA)		
3819.H2 nDNA		
3820.H2 Nebenniere		
3821.H2 Parietalzellen		
3822.H2 Skelettmuskulatur		
3823.H2 Speicheldrangepithel		
3824.H2 Spermien		
3825.H2 Thyreoglobulin		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
3826.H2	zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten		
3827.H2	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
Quantitative		510	29,73
<i>Katalog</i>	<i>Antikörper gegen</i>		
3832	Basalmembran		
3833	Centromerregion		
3834	Endomysium		
3835	Extrahierbare, nukleäre Antigene (ENA)		
3836	Glatte Muskulatur (SMA)		
3838	Haut		
3839	Herzmuskulatur		
3840	Kerne (ANA)		
3841	Kollagen		
3842	Langerhans-Inseln		
3843	Mikrosomen (Thyropoxidase)		
3844	Mikrosomen		
3845	Mitochondrien (AMA)		
3846	nDNA		
3847	Parietalzellen		
3848	Skelettmuskulatur		
3849	Speichelgangepithel		
3850	Spermien		
3852	Thyreoglobulin		
3853	zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten		
3854	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
Subformen antinukleärer/ zytoplasmatischer Antikörper		300	17,49
<i>Katalog</i>	<i>Antikörper gegen</i>		
3857	dDNS		
3858	Histone		
3859	Ribonukleoprotein (RNP)		
3860	Sm-Antigen		
3861	SS-A-Antigen		
3862	SS-B-Antigen		
3863	Scl-70-Antigen		
3864	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
Antikörper, Ligandenassay		450	26,23
<i>Katalog</i>	<i>Antikörper gegen</i>		
3868	Azetylcholinrezeptoren		
3869	Cardiolipin (IgG-/IgM-Fraktion), je Fraktion		
3870	Interferon alpha		
3871	Mikrosomen (Thyropoxidase)		
3872	Mitochondriale Subformen (AMA-Subformen)		
3873	Myeloperoxidase (P-ANCA)		
3874	Proteinase 3 (C-ANCA)		
3875	Spermien		
3876	Thyreoglobulin		
3877	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
3879	Antikörper gegen TSH-Rezeptor (TRAK)	550	32,06
3881	Zirkulierende Immunkomplexe	290	16,90
Qualitativer Antikörnernachweis, Agglutination		90	5,25
<i>Katalog</i>	<i>Antikörper gegen</i>		
3884	Fc von IgM (Rheumafaktor)		
3885	Thyreoglobulin (Boydentest)		
Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immundefusion		180	10,49
<i>Katalog</i>	<i>Antikörper gegen</i>		
3886	Fc von IgM (Rheumafaktor)		
3889	Mixed-Antiglobulin-Reaction (MAR-Test)	200	11,66

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
-----	----------	----------------	------------------------------------

9. Antikörper gegen körperfremde Antigene

Allgemeine Bestimmung

Neben den Leistungen nach den Nrn. 3892, 3893 und/oder 3894 sind die Leistungen nach den Nrn. 3572, 3890 und/oder 3891 nicht berechnungsfähig.

3890	RAST-Mischallergentest, bis zu vier Mischallergenen, je Mischallergen	250	14,57
3891	RAST-Einzelallergentest, bis zu zehn Einzelallergenen, je Allergen	250	14,57
3892	Trägergebundener Einzel-/Mischallergentest (mindestens vier Allergene auf einem Träger), je Träger	200	11,66
3893	Trägergebundener Einzelallergentest (mindestens neun Allergene auf einem Träger), je Träger	500	29,14
3894	Trägergebundener Einzelallergentest (mindestens zwanzig Allergene auf einem Träger), je Träger	900	52,46
3895	Heterophile Antikörper, je Fraktion	1100	64,12
3896	Antikörper gegen Gliadin, qualitativ	290	16,90
3897	Antikörper gegen Gliadin, quantitativ	510	29,73
3898	Antikörper gegen Insulin	450	26,23

10. Tumormarker

Allgemeine Bestimmung

Für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3631.H zu beachten.

3900.H3	Ca 125	300	17,49
3901.H3	Ca 15-3	450	26,23
3902.H3	Ca 19-9	300	17,49
3903.H3	Ca 50	450	26,23
3904.H3	Ca 72-4	450	26,23
3905.H3	Carcinoembryonales Antigen (CEA)	250	14,57
3906.H3	Cyfra 21-1	450	26,23
3907.H3	Neuronenspezifische Enolase (NSE)	450	26,23
3908.H3	Prostata-spezifisches Antigen (PSA)	300	17,49
3909.H3	Squamous cell carcinoma-Antigen (SCC)	450	26,23
3910.H3	Thymidinkinase	450	26,23
3911.H3	Tissue-polypeptide-Antigen (TPA)	450	26,23

11. Nukleinsäuren und ihre Metabolite

3920	Isolierung humaner Nukleinsäuren	900	52,46
3921	Spaltung humaner Nukleinsäuren, je Enzym	150	8,74
3922	Polymerasekettenreaktion (PCR)	500	29,14
3923	Geschachtelte Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	58,29
3924	Identifizierung humaner Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung, je Sonde	300	17,49
3925	Trennung humaner Nukleinsäurefragmente, Elektrophorese	600	34,97
3926	Identifizierung humaner Nukleinsäurefragmente durch Sequenzermittlung	2000	116,57

12. Gerinnungs-, Fibrinolyse-, Komplementsystem

3930	Antithrombin III, chromogenes Substrat	110	6,41
3931	Antithrombin III, Immundiffusion	180	10,49
3932	Blutungszeit	60	3,50
3933	Fibrinogen, koagulometrisch	100	5,83
3934	Fibrinogen, Immundiffusion	180	10,49
3935	Fibrinogenspaltprodukte, qualitativ	120	6,99
3936	Fibrinogenspaltprodukte, quantitativ	250	14,57
3937	Fibrinspaltprodukte, qualitativ	180	10,49
3938	Fibrinspaltprodukte, quantitativ	360	20,98
3939	Gerinnungsfaktor II/V/III/IX/X, je Faktor	460	26,81
3940	Gerinnungsfaktor VII/XI/XII, je Faktor	720	41,97
3941	Gerinnungsfaktor VIII Ag	250	14,57
3942	Gerinnungsfaktor XIII	180	10,49
3943	Gerinnungsfaktor XIII, Immundiffusion	250	14,57
3944	Gewebsplasminogenaktivator (t-PA)	300	17,49
3945	Heparin	140	8,16
3946	Partielle Thromboplastinzeit, Doppelbestimmung	70	4,08
3947	Plasmatauschversuch	460	26,81
3948	Plasminogen	140	8,16
3949	Plasminogenaktivatorinhibitor (PAI)	410	23,90
3950	Plättchenfaktor (3, 4), je Faktor	480	27,98
3951	Protein C-Aktivität	450	26,23
3952	Protein C-Konzentration	450	26,23
3953	Protein S-Aktivität	450	26,23
3954	Protein S-Konzentration	450	26,23
3955	Reptilasezeit	100	5,83

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
3956	Ristocetin-Cofaktor	200	11,66
3957	Thrombelastogramm	180	10,49
3958	Thrombin-Antithrombin-Komplex	480	27,98
3959	Thrombinkoagulasezeit	100	5,83
3960	Thromboplastinzeit (Quickwert), Doppelbestimmung	70	4,08
3961	Thrombozytenaggregationstest	900	52,46
3962	Thrombozytenausbreitung	60	3,50
3963	Von Willebrand-Faktor (vWF)	480	27,98
3964	C1-Esteraseinhibitor-Aktivität	360	20,98
3965	C1-Esteraseinhibitor-Konzentration	260	15,15
3966	Gesamtkomplement AH 50	600	34,97
3967	Gesamtkomplement CH 50	500	29,14
Untersuchungen von Einzelfaktoren des Komplementsystems		250	14,57
<i>Katalog</i>			
3968	Komplementfaktor C3-Aktivität		
3969	Komplementfaktor C3, Immundiffusion		
3970	Komplementfaktor C4-Aktivität		
3971	Komplementfaktor C4, Immundiffusion		
13. Blutgruppenmerkmale, HLA-System			
3980	AB0-Merkmale	100	5,83
3981	AB0-Merkmale/Isoagglutinine	180	10,49
3982	AB0-Merkmale/Isoagglutinine/Rhesusfaktor	300	17,49
3983	AB0-Merkmale/Isoagglutinine/Rhesusformel	500	29,14
Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale			
<i>Katalog</i>			
3984	im NaCl/Albumin-Milieu, je Merkmal	120	6,99
3985	im indirekten Coombstest (Cw/Kell/Du/Duffy), je Merkmal	200	11,66
3986	im indirekten Coombstest (Kidd/Lutheran), je Merkmal	360	20,98
<i>Bei den Leistungen nach den Nm. 3984 bis 3986 sind die jeweils untersuchten Merkmale in der Rechnung anzugeben.</i>			
3987	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (zwei Test-Präparationen), indirekter Coombstest	140	8,16
3988	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (drei und mehr Test-Präparationen), indirekter Coombstest	200	11,66
3989	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (acht bis zwölf Test-Präparationen), indirekter Coombstest, nach Nr. 3987/3988, je Test-Präparation	60	3,50
3990	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (zwei Test-Präparationen), NaCl/Enzymmilieu	70	4,08
3991	Antikörper gegen Erythrozytenantigene (drei und mehr Test-Präparationen), NaCl/Enzymmilieu	100	5,83
3992	Antikörper gegen Erythrozytenantigene, (acht bis zwölf Test-Präparationen), NaCl/Enzymmilieu, nach Nr. 3990/3991, je Test-Präparation	30	1,75
3993	Bestimmung des Antikörpertiters, nach Nr. 3989/3992	400	23,31
3994	Quantitative Antikörper-Bestimmung gegen Erythrozytenantigene	140	8,16
3995	Qualitativer Antikörper-Nachweis gegen Leukozyten-/Thrombozytenantigene (bis zu zwei Titerstufen)	350	20,40
3996	Quantitative Antikörper-Bestimmung gegen Leukozyten-/Thrombozytenantigene (mehr als zwei Titerstufen)	600	34,97
3997	Direkter Coombstest, mindestens zwei Antiseren	120	6,99
3998	Ermittlung der Antikörperklasse, nach Nr. 3989/3997, je Antiserum	90	5,25
3999	Antikörper-Elution/-Absorption, je Untersuchung	360	20,98
<i>Die Art der Untersuchung ist in der Rechnung anzugeben.</i>			
4000	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe)	200	11,66
4001	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe)/ Identitätssicherung im AB0-System	300	17,49
<i>Die Leistung nach Nr. 4001 ist für die Identitätssicherung im AB0-System am Krankenbett (bedside-test) nicht berechnungsfähig.</i>			
4002	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) als Kälteansatz	100	5,83
4003	Dichtegradientenisolierung von Zellen/Organeln/Proteinen, je Isolierung	400	23,31
4004	HLA-Antigen der Klasse I	750	43,72
4005	Höchstwert für Nr. 4004	3000	174,86
4006	Gesamttypisierung, HLA-Antigene Klasse I (mindestens 60 Antiseren), je Antiserum	30	1,75
4007	Höchstwert für Nr. 4006	3600	209,83
4008	Gesamttypisierung, HLA-Antigene Klasse II (bis zu 15 Sonden), insgesamt	2500	145,72
4009	Subtypisierung, HLA-Antigene Klasse II (bis zu 40 Sonden), insgesamt	2700	157,38
4010	HLA-Isoantikörpernachweis	800	46,63
4011	Spezifizierung der HLA-Isoantikörper, insgesamt	1600	93,26
4012	Serologische Verträglichkeitsprobe im Gewebe-HLA-System	750	43,72
4013	Lymphozytenmischkultur (MLC)	4600	268,12
4014	Lymphozytenmischkultur (MLC), jede weitere Testperson	2300	134,06

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
-----	----------	----------------	------------------------------------

14. Hormone und ihre Metabolite, biogene Amine, Rezeptoren

Allgemeine Bestimmung

Für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3633.H zu beachten.

Hormonbestimmung, Ligandenassay		250	14,57
<i>Katalog</i>			
4020	Cortisol		
4021	Follitropin (FSH)		
4022.H4	Freies Trijodthyronin (fT3)		
4023.H4	Freies Thyroxin (fT4)		
4024	Humanes Choriongonadotropin (HCG)		
4025	Insulin		
4026	Luteotropin (LH)		
4027	Östrial		
4028	Plazentalaktogen (HPL)		
4029.H4	T3-Uptake-Test		
4030	Thyreoida stimulierendes Hormon (TSH)		
4031.H4	Thyroxin		
4032.H4	Trijodthyronin		
4033	Ähnliche Untersuchungen		

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Hormonbestimmung, Ligandenassay		350	20,40
<i>Katalog</i>			
4035	17-Alpha-Hydroxyprogesteron		
4036	Androstendion		
4037	Dehydroepiandrosteron (DHEA)		
4038	Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS)		
4039	Östradiol		
4040	Progesteron		
4041	Prolaktin		
4042	Testosteron		
4043	Wachstumshormon (HGH)		
4044	Ähnliche Untersuchungen		

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Hormonbestimmung, Ligandenassay		480	27,98
<i>Katalog</i>			
4045	Aldosteron		
4046	C-Peptid		
4047	Calcitonin		
4048	cAMP		
4049	Corticotropin (ACTH)		
4050	Erythropoetin		
4051	Gastrin		
4052	Glukagon		
4053	Humanes Choriongonadotropin (HCG), bei Extrauterin gravidität		
4054	Osteocalcin		
4055	Oxytocin		
4056	Parathormon		
4057	Reninaktivität (PRA)		
4058	Reninkonzentration		
4060	Somatomedin		
4061	Vasopressin (Aldiuretin, ADH)		
4062	Ähnliche Untersuchungen		

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Hormonbestimmung, Ligandenassay		750	43,72
<i>Katalog</i>			
4064	Gastric inhibitory Polypeptid (GIP)		
4065	Gonadotropin-releasing-Hormon (GnRH)		
4066	Pankreatisches Polypeptid (PP)		
4067	Parathyroid hormone related peptide		
4068	Vasoaktives intestinales Polypeptid (VIP)		
4069	Ähnliche Untersuchungen		

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

4070	Thyreoglobulin, Ligandenassay	900	52,46
------	-------------------------------	-----	-------

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
Hormonbestimmung, Chromatographie/Photometrie		570	33,22
<i>Katalog</i>			
4071	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES)		
4072	Adrenalin/Noradrenalin/Dopamin		
4073	Homovanillinsäure im Urin (HVA)		
4074	Metanephrine		
4075	Serotonin		
4076	Steroidprofil		
4077	Vanillinmandelsäure (VMA)		
4078	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4079	Zuschlag zu Nrn. 4071 bis 4078 bei Anwendung der Gaschromatographie-Massenspektrometrie	350	20,40
4080	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES)	120	6,99
4081	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 500 U/l)	120	6,99
4082	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 50 U/l)	140	8,16
4083	Luteotropin (LH) im Urin, je Bestimmung	570	33,22
4084	Gesamt-Östrogene im Urin	570	33,22
4085	Vanillinmandelsäure im Urin (VMA)	250	14,57
4086	Östrogenrezeptoren	1200	69,94
4087	Progesteronrezeptoren	1200	69,94
4088	Andere Hormonrezeptoren	1200	69,94
4089	Tumornekrosefaktorrezeptor (p55)	450	26,23

15. Funktionsteste

Allgemeine Bestimmungen

Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abweichende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig.

Sind aus medizinischen Gründen über den jeweils genannten Leistungsumfang hinaus weitere Bestimmungen einzelner Messgrößen erforderlich, so können diese mit entsprechender Begründung als Einzelleistungen gesondert berechnet werden.

4090	ACTH-Infusionstest (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	29,14
4091	ACTH-Kurztest (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	29,14
4092	Clonidintest (Zweimalige Bestimmung Adrenalin/Noradrenalin)	1140	66,45
4093	Cortisoltagprofil (Viermalige Bestimmung Cortisol)	1000	58,29
4094	CRF-Test (Dreimalige Bestimmung Corticotropin/Cortisol)	2190	127,65
4095	D-Xylosetest (Einmalige Bestimmung Xylose)	200	11,66
4096	Desferioxamintest (Einmalige Bestimmung Eisen)	120	6,99
4097	Dexamethasonhemmttest, Kurztest (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	29,14
4098	Dexamethasonhemmttest (3 mg Dexamethason/3 Tage) (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	29,14
4099	Dexamethasonhemmttest, (9 mg Dexamethason/3 Tage) (Zweimalige Bestimmung Cortisol)	500	29,14
4100	Fraktionierte Magensekretionsanalyse (Viermalige Titration HCl)	280	16,32
4101	Glukosesuppressionstest (Sechsmalige Bestimmung Glukose/Wachstumshormon/Insulin)	3840	223,82
4102	GHRH-Test (Sechsmalige Bestimmung Wachstumshormon)	2100	122,40
4103	HCG-Test (Zweimalige Bestimmung Testosteron)	700	40,80
4104	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung C-Peptid)	960	55,96
4105	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung Insulin)	500	29,14
4106	Insulinhypoglykämietest (Sechsmalige Bestimmung Glukose/Wachstumshormon/Cortisol)	3840	223,82
4107	Laktat-Ischämietest (Fünfmalige Bestimmung Laktat)	900	52,46
4108	Laktose-Toleranztest (Fünfmalige Bestimmung Glukose)	200	11,66
4109	LH-RH-Test (Zweimalige Bestimmung LH/FSH)	1000	58,29
4110	MEGX-Test (Monoethylglycincylixidid) (Zweimalige Bestimmung MEGX)	500	29,14
4111	Metoclopramidtest (Zweimalige Bestimmung Prolaktin)	700	40,80
4112	Pentagastrintest (Sechsmalige Bestimmung Calcitonin)	2880	167,87
4113	Renin-Aldosteron-Stimulationstest (Zweimalige Bestimmung Renin/Aldosteron)	1920	111,91
4114	Renin-Aldosteron-Suppressionstest (Zweimalige Bestimmung Renin/Aldosteron)	1920	111,91
4115	Seitengrenzte Reninbestimmung (Viermalige Bestimmung Renin)	1920	111,91
4116	Sekretin-Pankreozymin-Evokationstest (Dreimalige Bestimmung Amylase/Lipase/Trypsin/Bikarbonat)	1080	62,95
4117	TRH-Test (Zweimalige Bestimmung TSH)	500	29,14
4118	Vitamin A-Resorptionstest (Zweimalige Bestimmung Vitamin A)	720	41,97

16. Porphyrine und ihre Vorläufer

4120	Delta-Aminolaevulinsäure	570	33,22
4121	Gesamt-Porphyrine, photometrisch	250	14,57
4122	Gesamt-Porphyrine, qualitativ	120	6,99
4123	Porphobilinogen (PBG), qualitativ	60	3,50
4124	Porphobilinogen (PBG)	570	33,22
4125	Porphyrynprofil, Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Material	570	33,22
4126	Porphyrynprofil, Dünnschichtchromatographie, je Material	460	26,81

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
17. Spurenelemente, Vitamine			
4130	Eisen im Urin	120	6,99
4131	Kupfer im Serum/Plasma	40	2,33
4132	Kupfer im Urin	410	23,90
4133	Mangan	410	23,90
4134	Selen	410	23,90
4135	Zink	90	5,25
4138	25-Hydroxy-Vitamin D	480	27,98
4139	1,25-Dihydroxy-Vitamin D (Calcitriol)	750	43,72
4140	Folsäure/Vitamin B12	250	14,57
	Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie	360	20,98
	<i>Katalog</i>		
4141	Vitamin A		
4142	Vitamin E		
	Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromatographie	570	33,22
	<i>Katalog</i>		
4144	25-Hydroxy-Vitamin D		
4145	Vitamin B1		
4146	Vitamin B6		
4147	Vitamin K		
18. Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen			
	Untersuchung, Ligandenassay	250	14,57
	<i>Katalog</i>		
4150	Amikacin		
4151	Amphetamin		
4152	Azetaminophen		
4153	Barbiturate		
4154	Benzodiazepine		
4155	Cannabinoide		
4156	Carbamazepin		
4157	Chinidin		
4158	Cocainmetabolite		
4160	Desipramin		
4161	Digitoxin		
4162	Digoxin		
4163	Disopyramid		
4164	Ethosuximid		
4165	Flecainid		
4166	Gentamicin		
4167	Lidocain		
4168	Methadon		
4169	Methotrexat		
4170	N-Azetylprocainamid		
4171	Netilmicin		
4172	Opiate		
4173	Phenobarbital		
4174	Phenytoin		
4175	Primidon		
4176	Propaphenon		
4177	Salizylat		
4178	Streptomycin		
4179	Theophyllin		
4180	Tobramicin		
4181	Valproinsäure		
4182	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4185	Cyclosporin	300	17,49
	Untersuchung, Ligandenassay	700	40,80
	<i>Katalog</i>		
4186	Amirtryptilin		
4187	Imipramin		
4188	Nortriptylin		
	Untersuchung, Atomabsorption	410	23,90
	<i>Katalog</i>		
4190	Aluminium		
4191	Arsen		
4192	Blei		
4193	Cadmium		
4194	Chrom		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
4195	Gold		
4196	Quecksilber		
4197	Thallium		
4198	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
	Untersuchung, Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Untersuchung <i>Katalog</i>	360	20,98
4199	Amiodarone		
4200	Antiepileptika		
4201	Chinidin		
4202	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
	Untersuchung, Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Untersuchung <i>Katalog</i>	450	26,23
4203	Antibiotika		
4204	Antimykotika		
	Untersuchung, Gaschromatographie, je Untersuchung <i>Katalog</i>	410	23,90
4206	Valproinsäure		
4207	Ethanol		
4208	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4209	Untersuchung von exogenen Giften, Gaschromatographie, je Untersuchung	480	27,98
4210	Untersuchung von exogenen Giften, Gaschromatographie-Massenspektrometrie, je Untersuchung	900	52,46
4211	Ethanol	150	8,74
4212	Exogene Gifte, Screening	250	14,57
4213	Identifikation von exogenen Giften, Dünnschichtchromatographie, je Untersuchung	360	20,98
4214	Lithium	60	3,50

19. Antikörper gegen Bakterienantigene

Allgemeine Bestimmung

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

	Qualitativer Antikörper-Nachweis, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog</i>	90	5,25
4220	<i>Antikörper gegen</i> Borrelia burgdorferi		
4221	Brucellen		
4222	Campylobacter		
4223	Francisellen		
4224	Legionella pneumophila bis zu fünf Typen, je Typ		
4225	Leptospiren		
4226	Listerien, je Typ		
4227	Rickettsien (Weil-Felix-Reaktion)		
4228	Salmonellen-H-Antigene		
4229	Salmonellen-O-Antigene		
4230	Staphylolysin		
4231	Streptolysin		
4232	Treponema pallidum (TPHA, VDRL-Test)		
4233	Yersinien bis zu zwei Typen, je Typ		
4234	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
	Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion <i>Katalog</i>	230	13,41
4235	<i>Antikörper gegen</i> Agglutinierende Antikörper (WIDAL-Reaktion)		
4236	Borrelia burgdorferi		
4237	Brucellen		
4238	Campylobacter		
4239	Francisellen		
4240	Legionellen bis zu zwei Typen, je Typ		
4241	Leptospiren		
4242	Listerien, je Typ		
4243	Rickettsien		
4244	Salmonellen-H-Antigene, bis zu zwei Antigenen, je Antigen		
4245	Salmonellen-O-Antigene, bis zu vier Antigenen, je Antigen		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
4246	Staphylolysin		
4247	Streptolysin		
4248	Treponema pallidum (TPHA, VDRL-Test)		
4249	Yersinien, bis zu zwei Typen, je Typ		
4250	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
	Qualitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz	290	16,90
	<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
4251	Bordetella pertussis		
4252	Borrelia burgdorferi		
4253	Chlamydia trachomatis		
4254	Coxiella burneti		
4255	Legionella pneumophila		
4256	Leptospiren (IgA/IgG/IgM)		
4257	Mycoplasma pneumoniae		
4258	Rickettsien		
4259	Treponema pallidum (FTA-ABS-Test)		
4260	Treponema pallidum (IgM-FTA-ABS-Test)		
4261	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
	Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz	510	29,73
	<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
4263	Bordetella pertussis		
4264	Borrelia burgdorferi		
4265	Chlamydia trachomatis		
4266	Coxiella burneti		
4267	Legionella pneumophila		
4268	Mycoplasma pneumoniae		
4269	Rickettsien		
4270	Treponema pallidum (FTA-ABS-Test)		
4271	Treponema pallidum (IgM-FTA-ABS-Test)		
4272	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
	Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz	800	46,63
	<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
4273	Treponema pallidum (19S-IgM-FTA-ABS-Test)		
	Quantitative Antikörper-Bestimmung, Komplementbindungsreaktion (KBR)	250	14,57
	<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
4275	Campylobacter		
4276	Chlamydia psittaci		
4277	Chlamydia trachomatis		
4278	Coxiella burneti		
4279	Gonokokken		
4280	Leptospiren		
4281	Listerien		
4282	Mycoplasma pneumoniae		
4283	Treponema pallidum		
4284	Yersinien		
4285	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
	Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay	350	20,40
	<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
4286	Borrelia burgdorferi		
4287	Campylobacter		
4288	Coxiella burneti		
4289	Leptospiren		
4290	Mycoplasma pneumoniae		
4291	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
	Antikörper-Bestimmung, sonstige Methoden		
	<i>Katalog</i>		
4293	Streptolysin, Immundiffusion	180	10,49
4294	Streptolysin, Hämolysehemmung	230	13,41
4295	Streptokokken-Desoxyribonuklease, Immundiffusion	180	10,49

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
4296	Streptokokken-Desoxyribonuklease, Farbreaktion/visuell	120	6,99
4297	Hyaluronidase, Farbreaktion/visuell	120	6,99

20. Antikörper gegen Virusantigene

Allgemeine Bestimmung

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

Qualitativer Antikörper-Nachweis, Agglutinationsreaktion	90	5,25
--	----	------

Katalog Antikörper gegen

- 4300 Epstein-Barr-Virus (Paul-Bunnell-Test)
- 4301 Röteln-Virus
- 4302 Ähnliche Untersuchungen

Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinationsreaktion	240	13,99
--	-----	-------

Katalog Antikörper gegen

- 4305 Epstein-Barr-Virus (Paul-Bunnell-Test)
- 4306 Röteln-Virus
- 4307 Ähnliche Untersuchungen

Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

Qualitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz	290	16,90
--	-----	-------

Katalog Antikörper gegen

- 4310 Adenoviren
- 4311 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)
- 4312 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)
- 4313 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)
- 4314 Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus
- 4315 Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted
- 4316 Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)
- 4317 FSME-Virus
- 4318 Herpes simplex-Virus 1 (IgG)
- 4319 Herpes simplex-Virus 1 (IgM)
- 4320 Herpes simplex-Virus 2 (IgG)
- 4321 Herpes simplex-Virus 2 (IgM)
- 4322 HIV 1
- 4323 HIV 2
- 4324 Influenza A-Virus
- 4325 Influenza B-Virus
- 4327 Masern-Virus
- 4328 Mumps-Virus
- 4329 Parainfluenza-Virus 1
- 4330 Parainfluenza-Virus 2
- 4331 Parainfluenza-Virus 3
- 4332 Respiratory syncytial virus
- 4333 Tollwut-Virus
- 4334 Varizella-Zoster-Virus
- 4335 Ähnliche Untersuchungen

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz	510	29,73
--	-----	-------

Katalog Antikörper gegen

- 4337 Adenoviren
- 4338 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)
- 4339 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)
- 4340 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)
- 4341 Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus
- 4342 Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted
- 4343 Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)
- 4344 FSME-Virus
- 4345 Herpes simplex-Virus 1 (IgG)
- 4346 Herpes simplex-Virus 1 (IgM)
- 4347 Herpes simplex-Virus 2 (IgG)
- 4348 Herpes simplex-Virus 2 (IgM)
- 4349 HIV 1
- 4350 HIV 2
- 4351 Influenza A-Virus
- 4352 Influenza B-Virus
- 4353 Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
4354	Masern-Virus		
4355	Mumps-Virus		
4356	Parainfluenza-Virus 1		
4357	Parainfluenza-Virus 2		
4358	Parainfluenza-Virus 3		
4359	Respiratory syncytial virus		
4360	Röteln-Virus		
4361	Tollwut-Virus		
4362	Varizella-Zoster-Virus		
4363	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	Quantitative Antikörper-Bestimmung, Komplementbindungsreaktion (KBR)	250	14,57
	<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
4365	Adenoviren		
4366	Coronaviren		
4367	Influenza A-Virus		
4368	Influenza B-Virus		
4369	Influenza C-Virus		
4370	Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus		
4371	Parainfluenza-Virus 1		
4371a	Parainfluenza-Virus 2		
4372	Parainfluenza-Virus 3		
4373	Polyomaviren		
4374	Reoviren		
4375	Respiratory syncytial virus		
4376	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay	240	13,99
	<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
4378	Cytomegalie-Virus		
4379	FSME-Virus		
4380	HBe-Antigen		
4381	HBs-Antigen		
4382	Hepatitis A-Virus (IgG und IgM)		
4383	Hepatitis A-Virus (IgM)		
4384	Herpes simplex-Virus		
4385	Masern-Virus		
4386	Mumps-Virus		
4387	Röteln-Virus		
4388	Varizella-Zoster-Virus		
4389	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay	300	17,49
	<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
4390	Cytomegalie-Virus		
4391	Epstein-Barr-Virus		
4392	FSME-Virus		
4393	HBe-Antigen		
4394	Herpes simplex-Virus		
4395	HIV		
4396	Masern-Virus		
4397	Mumps-Virus		
4398	Röteln-Virus		
4399	Varizella-Zoster-Virus		
4400	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay	350	20,40
	<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
4402	HBe-Antigen		
4403	HBe-Antigen		
4404	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay		
	<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
4405	Delta-Antigen	800	46,63
4406	Hepatitis C-Virus	400	23,31

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
	Antikörper-Bestimmung, andere Methoden	800	46,63
	<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
4408	Hepatitis C-Virus, Immunoblot		
4409	HIV, Immunoblot		

21. Antikörper gegen Pilzantigene

Allgemeine Bestimmung

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

	Qualitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz	290	16,90
	<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
4415	<i>Candida albicans</i>		
4416	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		

	Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz	510	29,73
	<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
4418	<i>Candida albicans</i>		
4419	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		

	Qualitativer Antikörper-Nachweis, Agglutinations-/Fällungsreaktion	90	5,25
	<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
4421	<i>Aspergillus</i>		
4422	<i>Candida albicans</i>		
4423	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		

	Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion	240	7,58
	<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
4425	<i>Aspergillus</i>		
4426	<i>Candida albicans</i>		
4427	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		

22. Antikörper gegen Parasitenantigene

Allgemeine Bestimmung

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

	Qualitativer Antikörper-Nachweis, Agglutinations-/Fällungsreaktion	90	5,25
	<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
4430	<i>Echinokokken</i>		
4431	<i>Schistosomen</i>		
4432	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		

	Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion	240	13,99
	<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
4435	<i>Echinokokken</i>		
4436	<i>Schistosomen</i>		
4437	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		

	Qualitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz	290	16,90
	<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
4440	<i>Entamoeba histolytica</i>		
4441	<i>Leishmanien</i>		
4442	<i>Plasmodien</i>		
4443	<i>Pneumocystis carinii</i>		
4444	<i>Schistosomen</i>		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
4445	Toxoplasma gondii		
4446	Trypanosoma cruzi		
4447	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz		510	29,73
<i>Katalog Antikörper gegen</i>			
4448	Entamoeba histolytica		
4449	Leishmanien		
4450	Pneumocystis carinii		
4451	Plasmodien		
4452	Schistosomen		
4453	Toxoplasma gondii		
4454	Trypanosoma cruzi		
4455	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
Quantitative Antikörper-Bestimmung, Komplementbindungsreaktion (KBR)		250	14,57
<i>Katalog Antikörper gegen</i>			
4456	Echinokokken		
4457	Entamoeba histolytica		
4458	Leishmanien		
4459	Toxoplasma gondii		
4460	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
Quantitative Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay		230	13,41
<i>Katalog Antikörper gegen</i>			
4461	Toxoplasma gondii		
4462	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
Quantitative Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay		350	20,40
<i>Katalog Antikörper gegen</i>			
4465	Entamoeba histolytica		
4466	Leishmanien		
4467	Schistosomen		
4468	Toxoplasma gondii		
4469	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			

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

Bakterien-Nachweis im Nativmaterial, Agglutination, je Antiserum		130	7,58
<i>Katalog</i>			
4500	Betahämolisierende Streptokokken Typ B		
4501	Hämophilus influenzae Kapseltyp b		
4502	Neisseria meningitidis Typen A und B		
4503	Streptococcus pneumoniae		
4504	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
Mikroskop. Bakterien-Nachweis, nach einfacher Anfärbung, je Untersuchung		90	5,25
<i>Katalog</i>			
4506	Methylenblaufärbung		
4508	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
	Mikroskop. Bakterien-Nachweis nach aufwendigerer Anfärbung, je Untersuchung	110	6,41
	<i>Katalog</i>		
4510	Giemsafärbung		
4511	Gramfärbung		
4512	Ziehl-Neelsen-Färbung		
4513	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	Mikroskop. Bakterien-Nachweis nach Anfärbung mit Fluorochromen, je Untersuchung	160	9,33
	<i>Katalog</i>		
4515	Auraminfärbung		
4516	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4518	Mikroskop./immunolog. Bakterien-Nachweis nach Markierung, je Antiserum	250	14,57
	<i>Eine mehr als Fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4518 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>		
	Nachweis von Bakterienantigenen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57
	<i>Katalog</i>		
4520	Beta-hämolysierende Streptokokken der Gruppe B		
4521	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme		
4522	Legionellen		
4523	Neisseria meningitidis		
4524	Neisseria gonorrhoeae		
4525	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	b. Züchtung/Gewebekultur		
4530	Bakterien-Nachweis, aerobe Züchtung, je Nährmedium	80	4,66
	<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4530 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>		
4531	Bakterien-Nachweis, Züchtung bei besonderer Temperatur, je Nährmedium	100	5,83
	<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4531 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>		
4532	Bakterien-Nachweis, Züchtung in CO ₂ -Atmosphäre, je Nährmedium	100	5,83
4533	Bakterien-Nachweis, anaerobe Züchtung, je Nährmedium	250	14,57
	<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4533 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>		
4538	Bakterien-Nachweis, aerobe Züchtung auf Selektiv-/Anreicherungsmedien, je Nährmedium	120	6,99
	<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4538 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>		
4539	Bakterien-Nachweis, aufwendige Züchtung auf Selektiv-/Anreicherungsmedien, je Nährmedium	250	14,57
	<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4539 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>		
4540	Anzüchtung von Mykobakterien, je Untersuchungsmaterial	400	23,31
4541	Nachweis von Chlamydien auf Gewebekultur, je Ansatz	350	20,40
4542	Nachweis von bakteriellen Toxinen auf Gewebekultur, je Untersuchung	250	14,57
4543	Nachweis von bakteriellen Toxinen auf Gewebekultur, mit Spezifitätsprüfung, je Untersuchung	500	29,14
	c. Identifizierung/Typisierung		
4545	Orientierende Bakterien-Identifizierung, je Test und Keim	60	3,50
4546	Bakterien-Identifizierung, aufwändigere Verfahren, je Test und Keim	120	6,99
4547	Bakterien-Identifizierung, Mehrtestverfahren, je Keim	120	6,99
4548	Bakterien-Identifizierung, bunte Reihe, je Keim	160	9,33
4549	Bakterien-Identifizierung, erweiterte bunte Reihe, je Keim	240	13,99
4550	Bakterien-Identifizierung, erweiterte bunte Reihe in anaerober Atmosphäre, je Keim	330	19,23
4551	Identifizierung von Mykobakterium tuberculosis-Komplex mittels biochemischer Reaktionen	300	17,49

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4551 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>			
	Mikroskop. Bakterienuntersuchung nach Anfärbung, je Untersuchung	60	3,50
	<i>Katalog</i>		
4553	Gramfärbung		
4554	Neisser-Färbung		
4555	Ziehl-Neelsen-Färbung		
4556	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die durchgeführten Färbungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4560	Mikroskop./immunolog. Bakterienuntersuchung nach Markierung, je Antiserum	290	16,90
Nachweis von Bakterienantigenen, Ligandenassay, qualitativ, je Untersuchung			
	<i>Katalog</i>	250	14,57
4561	Beta-hämolyisierende Streptokokken		
4562	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme		
4563	Legionellen		
4564	Neisseria meningitidis		
4565	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
Bakterienuntersuchung über Metabolitprofil, Gaschromatographie, je Untersuchung			
	<i>Katalog</i>	410	23,90
4567	Anaerobier		
4568	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4570	Bakterienuntersuchung über Metabolitprofil, Gaschromatographie nach aufwendiger Probenvorbereitung/ Derivatisierungsreaktion, je Untersuchung	570	33,22
4571	Bakterienuntersuchung, chromatographische Analyse struktureller Komponenten, je Untersuchung	570	33,22
Bakterienuntersuchung, Agglutination (bis zu 15 Antisera je Keim), je Antiserum			
	<i>Katalog</i>	120	6,99
4572	Beta-hämolyisierende Streptokokken		
4573	Escherichia coli		
4574	Salmonellen		
4575	Shigellen		
4576	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
Bakterienuntersuchung, Phagentypisierung, je Untersuchung			
	<i>Katalog</i>	250	14,57
4578	Brucellen		
4579	Pseudomonaden		
4580	Staphylokokken		
4581	Salmonellen		
4582	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4584	Bakterien-Nachweis, Flüssigmedien mit Substratverbrauch/Reaktionsprodukten, je Untersuchung	250	14,57
4585	Nachweis von Mykobakterien, Flüssigmedien/mechanisierte Messung, je Untersuchung	350	20,40
d. Toxinnachweis			
Nachweis von Bakterientoxinen, Ligandenassay, je Untersuchung			
	<i>Katalog</i>	250	14,57
4590	Clostridium difficile/tetani/botulinum		
4591	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme		
4592	Staphylococcus aureus		
4593	Vibrionen		
4594	Ähnliche Untersuchungen		
<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
Nachweis von Bakterienantigenen/-toxinen, Präzipitation, je Untersuchung			
	<i>Katalog</i>	250	14,57
4596	Clostridium botulinum		
4597	Corynebacterium diphtheriae		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
4598	Staphylokokkentoxin		
4599	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4601	Nachweis von Bakterientoxinen, Inokulation in Versuchstiere, je Untersuchung	500	29,14
	<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4601 im Behandlungsfall ist nicht zulässig. Kosten für Versuchstiere sind nicht gesondert berechnungsfähig.</i>		
	e. Keimzahl, Hemmstoffe		
4605	Keimzahlbestimmung mittels Eintauchobjektträgerkultur, je Urinuntersuchung	60	3,5
4606	Keimzahlbestimmung mittels Oberflächenkulturen/Plattengussverfahren, je Untersuchungsmaterial	250	14,57
4607	Nachweis von Hemmstoffen, je Material	60	3,50
	f. Empfindlichkeitstestung		
4610	Antibiotika-Empfindlichkeit von Bakterien, Agardiffusionstest/Plättchentest, je geprüfter Substanz	20	1,17
	<i>Eine mehr als sechzehnmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4610 ist in der Rechnung zu begründen.</i>		
4611	Antibiotika-Empfindlichkeit von Bakterien, Break-Point-Methode, bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	30	1,75
4612	Antibiotika-Empfindlichkeit von Bakterien, Antibiotikadilutionstest, bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	50	2,91
4613	Antibiotika-Empfindlichkeit von Bakterien, minimale mikrobizide Antibiotikakonzentration, bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	75	4,37
4614	Antibiotika-Empfindlichkeit von Bakterien, Anzüchtung in Flüssigmedien/mechanisierte Messung, je Untersuchung	250	14,57
2. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Viren			
	a. Untersuchungen im Nativmaterial		
	Virus-Antigen-Nachweis, Agglutinationsreaktion, je Untersuchung	60	3,5
	<i>Katalog</i>		
4630	Rota-Viren		
4631	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	Mikroskop. Nachweis von Einschluss-/Elementarkörperchen aus Zellmaterial, je Untersuchung	80	4,66
	<i>Katalog</i>		
4633	Herpes simplex Viren		
4634	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4636	Mikroskop./immunolog. Nachweis von Viren, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90
4637	Elektronenmikroskop. Nachweis von Viren, je Untersuchung	3180	185,35
	Virus-Antigen-Nachweis, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57
	<i>Katalog</i>		
4640	Adeno-Viren		
4641	Hepatitis A-Viren		
4642	Hepatitis B-Viren (HBe-Antigen)		
4643	Hepatitis B-Viren (HBs-Antigen)		
4644	Influenza-Viren		
4645	Parainfluenza-Viren		
4646	Rota-Viren		
4647	Respiratory syncytial virus		
4648	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	b. Züchtung		
4655	Nachweis von Viren, Gewebekultur, je Ansatz	450	26,23

c. Identifizierung, Charakterisierung

Allgemeine Bestimmungen

Die zur Identifizierung geeigneten Verfahren können nur dann in Ansatz gebracht werden, wenn zuvor im Rahmen der Leistung nach Nr. 4655 ein positiver Nachweis gelungen ist und die Charakterisierung nach der Leistung nach Nr. 4665 durchgeführt wurde. Es können jedoch nicht mehr als zwei Verfahren nach den Nrn. 4666 bis 4671 zur Identifizierung berechnet werden.

4665	Charakterisierung von Viren, einfache Verfahren, je Ansatz	250	14,57
4666	Identifizierung von Viren, aufwändigere Verfahren, je Ansatz	250	14,57
4667	Identifizierung von Viren, Neutralisationstest, je Untersuchung	250	14,57
4668	Identifizierung von Virus-Antigenen, Immunoblotting, je Untersuchung	330	19,23
4670	Mikroskop/immunolog. Identifizierung von Viren, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90
4671	Elektronenmikroskop. Nachweis von Viren, nach Anzuchtung, je Untersuchung	3180	185,35

Virus-Antigen-Nachweis angezüchteter Viren, Ligandenassay, je Untersuchung

250 14,57

Katalog

4675	Adeno-Viren
4676	Influenza-Viren
4677	Parainfluenza-Viren
4678	Rota-Viren
4679	Respiratory syncytial virus
4680	Ähnliche Untersuchungen

Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
-----	----------	----------------	------------------------------------

3. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen

a. Untersuchungen im Nativmaterial

	Nachweis von Pilzantigenen, Agglutination, je Antiserum	120	6,99
	<i>Katalog</i>		
4705	Aspergillus		
4706	Candida		
4707	Kryptokokkus neoformans		
4708	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Pilze sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4710	Mikroskop. Pilz-Nachweis, je Material	80	4,66
4711	Mikroskop. Pilz-Nachweis, nach Präparation/Anfärbung, je Material	120	6,99
4712	Mikroskop./immunolog. Pilz-Nachweis, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90
4713	Nachweis von Pilzantigenen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57

b. Züchtung

4715	Pilz-Nachweis, Züchtung auf einfachen Nährmedien, je Nährmedium	100	5,83
	<i>Eine mehr als Fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4715 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>		
4716	Pilz-Nachweis, Züchtung auf aufwändigeren Nährmedien, je Nährmedium	120	6,9
	<i>Eine mehr als Fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4716 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>		
4717	Züchtung von Pilzen auf Differenzierungsmedien, je Nährmedium	120	6,99
	<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4717 je Pilz ist nicht zulässig.</i>		

c. Identifizierung/Charakterisierung

4720	Pilz-Identifizierung, Röhren-/Mehrkammerverfahren, bis zu fünf Reaktionen, je Pilz	120	6,99
4721	Pilz-Identifizierung, Röhren-/Mehrkammerverfahren, mindestens sechs Reaktionen, je Pilz	250	14,57
4722	Mikroskop. Pilz-Identifizierung, mit Anfärbung, je Untersuchung	120	6,99
4723	Mikroskop./immunolog. Pilz-Identifizierung, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90
4724	Identifizierung von Pilz-Antigenen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57

d. Empfindlichkeitstestung

4727	Antimykotika-Empfindlichkeitsprüfung, trägergebundene Testsubstanzen, je Pilz	120	6,99
4728	Antimykotika-Empfindlichkeitsprüfung, Reihenverdünnungstest, je Test	250	14,57

4. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Parasiten

a. Untersuchungen im Nativmaterial oder nach Anreicherung

	Mikroskop. Parasiten-Nachweis, je Untersuchung	120	6,99
	<i>Katalog</i>		
4740	Amöben		
4741	Lamblien		
4742	Sarcoptes scabiei (Krätzmilbe)		
4743	Trichomonaden		
4744	Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier		
4745	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach einfacher Anfärbung, je Untersuchung	160	9,33
	<i>Katalog</i>		
4747	Amöben		
4748	Lamblien		
4749	Trichomonaden		
4750	Würmer/Wurmeier		
4751	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
	Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach aufwendiger Anfärbung, je Untersuchung	250	14,57
	<i>Katalog</i>		
4753	Giemsafärbung		
4754	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4756	Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach aufwendiger Anreicherung/Vorbereitung, je Untersuchung	200	11,66
4757	Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach aufwendiger Anreicherung/Vorbereitung, quantitativ, je Untersuchung	250	14,57
4758	Mikroskop./immunolog. Parasiten-Nachweis, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90
4759	Nachweis von Parasitenantigenen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57

b. Züchtung

	Parasiten-Nachweis durch Züchtung, je Untersuchung	250	14,57
	<i>Katalog</i>		
4760	Amöben		
4761	Lamblien		
4762	Trichomonaden		
4763	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>		

c. Identifizierung

	Mikroskop. Identifizierung von Parasiten, Nach Anzüchtung, je Untersuchung	120	6,99
	<i>Katalog</i>		
4765	Trichomonaden		
4766	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4768	Nachweis von Parasiten-antigenen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57

d. Xenodiagnostische Untersuchungen

	Xenodiagnostischer Parasiten-Nachweis, je Untersuchung	250	14,57
	<i>Katalog</i>		
4770	Trypanosoma cruzi		
4771	Ähnliche Untersuchungen		
	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>		

5. Untersuchungen zur molekularbiologischen Identifizierung von Bakterien, Viren, Pilzen und Parasiten

Allgemeine Bestimmung

Bei der Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 4780 bis 4787 ist die Art des untersuchten Materials (Nativmaterial oder Material nach Anzüchtung) sowie der untersuchte Mikroorganismus (Bakterium, Virus, Pilz oder Parasit) in der Rechnung anzugeben.

4780	Isolierung mikrobieller Nukleinsäuren	900	52,46
4781	Spaltung mikrobieller Nukleinsäuren, je Enzym	150	8,74
4782	Enzymatische Transkription von RNA	500	29,14
4783	Polymerasekettenreaktion (PCR)	500	529,14
4784	Geschachtelte Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	58,29
4785	Identifizierung mikrobieller Nukleinsäuren, je Sonde	300	17,49
4786	Trennung mikrobieller Nukleinsäuren, Elektrophorese	600	34,97
4787	Identifizierung mikrobieller Nukleinsäuren, durch Sequenzermittlung	2000	116,57

N. HISTOLOGIE, ZYTOLOGIE UND ZYTOGENETIK

I. Histologie

4800	Histologische Untersuchung	217	12,65
4801	Histologische Untersuchung, Magen-/Darmschleimhaut	289	16,85
4802	Histologische Untersuchung, nach schwieriger Aufbereitung	289	16,85
4810	Histologische/zytologische Untersuchung, zur Krebsdiagnostik	289	16,85
4811	Histologische Untersuchung, mit Schnittserien	289	16,85
4815	Histologische Untersuchung, histochemische/optische Sonderverfahren	350	20,40
4816	Histologische Sofortuntersuchung (Schnellschnitt)	250	14,57

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
II. Zytologie			
4850	Zytologische Untersuchung zur Zyklus-Phasenbestimmung <i>Neben der Leistung nach Nr. 4850 ist die Leistung nach Nr. 297 nicht berechnungsfähig.</i>	87	5,07
4851	Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik <i>Neben der Leistung nach Nr. 4851 ist die Leistung nach Nr. 4850 bei Untersuchungen aus demselben Material nicht berechnungsfähig.</i>	130	7,58
4852	Zytologische Untersuchung, nach besonderen Aufbereitungsverfahren, je Untersuchungsmaterial	174	10,14
4860	Trichogramm, auch mehrere Präparate	160	9,33
III. Zytogenetik			
4870	Kerngeschlechtsbestimmung, auf X-Chromosomen	273	15,91
4871	Kerngeschlechtsbestimmung, auf Y-Chromosomen	289	16,85
4872	Chromosomenanalyse	1950	113,66
4873	Chromosomenanalyse an Fibroblasten/Epithelien, nach Kultivierung	3030	176,61

O. STRAHLENDIAGNOSTIK, NUKLEARMEDIZIN, MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE UND STRAHLENTHERAPIE

I. Strahlendiagnostik

Allgemeine Bestimmungen

- Mit den Gebühren sind alle Kosten (auch für Dokumentation und Aufbewahrung der Datenträger) abgegolten.
- Die Leistungen für Strahlendiagnostik mit Ausnahme der Durchleuchtung(en) (Nr. 5295) sind nur bei Bilddokumentation auf einem Röntgenfilm oder einem anderen Langzeitdatenträger berechnungsfähig.
- Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose ist Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.
- Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen (auch Fremdaufnahmen) als selbständige Leistung ist nicht berechnungsfähig.
- 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.
- Die Leistungen nach den Nrn. 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.
- 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 Nrn. 5050, 5060 und 5070 sind die Leistungen nach den Nrn. 300 bis 302, 372, 373, 490, 491 und 5295 nicht berechnungsfähig.

Zähne

5000	Röntgen, Zähne, je Projektion <i>Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so darf die Leistung nach Nr. 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.</i>	50	2,91
5002	Panoramaaufnahme, Kiefer	250	14,57
5004	Panoramaschichtaufnahme, Kiefer	400	23,31

Röntgen, Finger/Zehen

5010	jeweils zwei Ebenen	180	10,49
5011	ergänzende Ebene(n) <i>Werden mehrere Finger oder Zehen mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nrn. 5010 und 5011 nur einmal und nicht je aufgenommenem Finger oder Zehen berechnet werden.</i>	60	3,50

Röntgen, Hand-/Fußteile, Kniescheibe

5020	jeweils zwei Ebenen	220	12,82
5021	ergänzende Ebene(n)	80	4,66

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
-----	----------	----------------	------------------------------------

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

Röntgen, Arm-/Bein-/Becken-Teile,
ganze(r) Hand/Fuß, Kreuzbein

5030	jeweils zwei Ebenen	360	20,98
5031	ergänzende Ebene(n)	100	5,83

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

5035	Röntgen, Skelett-Teile, je Teil <i>Die Leistung nach Nr. 5035 ist je Skeletteil und Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Das untersuchte Skeletteil ist in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nr. 5035 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 nicht berechnungsfähig.</i>	160	9,33
------	---	-----	------

5037	Bestimmung des Skeletalters	300	17,49
5040	Beckenübersicht	300	17,49
5041	Beckenübersicht beim Kind, bis zum 14. Lebensjahr	200	11,66
5050	Kontrastuntersuchung, Hüfte/Knie/Schulter	950	55,37
5060	Kontrastuntersuchung, Kiefer	500	29,14
5070	Kontrastuntersuchung, übrige Gelenke, je Gelenk	400	23,31
5090	Röntgen, Schädel	400	23,31
5095	Röntgen, Schädelteile	200	11,66
5098	Röntgen, Nasennebenhöhlen	260	15,15
5100	Röntgen, HWS, zwei Ebenen	300	17,49
5101	ergänzende Ebene(n)	160	9,33
5105	Röntgen, BWS/LWS, zwei Ebenen, je Teil	400	23,31
5106	ergänzende Ebene(n)	180	10,49
5110	Röntgen-Ganzaufnahme, Wirbelsäule/Extremität	500	29,14
5111	ergänzende Ebene(n)	200	11,66

Die Leistung nach Nr. 5111 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.

Die Leistungen nach den Nrn. 5110 und 5111 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 5010, 5011, 5020, 5021, 5030 und 5031 nicht berechnungsfähig.

Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 5100, 5105 und 5110 bedarf einer besonderen Begründung.

5115	Röntgen, mit Feinstfokus-/Xeroradiographietechnik, Hand/Fuß, je Teil	400	23,31
5120	Röntgen, Rippen/Schulterblatt/Brustbein, eine Ebene	260	15,15
5121	ergänzende Ebene(n)	140	8,16

2. Hals- und Brustorgane

5130	Röntgen, Hals/Mundboden	280	16,32
5135	Röntgen, Brustorgane-Übersicht, eine Ebene	280	16,32

Die Leistung nach Nr. 5135 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.

5137	Röntgen, Brustorgane-Übersicht, mehrere Ebenen	450	26,23
5139	Röntgen, Teil der Brustorgane	180	10,49

Die Berechnung der Leistung nach Nr. 5139 neben den Leistungen nach den Nrn. 5135, 5137 und/oder 5140 ist in der Rechnung zu begründen.

5140	Röntgen, Brustorgane im Mittelformat	100	5,83
------	--------------------------------------	-----	------

3. Bauch- und Verdauungsorgane

5150	Kontrastuntersuchung, Speiseröhre, als selbständige Leistung	550	32,06
5157	Monokontrastuntersuchung, oberer Verdauungstrakt	700	40,80
5158	Doppelkontrastdarstellung, oberer Verdauungstrakt, einschließlich der Nr. 5150	1200	69,94
5159	Zuschlag zu Nrn. 5157 und 5158 bei Untersuchung bis zum Ileozökalgebiet	300	17,49
5163	Dünndarmkontrastuntersuchung	1300	75,77
5165	Monokontrastuntersuchung, Dickdarm	700	40,80
5166	Doppelkontrastuntersuchung, Dickdarm	1400	81,60
5167	Defäkographie	1000	58,29
5168	Pharyngographie,	800	46,63

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
5169	einschließlich Speiseröhre	1100	64,12
5170	Kontrastuntersuchung, Gallenblase/Gallenwege/Pankreasgänge	400	23,31
5190	Röntgen, Bauchübersicht, eine Ebene	300	17,49
<i>Die Leistung nach Nr. 5190 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>			
5191	Röntgen, Bauchübersicht, zwei oder mehr Ebenen	500	29,14
5192	Röntgen, Bauchteilaufnahme	200	11,66
5200	Kontrastuntersuchung, Harntrakt	600	34,97
5201	Ergänzende Ebene zur Nr. 5200	200	11,66
5220	Kontrastuntersuchung, Harntrakt retrograd, je Seite	300	17,49
5230	Urethrozystographie, retrograd	300	17,49
5235	Refluxzystographie, retrograd, als selbständige Leistung	500	29,14
5250	Kontrastuntersuchung, Gebärmutter/Eileiter	400	23,31
4. Spezialuntersuchungen			
5260	Röntgen, Gänge/Hohlräume/Fisteln	400	23,31
<i>Die Leistung nach Nr. 5260 ist nicht berechnungsfähig für Untersuchungen des Harntrakts, der Gebärmutter und Eileiter sowie der Gallenblase.</i>			
5265	Mammographie einer Seite, eine Ebene	300	17,49
<i>Die Leistung nach Nr. 5265 ist je Seite und Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>			
5266	Mammographie einer Seite, zwei Ebenen	450	26,23
5267	Ergänzende Ebene zur Nr. 5266	150	8,74
5280	Myelographie	750	43,72
5285	Bronchographie	450	26,23
5290	Tomographie, bis zu fünf Strahlenrichtungen, je Strahlenrichtung	650	37,89
5295	Durchleuchtung, als selbständige Leistung	240	13,99
5298	Zuschlag zu Nrn. 5010 bis 5290, digitale Radiographie		
<i>Der Zuschlag nach Nr. 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 Nrn. 5300 bis 5327 wird durch die Anzahl der Kontrastmittelgaben bestimmt.			
Die Leistungen nach den Nrn. 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.			
5300	Serienangiographie, Schädel/Brust/Bauch, eine Serie	2000	116,57
5301	Zweite bis dritte Serie im Anschluss an Nr. 5300, je Serie	400	23,31
<i>Bei der angiographischen Darstellung von hirnersorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nr. 5301 berechnungsfähig.</i>			
5302	Weitere Serien im Anschluss an Nrn. 5300 und 5301, insgesamt	600	34,97
5303	Serienangiographie, Schädel/Brust/Bauch, bei Nrn. 5315 bis 5327, eine Serie	1000	58,29
5304	Zweite bis dritte Serie im Anschluss an Nr. 5303, je Serie	200	11,66
<i>Bei der angiographischen Darstellung von hirnersorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nr. 5304 berechnungsfähig.</i>			
5305	Weitere Serien im Anschluss an Nrn. 5303 und 5304, insgesamt	300	17,49
5306	Serienangiographie, Becken/beide Beine, eine Serie	2000	116,57
5307	Zweite Serie im Anschluss an Nr. 5306	600	34,97
5308	Weitere Serien im Anschluss an Nrn. 5306 und 5307, insgesamt	800	46,63
<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 5306 bis 5308 sind die Leistungen nach den Nrn. 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig.</i>			
<i>Werden die Leistungen nach den Nrn. 5306 bis 5308 im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistung(en) nach den Nrn. 5300 bis 5305 erbracht, sind die Leistungen nach den Nrn. 5306 bis 5308 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			
5309	Serienangiographie, eine Extremität, eine Serie	1800	104,92
5310	Weitere Serien im Anschluss an Nr. 5309, insgesamt	600	34,97
5311	Serienangiographie, weitere Extremität, bei Nr. 5309, eine Serie	1000	58,29
5312	Weitere Serien im Anschluss an Nr. 5311, insgesamt	600	34,97

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
5313	Angiographie mit Großkassetten, Becken/Bein, je Sitzung <i>Die Leistung nach Nr. 5313 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5312 sowie 5315 bis 5339 nicht berechnungsfähig.</i>	800	46,63
5315	Angiokardiographie einseitig, eine Serie <i>Die Leistung nach Nr. 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>	2200	128,23
5316	Angiokardiographie beidseitig, eine Serie <i>Die Leistung nach Nr. 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 5316 ist die Leistung nach Nr. 5315 nicht berechnungsfähig.</i>	3000	174,86
5317	Zweite bis dritte Serie im Anschluss an Nrn. 5315 oder 5316, je Serie	400	23,31
5318	Weitere Serien im Anschluss an Nr. 5317, insgesamt	600	34,97
	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 5315 bis 5318 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5302 sowie 5324 bis 5327 nicht berechnungsfähig.</i>		
5324	Koronarangiographie, ein Herzkranz-gefäß, eine Serie <i>Die Leistungen nach den Nrn. 5324 und 5325 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>	2400	139,89
5325	Koronarangiographie, alle Herzkranz-gefäße, eine Serie	3000	174,86
5326	Koronarangiographie im Anschluss an Nrn. 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie	400	23,31
5327	Linksventrikulographie bei Koronarangiographie	1000	58,29
	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 5324 bis 5327 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5302 und 5315 bis 5318 nicht berechnungsfähig.</i>		
5328	Zuschlag zu Nrn. 5300 bis 5327, simultane Zwei-Ebenen-Technik <i>Der Zuschlag nach Nr. 5328 ist je Sitzung nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>	1200	69,94
5329	Venographie, Brust/Bauch	1600	93,26
5330	Venographie, Extremität	750	43,72
5331	Ergänzende Projektion im Anschluss an Nr. 5330, insgesamt	200	11,66
5335	Zuschlag zu Nrn. 5300 bis 5331, Computer-Analyse/Abbildung <i>Der Zuschlag nach Nr. 5335 kann je Untersuchungstag unabhängig von der Anzahl der Einzeluntersuchungen nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnet werden.</i>	800	46,63
5338	Lymphographie, je Extremität	1000	58,29
5339	Ergänzende Projektion im Anschluss an Nr. 5338, insgesamt	250	14,57

6. Interventionelle Maßnahmen

Allgemeine Bestimmung

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

5345	Dilatation, Arterien <i>Neben der Leistung nach Nr. 5345 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig. Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nr. 5345 bereits eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 berechnet, darf neben der Leistung nach Nr. 5345 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nr. 5345 neben einer Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 ist in der Rechnung zu bestätigen, dass in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nrn. 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.</i>	2800	163,20
5346	Zuschlag zu Nr. 5345, Dilatation mehr als zwei Arterien, insgesamt <i>Neben der Leistung nach Nr. 5346 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</i>	600	34,97
5348	Dilatation, Koronararterien <i>Neben der Leistung nach Nr. 5348 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig. Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nr. 5348 bereits eine Leistung nach den Nrn. 5315 bis 5327 berechnet, darf neben der Leistung nach Nr. 5348 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nrn. 5315 bis 5327 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der</i>	3800	221,49

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
	<i>Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nr. 5348 neben einer Leistung nach den Nrn. 5315 bis 5327 ist in der Rechnung zu bestätigen, dass in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nrn. 5315 bis 5327 nicht berechnet wurde.</i>		
5349	Zuschlag zu Nr. 5348, Dilatation mehr als eine Koronararterie, insgesamt	1000	58,29
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 5349 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</i>		
5351	Lysebehandlung, mehr als einer Stunde, Einzelbehandlung oder ergänzend zu Nrn. 2826, 5345 oder 5348	500	29,14
5352	Zuschlag zu Nr. 5351, Lysebehandlung Hirnarterien	1000	58,29
5353	Dilatation, Venen	2000	116,57
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 5353 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i>		
5354	Zuschlag zu Nr. 5353, Dilatation mehr als zwei Venen, insgesamt	200	11,66
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 5354 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i>		
5355	Gefäßstützen/Angioplastie, bei Dilatation von Arterien	2000	116,57
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 5355 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5327 nicht berechnungsfähig.</i>		
5356	Gefäßstützen/Angioplastie, bei Dilatation einer Koronararterie	2500	145,72
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 5356 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361, 5295, 5315 bis 5327, 5345, 5353 sowie 5355 nicht berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 5356 ist die Leistung nach Nr. 5355 für Eingriffe an Koronararterien nicht berechnungsfähig.</i>		
5357	Embolisation von Arterien, je Gefäßgebiet	3500	204,01
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 5357 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5312 nicht berechnungsfähig.</i>		
5358	Embolisation von Arterien, Kopf/Hals/Spinalkanal, je Gefäßgebiet	4500	262,29
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 5358 sind die Leistungen nach den Nrn. 350, 351, 5295 sowie 5300 bis 5305 nicht berechnungsfähig.</i>		
5359	Embolisation der Vena spermatica	2500	145,72
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 5359 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i>		
5360	Embolisation von Venen	2000	116,57
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 5360 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.</i>		
5361	Transhepatische Drainage/Dilatation von Gallengängen	2600	151,55
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 5361 sind die Leistungen nach den Nrn. 370, 5170 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.</i>		

7. Computertomographie

Allgemeine Bestimmungen

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

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

5369	Höchstwert für Nrn. 5370 bis 5374	3000	174,86
	<i>Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
5370	CT, Kopf	2000	116,57
5371	CT, Hals/Thorax	2300	134,06
5372	CT, Abdomen	2600	151,55
5373	CT, Skelett	1900	110,75
5374	CT, Zwischenwirbelräume	1900	110,75
5375	CT, Aorta	2000	116,57

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
	<i>Die Leistung nach Nr. 5375 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5371 und 5372 nicht berechnungsfähig.</i>		
5376	Ergänzende CT, Xenon/High-Resolution-Technik/Zusatz-Kontrastmittelgabe, zusätzlich zu Nrn. 5370 bis 5375	500	29,14
5377	Zuschlag, computergesteuerte Analyse	800	46,63
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5377 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>		
5378	CT zur Bestrahlungsplanung/interventionellen Maßnahmen	1000	58,29
	<i>Neben oder anstelle der computergesteuerten Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen sind die Leistungen nach den Nrn. 5370 bis 5376 nicht berechnungsfähig.</i>		
5380	Osteodensitometrie, mit CT/digitaler Röntgentechnik	300	17,49

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 Nrn. 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 Nrn. 5473 und 5481 dürfen nicht nebeneinander berechnet werden. Die Leistungen nach den Nrn. 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, so weit 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, so weit 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

5400	Szintigraphie, Schilddrüse	350	20,40
5401	Szintigraphie, Schilddrüse, mit Bestimmung der Radionuklidaufnahme/Jodidclearance-Äquivalent	1300	75,77
5402	Radiojodkurzttest, Schilddrüse, bis zu 24 Stunden	1000	58,29

Die Leistungen nach den Nrn. 5400 bis 5402 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

5403	Radiojodtest, Schilddrüse, vor Radiojodtherapie	1200	69,94
------	---	------	-------

Die Leistungen nach den Nrn. 5402 und 5403 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

b. Gehirn

5410	Szintigraphie, Gehirn	1200	69,94
5411	Szintigraphie, Liquorraum	900	52,46

Für die Leistung nach Nr. 5411 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung(en) des radioaktiven Stoffes.

c. Lunge

5415	Szintigraphie, Lungenperfusion, insgesamt	1300	75,77
5416	Szintigraphie, Lungenbelüftung mit Inhalation	1300	75,77

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
d. Herz			
5420	Radionuklidventrikulographie in Ruhe	1200	69,94
5421	Radionuklidventrikulographie in Ruhe und unter Stimulation	3800	221,49
<i>Neben der Leistung nach Nr. 5421 ist bei zusätzlicher Erste-Passage-Untersuchung die Leistung nach Nr. 5473 berechnungsfähig.</i>			
5422	Szintigraphie, Myokard in Ruhe	1000	58,29
<i>Die Leistungen nach den Nrn. 5422 und 5423 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>			
5423	Szintigraphie, Myokard unter Stimulation	2000	116,57
5424	Szintigraphie, Myokard in Ruhe und unter Stimulation	2800	163,20
<i>Neben der Leistung nach Nr. 5424 sind die Leistungen nach den Nrn. 5422 und/oder 5423 nicht berechnungsfähig.</i>			
e. Knochen- und Knochenmarkszintigraphie			
5425	Ganzkörperskelettszintigraphie	2250	131,15
5426	Teilkörperskelettszintigraphie	1260	73,44
5427	Zwei-Phasenszintigraphie des Blutpools	400	23,31
5428	Ganzkörperknochenmarkszintigraphie	2250	131,15
f. Tumorszintigraphie			
Tumorszintigraphie			
5430	eine Region	1200	69,94
5431	Ganzkörper	2250	131,15
<i>Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nr. 5430 nicht mehrfach berechnungsfähig. Für die Leistung nach Nr. 5430 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en). Die Leistungen nach den Nrn. 5430 und 5431 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>			
g. Nieren			
5440	Nierenfunktionsszintigraphie	2800	163,20
5441	Perfusionsszintigraphie, Nieren	1600	93,26
5442	Statische Nierenszintigraphie	600	34,97
<i>Die Leistungen nach den Nrn. 5440 bis 5442 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>			
5443	Zusatzuntersuchung zu Nrn. 5440 oder 5441, mit Angabe der Indikation	700	40,80
5444	Clearanceuntersuchungen, Nieren	1000	58,29
<i>Neben der Leistung nach Nr. 5444 ist die Leistung nach Nr. 5440 nicht berechnungsfähig.</i>			
h. Endokrine Organe			
5450	Szintigraphie, endokrin aktives Gewebe	1000	58,29
<i>Das untersuchte Gewebe ist in der Rechnung anzugeben. Für die Leistung nach Nr. 5450 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der radioaktiven Substanz(en). Die Leistung nach Nr. 5450 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5430 und 5431 nicht berechnungsfähig.</i>			
i. Gastrointestinaltrakt			
5455	Szintigraphie, Gastrointestinaltrakt	1300	75,77
5456	Szintigraphie, Leber/Milz	1300	75,77
j. Hämatologie, Angiologie			
5460	Szintigraphie, große Gefäße	900	52,46
<i>Die Leistung nach Nr. 5460 ist neben der Leistung nach Nr. 5473 nicht berechnungsfähig.</i>			

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
5461	Szintigraphie, Lymphabflussgebiete	2200	128,23
5462	Lebenszeit/Kinetik, Blutzellen	2200	128,23
5463	Zuschlag zu Nr. 5462, bei Bestimmung des Abbauorts	500	29,14

Szintigraphische Suche Entzündungsherde/Thromben

5465	eine Region	1260	73,44
5466	Ganzkörper	2250	131,15

*Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nr. 5465 nicht mehrfach berechnungsfähig.
Für die Leistungen nach den Nrn. 5462 bis 5466 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen,
davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en).*

k. Resorptions- und Exkretionsteste

5470	Szintigraphie, Metabolismus von körpereigenen Stoffen	950	55,37
------	---	-----	-------

l. Sonstige

5472	Szintigraphie/Funktionsmessung ohne Gruppenzuordnung	950	55,37
5473	Funktionsszintigraphie	900	52,46

*Die Leistung nach Nr. 5473 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5460 und 5481 nicht berechnungs-
fähig.*

5474	Nachweis inkorporierter Radionuklide	1350	78,69
------	--------------------------------------	------	-------

m. Mineralgehalt

5475	Osteodensitometrie, Dual-Photonen-Absorptionstechnik	300	17,49
------	--	-----	-------

n. Ergänzungsleistungen

Allgemeine Bestimmung

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

5480	Bestimmung von Impulsen mittels Gammakamera	750	43,72
5481	Sequenzszintigraphie	680	39,64
5483	Subtraktionsszintigraphie	680	39,64
5484	In-vitro-Markierung von Blutzellen	1300	75,77
5485	Messung mit dem Ganzkörperzähler	980	57,12

o. Emissions-Computer-Tomographie

5486	SPECT	1200	69,94
5487	SPECT, mit regionaler Quantifizierung	2000	116,57
5488	PET	6000	349,72
5489	PET, mit quantifizierender Auswertung	7500	437,15

**2. Therapeutische Leistungen
(Anwendung offener Radionuklide)**

5600	Radiojodtherapie, Schilddrüse	2480	144,55
5602	Radiophosphortherapie, blutbildende Organe	1350	78,69
5603	Radiopharmazeutika-Behandlung, Knochenmetastasen	1080	62,95
5604	Radiopharmazeutika-Instillation in Körperhöhlen	2700	157,38
5605	Tumorbehandlung mit radioaktiven Substanzen	2250	131,15
5606	Bestimmung der Therapieradioaktivität	900	52,46

*Die Leistung nach Nr. 5606 ist nur bei Zugrunde liegen einer Leistung nach den Nrn. 5600, 5603 und/oder
5605 berechnungsfähig.*

5607	Posttherapeutische Bestimmung von Herddosen	1620	94,43
------	---	------	-------

*Die Leistung nach Nr. 5607 ist nur bei Zugrunde liegen einer Leistung nach den Nrn. 5600, 5603 und/oder
5605 berechnungsfähig.*

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
-----	----------	----------------	------------------------------------

III. Magnetresonanztomographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5733 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

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

5700	MRT, Kopf/Hals	4400	256,46
5705	MRT, Wirbelsäule	4200	244,81
5715	MRT, Thorax/Hals/Aorta	4300	250,64
5720	MRT, Abdomen/Becken	4400	256,46
5721	MRT, Mamma(e)	4000	233,15
5729	MRT, Gelenk(e)/Extremitäten-Abschnitte	2400	139,89
5730	MRT, Extremität(en)	4000	233,15

Neben der Leistung nach Nr. 5730 ist die Leistung nach Nr. 5729 nicht berechnungsfähig.

5731	Ergänzende Serie(n) zu Nrn. 5700 bis 5730	1000	58,29
5732	Zuschlag zu Nrn. 5700 bis 5730 für Positions-/Spulenwechsel	1000	58,29

Der Zuschlag nach Nr. 5732 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse	800	46,63
------	---	-----	-------

Der Zuschlag nach Nr. 5733 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

5735	Höchstwert für Nrn. 5700 bis 5730	6000	349,72
------	-----------------------------------	------	--------

Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.

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 Nrn. 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

5800	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5802 bis 5806, je Bestrahlungsreihe	250	14,57
------	--	-----	-------

Der Bestrahlungsplan nach Nr. 5800 umfasst Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.

Orthovoltstrahlenbehandlung

5802	Bestrahlung, je Fraktion	200	11,66
5803	Zuschlag zu Nr. 5802 bei Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern, je Fraktion	100	5,83

Der Zuschlag nach Nr. 5803 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

Die Leistungen nach den Nrn. 5802 und 5803 sind für die Bestrahlung flächenhafter Dermatosen jeweils nur einmal berechnungsfähig.

5805	Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, je Fraktion	1000	58,29
5806	Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, gesamte Haut, je Fraktion	2000	116,57

2. Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung

5810	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5812 und 5813, je Bestrahlungsreihe	200	11,66
------	--	-----	-------

Der Bestrahlungsplan nach Nr. 5810 umfasst Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
5812	Orthovolt-/Hochvoltstrahlenbehandlung, je Fraktion <i>Bei Bestrahlung mit einem Telecaesiumgerät wegen einer bösartigen Erkrankung ist die Leistung nach Nr. 5812 je Fraktion zweimal berechnungsfähig.</i>	190	11,07
5813	Hochvoltstrahlenbehandlung, Hypophysentumor/endokrine Orbitopathie, je Fraktion	900	52,46

3. Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger Erkrankungen (mindestens 1 MeV)

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nrn. 5834 bis 5837 sind grundsätzlich nur bei einer Mindstdosis 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.

5831	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5834 bis 5837, je Bestrahlungsreihe <i>Der Bestrahlungsplan nach Nr. 5831 umfasst Angaben zur Indikation und die Beschreibung des Zielvolumens, der Dosisplanung, der Berechnung der Dosis im Zielvolumen, der Ersteinstellung einschließlich Dokumentation (Feldkontrollaufnahme).</i>	1500	87,43
5832	Zuschlag zu Nr. 5831, Simulator/Körperquerschnittszeichnung, je Bestrahlungsreihe <i>Der Zuschlag nach Nr. 5832 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>	500	29,14
5833	Zuschlag zu Nr. 5831, Prozessrechner, je Bestrahlungsreihe <i>Der Zuschlag nach Nr. 5833 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>	2000	116,57
5834	Bestrahlung mittels Telekobaltgerät, je Fraktion	720	41,97
5835	Zuschlag zu Nr. 5834, Großfeld/mehr als zwei Strahleneintrittsfelder, je Fraktion	120	6,99
5836	Bestrahlung mittels Beschleuniger, je Fraktion	1000	58,29
5837	Zuschlag zu Nr. 5836, Großfeld/mehr als zwei Strahleneintrittsfelder, je Fraktion	120	6,99

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.

5840	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5844 und/oder 5846, je Bestrahlungsreihe <i>Der Bestrahlungsplan nach Nr. 5840 umfasst Angaben zur Indikation, die Berechnung der Dosis im Zielvolumen, die Lokalisation und Einstellung der Applikatoren und die Dokumentation (Feldkontrollaufnahmen).</i>	1500	87,43
5841	Zuschlag zu Nr. 5840, Prozessrechner, je Bestrahlungsreihe <i>Der Zuschlag nach Nr. 5841 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>	2000	116,57
5842	Brachytherapie, Körperoberfläche, je Fraktion	300	17,49
5844	Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion	1000	58,29
5846	Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion	2100	122,40

5. Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken

5851	Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarktransplantation <i>Die Leistung nach Nr. 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.</i>	6900	402,18
5852	Oberflächen-Hyperthermie, je Fraktion	1000	58,29
5853	Halbtiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2000	116,57
5854	Tiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2490	145,14

Die Leistungen nach den Nrn. 5852 bis 5854 sind nur in Verbindung mit einer Strahlenbehandlung oder einer regionären intravenösen oder intraarteriellen Chemotherapie und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

5855	Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen	6900	402,18
------	--	------	--------

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro (Einfachsatz)
P. SEKTIONSLEISTUNGEN			
6000	Vollständige innere Leichenschau	1710	99,67
6001	Vollständige innere Leichenschau, besonders zeitaufwendig/umfangreich	2300	134,06
6002	Vollständige innere Leichenschau, am Ort der Exhumierung	3200	186,52
6003	Teilweise innere Leichenschau	739	43,07
6010	Makroskopische Untersuchung des Zentralnervensystems einer Leiche	400	32,31
6015	Mikroskopische Untersuchung von Organen nach innerer Leichenschau	242	14,11
6016	Mikroskopische Untersuchung eines Knochens nach innerer Leichenschau, je Knochen	300	17,49
6017	Mikroskopische Untersuchung von vier oder mehr Knochen nach innerer Leichenschau	1045	60,91
6018	Mikroskopische Untersuchung von Nerven/Rückenmark/Gehirn nach innerer Leichenschau	300	17,49