

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit verkürzten Leistungsbezeichnungen*

– Kurz-GOÄ –

(Stand: 1. Januar 2003)

§ 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

- Leistungen nach den Nrn. 1 bis 62 des Gebührenverzeichnisses innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung,
- Visiten nach den Nrn. 45 und 46 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung sowie
- 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.

(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, soweit 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

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

- bis zu zwei Kilometern 3,58 Euro, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 7,16 Euro,
 - mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern 6,65 Euro, bei Nacht 10,23 Euro,
 - mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern 10,23 Euro, bei Nacht 15,34 Euro,
 - 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 Versichererstatus 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 Weggeldes eine Reiseentschädigung.
- (2) Als Reiseentschädigung erhält der Arzt
- 26 Cent für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,
 - bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden 51,13 Euro, bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 102,26 Euro je Tag,
 - 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
- 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,
 - Versand- und Portokosten, soweit deren Berechnung nach Absatz 3 nicht ausgeschlossen ist,
 - die im Zusammenhang mit Leistungen nach Abschnitt O bei der Anwendung radioaktiver Stoffe durch deren Verbrauch entstandenen Kosten sowie

- 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
- Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandspray, Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerringe,
 - Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanästhesie,
 - Desinfektions- und Reinigungsmittel,
 - Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung sowie für folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalpekula.
- (3) Versand- und Portokosten können nur von dem Arzt berechnet werden, dem die gesamten Kosten für Versandmaterial, Versandgefäße sowie für den Versand oder Transport entstanden sind. Kosten für Versandmaterial, für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes sind nicht berechnungsfähig; dies gilt auch, wenn Material oder ein Teil davon unter Nutzung der Transportmittel oder des Versandweges oder der Versandgefäße einer Laborgemeinschaft zur Untersuchung einem zur Erbringung von Leistungen beauftragten Arzt zugeleitet wird. Werden aus demselben Körpermaterial sowohl in einer Laborgemeinschaft als auch von einem Laborarzt Leistungen aus den Abschnitten M oder N ausgeführt, so kann der Laborarzt bei Benutzung desselben Transportweges Versandkosten nicht berechnen; dies gilt auch dann, wenn ein Arzt eines anderen Gebiets Auftragsleistungen aus den Abschnitten M oder N erbringt. Für die Versendung der Arztrechnung dürfen Versand- und Portokosten nicht berechnet werden.

§ 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:
- das Datum der Erbringung der Leistung,
 - 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,
 - bei Gebühren für stationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 6 a,
 - bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,
 - 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 beigelegt 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

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

- Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
- Die Leistungen nach den Nrn. 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.
- 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.

- 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.
- Mehr als zwei Visiten an demselben Tag können nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren. Bei der Berechnung von mehr als zwei Visiten an demselben Tag ist die jeweilige Uhrzeit der Visiten in der Rechnung anzugeben. Auf Verlangen ist die mehr als zweimalige Berechnung einer Visite an demselben Tag zu begründen. Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 und/oder 15 nicht berechnungsfähig.
- Besuchsgebühren nach den Nrn. 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig.
- Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.
- Neben einer Leistung nach den Nrn. 5, 6, 7 oder 8 sind die Leistungen nach den Nrn. 600, 601, 1203, 1204, 1228, 1240, 1400, 1401 und 1414 nicht berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in Euro
-----	----------	-----------	----------------

I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

1	Beratung, auch telefonisch	80	4,66
2	Wiederholungsrezept, Überweisung, Befundübermittlung, Messung von Körperzuständen	30	1,75

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

3	Eingehende Beratung, auch telefonisch	150	8,74
---	---------------------------------------	-----	------

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.

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro		
4	Fremdanamnese, Unterweisung und Führung von Bezugsperson(en) <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>	220	12,82					B	Zuschlag, zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr	180	10,49		
5	Symptombezogene Untersuchung <i>Die Leistung nach Nr. 5 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 6 bis 8 nicht berechnungsfähig.</i>	80	4,66					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		
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> – 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					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		
				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			K 1	Zuschlag, Untersuchungen nach den Nrn. 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum 4. Lebensjahr	120	6,99
				11	Digitaluntersuchung Mastdarm / Prostata	60	3,50			III. Spezielle Beratungen und Untersuchungen			
				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	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		
				II. Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nrn. 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8				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		
				Allgemeine Bestimmungen				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		
				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.				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		
7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines Organsystems (Hautorgan, Stütz- und Bewegungsorgane, Brustorgane, Bauchorgane, weiblicher Genitalkanal) <i>Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nr. 7 beinhaltet insbesondere:</i> – bei dem Hautorgan: Inspektion der gesamten Haut, Hautanhangsgebilde und sichtbaren Schleimhäute, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des Dermographismus und Untersuchung mittels Glasspateel;	160	9,33	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	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		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
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		<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>			48	Besuch, Pflegestation <i>Die Leistung nach Nr. 48 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 1, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i>	120	6,99
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	34	Erörterung, lebensverändernde oder bedrohende Erkrankung (Mindestdauer 20 Minuten) <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 berechnungsfähig.</i>	300	17,49	50	Besuch mit Beratung und Untersuchung <i>Die Leistung nach Nr. 50 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nrn. 45 oder 46 nicht berechnet werden. Neben der Leistung nach Nr. 50 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i>	320	18,65
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	IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz				51	Mitbesuch eines weiteren Kranken <i>Die Leistung nach Nr. 51 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nrn. 45 oder 46 nicht berechnet werden. Neben der Leistung nach Nr. 51 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.</i>	250	14,57
28	Krebsvorsorgeuntersuchung, Mann <i>Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten. 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	45	Visite im Krankenhaus <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>	70	4,08	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
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		<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>			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
30	Homöopathischen 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. 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 berechnungsfähig.</i>	900	52,46	46	Zweitvisite im Krankenhaus <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>	50	2,91	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
31	Homöopathische Folgeanamnese (Mindestdauer 30 Minuten) <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 berechnungsfähig.</i>	450	26,23		<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 Kranken-</i>			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 Kranken-</i>	120	6,99
32	Untersuchung nach Jugendarbeitsschutzgesetz	400	23,31								
33	Diabetiker-Einzelschulung (Mindestdauer 20 Minuten)	300	17,49								

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	
	<i>hausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer Praxismgemeinschaft 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>				<i>Neben dem Zuschlag nach Buchstabe G ist der Zuschlag nach Buchstabe F nicht berechnungsfähig.</i>			104	Bulbusentnahme beim Toten	250	14,57	
61	Assistenz, je angefangene halbe Stunde	130	7,58	H	Zuschlag, Samstag, Sonn- oder Feiertag	340	19,82	105	Hornhautentnahme aus einem Auge beim Toten	230	13,41	
	<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 liquidationsberechtigzte Ärzte erfolgt.</i>				<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>			107	Entnahme eines Herzschrittmachers beim Toten	220	12,82	
62	Assistenz bei operativen belegärztl. Leistungen/bei ambulanter Operation niedergelassener Ärzte, je angefangene halbe Stunde	150	8,74	J	Zuschlag, Belegarzt-Visite, je Tag	80	4,66	C. NICHTGEBIETSBEZOGENE SONDERLEISTUNGEN				
	<i>Wird die Leistung nach Nr. 62 berechnet, kann der assistierende Arzt die Leistung nach Nr. 61 nicht berechnen.</i>			K 2	Zuschlag zu den Nrn. 45, 46, 48, 50, 51, 55 oder 56 bei Kindern bis zum 4. Lebensjahr	120	6,99	I. Anlegen von Verbänden				
V. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nrn. 45 bis 62				VI. Berichte, Briefe				Allgemeine Bestimmung				
Allgemeine Bestimmungen				70	Kurz-Bescheinigung/Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	40	2,33	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.				
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.				75	Ausführlicher schriftlicher Bericht	130	7,58	200	Verband	45	2,62	
Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.					<i>Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.</i>			201	Klebeverband des Brustkorbs	65	3,79	
E	Zuschlag, unverzüglich erfolgte Ausführung	160	9,33	76	Schriftlicher, individueller Diätplan	70	4,08	204	Zirkulärer Verband/ stabilisierender Verband/ Halskrauttenverband/ Kompressionsverband	95	5,54	
	<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>			77	Schriftliche, individuelle Planung/Leitung einer Kur	150	8,74	206	Tape-Verband, kleines Gelenk	70	4,08	
F	Zuschlag, zwischen 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr	260	15,15		<i>Die Leistung nach Nr. 77 ist für eine im zeitlichen Zusammenhang durchgeführte Kur unabhängig von deren Dauer nur einmal berechnungsfähig.</i>			207	Tape-Verband, großes Gelenk/Zinkleimverband	100	5,83	
	<i>Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>			78	Behandlungsplan Chemotherapie und/oder schriftlicher onkologischer Nachsorgeplan	180	10,49	208	Stärke- oder Gipsfixation	30	1,75	
G	Zuschlag, zwischen 22 und 6 Uhr	450	26,23	80	Schriftliche gutachtliche Äußerung	300	17,49	209	Großflächiges Auftragen von Externa (z. B. Salben), je Sitzung	150	8,74	
	<i>Der Zuschlag nach Buchstabe G ist neben den Leistungen nach den Nrn. 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>			85	Aufwendige schriftliche gutachtliche Äußerung, je angefangene Stunde Arbeitszeit	500	29,14	210	Kleiner Schienenverband	75	4,37	
				90	Schriftliche Beurteilung einer Indikation für Schwangerschaftsabbruch	120	6,99	211	Kleiner Schienenverband, Wiederanlegung	60	3,50	
				95	Schreibgebühr, je angefangene DIN A4-Seite	60	3,50	212	Großer Schienenverband	160	9,33	
				96	Schreibgebühr, je Kopie	3	0,17	213	Großer Schienenverband, Wiederanlegung	100	5,83	
					<i>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.</i>			214	Abduktionsschienenverband	240	13,99	
				VII. Todesfeststellung				217	Streckverband	230	13,41	
				Allgemeine Bestimmung				218	Streckverband mit Extension	660	38,47	
				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.				225	Gipsfingerling	70	4,08	
				100	Leichenschau	250	14,57	227	Gipshülse mit Gelenkschienen	300	17,49	
				102	Entnahme einer Körperflüssigkeit beim Toten	150	8,74	228	Gipsschienenverband oder Gipsparatoffel	190	11,07	
								229	Gipsschienenverband, Wiederanlegung	130	7,58	
								230	Zirkulärer Gipsverband	300	17,49	
								231	Zirkulärer Gipsverband, 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.				

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
Die Leistungen nach den Nrn. 271 bis 276 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.								301	Punktion, Ellenbogen-/Knie-/Wirbelgelenk	160	9,33
250	Blutentnahme, Vene	40	2,33					302	Punktion, Schulter-/Hüftgelenk	250	14,57
250a	Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum 8. Lebensjahr	40	2,33					303	Punktion, Drüse/Schleimbeutel o.ä./Hamatom/Abszess	80	4,66
251	Blutentnahme, Arterie	60	3,50	274	Dauertropfinfusion, intravenös, mehr als 6 Stunden	320	18,65	304	Punktion, Augenhöhle	160	9,33
252	Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär	40	2,33					305	Punktion, Liquorräume	350	20,40
253	Injektion, intravenös	70	4,08					305a	Punktion, Liquorräume, durch Fontanelle	250	14,57
254	Injektion, intraarteriell	80	4,66					306	Punktion, Lunge/Gehirn	500	29,14
255	Injektion, intraartikulär oder perineural	95	5,54					307	Punktion, Pleuraraum/Bauchhöhle	250	14,57
256	Injektion, Periduralraum	185	10,78					308	Gewebeentnahme, Pleura	350	20,40
257	Injektion, Subarachnoidalraum	400	23,31	275	Dauertropfinfusion von Zytostatika, mehr als 90 Minuten	360	20,98	310	Punktion, Herzbeutel	350	20,40
258	Injektion, intraaortal oder intrakardial (ausgenommen bei liegendem Aorten- oder Herzkatheter)	180	10,49	276	Dauertropfinfusion von Zytostatika, mehr als 6 Stunden	540	31,48	311	Punktion, Knochenmark	200	11,66
259	Periduralkatheter	600	34,97	277	Infusion, intraarteriell, bis zu 30 Minuten	180	10,49	312	Knochenstanze	300	17,49
260	Arterieller Katheter/ zentraler Venenkatheter	200	11,66	278	Infusion, intraarteriell, mehr als 30 Minuten	240	13,99	314	Punktion, Mamma/Lymphknoten	120	6,99
Die Leistung nach Nr. 260 ist neben Leistungen nach den Nrn. 355 bis 361, 626 632 und/oder 648 nicht berechnungsfähig.				279	Infusion in das Knochenmark	180	10,49	315	Punktion eines Organs	250	14,57
261	Arzneimittelinbringung in parenteralen Katheter	30	1,75	280	Transfusion, erste Blutkonserve oder Blutpräparat	330	19,23	316	Punktion, Douglasraum	250	14,57
Die Leistung nach Nr. 261 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidot.								317	Punktion, Adnextumor	350	20,40
Wird die Leistung nach Nr. 261 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.				281	Transfusion, erste Blutkonserve oder Blutpräparat, beim Neugeborenen	450	26,23	318	Punktion, Harnblase/Wasserbruch	120	6,99
262	Transfemorale Blutentnahme mittels Katheter	450	26,23					319	Punktion, Prostata/Schildrüse	200	11,66
263	Subkutane Hyposensibilisierungsbehandlung, je Sitzung	90	5,25					321	Sondierung/Katheterisierung Gänge/Fistel	50	2,91
264	Injektions-/Infiltrationsbehandlung, Prostata, je Sitzung	120	6,99					IV. Kontrastmittelinbringungen			
265	Auffüllung subkutanes Medikamentenreservoir/ Port-Spülung, je Sitzung	60	3,50					Allgemeine Bestimmungen			
265a	Auffüllung eines Hautexpanders, je Sitzung	90	5,25	282	Transfusion, jede weitere Blutkonserve oder Blutpräparat	150	8,74	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.			
266	Quaddelbehandlung, je Sitzung	60	3,50					340	Kontrastmittelinbringung, zerebrospinale Liquorräume	400	23,31
267	Infiltrationsbehandlung, eine Körperregion, je Sitzung	80	4,66					344	Kontrastmittelinbringung, intravenös, bis zu 10 Minuten	100	5,83
268	Infiltrationsbehandlung, mehrere Körperregionen, je Sitzung	130	7,58					345	Kontrastmittelinbringung, intravenös, mehr als 10 Minuten	130	7,58
269	Akupunktur zur Schmerzbehandlung, je Sitzung	200	11,66					346	Kontrastmittelinbringung, intravenös, Hochdruckinjektion	300	17,49
269a	Akupunktur zur Schmerzbehandlung (Mindestdauer 20 Minuten), je Sitzung	350	20,40	283	Infusion, Aorta, beim Neugeborenen	500	29,14	347	Weitere intravenöse Kontrastmittelinbringungen mittels Hochdruckinjektion	150	8,74
Neben der Leistung nach Nr. 269a ist die Leistung nach Nr. 269 nicht berechnungsfähig.				284	Eigenbluteinspritzung	90	5,25	350	Kontrastmittelinbringung, intraarteriell	150	8,74
270	Infusion, subkutan	80	4,66	285	Aderlass	110	6,41	351	Kontrastmittelinbringung, Gehirnarterien, je Halsschlagader	500	29,14
271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten	120	6,99	286	Reinfusion, erste Einheit Eigenblut/plasma	220	12,82	Die Leistung nach Nr. 351 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.			
272	Infusion, intravenös, mehr als 30 Minuten	180	10,49	286a	Reinfusion, je weitere Einheit Eigenblut/-plasma	100	5,83	355	Kontrastmittelinbringung mittels Herzkatheter, Herz und herznahe Gefäße, je Sitzung	600	34,97
273	Infusion, intravenös, beim Kind bis zum 4. Lebensjahr	180	10,49	287	Blutaustauschtransfusion	800	46,63	Die Leistung nach Nr. 355 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.			
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				288	Entnahme einer Einheit Eigenblut	230	13,41	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.			
				289	Entnahme einer Einheit Eigenblut mit Aufbereitung	350	20,40	356	Zuschlag zu Nr. 355, Herzkatheter beider Herzhälften	400	23,31
				290	Infiltration gewebehärtender Mittel	120	6,99	Die Leistung nach Nr. 356 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.			
				291	Implantation von Hormonpresslingen	70	4,08	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.			
				297	Abstrich zur zytologischen Untersuchung	45	2,62				
				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	298	Abstrich zur mikrobiologischen Untersuchung	40	2,33				
				Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.							
				Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.							

Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro
357	Kontrastmitteleinbringung, Brust-/Bauchaorta, je Sitzung	500	29,14		<i>Mehr als 80 Pricktests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>				<i>Der Zuschlag nach Nr. 403 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 402 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i>		
	<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>			388	Reib-/Scratch-/Skarifikationstest, je Test (bis zu 10 Tests je Behandlungsfall)	35	2,04	404	Zuschlag, Frequenzspektrumanalyse	250	14,57
360	Kontrastmitteleinbringung mittels Herzkatheter, Herzkranzgefäß, je Sitzung	1000	58,29	389	Reib-/Scratch-/Skarifikationstest, jeder weitere Test	25	1,46		<i>Der Zuschlag nach Nr. 404 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 422, 423, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.</i>		
	<i>Die Leistung nach Nr. 360 kann je Sitzung nur einmal berechnet werden. Die Leistung nach Nr. 360 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i>			390	Intrakutantest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	60	3,50	405	Zuschlag zu Nrn. 415 oder 424, cw-Doppler	200	11,66
361	Kontrastmitteleinbringung, weiteres Herzkranzgefäß	600	34,97	391	Intrakutantest, jeder weitere Test	40	2,33	406	Zuschlag zu Nr. 424, Farbkodierung	200	11,66
	<i>Die Leistung nach Nr. 361 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i>				<i>Mehr als 80 Intrakutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>			408	Transluminale Sonographie, je Sitzung	200	11,66
365	Kontrastmitteleinbringung zur Lymphographie, je Extremität	400	23,31	393	Nasaler/konjunktivaler Provokationstest, je Test	100	5,83	410	Ultraschalluntersuchung, ein Organ	200	11,66
368	Kontrastmitteleinbringung zur Bronchographie	400	23,31	394	Höchstwert für Leistungen nach Nr. 393, je Tag	300	17,49		<i>Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.</i>		
370	Kontrastmitteleinbringung, Gänge/Fisteln	200	11,66	395	Nasaler Schleimhautprovokationstest mit apparativer Registrierung, je Test	280	16,32	412	Ultraschalluntersuchung, Schädel, beim Kind bis zum 2. Lebensjahr	280	16,32
372	Kontrastmitteleinbringung, Zwischenwirbelraum	280	16,32	396	Höchstwert für Leistungen nach Nr. 395, je Tag	560	32,64	413	Ultraschalluntersuchung, Hüftgelenke, beim Kind bis zum 2. Lebensjahr	280	16,32
373	Kontrastmitteleinbringung, Gelenk	250	14,57	397	Bronchialer Provokationstest mit apparativer Registrierung, je Test	380	22,15	415	Ultraschalluntersuchung, Mutterschaftsvorsorge	300	17,49
374	Kontrastmitteleinbringung, Dünn-darm	150	8,74	398	Höchstwert für Leistungen nach Nr. 397, je Tag	760	44,30	417	Ultraschalluntersuchung, Schilddrüse	210	12,24
	V. Impfungen und Testungen			399	Oraler Provokationstest	200	11,66	418	Ultraschalluntersuchung, Brustdrüse	210	12,24
	Allgemeine Bestimmungen				VI. Sonografische Leistungen			420	Ultraschalluntersuchung, bis zu drei weiteren Organen, je Organ	80	4,66
1.	Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.				Allgemeine Bestimmungen				<i>Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben. Die Leistung nach Nr. 420 kann je Sitzung höchstens dreimal berechnet werden.</i>		
2.	Erforderliche Nachbeobachtungen am Tag der Impfung oder Testung sind in den Leistungsansätzen enthalten und nicht gesondert berechnungsfähig.			1.	Die Zuschläge nach den Nrn. 401 sowie 404 bis 406 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.			422	Eindimensionale Echokardiographie	200	11,66
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.			2.	Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nrn. 401 bis 418 sowie 422 bis 424 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.			423	Zweidimensionale Echokardiographie – einschließlich Nr. 422 –	500	29,14
4.	Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nrn. 380 bis 382, 385 bis 391 sowie 395 und 396 sind die Kosten abgegolten.			3.	Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nrn. 410 bis 418 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.			424	Zweidimensionale Doppler-Echokardiographie – einschließlich Nr. 423 –	700	40,80
5.	Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nrn. 393, 394, 397 und 398 sind die Kosten für serienmäßig lieferbare Testmittel abgegolten.			4.	Die Leistungen nach den Nrn. 422 bis 424 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.				VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen		
375	Schutzimpfung, intramuskulär/subkutan	80	4,66	5.	Mit den Gebühren für die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nrn. 401 bis 424 ist die erforderliche Bilddokumentation abgegolten.			427	Apparative Beatmung, bis zu 12 Stunden	150	8,74
376	Schutzimpfung, oral und Beratung	80	4,66	6.	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.			428	Apparative Beatmung, mehr als 12 Stunden, je Tag	220	12,82
377	Zusatzinjektion bei Parallelimpfung	50	2,91	7.	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.				<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 427 und 428 sind die Leistungen nach den Nrn. 462, 463 und/oder 501 nicht berechnungsfähig.</i>		
378	Simultanimpfung, Wundstarrkrampf	120	6,99	401	Zuschlag zu Nrn. 410 - 418, Duplex-Verfahren	400	23,31	429	Wiederbelebungsversuch	400	23,31
380	Epikutantest, je Test (1. bis 30. Test je Behandlungsfall)	30	1,75		<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>			430	Elektro-Defibrillation/-Stimulation, Herz	400	23,31
381	Epikutantest, je Test (31. bis 50. Test)	20	1,17	402	Zuschlag, transösophageale Untersuchung	250	14,57		<i>Die Leistung nach Nr. 430 ist auch bei mehrfacher Verabfolgung von Stromstößen in engem zeitlichen Zusammenhang zur Erreichung der Defibrillation nur einmal berechnungsfähig.</i>		
382	Epikutantest, je Test (51. bis 100. Test)	15	0,87		<i>Der Zuschlag nach Nr. 402 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 403 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i>			431	Elektrokardioskopie	100	5,83
	<i>Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>			403	Zuschlag, transkavitäre Untersuchung	150	8,74	433	Ausspülung des Magens	140	8,16
383	Kutane Testung	30	1,75					435	Stationäre intensivmedizinische Überwachung und Behandlung, bis zu 24 Stunden Dauer	900	52,46
384	Stempeltest	40	2,33						<i>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</i>		
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								

Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro
437	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung, bis zu 24 Stunden Dauer</p> <p>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.</p>	500	29,14		<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluss an die zugeordnete operative bzw. anästhesiologische Leistung aufzuführen.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>			<p>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.</p> <p>444 Zuschlag, ambulante Operation mit 800 bis 1199 Punkten 1300 75,77</p> <p>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.</p> <p>445 Zuschlag, ambulante Operation mit 1200 und mehr Punkten 2200 128,23</p> <p>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.</p> <p>446 Zuschlag, ambulante Anästhesie mit 200 bis 399 300 17,49</p> <p>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.</p> <p>447 Zuschlag, ambulante Anästhesie mit 400 und mehr Punkten 650 37,89</p> <p>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.</p> <p>448 Nachbetreuung nach ambulanter Operation (mehr als 2 Stunden) 600 34,97</p> <p>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.</p> <p>449 Nachbetreuung nach ambulanter Operation (mehr als 4 Stunden) 900 52,46</p> <p>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.</p>			
<p>VIII. Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen</p>											
Allgemeine Bestimmungen											
1.	Bei ambulanter Durchführung von Operations- und Anästhesieleistungen in der Praxis niedergelassener Ärzte oder in Krankenhäusern können für die erforderliche Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z. B. Kosten für Operations- oder Aufwachräume oder Gebühren bzw. Kosten für wiederverwendbare Operationsmaterialien bzw. -geräte) Zuschläge berechnet werden.										
	Für die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers im Zusammenhang mit einer ambulanten operativen Leistung können Zuschläge berechnet werden, wenn die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer für die operative Leistung nicht beinhaltet ist.										
2.	Die Zuschläge nach den Nrn. 440 bis 449 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.										
3.	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,										
440	Zuschlag, Operationsmikroskop	400	23,31								
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 440 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.</i>										
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	400	23,31								
	<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>										
443	Zuschlag, ambulante Operation mit 500 bis 799 Punkten	750	43,72								
<p>D. ANÄSTHESIELEISTUNGEN</p>											
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								

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	
451	Intravenöse Kurznarkose	121	7,05	II. Krankengymnastik und Übungsbehandlungen				554	Hydroelektrisches Vollbad	91	5,30	
452	Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)	190	11,07	505	Atmungsbehandlung	85	4,95	555	Niederfrequenzbehandlung bei Lähmungen, je Sitzung	120	6,99	
453	Vollnarkose	210	12,24	506	Krankengymnastische Ganzbehandlung, Einzelbehandlung	120	6,99	558	Apparative isokinetische Muskelfunktionstherapie, je Sitzung	120	6,99	
460	Kombinationsnarkose, bis zu einer Stunde	404	23,55	507	Krankengymnastische Teilbehandlung, Einzelbehandlung	80	4,66	VII. Lichttherapie				
461	Kombinationsnarkose, jede weitere angefangene halbe Stunde	202	11,77	508	Krankengymnastische Ganzbehandlung, Einzelbehandlung im Bewegungsbad	110	6,41	560	Ultraviolettlicht-Behandlung, je Sitzung	31	1,81	
462	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, bis zu einer Stunde	510	29,73	509	Krankengymnastik in Gruppen, je Teilnehmer	38	2,21	<i>Werden mehrere Kranke gleichzeitig mit Ultraviolettlicht behandelt, so darf die Nr. 560 nur einmal berechnet werden.</i>				
463	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, jede weitere angefangene halbe Stunde	348	20,28	510	Übungsbehandlung, je Sitzung	70	4,08	561	Ultraviolettlicht-Reizbehandlung, einzelner Hautbezirk	31	1,81	
469	Kaudalanästhesie	250	14,57	<i>Neben der Leistung nach Nr. 510 ist die Leistung nach Nr. 521 nicht berechnungsfähig.</i>				562	Ultraviolettlicht-Reizbehandlung, mehrere Hautbezirke, je Sitzung	46	2,68	
470	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, bis zu einer Stunde	400	23,31	514	Extensionsbehandlung, Wärmerotherapie und Massage	105	6,12	<i>Die Leistungen nach den Nrn. 538, 560, 561 und 562 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>				
471	Lumbalanästhesie/ periduralen Anästhesie, bis zu zwei Stunden	600	34,97	515	Extensionsbehandlung	38	2,21	563	Quarzlampendruckbestrahlung, ein Feld	46	2,68	
472	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, mehr als zwei Stunden	800	46,63	516	Extensionsbehandlung mit Schrägbett/ Extensionstisch/Perlgerät	65	3,79	564	Quarzlampendruckbestrahlung, mehrere Felder, je Sitzung	91	5,30	
473	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, bis zu fünf Stunden	600	34,97	518	Prothesengebrauchsschulung, Mindestdauer 20 Minuten, je Sitzung	120	6,99	565	Photochemotherapie, je Sitzung	120	6,99	
474	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, mehr als fünf Stunden	900	52,46	III. Massagen				566	Phototherapie, beim Neugeborenen, je Tag	500	29,14	
475	Lumbalanästhesie/ peridurale Anästhesie, zusätzlich zur Nr. 474, zweiter und jeder weitere Tag, je Tag	450	26,23	520	Teilmassage	45	2,62	567	Phototherapie, selektives UV-Spektrum, je Sitzung	91	5,30	
476	Armplexus-/Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde	380	22,15	521	Großmassage, je Sitzung	65	3,79	569	Photo-Patch-Test, bis zu drei Tests je Sitzung, je Test	30	1,75	
477	Armplexus-/ Paravertebralanästhesie, jede weitere angefangene Stunde	190	11,07	522	Bindegewebsmassage/ Periostmassage/ manuelle Lymphdrainage	65	3,79	F. INNERE MEDIZIN, KINDERHEILKUNDE, DERMATOLOGIE				
478	Intravenöse Anästhesie, Extremität, bis zu einer Stunde	230	13,41	523	Intermittierende apparative Kompressionstherapie, je Extremität und Sitzung	35	2,04	600	Herzfunktionsprüfung nach Schellong	73	4,25	
479	Intravenöse Anästhesie, Extremität, jede weitere angefangene Stunde	115	6,07	525	Intermittierende apparative Kompressionstherapie, mehrere Extremitäten, je Sitzung	55	3,21	601	Hyperventilationsprüfung	44	2,56	
480	Blutdrucksenkung während Narkose	222	12,94	526	Intermittierende apparative Kompressionstherapie, mehrere Extremitäten, je Sitzung	55	3,21	602	Oxymetrische Untersuchung	152	8,86	
481	Hypothermie während Narkose	475	27,69	527	Unterwasserdruckstrahlmassage	94	5,48	603	Bestimmung des Atemwegwiderstandes	90	5,25	
483	Lokalanästhesie, tiefere Nasenschnittlinie/ Rachen	46	2,68	IV. Hydrotherapie und Packungen				<i>Neben der Leistung nach Nr. 603 ist die Leistung nach Nr. 608 nicht berechnungsfähig.</i>				
484	Lokalanästhesie, Kehlkopf	46	2,68	530	Kalt-/Heißpackung/heiße Rolle, je Sitzung	35	2,04	604	Bestimmung des Atemwegwiderstandes, auch nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen	160	9,33	
485	Lokalanästhesie, Trommelfell/ Paukenhöhle	46	2,68	531	Ansteigendes Teilbad	46	2,68	<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>				
488	Lokalanästhesie, Harnröhre/ Harnblase	46	2,68	532	Ansteigendes Vollbad	76	4,43	605	Ruhe-spirographische Untersuchung	242	14,11	
489	Lokalanästhesie Bronchialgebiet/ Kehlkopf/ Rachen	145	8,45	533	Subaquales Darmbad	150	8,74	605a	Flußvolumenkurve bei Spirographie	140	8,16	
490	Infiltrationsanästhesie, kleiner Bezirk	61	3,56	V. Wärmebehandlung				606	Spiroergometrische Untersuchung	379	22,09	
491	Infiltrationsanästhesie, großer Bezirk	121	7,05	535	Heißluftbehandlung, ein Körperteil	33	1,92	607	Residualvolumenbestimmung	242	14,11	
493	Leitungsanästhesie, perineural	61	3,56	536	Heißluftbehandlung, mehrere Körperteile	51	2,97	608	Ruhe-spirographische Teiluntersuchung, insgesamt	76	4,43	
494	Leitungsanästhesie, endoneural	121	7,05	538	Infrarotbehandlung, je Sitzung	40	2,33	609	Bestimmung der Sekundenkapazität	182	10,61	
495	Leitungsanästhesie, retrobulbär	121	7,05	539	Ultraschallbehandlung	44	2,56	<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>				
497	Sympathikusblockade (lumbaler Grenzstrang/ Ganglion stellatum)	220	12,82	VI. Elektrotherapie				610	Ganzkörperplethysmographie	605	35,26	
498	Sympathikusblockade (thorakaler Grenzstrang/Plexus solaris)	300	17,49	548	Kurzwellen-/ Mikrowellenbehandlung	37	2,16	<i>Neben der Leistung nach Nr. 610 sind die Leistungen nach den Nrn. 605 und 608 nicht berechnungsfähig.</i>				
E. PHYSIKALISCH-MEDIZINISCHE LEISTUNGEN				549	Kurzwellen-/ Mikrowellenbehandlung, verschiedene Körperregionen, je Sitzung	55	3,21	611	Bestimmung der Lungendehnbarkeit	605	35,26	
Allgemeine Bestimmungen				551	Reizstrombehandlung	48	2,80	612	Ganzkörperplethysmographische Bestimmung, Sekundenkapazität/ Atemwegwiderstand	757	44,12	
In den Leistungen des Abschnitts E sind alle Kosten enthalten mit Ausnahme der für Inhalationen sowie für die Photochemotherapie erforderlichen Arzneimittel.				<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>								
I. Inhalationen				552	Iontophorese	44	2,56					
500	Inhalationstherapie	38	2,21	553	Vierzellenbad	46	2,68					
501	Inhalationstherapie mit Überdruckbeatmung	86	5,01									
<i>Neben der Leistung nach Nr. 501 sind die Leistungen nach den Nrn. 500 und 505 nicht berechnungsfähig.</i>												

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	<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>				<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>			657	Vektorkardiographische Untersuchung	253	14,75
614	Sauerstoffpartialdruck, transkutane Messung	150	8,74					659	Langzeit-EKG, mindestens achtzehn Stunden	400	23,31
615	CO-Diffusionskapazität, Ein-Atemzugmethode	227	13,23	630	Mikro-Herzkatheterismus mit EKG-Kontrolle	908	52,92	660	Phonokardiographische Untersuchung, mit EKG-Kontrolle/ Karotispulskurve/apexkardiographischer Untersuchung	303	17,66
616	CO-Diffusionskapazität, fortlaufende Bestimmung	303	17,66		<i>Die Kosten für den Einchwemmkatheter 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>			661	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers	530	30,89
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 616 ist die Leistung nach Nr. 615 nicht berechnungsfähig.</i>							665	Grundumsatzbestimmung, mittels Stoffwechsellapparat	121	7,05
617	Gasanalyse, Expirationsluft	341	19,88					666	Grundumsatzbestimmung, mittels Stoffwechsellapparat mit Kohlen-säurebestimmung	227	13,23
620	Rheographische Untersuchung, Extremitäten	152	8,86	631	Anlegung eines transvenösen temporären Schrittmachers mit Röntgen- und EKG-Kontrolle - Mikro-Herzkatheterismus mit Oxymetrie, EKG- und Röntgen-Kontrolle	1110	64,70	669	Ultraschallchographie, Gehirn	212	12,36
	<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>			632		1210	70,53	670	Einführung einer Magenverweilsonde	120	6,99
621	Mechanisch-oszillographische Untersuchung	127	7,40		<i>Die Kosten für den Einchwemmkatheter 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>			671	Ausheberung des Magensaftes	120	6,99
622	Akrale infraton-oszillographische Untersuchung	182	10,61					672	Ausheberung des Duodenalsaftes	120	6,99
623	Flüssig-Kristall-Thermographie	140	8,16					674	Anlage eines Pneumothorax, mit Röntgenkontrolle	370	21,57
	<i>Die Leistung nach Nr. 623 zur Temperaturmessung an der Hautoberfläche der Brustdrüse ist nur bei Vorliegen eines abklärungsbedürftigen mammographischen Röntgenbefundes berechnungsfähig.</i>							675	Pneumothoraxfüllung, mit Röntgenkontrolle	275	16,03
624	Thermographie, elektronische Infrarotmessung, je Sitzung	330	19,23	634	Lichtreflex-Rheographie	120	6,99	676	Gastroskopie	800	46,63
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 624 ist die Leistung nach Nr. 623 nicht berechnungsfähig.</i>			635	Fotoelektrische Volumenpuls-schreibung	227	13,23		<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>		
626	Rechtsherzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle	1000	58,29	636	Fotoelektrische Volumenpuls-schreibung nach Belastung	379	22,09	677	Bronchoskopie/Thoraskopie	600	34,97
	<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>			637	Pulswellenlaufzeitbestimmung	227	13,23	678	Bronchoskopie, mit zusätzlichem operativem Eingriff	900	52,46
627	Linksherzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle	1500	87,43	638	Punktueller Arterien-/Venenpuls-schreibung	121	7,05	679	Mediastinoskopie, mit Probe-exzision/-punktion	1100	64,12
	<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>			639	Photoplethysmographische Prüfung der Vasomotorik	454	26,46	680	Ösophagoskopie, mit Probe-exzision/-punktion	550	32,06
628	Herzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle bei Nrn. 355 und/oder 360	800	46,63	640	Phlebodynamometrie	650	37,89	681	Ösophagoskopie, mit zusätzlichem operativem Eingriff/Probeexzision/-punktion	825	48,09
	<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>			641	Venenverschluss-plethysmogra- phie	413	24,07	682	Gastroskopie, mit vollflexiblen optischen Instrumenten, mit Probeexzision/-punktion	850	49,54
629	Transseptaler Linksherzkatheterismus mit EKG- und Röntgenkontrolle	2000	116,57	642	Venenverschluss-plethysmogra- phie mit reaktiver Hyperämiebe- lastung	554	32,29	683	Gastroskopie/Ösophagoskopie, mit vollflexiblen optischen Instrumenten, mit Probeexzision/-punktion	1000	58,29
	<i>Die Leistung nach Nr. 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 629 sind die Leistungen nach den Nrn. 650 bis 653 nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>			643	Druck-/Strömungsmessung, Arterien/Venen	120	6,99	684	Bulbo-/Ösophago-/Gastroskopie, mit Probeexzision/-punktion	1200	69,94
				644	Direktionaler Ultraschall-Doppler, Extremitätenarterien/-venen	180	10,49	685	Duodeno-/Jejuno-/Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, mit Probe-exzision/-punktion	1350	78,69
				645	Direktionaler Ultraschall-Doppler, Hirnarterien/Periorbitalarterien	650	37,89	686	Duodenoskopie, mit Sondierung der Papilla Vateri, mit Probeexzision/-punktion	1500	87,43
				646	Hypoxietest	605	35,26	687	Hohe Koloskopie, bis zum Coecum, mit Probeexzision/-punktion	1500	87,43
				647	Kreislaufzeitmessung mittels Indikatorverdünnungsmethoden, kardiologisch/hepatologisch	220	12,82	688	Partielle Koloskopie/Rektoskopie, mit Probeexzision/-punktion	900	52,46
				648	Messung zentraler Venen-/Arterien- druck mit Röntgenkontrolle	605	35,26	689	Sigmoidoskopie/Rektoskopie, mit Probeexzision/-punktion	700	40,80
				649	Transkranielle Doppler-Sonographie	650	37,89	690	Rektoskopie – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	350	20,40
				650	EKG, zur Kontrolle Rhythmusstörung/ Verlauf/ Notfall	152	8,86	691	Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, mit Sklerosierung von Ösophagus-varizen	1400	81,60
				651	EKG in Ruhe/nach Belastung (mindestens neun Ableitungen)	253	14,75	692	Duodenoskopie, mit Sondierung der Papilla Vateri/Papillotomie/Steinentfernung	1900	110,75
				652	EKG in Ruhe/ bei Ergometrie (mindestens neun Ableitungen)	445	25,94	692a	Drainage, Platzierung in den Gallen-/Pankreasgang, zusätzlich zu den Nrn. 685, 686 oder 692	400	23,31
				653	EKG, telemetrisch	253	14,75	693	Langzeit-pH-metrie, Ösophagus	300	17,49
					<i>Die Leistungen nach den Nrn. 650 bis 653 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>			694	Manometrische Untersuchung, Ösophagus	500	29,14
				654	Langzeitblutdruckmessung, mindestens 18 Stunden	150	8,74	695	Polyphen-Entfernung/Schlingenbiopsie, mittels Hochfrequenzelektroschlinge, zusätzlich zu den Nrn. 682 bis 685 und 687 bis 689	400	23,31
				655	EKG, mittels Ösophagusableitung, zusätzlich zu den Nrn. 651 oder 652	152	8,86	696	Polyphen-Entfernung/Schlingenbiopsie, mittels Hochfrequenzelektroschlinge, zusätzlich zu Nr. 690	200	11,66
				656	EKG, mittels intrakavitärer Ableitung, mit Röntgenkontrolle	1820	106,08	697	Saugbiopsie, Dünndarm, mit Röntgenkontrolle/Probeexzision/-punktion	400	23,31

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
698	Kryochirurgie, Enddarm	200	11,66	752	Bestimmung Elektrolytgehalt im Schweiß	150	8,74		<i>Neben der Leistung nach Nr. 800 sind die Leistungen nach den Nrn. 8, 26, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.</i>		
699	Infrarotkoagulation, Enddarm, je Sitzung	120	6,99	755	Hochtouriges Schleifen der Haut bei schweren Entstellungen, je Sitzung	240	13,99	801	Eingehende psychiatrische Untersuchung	250	14,57
700	Laparoskopie/Nephroskopie, mit Probeexzision/-punktion	800	46,63	756	Chemochirurgische Behandlung, spitze Kondylome	121	7,05		<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>		
701	Laparoskopie, mit intraabdominalem Eingriff	1050	61,20	757	Chemochirurgische Behandlung, Präkanzerose	150	8,74	804	Psychiatrische Behandlung, eingehendes therapeutisches Gespräch	150	8,74
703	Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus-/Fundusvarizen	500	29,14	758	Kosmetische Behandlung, Aknepusteln, je Sitzung	75	4,37	806	Psychiatrische Behandlung, eingehendes therapeutisches Gespräch, Mindestdauer 20 Minuten	250	14,57
705	Proktoskopie	152	8,86	759	Bestimmung der Alkalineutralisationszeit	76	4,34	807	Psychiatrische Anamnese bei Kindern	400	23,31
706	Licht-/Laserkoagulation bei endoskopischen Eingriffen, je Sitzung	600	34,97	760	Alkaliresistenzbestimmung	121	7,05		<i>Die Leistung nach Nr. 807 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i>		
714	Neurokinesiologische Diagnostik / Prüfung des zerebellaren Gleichgewichts / Statomotorik	180	10,49	761	UV-Erythemswellenwertbestimmung	76	4,43	808	Tiefenpsychologische oder analytische Psychotherapie	400	23,31
715	Prüfung der motorischen kindlichen Entwicklung	220	12,82	762	Lymphödem-Entleerung Arm/Bein	130	7,58	812	Psychiatrische Notfallbehandlung	500	29,14
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 715 sind die Leistungen nach den Nrn. 8 und 26 nicht berechnungsfähig.</i>			763	Spaltung, oberflächliche Venen/Hämorrhoidalknoten	148	8,63	816	Neuropsychiatrische Behandlung eines Anfallkranken	180	10,94
716	Prüfung der funktionellen kindlichen Entwicklung (Bewegungs-/Wahrnehmungsvermögen)	69	4,02	764	Verödung, Krampfaden/Hämorrhoidalknoten, je Sitzung	190	11,07	817	Eingehende psychiatrische Beratung der Bezugsperson psychisch gestörter Kinder/Jugendlicher	180	10,94
717	Prüfung der funktionellen kindlichen Entwicklung (Sprechvermögen, Sprachverständnis, Sozialverhalten)	110	6,41	765	Operative Entfernung von Marisken	280	16,32	825	Geruchs-/Geschmacksprüfung	83	4,84
718	Höchstwert bei den Untersuchungen nach den Nrn. 716 und 717	251	14,63	766	Ligaturbehandlung von Hämorrhoiden, mit Proktoskopie, je Sitzung	225	13,11	826	Neurologische Gleichgewichts-/Koordinationsprüfung	99	5,77
	<i>Bei Berechnung des Höchstwertes sind die Arten der Untersuchungen anzugeben.</i>			768	Ätzung im Enddarmbereich	50	2,91		<i>Neben der Leistung nach Nr. 826 ist die Leistung nach Nr. 1412 nicht berechnungsfähig.</i>		
719	Funktionelle Entwicklungstherapie, mindestens 45 Minuten	251	14,36	770	Ausräumung des Mastdarms	140	8,16	827	Elektroenzephalographische Untersuchung	605	35,26
725	Systematische sensomotorische Entwicklungs-/Übungsbehandlung, Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten	300	17,49	780	Apparative Dehnung eines Kardiospasmus	242	14,11	827a	Langzeit-elektroenzephalographische Untersuchung, mindestens 18 Stunden	950	55,37
	<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>			781	Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung	76	4,43	828	Evozierte Hirmpotentiale, visuell/akustisch/somatosensorisch	605	35,26
726	Systematische sensomotorische Behandlung von Sprachstörungen, Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten	300	17,49	784	Erstanlegen einer externen Medikamentenpumpe	275	16,03	829	Sensible Elektroneurographie, mit Oberflächenelektroden	160	9,33
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 726 sind die Leistungen nach den Nrn. 719, 849, 1559 und 1560 nicht berechnungsfähig. 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>			785	Anlage und Überwachung einer Peritonealdialyse	330	19,23	830	Eingehende Prüfung auf Aphasie/Apraxie/Alexie/Agaphie/Agnosie/Körperschemastörungen	80	4,66
740	Kryotherapie der Haut, je Sitzung	71	4,14	786	Peritonealdialyse bei liegendem Katheter, je Spülung	55	3,21	831	Vegetative Funktionsdiagnostik	80	4,66
741	Verschorfung mit heißer Luft/Dämpfen, je Sitzung	76	4,43	790	Betreuung zur Vorbereitung bei Hämodialyse, je Dialyse	500	29,14	832	Neurologische Befunderhebung durch Faradisation/Galvanisation	158	9,21
742	Epilation von Haaren, je Sitzung	165	9,62	791	Betreuung bei Heimdialyse / Limited-Care-Dialyse / Hämo-filtration, je Dialyse	320	18,65	833	Begleitung eines psychisch Kranken in die Klinik	285	16,16
743	Schleifen/Schmirgeln/Frasen von Haut/Nägeln, je Sitzung	75	4,37	792	Betreuung bei Zentrums-/Praxisdialyse, je Dialyse bzw. Sitzung	440	25,65		<i>Verweilgebühren sind nach Ablauf einer halben Stunde zusätzlich berechnungsfähig.</i>		
744	Stanzen der Haut, je Sitzung	80	4,66	793	Betreuung bei Peritonealdialyse, je Tag	115	6,70	835	Erhebung der Fremdanamnese über einen psychisch Kranken/ein verhaltensgestörtes Kind	64	3,73
745	Auskratzen mit dem scharfen Löffel, Wundgranulationen/ bis zu drei Warzen	46	2,68		<i>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.</i>			836	Intravenöse Konvulsionstherapie	190	11,07
746	Elektrolyse/Kauterisation, als selbständige Leistung	46	2,68		G.			837	Elektrische Konvulsionstherapie	273	15,91
747	Setzen von Schröpfköpfen/ Blutegeln/Saugapparaten, je Sitzung	44	2,56		NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE			838	Elektromyographische Untersuchung	550	32,06
748	Hautdrainage	76	4,43	800	Eingehende neurologische Untersuchung	195	11,37	839	Elektromyographische Untersuchung, mit Nervenleitungs geschwindigkeit	700	40,80
750	Auflichtmikroskopie der Haut, je Sitzung	120	6,99					840	Sensible Elektroneurographie, mit Nadelelektroden	700	40,80
								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

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
847	Übende Verfahren (z. B. autogenes Training), Gruppenbehandlung, mindestens 20 Minuten, je Teilnehmer	45	2,62	1003	Interne kardiokardiographische Untersuchung	379	22,09		<i>Applikation von Prostaglandin-Gel nicht gesondert berechnungsfähig.</i>		
849	Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 20 Minuten	230	13,41		<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 1002 und 1003 ist die Leistung nach Nr. 1001 nicht berechnungsfähig.</i>			1060	Ausräumung Blasenmole/missed abortion	924	53,86
855	Projektive Testverfahren	722	42,08	1010	Amnioskopie	148	8,63	1061	Abtragung Hymen/Eröffnung Hämatookolpos	185	10,78
856	Standardisierte Intelligenz-/Entwicklungstests	361	21,04	1011	Amniozentese, mit Fruchtwasserentnahme	266	15,50	1062	Vaginoskopie bei einer Virgo	178	10,38
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 856 sind die Leistungen nach den Nrn. 715 bis 718 nicht berechnungsfähig.</i>			1012	Blutentnahme beim Fetus	74	4,31	1063	Vaginoskopie bei einem Kind bis zum 10. Lebensjahr	240	13,99
857	Orientierende Testuntersuchungen	116	6,76	1013	Blutentnahme beim Fetus, mit pH-Messung	178	10,38	1070	Kolposkopie	73	4,25
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 857 sind die Leistungen nach den Nrn. 716 und 717 nicht berechnungsfähig.</i>			1014	Blutentnahme beim Fetus, mit pH-Messung, mittels Amnioskopie	296	17,25	1075	Vaginale Behandlung	45	2,62
860	Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten, auch in mehreren Sitzungen	920	53,62	1020	Gebärmutterhals-Dehnung bei einer Geburt	148	8,63	1080	Fremdkörper-Entfernung aus der Scheide eines Kindes	106	6,18
	<i>Die Nr. 860 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nr. 860 sind die Leistungen nach den Nrn. 807 und 835 nicht berechnungsfähig.</i>			1021	Beistand bei einer Geburt, Kunst- hilfe ohne Beendigung auf natürli- chem Weg, mindestens zwei Stunden	266	15,50	1081	Ausstopfung der Scheide zur Blutstillung	59	3,44
861	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, mindestens 50 Minuten	690	40,22	1022	Beistand bei einer Geburt, Kunst- hilfe mit Beendigung auf natürli- chem Wege	1300	75,77	1082	Ausstopfung der Gebärmutter/ Scheide zur Blutstillung	178	10,38
862	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenbehand- lung, mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	345	20,11	1025	Entbindung durch Manualextraktion	554	32,29	1083	Kauterisation Portio/Zervix	70	4,08
863	Analytische Psychotherapie, Einzel- behandlung, mindestens 50 Minuten	690	40,22	1026	Entbindung durch Vakuumextraktion	832	48,50	1084	Thermokoagulation Portio/Zervix	118	6,88
864	Analytische Psychotherapie, Grup- penbehandlung, mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	345	20,11	1027	Entbindung durch Zange	832	48,50	1085	Kryochirurgie, Vaginalbereich	296	17,25
865	Behandlungsbesprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten	345	20,11	1028	Äußere Wendung	370	21,57	1086	Konisation der Portio	296	17,25
870	Verhaltenstherapie, Einzelbehand- lung, mindestens 50 Minuten	750	43,72	1029	Innere/kombinierte Wendung, auch mit Extraktion	1110	64,70	1087	Einlegen/Wechseln eines Ringes oder Anlegen eines Portio-Adapters	55	3,21
871	Verhaltenstherapie, Gruppenbehand- lung, mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer	150	8,74	1030	Entbindung bei vorliegendem Mutterkuchen, zusätzlich	370	21,57	1088	Lageverbesserung der Gebärmutter mit Einlegen eines Ringes	93	5,42
	<i>Bei einer Sitzungsdauer von min- destens 100 Minuten kann die Leistung nach Nr. 871 zweimal berechnet werden.</i>				<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 1025 bis 1030 kann jeweils eine Leistung nach der Nr. 1021 oder 1022 zusätzlich berechnet werden.</i>			1089	Operative Entfernung eines einge- wachsenen Ringes aus der Scheide	463	26,99
885	Eingehende psychiatrische Unter- suchung bei Kindern/Jugendlichen	500	29,14	1031	Entbindung durch Perforation/ Embryotomie, mit Extraktion	1950	113,66	1090	Einlegen/Wechseln eines Okklusiv- pessars	52	3,03
886	Psychiatrische Behandlung bei Kindern/Jugendlichen, mindestens 40 Minuten	700	40,80	1032	Schnittentbindung von der Scheide/ den Bauchdecken aus	2310	134,64	1091	Einlegen/Wechseln eines Intrauterin- pessars	106	6,18
887	Psychiatrische Behandlung in Grup- pen bei Kindern/Jugendlichen, min- destens 60 Minuten, je Teilnehmer	200	11,66	1035	Operation der Uterusruptur, ohne Uterusexstirpation	2030	118,32	1092	Entfernung eines Intrauterinpessars	52	3,03
				1036	Operation der Uterusruptur, mit Uterusexstirpation	2770	161,46	1095	Operative Reposition der umge- stülpten Gebärmutter	2310	134,64
				1040	Reanimation eines asphyktischen Neu geborenen	350	20,40	1096	Gebärmutterhals-Dehnung	148	8,63
				1041	Entfernung der Nachgeburt durch inneren Eingriff	824	48,03	1097	Gebärmutterhals-Schnitt	296	17,25
				1042	Behandlung einer nachgeburtlichen Blutung durch innere Eingriffe	554	32,29	1098	Durchtrennung/Sprengung eines stenosierenden Narbenstranges der Scheide	296	17,25
				1043	Naht des Gebärmutterhalses	620	36,14	1099	Operative Behandlung der Hämato-/Pyometra	647	37,71
				1044	Naht der weichen Geburtswege	420	24,48	1102	Entfernung von Polypen/Abrasio, Gebärmutterhals-/Muttermund	148	8,63
					<i>Neben der Leistung nach Nr. 1044 ist die Leistung nach Nr. 1096 nicht berechnungsfähig.</i>			1103	Probeexzision, Gebärmutterhals/ Muttermund/ Vaginalwand, mit Abrasio/Polypentfernung	185	10,78
				1045	Naht eines vollkommenen Damm- risses	924	53,86	1104	Ausschabung/Absaugung, Gebärmutterhöhle/Gebärmutterhals, mit Probeexzision/Polypentfer- nung	647	37,71
					<i>Neben der Leistung nach Nr. 1045 ist die Leistung nach Nr. 1044 nicht berechnungsfähig.</i>			1105	Zytologie-Abstrich, Gebärmutter- höhle	180	10,94
				1048	Operation einer Extrauterin- schwangerschaft	2310	134,64	1110	Hysteroskopie	444	25,88
				1049	Aufrichtung der eingeklemmten Gebärmutter einer Schwangeren	296	17,25	1111	Hysteroskopie, mit Operation	739	43,07
				1050	Instrumentale Einleitung einer Geburt/Fehlgeburt	296	17,25	1112	Tubendurchblasung	296	17,25
				1051	Beistand bei einer Fehlgeburt ohne operative Hilfe	185	10,78	1113	Tubendurchblasung, mit Druck- schreibung	420	24,48
				1052	Beistand bei einer Fehlgeburt, Beendigung durch inneren Eingriff	739	43,07	1114	Insemination	370	21,57
				1055	Schwangerschaftsabbruch, bis 12. Schwangerschaftswoche	800	46,63	1120	Operation eines alten unvollkom- menen Dammrisses	647	37,71
				1056	Schwangerschaftsabbruch, ab 13. Schwangerschaftswoche	1200	69,94	1121	Operation eines alten vollkom- menen Dammrisses	1660	96,76
					<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 1055 und 1056 ist die intra- vaginale oder intrazervikale</i>				<i>Neben der Leistung nach Nr. 1121 ist die Leistung nach Nr. 1126 nicht berechnungsfähig.</i>		
				1001	Tokographische Untersuchung	120	6,99	1122	Operation eines alten Gebärmutter- halsrisses	739	43,07
				1002	Externe kardiokardiographische Untersuchung	200	11,66	1123	Plastische Operation bei teilweisem Verschluss der Scheide	2770	161,46
								1123a	Plastische Operation zur Öffnung der Scheide bei anogenitaler Fehl- bildung 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 Scheiden- plastik, mit Beckenbodenplastik	1660	96,76
								1128	Scheiden- und Portioplastik, mit Beckenbodenplastik	2220	129,40

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	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
1129	Plastische Operation, Gebärmutterhals-/ Isthmusinsuffizienz des Uterus	739	43,07	1213	Funktionsprüfung Kontaktlinsen, für beide Augen	198	11,54	1268	Tonometrie, jede weitere Messung	152	8,86
1131	Operative Entfernung Stützband/ Metallnaht, nach Isthmusinsuffizienzoperation	379	22,09		<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 1210 bis 1213 sind die Leistungen nach den Nrn. 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig.</i>			1269	Aktive Behandlung der Schwachsichtigkeit (Pleoptik), Mindestdauer 20 Minuten	152	8,86
1135	Zervixamputation	554	32,29		<i>Wurden harte Kontaktlinsen (Haftschalen) nicht vertragen 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.</i>			1270	Behandlung der gestörten Binokularfunktion (Orthoptik), Mindestdauer 20 Minuten	152	8,86
1136	Vordere/hintere Kolpozöliotomie	379	22,09	1215	Bestimmung von Fernrohrbrillen/ Lupenbrillen, je Sitzung	121	7,05	1271	Pleoptische/orthoptische Behandlung an optischen Zusatz-/Übungsgeräten, Mindestdauer 20 Minuten	54	3,15
1137	Vaginale Myomenukleation	1290	75,19	1216	Untersuchung auf Heterophorie/ Strabismus	91	5,30	1277	Auswahl/Einprobieren eines künstlichen Auges	46	2,68
1138	Vaginale/abdominale Totalexstirpation des Uterus, ohne Adnexentfernung	2770	161,46	1217	Qualitative/quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes	242	14,11	1275	Entfernung von oberflächlichen Fremdkörpern, Bindehaut/Hornhaut	37	2,16
1139	Vaginale/abdominale Totalexstirpation des Uterus, mit Adnexentfernung	3330	194,10	1218	Differenzierende Analyse des Bewegungsablaufs beider Augen	700	40,80	1276	Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern, Hornhaut/Lederhaut	74	4,31
1140	Operative Behandlung einer unstillbaren Nachblutung nach vaginaler Uterusoperation	333	19,41	1225	Kampimetrie/Perimetrie	121	7,05	1277	Entfernung von eisenhaltigen eingebrannten Fremdkörpern, Hornhaut	152	8,86
1141	Operation im Vaginal-/Vulvabereich	554	32,29	1226	Projektionsperimetrie	182	10,61	1278	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern, Hornhaut	278	16,20
1145	Operative Entfernung/Behandlung von Eierstock/Eileiter, einseitig	1660	96,76	1227	Quantitativ abgestufte Profilperimetrie	248	14,46	1279	Entfernung von Korneoskleralfäden	100	5,83
1146	Operative Entfernung/Behandlung von Eierstock/Eileiter, beidseitig	2220	129,40	1228	Farbsinnprüfung mit Pigmentproben	61	3,56	1280	Entfernung von eisenhaltigen Fremdkörpern, aus Augennern	1290	75,19
1147	Antefixierende Operation des Uterus	1480	86,27	1229	Farbsinnprüfung mit Anomaloskop	182	10,61	1281	Entfernung von nichtmagnetischen Fremdkörpern/Geschwulst, aus Augennern	2220	129,40
1148	Plastische Operation bei Tubensterilität, einseitig	2500	145,72	1233	Vollständige Untersuchung des zeitlichen Ablaufs der Adaptation	484	28,21	1282	Entfernung Geschwulst/Kalkinfarkten, Lider/Augapfelbindehaut	152	8,86
1149	Plastische Operation bei Tubensterilität, beidseitig	3500	204,01		<i>Neben der Leistung nach Nr. 1217 sind die Leistungen nach den Nrn. 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig.</i>			1283	Entfernung Fremdkörper/Geschwulst, Augenhöhle	554	32,29
1155	Pelviskopie, mit Probeexzision/-punktion	800	46,63	1234	Untersuchung des Dämmerungsehens, ohne Blendung	91	5,30	1284	Entfernung Fremdkörpern/Geschwulst mit Muskelablosung, Augenhöhle	924	53,86
1156	Pelviskopie, mit Durchführung intra-abdominaler Eingriffe, mit Probeexzision/-punktion	1050	61,30		<i>Neben der Leistung nach Nr. 1233 ist die Leistung nach Nr. 1234 nicht berechnungsfähig.</i>			1285	Entfernung Fremdkörpern/Geschwulst mit Resektion der Orbitalwand, Augenhöhle	1480	86,27
1158	Kuldoskopie, mit operativen Eingriffen	739	43,07	1235	Untersuchung des Dämmerungsehens, während Blendung	91	5,30	1290	Vorbereitende operative Maßnahmen zur Rekonstruktion einer Orbita	1500	87,43
1159	Abtragung großer Geschwulste der äußeren Geschlechtsteile, auch Vulvektomie	1660	96,76	1236	Untersuchung des Dämmerungsehens, nach Blendung	91	6,30	1291	Wiederherstellungsoperation an der knöchernen Augenhöhle	1850	107,83
1160	Operative Beseitigung von Uterusmissbildungen	2770	161,46	1237	Elektroretinographische/elektrookulographische Untersuchung	600	34,97	1292	Operation der Augenhöhlen-/Tränensackphlegmone	278	16,20
1161	Uterusamputation, supravaginal	1480	86,27	1240	Spalllampenmikroskopie	74	4,31	1293	Dehnung/ Durchspülung/ Sondierung/Salbenfüllung/ Kautistik der Tränenwege, auch beidseitig	74	4,31
1162	Abdominale Myomenukleation	1850	107,83	1241	Gonioskopie	152	8,86	1294	Sondierung des Tränenasengangs bei Kleinkindern, auch beidseitig	130	7,58
1163	Fisteloperation an den Geschlechtsteilen, mit hinterer Scheidenplastik und Beckenbodenplastik	2770	161,46	1242	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	152	8,86	1297	Operation des evertierten Tränenpunktes	152	8,86
1165	Radikaloperation des Scheiden-/Vulvakrebses	3140	183,02	1243	Diasklerale Durchleuchtung	61	3,56	1298	Spaltung von Strikturen des Tränenasenkanales	132	7,69
1166	Radikaloperation des Zervixkrebsses, vaginal/abdominal, mit Entfernung der regionalen Lymphknoten	4620	269,29	1244	Exophthalmometrie	50	2,91	1299	Tränensackexstirpation	554	32,29
1167	Radikaloperation des Zervixkrebsses, abdominal, mit Entfernung der Lymphstromgebiete, auch paraaortal	4900	285,61	1248	Fluoreszenzuntersuchung, terminale Strombahn am Augenhintergrund	242	14,11	1300	Tränensackoperation zur Wiederherstellung des Tränenabflusses, mit Knochenfensterung	1220	71,11
1168	Exenteration des kleinen Beckens	5900	343,60	1249	Fluoreszenzangiographische Untersuchung, terminale Strombahn am Augenhintergrund	484	28,21	1301	Exstirpation/ Verödung der Tränendrüse	463	26,99
I. AUGENHEILKUNDE								1302	Plastische Korrektur, Lidspalte/ Epikanthus	924	53,86
1200	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischen Gläsern	59	3,44		<i>Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nrn. 1248 und 1249 sind die Kosten abgegolten.</i>			1303	Vorübergehende Spaltung der verengten Lidspalte	230	13,41
1201	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärisch-zylindrischen Gläsern	89	5,19	1250	Lokalisation eines Fremdkörpers	273	15,91	1304	Plastische Korrektur, Ektropium/ Entropium/Trichiasis/Distichiasis	924	53,86
1202	Objektive Refraktionsbestimmung mittels Skiaskopie/Refraktometer	74	4,31	1251	Lokalisation einer Netzhautveränderung	273	15,91	1305	Operation der Lidsenkung	739	43,07
1203	Messung der Maximal-/Gebrauchsakkommodation	60	3,50	1252	Spalllampenphotographie	100	5,83	1306	Operation der Lidsenkung, mit direkter Lidheberverkürzung	1110	64,70
1204	Messung der Hornhautkrümmungsradien	45	2,62	1253	Fundusphotographie	150	8,74	1310	Augenlidplastik mittels freien Hauttransplantates	1480	86,27
1207	Prüfung von Mehrstärken-/Prismenbrillen	70	4,08	1255	Tonometrische Untersuchung, Impressionstonometer	70	4,08	1311	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung	1110	64,70
1209	Nachweis der Tränensekretionsmenge	20	1,17	1256	Tonometrische Untersuchung, Applanationstonometer	100	5,83	1312	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung und freier Transplantation	1850	107,83
	<i>Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.</i>			1257	Tonometrische Untersuchung, mehrfach in zeitlichem Zusammenhang	242	14,11	1313	Abreiben/Skarifizieren/Ätzung der Bindehaut, auch beidseitig	30	1,75
1210	Erstanpassung/Auswahl der Kontaktlinse, für ein Auge	228	13,29	1259	Pupillographie	242	14,11	1318	Ausrollen/Ausquetschen der Übergangsfalte	74	4,31
1211	Erstanpassung/Auswahl der Kontaktlinsen, für beide Augen	300	17,49	1260	Elektromyographie der äußeren Augenmuskeln	560	32,64	1319	Plastische Wiederherstellung des Bindehautsackes	1850	107,83
1212	Funktionsprüfung Kontaktlinse, für ein Auge	132	7,69	1262	Ophthalmodynamometrie mit Tonometrie, erste Messung	242	14,11	1320	Einspritzung unter die Bindehaut	52	3,03
				1263	Ophthalmodynamometrie mit			1321	Operation des Flügelfalls	296	17,25
								1322	Operation des Flügelfalls mit		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
1323	lamellierender Keratoplastik	1660	96,76						je Sitzung	76	4,43
	Elektrolytische Epilation von Wimpernhäaren, je Sitzung	67	3,91					1430	Operativer Eingriff in der Nase	119	6,94
1325	Naht einer Bindehaut-/Hornhaut-/Lederhautwunde	230	13,41	1376	Rekonstruktion eines abgerissenen Tränenröhrchens	1480	86,27	1435	Stillung von Nasenbluten mittels Ätzung/Tamponade/Kauterisation, auch beidseitig	91	5,30
1326	Direkte Naht einer perforierenden Hornhaut-/Lederhautwunde	1110	64,70	1377	Entfernung einer Silikon-/Silastik-/Rutheniumplombe	280	16,32	1436	Ätzung, hinterer Nasenraum/Seitenstrang, auch beidseitig	36	2,10
1327	Wiederherstellungsoperation bei perforierender Hornhaut-/Lederhautverletzung	1850	107,83	1380	Operative Entfernung eines Iristumors	2000	116,57	1438	Abtragung einer Nasenmuschel	370	21,57
1328	Wiederherstellungsoperation bei schwer verletztem Augapfel	3230	188,27	1381	Operative Entfernung eines Iris-Ziliar-Aderhauttumors	2770	161,46	1439	Abtragung von Auswüchsen der Nasenscheidewand einer Seite	370	21,57
1330	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an einem geraden Augenmuskel	739	43,07	1382	Goniotrepanation/Trabekulektomie/Trabekulotomie bei Glaukom	2500	145,72	1440	Operative Entfernung, einzelne Nasenpolypen einer Nasenseite	130	7,58
1331	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an jedem weiteren geraden Augenmuskel, zusätzlich zu Nr. 1330	554	32,29	1383	Vitrektomie/Glaskörperstrangdurchtrennung	2500	145,72	1441	Operative Entfernung, mehrere Nasenpolypen einer Nasenseite, auch in mehreren Sitzungen	296	17,25
1332	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an einem schrägen Augenmuskel	1110	64,70	1384	Vordere Vitrektomie	830	48,38	1445	Submuköse Resektion, Nasenscheidewand	463	26,99
1333	Korrektur einer Schielstellung, Eingriff an jedem weiteren schrägen Augenmuskel, zusätzlich zu Nr. 1332	739	43,07	1386	Aufnähen einer Rutheniumplombe auf die Lederhaut	1290	75,19	1446	Submuköse Resektion, Nasenscheidewand, mit Resektion der knöchernen Leiste	739	43,07
1338	Chemische Ätzung der Hornhaut	56	3,26	J.				1447	Plastische Korrektur am Nasenseptum, einschließlich der Nrn. 1439, 1445, 1446 und 1456, auch in mehreren Sitzungen	1660	96,76
1339	Abschabung der Hornhaut	148	8,63	HALS-, NASEN-, OHRENHEILKUNDE				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
1340	Thermo-/Kryotherapie von Hornhauterkrankungen	185	10,78	1400	Genaue Hörprüfung	76	4,43	1449	Plastische Operation bei ektonstruierender Teilplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	3700	215,66
1341	Tätowierung der Hornhaut	333	19,41	1401	Einfache Hörprüfung	60	3,50	1450	Rekonstruierende Totalplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	7400	431,33
1345	Hornhautplastik	1660	96,76	1403	Tonschwellenaudiometrische Untersuchung	158	9,21	1452	Umfangreiche operative Teilentfernung der äußeren Nase	800	46,63
1346	Hornhauttransplantation	2770	161,46	1404	Sprachaudiometrische Untersuchung	158	9,21	1453	Operative Entfernung der gesamten Nase	1100	64,12
1347	Einpflanzung einer optischen Kunststoffprothese in die Hornhaut	3030	176,61	<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 1403 und 1404 sind die Leistungen nach den Nrn. 1400 und 1401 nicht berechnungsfähig.</i>				1455	Plastische Operation zum Verschluss einer Nasenscheidewandperforation	550	32,06
1348	Diszision, Linse/Nachstar	832	48,50	1405	Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepasster Hörgeräte	63	3,67	1456	Operative Verschmälerung des Nasensteges	232	13,52
1349	Operation des weichen Stars	1850	107,83	1406	Kinderaudiometrie	182	10,61	1457	Operative Korrektur eines Nasenflügels	370	21,57
1350	Staroperation	2370	138,14	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1406 sind die Leistungen nach den Nrn. 1400, 1401, 1403 und 1404 nicht berechnungsfähig.</i>				1458	Beseitigung eines knöchernen Choanenverschlusses	1290	75,19
1351	Staroperation, mit Iridektomie/ Einpflanzung einer intraokularen Kunststofflinse	2770	161,46	1407	Impedanzmessung, Trommelfell/ Binnenohrmuskeln, auch beidseitig	182	10,61	1459	Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand	74	4,31
1352	Einpflanzung einer intraokularen Linse	1800	104,92	1408	Audiodiagnostische Untersuchung	888	51,76	1465	Punktion einer Kieferhöhle	119	6,94
1353	Extraktion einer eingepflanzten Linse	832	48,50	1409	Messung otoakustischer Emissionen	400	23,31	1466	Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle, einschließlich Nr. 1465	178	10,38
1354	Extraktion der luxierten Linse	2220	129,40	<i>Die Leistung nach Nr. 1409 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 827 bis 829 nicht berechnungsfähig.</i>				1467	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle, vom Mundvorhof aus	407	23,72
1355	Extraktion des Nachstars	1110	64,70	1412	Prüfung des statischen Gleichgewichts	91	5,30	1468	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle, von der Nase aus	296	17,25
1356	Eröffnung/Spülung/Wiederherstellung der Augenvorderkammer	370	21,57	1413	Elektronystagmographische Untersuchung	265	15,45	1469	Keilbeinhöhlenoperation/ Ausräumung der Siebbeinzellen, von der Nase aus	554	32,29
1357	Hintere Sklerotomie	370	21,57	1414	Diaphanoskopie der Nasennebenhöhlen	42	2,45	1470	Keilbeinhöhlenoperation/ Ausräumung der Siebbeinzellen, von der Nase aus, mit Abtragung Nasenmuschel/Auswüchsen der Nasenscheidewand	739	43,07
1358	Zyklodialyse/Iridektomie	1000	58,29	1415	Binokularmikroskopische Untersuchung, Trommelfell/ Paukenhöhle	91	5,30	1471	Operative Eröffnung der Stirnhöhle/Siebbeinzellen, vom Naseninnern aus	1480	86,27
1359	Zyklothermie-Operation/ Kryozyklothermie-Operation	500	29,14	1416	Stroboskopische Untersuchung der Stimmbänder	121	7,05	1472	Anbohrung der Stirnhöhle von außen	222	12,94
1360	Lasertrabekuloplastik bei Glaukom	1000	58,29	1417	Rhinomanometrische Untersuchung	100	5,83	1473	Plastische Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorderwand, auch in mehreren Sitzungen	2220	129,40
1361	Fistelbildende Operation bei Glaukom	1850	107,83	1418	Endoskopische Untersuchung, Nasenhaupthöhlen/Nasenrachenraum/Stimmbänder	180	10,49	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1473 ist die Nr. 1485 nicht berechnungsfähig.</i>			
1362	Kombinierte Operation des Grauen Stars und bei Glaukom	3030	176,61	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1418 ist die Leistung nach Nr. 1466 nicht berechnungsfähig.</i>				1478	Sondierung/Bougierung der Stirnhöhle, vom Naseninnern aus	178	10,38
1365	Lichtkoagulation bei Netzhautablösung/-blutung, je Sitzung	924	53,86	1425	Ausstopfung der Nase von vorn	50	2,91	1479	Ausspülung der Kiefer-/Keilbein-/ Stirnhöhle	59	3,44
1366	Vorbeugende Operation bei Netzhautablösung/vaskulären Netzhauterkrankungen	1110	64,70	1426	Ausstopfung der Nase von vorn/ hinten	100	5,83	1480	Absaugen der Nebenhöhlen	45	2,62
1367	Operation einer Netzhautablösung mit einstellenden Maßnahmen	2220	129,40	1427	Fremdkörper-Entfernung aus dem Naseninnern	95	5,54	1485	Operative Eröffnung/Ausräumung,		
1368	Operation einer Netzhautablösung mit einstellenden Maßnahmen und Glaskörperchirurgie	3030	176,61	1428	Operative Fremdkörper-Entfernung aus der Nase	370	21,57				
1369	Koagulation/Lichtkaustik, Netz-/ Aderhauttumor	1850	107,83	1429	Kauterisation im Naseninnern,						
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										
1375	Extrakapsuläre Operation des										

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	Stirnhöhle/Kieferhöhle/Siebbein- zellen, von außen	924	53,86	1546	Totalexstirpation des Kehlkopfes mit Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	3700	215,66		Operation einer Sinus- oder Bulbusthrombose/des Labyrinthes/ eines Hirnabszesses	2770	161,46
1486	Radikaloperation der Kieferhöhle	1110	64,70	1547	Kehlkopfstenosenoperation mit Thyreochondrotomie	2770	161,46	1601	Operation eines gutartigen Mittelohrtumors, einschließlich der Nrn. 1597 oder 1598	1660	96,76
1487	Radikaloperation, Stirnhöhle/ Siebbeinzellen, von außen	1480	86,27	1548	Einführung einer Silastikendo- prothese im Larynxbereich	2060	120,07	1602	Operation eines destruktiv wachsenden Mittelohrtumors, einschließlich der Nrn. 1597, 1598 oder 1600	2770	161,46
1488	Radikaloperation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite	1850	107,83	1549	Fensterung des Schildknorpels zur Spickung mit Radionukliden	1200	69,94	1610	Tympanoplastik mit Interposition, zusätzlich zu Nrn. 1598, 1600 bis 1602	1480	86,27
1492	Osteoplastische Operation zur Verengung der Nase	1290	75,19	1550	Spickung des Kehlkopfes mit Radionukliden bei vorhandener Fensterung	300	17,49	1611	Myringoplastik, vom Gehörgang aus	1480	86,27
1493	Entfernung der vergrößerten Rachenmandel	296	17,25	1551	Operative Versorgung einer Trümmerverletzung, Kehlkopf/ Trachea, mit Sternotomie	3000	174,86	1612	Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung	1110	64,70
1495	Entfernung eines Nasenrachen- fibroms	1110	64,70	1555	Untersuchung der Sprache nach standardisierten Verfahren	119	6,94	1613	Tympanoplastik mit Interposition	2350	136,98
1496	Eröffnung des Türkensattels, vom Naseninnern aus	2220	129,40		<i>Neben der Leistung nach Nr. 1555 sind die Leistungen nach den Nrn. 715 und 717 nicht berechnungs- fähig.</i>			1614	Tympanoplastik mit Interposition/ und Aufbau der Gehörknöchel- chenkette	3140	183,02
1497	Tränensackoperation, vom Naseninnern aus	1110	64,70	1556	Untersuchung der Stimme nach standardisierten Verfahren	119	6,94	1620	Fensterungsoperation, mit Eröffnung des Warzenfortsatzes	2350	136,98
1498	Konservative Behandlung der Gaumenmandeln	44	2,56	1557	Elektroglottographische Unter- suchung	106	6,18	1621	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand	1110	64,70
1499	Ausschälung/Resektion einer Gaumenmandel	463	26,99	1558	Stimmtherapie bei Kehlkopflösen, je Sitzung	148	8,63	1622	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand, bei anderen Operationen	700	40,80
1500	Ausschälung/Resektion beider Gaumenmandeln	739	43,07	1559	Sprachübungsbehandlung, als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten	207	12,07	1623	Otoskleroseoperation, vom Gehörgang aus	2350	136,98
1501	Operative Behandlung einer unstillbaren Nachblutung nach Tonsillektomie	333	19,41	1560	Stimmübungsbehandlung, als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten	207	12,07	1624	Dekompression, Saccus endolymphaticus/Innenohr	2350	136,98
1505	Eröffnung eines peritonsillären Abszesses	148	8,63	1565	Entfernung von obturierenden Ohrschmalzpfropfen, auch beidseitig	45	2,62	1625	Fazialisdekompression	2220	129,40
1506	Eröffnung eines retropharyngealen Abszesses	185	10,78	1566	Ausspülung des Kuppelraumes	45	2,62	1626	Fazialisdekompression, bei anderen operativen Leistungen	1330	77,52
1507	Wiedereröffnung eines peritonsil- lären Abszesses	56	3,26	1567	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang	74	4,31	1628	Plastischer Verschluss, retroauriku- läre Öffnung/ Kieferhöhlenfistel	739	43,07
1508	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern, Rachen/Mund	93	5,42	1568	Operation im äußeren Gehörgang	185	10,78	1629	Extraduraler/transstympanaler operativer Eingriff, innerer Gehörgang	3700	215,66
1509	Operative Behandlung einer Mundbodenphlegmone	463	26,99	1569	Entfernung eines Fremdkörpers, Gehörgang/Paukenhöhle	74	4,31	1635	Operative Korrektur eines abstehenden Ohres	739	43,07
1510	Schlitzung, Parotis-/Submandibula- ris-Ausführungsgang	190	11,07	1570	Entfernung eines feststehenden Fremdkörpers, Gehörgang/ Paukenhöhle	148	8,63	1636	Plastische Operation zur Korrektur der Ohrmuschel	887	51,07
1511	Eröffnung eines Zungenabszesses	185	10,78	1575	Inzision des Trommelfells	130	7,58	1637	Plastische Operation zur Korrektur von Form/Größe/Stellung der Ohrmuschel	1400	81,60
1512	Teilweise Entfernung der Zunge	1110	64,70	1576	Anlage einer Paukenhöhlendauer- drainage	320	18,65	1638	Plastische Operation zum Aufbau einer Ohrmuschel, auch in meh- reren Sitzungen	4500	262,29
1513	Keilzexion aus der Zunge	370	21,57	1577	Einsetzen/Auswechseln Trommel- fellprothese oder Wiedereinlegen Verweilröhrchen	45	2,62	1639	Unterbindung der Vena jugularis	554	32,29
1514	Entfernung der Zunge	2220	129,40	1578	Chemische Ätzung im Gehörgang, auch beidseitig	40	2,33		K. UROLOGIE		
1518	Operation einer Speichelfistel	739	43,07	1579	Chemische Ätzung in der Pauken- höhle	70	4,08		Allgemeine Bestimmungen		
1519	Operative Entfernung von Speichelstein(en)	554	32,29	1580	Galvanokaustik, Gehörgang/ Paukenhöhle	89	5,19		Werden mehrere Eingriffe in der Brust- oder Bauchhöhle in zeit- lichem Zusammenhang durchgeführt, die jeweils in der Leistung die Eröffnung dieser Körperhöhlen enthalten, so darf diese nur einmal berechnet werden; die Vergütungssätze der weiteren Ein- griffe sind deshalb um den Vergütungssatz nach Nr. 2990 oder 3135 zu kürzen.		
1520	Exstirpation der Unterkiefer-/ Unterzungspeicheldrüse	900	52,46	1585	Entfernung von Granulationen, Trommelfell/Paukenhöhle	130	7,58	1700	Spülung der männlichen Harnröhre	45	2,62
1521	Speicheldrüsentumorexstirpation	1850	107,83	1586	Entfernung von größeren Polypen, Gehörgang/Paukenhöhle, auch in mehreren Sitzungen	296	17,25	1701	Dehnung der männlichen Harnröhre, je Sitzung	74	4,31
1522	Parotisexstirpation	2000	116,57	1588	Hammer-Amboß-Extraktion oder ähnliche schwierige Eingriffe am Mittelohr, vom Gehörgang aus	554	32,29	1702	Dehnung der männlichen Harnröhre mit filiformen Bougies/Leitsonde, erste Sitzung	178	10,38
1525	Einbringung von Arzneimitteln in den Kehlkopf	46	2,68	1589	Dosierte Insufflation der Eustachischen Röhre	30	1,75	1703	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	148	8,63
1526	Chemische Ätzung im Kehlkopf	76	4,43	1590	Katheterismus der Ohrtrumpete, auch beidseitig	74	4,31	1704	Operative Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	554	32,29
1527	Galvanokaustik/Elektrolyse/ Kürettament im Kehlkopf	370	21,57	1591	Vibrationsmassage des Trommelfells oder Anwendung der Drucksonde, auch beidseitig	40	2,33	1708	Kalibrierung der männlichen Harn- röhre	75	4,37
1528	Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf	554	32,29	1595	Operative Beseitigung einer Stenose im äußeren Gehörgang	1850	107,83	1709	Kalibrierung der weiblichen Harn- röhre	60	3,50
1529	Intubation/ Einführung von Dehn- ungsinstrumenten in den Kehlkopf	152	8,86	1596	Plastische Herstellung des äußeren Gehörganges bei Atresie	1480	86,27	1710	Dehnung der weiblichen Harnröhre, je Sitzung	59	3,44
1530	Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop	182	10,61	1597	Operative Eröffnung des Warzen- fortsatzes	1110	64,7	1711	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre	74	4,31
1532	Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr	182	10,61	1598	Aufmeißelung des Warzenfort- satzes, mit Freilegung sämtlicher Mittelohrräume	1660	96,76	1712	Endoskopie der Harnröhre	119	6,94
	<i>Die Leistung nach Nr. 1532 ist im Zusammenhang mit einer Intuba- tionsnarkose nicht berechnungs- fähig.</i>			1600	Eröffnung der Schädelhöhle, mit						
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 Stimmband- verlagerung	1850	107,83								
1543	Teilweise Entfernung des Kehl- kopfes	1650	96,17								
1544	Teilweise Entfernung des Kehl- kopfes, mit Zungenbeinresektion und Pharynxplastik	1850	107,83								
1545	Totalexstirpation des Kehlkopfes	2220	129,40								

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
1713	Endoskopie der Harnröhre, mit operativem Eingriff	296	17,25	1761	Unterbindung der Vena spermatica	1480	86,27		Blasensteinen, mit endoskopischer Kontrolle, je Sitzung	1480	86,27
1714	Entfernung von Geschwülsten an der Harnröhrenmündung	230	13,41	1762	Operation eines Wasserbruchs	739	43,07	1801	Operative Eröffnung der Harnblase, Entfernung von Steinen/Fremdkörpern, Koagulation von Geschwülsten, Fistelkatheter	1480	86,27
1715	Spaltung einer Harnröhrenstriktur	300	17,94	1763	Einlegen einer Hodenprothese	740	43,13	1802	Transurethrale Eingriffe in der Harnblase, mit endoskopischer Kontrolle/Probeexzision	739	43,07
1720	Anlegen einer Harnröhrenfistel am Damm	554	32,29	1764	Entfernen einer Hodenprothese	460	26,81	1803	Transurethrale Resektion von großen Harnblasengeschwülsten, mit endoskopischer Kontrolle, je Sitzung	1110	64,70
1721	Verschluss einer Harnröhrenfistel durch Naht	554	32,29	1765	Hodenentfernung, einseitig	739	43,07		<i>Neben der Leistung nach Nr. 1803 ist die Leistung nach Nr. 1802 nicht berechnungsfähig.</i>		
1722	Verschluss einer Harnröhrenfistel durch plastische Operation	1110	64,70	1766	Hodenentfernung, beidseitig	1200	69,94	1804	Operation von Harnblasendivertikel	1850	107,83
1723	Operative Versorgung einer Harnröhren-/Harnblasenverletzung	1660	96,76	1767	Operative Freilegung eines Hodens, mit Gewebeatnahme	463	26,99	1805	Operation einer Harnblasengeschwulst, Teilresektion	1850	107,83
1724	Plastische Operation, Striktur der Harnröhre/ Harnröhrendivertikel, je Sitzung	1660	96,76	1768	Operation eines Leistenhodens, einseitig	1200	69,94	1806	Operation einer Harnblasengeschwulst, Teilresektion/ Verpflanzung eines Harnleiters	2220	129,40
1728	Katheterisierung der Harnblase beim Mann	59	3,44	1769	Operation eines Leistenhodens, beidseitig	1480	86,27	1807	Operative Bildung einer Harnblase aus Ileum/Kolon	4070	237,23
1729	Spülung der Harnblase beim Mann, mit Instillation von Arzneimitteln/ Katheterisierung	104	6,06	1771	Entfernung eines Nebenhodens	924	53,86	1808	Totale Exstirpation der Harnblase, mit Verpflanzung der Harnleiter	4800	279,78
1730	Katheterisierung der Harnblase bei der Frau	37	2,16	1772	Entfernung beider Nebenhoden	1480	86,27	1809	Totale retroperitoneale Lymphadenektomie	4610	268,70
	<i>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.</i>			1775	Behandlung der Prostata mittels physikalischer Heilmethoden	45	2,62	1812	Ureterverweilschiene/Ureterkatheter	340	19,82
1731	Spülung der Harnblase bei der Frau, mit Instillation von Medikamenten/ Katheterisierung	74	4,31	1776	Eröffnung eines Prostataabzesses, vom Damm aus	370	21,57		<i>Die Kosten für die Schiene bzw. den Katheter sind gesondert berechnungsfähig.</i>		
1732	Einlegung eines Verweilkatheters, einschließlich der Nrn. 1728 oder 1730	74	4,31	1777	Elektro-/Kryoresektion der Prostata	924	53,86	1814	Harnleiterbougie	900	52,46
	<i>Neben der Leistung nach Nr. 1732 ist die Leistung nach Nr. 1733 nicht berechnungsfähig.</i>			1778	Operative Entfernung, Prostataadenoms, auch transurethral	1850	107,83	1815	Extraktion von Harnleitersteinen, mit Schlitzung des Harnleiterostiums	1110	64,70
1733	Spülung der Harnblase/Instillation bei liegendem Verweilkatheter	40	2,33	1779	Totale Entfernung, Prostata/ Samenblasen	2590	150,96		<i>Die Kosten für die Schlinge sind nicht gesondert berechnungsfähig.</i>		
1737	Meatomie	74	4,31	1780	Plastische Operation bei Harninkontinenz	1850	107,83	1816	Schlitzung des Harnleiterostiums	481	28,04
1738	Plastische Versorgung einer Meatusstriktur	554	32,29	1781	Operative Behandlung bei Harninkontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließmuskels	2770	161,46	1817	Operative Entfernung von Harnleitersteinen	2220	129,40
1739	Unblutige Beseitigung einer Paraphimose/ Lösung einer Vorhautverklebung	60	3,50	1782	Transurethrale Resektion des Harnblasenhalses bei der Frau	1110	64,70	1818	Ureterektomie	2770	161,46
1740	Operative Beseitigung einer Paraphimose	296	17,25	1783	Pelvine Lymphknotenraumung	1850	107,83	1819	Resektion eines Harnleitersegments, mit End-zu-End-Anastomose	3750	218,58
1741	Phimoseoperation	370	21,57	1784	Totale Entfernung der Prostata/ Samenblasen mit pelviner Lymphknotenentfernung	3500	204,01	1823	Verpflanzung eines Harnleiters in Harnblase/Darm/Haut, mit Antirefluxplastik, einseitig	2590	150,96
1742	Operative Durchtrennung des Frenulum praeputii	85	4,95	1785	Zystoskopie	207	12,07	1824	Verpflanzung beider Harnleiter in Harnblase/Darm/Haut, mit Antirefluxplastik, beidseitig	3330	194,10
1745	Operative Aufrichtung des Penis, Voroperation zu Nr. 1746	554	32,29	1786	Zystoskopie mit Gewebeatnahme	355	20,69	1825	Harnleiterplastik, mit Antirefluxplastik	2770	161,46
1746	Operation einer Epispadie/ Hypospadie	1110	64,70	1787	Kombinierte Zystourethroskopie	252	14,69	1826	Eröffnung eines paranephritischen Abszesses	463	26,99
1747	Penisamputation	554	32,29	1788	Zystoskopie mit Harnleitersondierung	296	17,25	1827	Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougie, zusätzlich zu den Nrn. 1785, 1786 oder 1787	1500	87,43
1748	Penisamputation, mit Skrotumentfernung/ Ausräumung der Leistenrüden	2220	129,40	1789	Chromozystoskopie	325	18,94	1828	Ureterpyeloskopie, mit Gewebeatnahme/Steinentfernung	1500	87,43
1749	Anlage einer einseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	2500	145,72	1790	Zystoskopie mit Harnleitersondierung und Kontrastmittel	370	21,57	1829	Harnleiterfreilegung	2590	150,96
1750	Anlage einer beidseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	3200	186,52	1791	Tonographische Untersuchung der Harnblase/ Funktionsprüfung des Schließmuskels, mit Katheterisierung	148	8,63	1829a	Ureterolyse	1110	64,70
1751	Transkutane Fistelbildung durch Punktionen/Stanzungen, Glans penis/ Corpora cavernosa	924	53,86	1792	Uroflowmetrie	212	12,36		<i>Die Leistungen nach den Nrn. 1829 und 1829a sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>		
1752	Operative Implantation einer Penis-Stützprothese	2500	145,72	1793	Manometrische Untersuchung der Harnblase	400	23,31	1830	Operative Freilegung einer Niere, mit Gewebeatnahme/ Punktion/ Eröffnung eines paranephritischen Abszesses	1110	64,70
1753	Entfernen einer Penisprothese	550	32,06		<i>Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.</i>			1831	Dekapsulation einer Niere/ Senknieneroperation	1480	86,27
1754	Doppler-Sonographie, Penisgefäße/ Skrotalfächer	180	10,49	1794	Simultane, elektromanometrische Blasen-/Abdominaldruckmessung	680	39,64	1832	Operative Anlage einer Nierenfistel	1660	96,76
1755	Unterbindung eines Samenleiters	463	26,99		<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>			1833	Wechsel eines Nierenfistelkatheters, mit Spülung/Verband	237	13,81
1756	Unterbindung beider Samenleiter	832	48,50	1795	Anlegung einer perkutanen Harnblasenfistel durch Punktion, mit Kathetereinlegung	273	15,91	1834	Operation eines abberrierenden Nierengefäßes	1480	86,27
1757	Unterbindung beider Samenleiter, bei einer anderen Operation	554	32,29	1796	Anlegung einer Harnblasenfistel durch Operation	739	43,07	1835	Trennung der Hufeisenniere	3230	188,27
1758	Operative Wiederherstellung der Durchgängigkeit eines Samenleiters	1110	64,70	1797	Ausräumung einer Blutampone der Harnblase	355	20,69				
1759	Transpenile/transskrotale Venenembolisation	2800	163,20	1798	Urethradruckprofilmessung	550	32,06				
1760	Varikozelenoperation mit hoher				<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						

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
1836	Nierenpolresektion	2770	161,46	2008	Wund-/Fistelspaltung	90	5,25		Sehnenbettes	1650	96,17
1837	Nierenpolresektion, bei einer anderen Operation	1660	96,76	2009	Fremdkörper-Entfernung, unter Haut-/Schleimhaut-Oberfläche	100	5,83	2083	Freie Sehnen transplantation	1650	96,17
1838	Nierensteinentfernung durch Pyelotomie	2220	129,40	2010	Fremdkörper-Entfernung, tiefsitzend in Weichteilen/Knochen	379	22,09	2084	Sehnscheidenstenoseneroperation	407	23,72
1839	Nierenausgußsteinentfernung durch Nephrotomie	2770	161,46	2015	Anlegen von Redondrainage(n), in Gelenke/Weichteile/Knochen	60	3,50	2087	Operation, Dupuytren'sche Kontraktur, mit Teilentfernung Palmarponeurose	924	53,86
1840	Nierenbeckenplastik	2770	161,46	II. Extremitätenchirurgie							
1841	Nephrektomie	2220	129,40	2029	Anlegen einer Bluteiere/-sperre, Extremität	50	2,91	2088	Operation, Dupuytren'sche Kontraktur, mit Entfernung Palmarponeurose	1100	64,12
1842	Nephrektomie, mit Entfernung eines Tumors	3230	188,27	2030	Eröffnung, subkutan Panaritium/Paronychie, mit Nagel-Extraktion	130	7,58	2089	Operation, Dupuytren'sche Kontraktur, mit Entfernung Palmarponeurose/Strangresektion an Fingern/Z-/Zickzackplastik	1800	104,92
1843	Nephrektomie, mit Entfernung eines Tumors/des regionären Lymphstromgebietes	4160	242,48	2031	Eröffnung, ossales Panaritium/Sehnscheidenpanaritium	189	11,02	2090	Spülung, Sehnscheidenpanaritium, je Sitzung	63	3,67
1845	Implantation einer Niere	4990	290,85	2032	Anlage einer Spül-/Saugdrainage	250	14,57	2091	Sehnscheidenradikaloperation	924	53,86
1846	Doppelseitige Nephrektomie bei einem Lebenden	4160	242,48	2033	Nagel-Extraktion	57	3,32	2092	Operation, Tendosynovitis, Handgelenk/Finger	750	43,72
1847	Explantation einer Niere bei einem Lebenden zur Transplantation	3230	188,27	2034	Nagel-Ausrüttung, mit Exzision der Nagelwurzel	114	6,64	2093	Spülung bei liegender Drainage	50	2,91
1848	Explantation einer Niere an einem Toten zur Transplantation	2220	129,40	2035	Plastische Operation am Nagelwall	180	10,49	III. Gelenkchirurgie			
1849	Explantation beider Nieren an einem Toten zur Transplantation	3500	204,01	2036	Anlegen einer Nagelspange	45	2,62	Allgemeine Bestimmungen			
1850	Explantation/plastische Versorgung/Replantation einer Niere	6500	378,87	2040	Tumor-Exstirpation, Fingerweichteile	554	32,29	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.			
1851	Perkutane Anlage einer Nierenfistel, mit Spülung/Verband	1250	72,86	2041	Operative Beseitigung einer Schnürfurche am Finger, mit Z-Plastik	700	40,80	Neben den Leistungen nach den Nrn. 2189 bis 2196 sind die Leistungen nach den Nrn. 300 bis 302 sowie 3300 nicht berechnungsfähig.			
1852	Transkutane Pyeloskopie	700	40,80	2042	Kreuzlappenplastik, am Finger, mit Trennung	1100	64,12	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.			
1853	Transkutane pyeloskopische Stein-/Tumorentfernung	1200	69,94	2043	Operation einer Syndaktylie, mit Vollhautdeckung ohne Osteotomie	1450	84,52	2100	Gelenkkapsel-Naht, Finger/Zeh	278	16,20
<i>Neben der Leistung nach Nr. 1853 ist die Leistung nach Nr. 1852 nicht berechnungsfähig.</i>				2044	Operation einer Syndaktylie, mit Vollhautdeckung/Osteotomie	1700	99,09	2101	Gelenkkapsel-Naht, Kiefer/Hand/Fuß	554	32,29
1858	Operative Entfernung einer Nebenniere	3230	188,27	2045	Operation einer Doppelbildung am Fingergelenk	600	34,97	2102	Gelenkkapsel-Naht, Schulter/ Ellenbogen/Hüfte/Knie/Wirbel	1110	64,70
1859	Operative Entfernung beider Nebennieren	4160	242,48	2050	Fingerverlängerung mittels Knochen- transplantation, mit Fernlappen- plastik	1800	104,92	2103	Muskelentspannungsoption am Hüftgelenk	1850	107,83
1860	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie, mit Röntgenkontrolle, je Sitzung	6000	349,72	2051	Operation eines Ganglions, am Hand-/Fußgelenk	600	34,97	2104	Bandplastik des Kniegelenks	2310	134,64
L. CHIRURGIE, ORTHOPÄDIE				2052	Operation eines Ganglions, am Fingergelenk	554	32,29	2105	Primäre Band-Naht/Bandplastik, Finger-/Zehengelenk	550	32,06
Allgemeine Bestimmungen				2053	Replantation eines Fingers	2400	139,89	2106	Primäre Band-Naht/Bandplastik, Sprunggelenk/Syndesmose	1110	64,70
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.				2054	Plastischer Daumenersatz durch Fingertransplantation/ Daumen- Zeigefingerbildung bei Daumen- hypoplasie	2400	139,89	2110	Synovektomie, Finger-/Zehenge- lenk	750	43,72
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.				2055	Replantation, Hand, im Mittel- hand-/Handwurzel-/Unterarm- bereich	7000	408,01	2111	Synovektomie, Hand-/Fußgelenk	1110	64,70
I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung				2056	Replantation, Arm/Bein	8000	466,30	2112	Synovektomie, Schulter-/Ellen- bogen-/Kniegelenk	1480	86,27
2000	Erstversorgung, kleine Wunde	70	4,08	2060	Drahtstiftung zur Fixierung, kleines Gelenk	230	31,41	2113	Synovektomie, Hüftgelenk	1850	107,83
2001	Versorgung, kleine Wunde, mit Naht	130	7,58	2061	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nr. 2060	74	4,31	2117	Meniskusoperation	1480	86,27
2002	Versorgung, kleine Wunde, mit Umschneidung/Naht	160	9,33	2062	Drahtstiftung zur Fixierung, mehrere kleine Gelenke	370	21,57	2118	Operative Fremdkörperentfernung, Kiefer-/Finger-/Hand-/Zehen-/ Fußgelenk	463	26,99
2003	Erstversorgung, große/verunreinigte Wunde	130	7,58	2063	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nr. 2062	126	7,34	2119	Operative Entfernung freier Gelenk- körper/Fremdkörperentfernung, Schulter-/Ellenbogen-/Kniegelenk	1480	86,27
2004	Versorgung, große Wunde, mit Naht	240	13,99	2064	Sehnen-/Faszienn-/Muskelver- längerung	924	53,86	2120	Denervation, Finger-/Zehengelenk	650	37,89
2005	Versorgung, große/verunreinigte Wunde, mit Umschneidung/Naht	400	23,31	2065	Nekrosen-Abtragung, Hand/Fuß, je Sitzung	250	14,57	2121	Denervation, Hand-/Ellenbogen-/ Fuß-/Kniegelenk	1300	75,77
<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 2000 bis 2005 ist die Leistung nach Nr. 2033 nicht berechnungsfähig, wenn die Exzision des Nagels Bestandteil der Wund- versorgung ist.</i>				2066	Eröffnung der Hohlhandphlegmone	450	26,23	2122	Resektion, Finger-/Zehengelenk	407	23,72
2006	Behandlung, nicht primär heilende/ entzündete/ eiternde Wunde	63	3,67	2067	Operation, Hand-/Fußmißbildung	1660	96,76	2123	Resektion, Kiefer-/Hand-/Fuß- gelenk	1110	64,70
2007	Entfernung von Fäden/Klammern	40	2,33	2070	Operation, Karpal-/Tarsaltunnel- syndrom oder Muskelkanalbildung	1660	96,76	2124	Resektion, Ellenbogen-/Schulter-/ Hüft-/Kniegelenk	1850	107,83
				2071	Umbildung des Unterarmstumpfes um Greifapparat	1850	107,83	2125	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk	2220	129,40
				2072	Offene Sehnen-/Muskel durch- schneidung	463	26,99	2126	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk, mit Osteotomie/Osteosynthese	2770	161,46
				2073	Sehnen-/Muskel-/Fasziennaht, mit Wund-Versorgung	650	37,89	2130	Operative Versteifung, Finger-/ Zehengelenk	650	37,89
				2074	Verpflanzung, Sehne/Muskel	1100	64,12	2131	Operative Versteifung, Hand-/ Fußgelenk	1300	75,77
				2075	Sehnenverkürzung/-raffung	924	53,86	2132	Operative Versteifung, Hüftgelenk, mit Fixation	2770	161,46
				2076	Operative Lösung von Verwachs- ungen um eine Sehne	950	55,37	2133	Operative Versteifung, Kniege- lenk	2100	122,40
				2080	Stellungskorrektur der Hammer- zehe mittels Sehnedurchschneidung	463	26,99	2134	Arthroplastik, Finger-/Zehengelenk	924	53,86
				2081	Stellungskorrektur der Hammer- zehe mit Sehnenverpflanzung/ plastischer Sehnenoperation/ Osteotomie	924	53,86	2135	Arthroplastik, Kiefer-/Hand-/ Fußgelenk	1400	81,60
				2082	Operative Herstellung eines			2136	Arthroplastik, Ellenbogen-/		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
2137	Kniegelenk	1660	96,76	2189	bei Skoliosen/Kyphosen	1000	58,29	2234	Hüftgelenk	550	32,06
2140	Arthroplastik, Schultergelenk	2100	122,40	2190	Arthroskopische Operation, Meniskus, Entfernung/Teilresektion	1500	87,43	2235	Stellungsänderung/ Folgebehandlung bei Therapie nach Nr. 2233	473	27,57
2141	Operativer Einbau, künstliches Finger-/Zehengelenk oder Fingerprothese	1000	58,29	2191	Arthroskopische Operation, Meniskus, Naht/Refixation	1800	104,92	2236	Operation, habituelle Luxation Kniegelenk	1660	96,76
2142	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Finger-/Zehengelenk oder Fingerprothese	1800	104,92	2192	Arthroskopische Operation, Kreuz-/Seitenband am Kniegelenk	2000	116,57	2237	Operative Einrichtung, traumatische Hüftgelenkluxation, mit Rekonstruktion Kapselbandapparat	1850	107,83
2143	Operativer Einbau, künstliches Hand-/Fußgelenk	2700	157,38	2193	Arthroskopische Operation, Zuschlag zu Nr. 2191 für weiteres Band desselben Kniegelenks	500	29,14	2238	Operative Einrichtung, traumatische Hüftgelenkluxation, mit Rekonstruktion Kopf/Hüftpfanne, Osteosynthese, Rekonstruktion Kapselbandapparat	2770	161,46
2144	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Hand-/Fußgelenk	4860	283,28	2195	Arthroskopische Operation, Synovektomie an Knie-/Hüftgelenk	1800	104,92	2239	Operative Einrichtung, traumatische Hüftgelenkluxation nach Nr. 2237, mit Revision/Naht des Nervus ischiadicus	3230	188,27
2145	Operativer Einbau, künstliches Ellenbogen-/Kniegelenk	3600	209,83	2196	Zuschlag, weitere Operation an demselben Gelenk – zusätzlich zu Nrn. 2102, 2104, 2112, 2117, 2119, 2136, 2189 bis 2191 oder 2193	300	17,49	2240	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenkluxation, mit Pfannendachplastik/Knocheneinpflanzung/Beckenosteotomie	2770	161,46
2146	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Ellenbogen-/Kniegelenk	6480	377,70	2199	Diagnostische Arthroskopie bei Nrn. 2189 bis 2191, 2193	250	14,57	2241	Operative Einrichtung, angeborene Hüftgelenkluxation, mit Pfannendachplastik/Beckenosteotomie/Umstellungsosteotomie/Osteosynthese	4500	262,29
2147	Operativer Einbau, künstliches Schultergelenk	1800	104,92	IV. Gelenkluxationen				V. Knochenchirurgie			
2148	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliches Schultergelenk	3240	188,85	Allgemeine Bestimmungen				2250	Keilförmige/lineare Osteotomie, kleiner Knochen	463	26,99
2149	Neubildung eines Hüftpfannendaches durch Beckenosteotomie	2100	122,40	Bei Einrenkung von Luxationen sind Verbände Bestandteil der Leistung.				2251	Umstellungsosteotomie, großer Knochen	1290	75,19
2150	Ersatz von Hüftkopf/Hüftpfanne durch biologische/alloplastische Transplantate	2770	161,46	2203	Einrenkung, Luxation Wirbelgelenk	739	43,07	2252	Umstellungsosteotomie, großer Knochen, mit Osteosynthese	1850	107,83
2151	Entfernung/erneuter operativer Einbau, künstliche(r) Hüftkopf/Hüftpfanne	4980	290,27	2204	Einrenkung, alte Luxation Wirbelgelenk	1110	64,70	2253	Knochenspanentnahme	647	37,71
2152	Endoprothetischer Totalersatz, Hüftpfanne/Hüftkopf	3700	215,66	2205	Einrenkung, Luxation Finger-/Zehengelenk	93	5,42	2254	Implantation von Knochen	739	43,07
2153	Entfernung/erneuter operativer Einbau, Endoprothetischer Totalersatz von Hüftpfanne/Hüftkopf	6660	388,19	2206	Einrenkung, alte Luxation Finger-/Zehengelenk	140	8,16	2255	Freie Verpflanzung von Knochen	1480	86,27
2154	Endoprothetischer Totalersatz, Kniegelenks	3700	215,66	2207	Einrenkung, Luxation Daumengelenk	148	8,63	2256	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, kleiner Knochen	463	26,99
2155	Entfernung/erneuter operativer Einbau, Endoprothetischer Totalersatz eines Kniegelenks	6660	388,19	2208	Einrenkung, alte Luxation Daumengelenk	220	12,82	2257	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, großer Röhrenknochen	800	46,63
2156	Eröffnung, verweitertes Finger-/Zehengelenk	148	8,63	2209	Einrenkung, Luxation Daumengelenk, mit Anlegen eines Drahtzuges	370	21,57	2258	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, Becken	1200	69,94
2157	Eröffnung, verweitertes Kiefer-/Hand-/Fußgelenk	463	26,99	2210	Operative Einrenkung, Luxation Finger-/Zehengelenk	407	23,72	2259	Knochenaufmeißelung/Nekrotomie, Schädeldach	1500	87,43
2158	Eröffnung, verweitertes Schulter-/Ellenbogen-/Hüft-/Knie-/Wirbelgelenk	924	53,86	2211	Einrenkung, Luxation Hand-/Fußgelenk	278	16,20	2260	Osteotomie, kleiner Röhrenknochen, mit Osteosynthese	1850	107,83
2159	Exartikulation, Finger/Zehe	370	21,57	2212	Einrenkung, alte Luxation Hand-/Fußgelenk	420	24,48	2261	Resektion, kleiner Knochen, mit Knochen-/Spanverpflanzung	1660	96,76
2160	Exartikulation, Hand/Fuß	924	53,86	2213	Operative Einrenkung, Luxation Hand-/Fußgelenk	1110	64,70	2262	Resektion, großer Knochen, mit Knochen-/Spanverpflanzung	2770	161,46
2161	Exartikulation, Ellenbogen-/Kniegelenk	1110	64,70	2214	Einrenkung, Luxation Ellenbogen-/Kniegelenk	370	21,57	2263	Resektion, Darmbeinknochen	1850	107,83
2162	Exartikulation, Schultergelenk	1290	75,19	2215	Einrenkung, alte Luxation Ellenbogen-/Kniegelenk	540	31,48	2264	Knochenzerbrechung	463	26,99
2163	Exartikulation, Hüftgelenk	1480	86,27	2216	Operative Einrenkung, Luxation Ellenbogen-/Kniegelenk	1850	107,83	2265	Operativer Ersatz, Os lunatum	1800	104,92
2164	Operative Entfernung, Schultergürtelhälfte	1850	107,83	2217	Einrenkung, Luxation Schultergelenk	370	21,57	2266	Operation der Pseudarthrose, Os naviculare	1800	104,92
2165	Operative Entfernung, Beckenhälfte, auch in mehreren Sitzungen	3700	215,66	2218	Einrenkung, alte Luxation Schultergelenk	540	31,48	2267	Osteotomie, kleiner Röhrenknochen, mit Distraktor	924	53,86
2166	Beckenosteotomie, mit Osteosynthese/Spanverpflanzung/Reposition einer Hüftluxation	6000	349,72	2219	Operative Einrenkung, Luxation Schultergelenk	1850	107,83	2268	Osteotomie, großer Röhrenknochen, mit Distraktor	1850	107,83
2167	Entfernung eines künstlichen Hüftgelenkes	3200	186,52	2220	Operation, habituelle Luxation Schultergelenk	2250	131,15	2269	Inter-/subtrochantere Umstellungsosteotomie	2310	134,64
2168	Entfernung einer Kniegelenksendoprothese, mit Gelenkversteifung	3200	186,52	2221	Operation, habituelle Luxation Schlüsselbeingelenk/ Kniegelenk	111	6,47	2270	Inter-/subtrochantere Umstellungsosteotomie, mit Osteosynthese	2770	161,46
2170	Amputation, Finger/Zehe, mit plastischer Deckung	463	26,99	2222	Einrenkung, alte Luxation Schlüsselbeingelenk/ Kniegelenk	170	9,91	2271	Redressement einer Beinverkrümmung	567	33,05
2171	Amputation, Finger-/Zehenstrahl in Mittelhand/-fuß, mit plastischer Deckung	1110	64,70	2223	Operative Einrenkung, Luxation Schlüsselbeingelenk	400	23,31	2272	Autologe Tabula-externa-Osteoplastik, mit Deckung Schädel-/Stirnbeindefekt	3500	204,01
2172	Amputation, Mittelhand-/Mittelfußknochen, mit plastischer Deckung	924	53,86	2224	Operative Einrenkung, Luxation Schlüsselbeingelenk, mit Osteosynthese	800	46,63	2273	Chemonukleolyse	600	34,97
2173	Amputation, Unterarm/Unterschlenkel/Oberarm, mit plastischer Deckung	1110	64,70	2225	Operative Einrenkung, Luxation Schlüsselbeingelenk, mit Osteosynthese/Rekonstruktion des Bandapparat	1000	58,29	2274	Redressement des Rumpfes	1135	66,16
2174	Amputation, Oberschenkel, mit plastischer Deckung	1290	75,19	2226	Einrenkung, eingeklemmter Meniskus/ Subluxation Radiuskopfen/ Luxation Sternoklavikulargelenk	120	6,99	2275	Perkutane Nukleotomie	1400	81,60
2181	Lockerung/Streckung, Kiefer-/Hand-/Fußgelenk	227	13,23	2227	Operation, Luxation Kniegelenk	900	52,46	2276	Operative Behandlung, Bandscheibenvorfall	1480	86,27
2182	Lockerung/Streckung, Schulter-/Ellenbogen-/Hüft-/Kniegelenk	379	22,09	2228	Einrenkung, Luxation Hüftgelenk	739	43,07	2277	Operative Behandlung, Bandscheibenvorfall, in zwei/drei Segmenten	1850	107,83
2183	Operatives Anlegen einer Extension am Schädel	740	43,13	2229	Einrenkung, alte Luxation Hüftgelenk	1110	64,70	2278	Stabilisierende operative Maßnah-		
2184	Anlegen von Halo-Extensionen			2230	Einrenkung, angeborene Luxation						

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	men, zusätzlich zu Nr. 2282 oder Nr. 2283	554	32,29		Verschraubung des Innen-/Außenknöchelbrüches	554	32,29	2411	Absetzen einer Brustdrüse	924	53,86
2285	Operative Versteifung, Wirbelsäulenabschnitt	1480	86,27	2344	Osteosynthese/Exstirpation/Teilexstirpation, Knie- scheinbe	1110	64,7	2412	Absetzen einer Brustdrüse/ Brustmuskulatur	1400	81,60
2286	Operative Behandlung, Wirbelsäulenverkrümmungen	2500	145,72	2345	Tibiakopfverschraubung/Verschraubung des Fersenbeinbrüches	924	53,86	2413	Absetzen einer Brustdrüse, mit Ausräumung Lymphstromgebiet	2310	134,64
2287	Operative Behandlung, Wirbelsäulenverkrümmungen, zusätzliche Implantation metallische Osteotomien am Rippenbuckel, zusätzlich zu Nr. 2286/Nr. 2287	3700	215,66	2346	Beck'sche Bohrung	278	16,20	2414	Reduktionsplastik, Mamma	2800	163,20
2288	Neueinpflanzung, Aufspreiz-/Abstützvorrichtung an Wirbelsäule	4000	233,15	2347	Nagelung/Drahtung, gebrochener kleiner Röhrenknochen	370	21,57	2415	Aufbauplastik, Mamma, mit Verschiebeplastik/Inkorporation Mammaprothese	2000	116,57
2290	Stellungskorrektur/Fusion, Wirbelsegmente, bei ventralem Zugang	2770	161,46	2348	Nagelung/Drahtung, kleiner Röhrenknochen, bei offenem Knochenbruch	555	32,35	2416	Aufbauplastik nach Mammaamputation, mit Inkorporation Mammaprothese	3000	174,86
2291	Implantation, Elektrostimulator, bei Skoliose/Pseudarthrose	920	53,62	2349	Nagelung/Drahtung/Verschraubung, gebrochener großer Röhrenknochen	1110	64,70	2417	Operative Entnahme/Implantation, Mamille	800	46,63
2292	Eröffnung, Brust-/ Bauchhöhle bei vorderem Zugang, im Zusammenhang mit Nrn. 2285, 2286, 2287, 2332 und 2333	1110	64,70	2350	Nagelung/Drahtung/Verschraubung, großer Röhrenknochen, bei offenem Knochenbruch	1660	96,76	2418	Replantation einer verpflanzten Mamille	800	46,63
2293	Operation, Steißbeinfistel	370	21,57	2351	Nagelung/Verschraubung, gebrochener Schenkelhals	1480	86,27	2419	Rekonstruktion einer Mamille	1200	69,94
2294	Steißbeinresektion	554	32,29	2352	Nagelung/Verschraubung, Schenkelhals, bei offenem Knochenbruch	2220	129,40	2420	Implantation/operativer Austausch einer Mammaprothese	1100	64,12
2295	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus	463	26,99	2353	Entfernung einer Nagelung/Drahtung/Verschraubung aus kleinen Röhrenknochen	185	10,78	2421	Implantation, subkutanes Medikamentenreservoir	600	34,97
2296	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus, mit Sehnenverpflanzung	924	53,86	2354	Entfernung einer Nagelung/Drahtung/Verschraubung aus großen Röhrenknochen	370	21,57	2422	Tiefreichende Entlastungsinzision, mit Drainage	400	23,31
2297	Operation des Hallux valgus, mit Gelenkkopfresektion/Gelenkplastik/Mittelfußosteotomie, einschließlich der Nrn. 2295 und 2296	1180	68,78	2355	Operative Stabilisierung/Korrektur einer Pseudarthrose/Fehlstellung nach Knochenbruch	1110	64,70	2423	Eröffnung, oberflächlicher Abszess/Furunkel	80	4,66
	VI. Frakturbehandlung			2356	Operative Stabilisierung/Korrektur einer Pseudarthrose/Fehlstellung nach Knochenbruch, nach Osteotomie mittels Nagelung/Verschraubung/Metallplatten/äußeren Spanner	1480	86,27	2424	Eröffnung, disseminierte Abszesse der Haut	220	12,82
2320	Einrichtung, gebrochene Nase	189	11,02	2357	Operative Wiederherstellung, gebrochene Hüftpfanne	2770	161,46	2425	Eröffnung, tief liegender Abszess	303	17,66
2321	Einrichtung, gebrochener Gesichtsknochen	227	13,23	2358	Osteosynthese gebrochener Beckenringknochen/gesprengte Symphyse/Kreuzdarmbeinfuge	2100	122,40	2431	Eröffnung, Karbunkel, mit Exzision	379	22,09
2322	Aufrichtung, gebrochener Wirbel	757	44,12					2432	Eröffnung, Phlegmone	473	27,57
2323	Halswirbelbruchbehandlung durch Zugverband mit Klammer	757	44,12		VII. Chirurgie der Körperoberfläche			2440	Operative Entfernung, Naevus flammeus, je Sitzung	800	46,63
2324	Einrichtung, gebrochenes Schlüsselbein	152	8,86	2380	Überpflanzung von Epidermisstücken	310	18,07	2441	Operative Korrektur, entstellende Gesichtsnarbe	400	23,31
2325	Einrichtung, gebrochenes Schlüsselbein, mit Nagelung/Drahtung	567	33,05	2381	Einfache Hautlappenplastik	370	21,57	2442	Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung	900	52,46
2326	Einrichtung, gebrochenes Schulterblatt/Brustbein	227	13,23	2382	Schwierige Hautlappenplastik/Spalthauttransplantation	739	43,07	2443	Entfernung, Narbengewebe am Augenlid, vor Rekonstruktion eines Augenlides	800	46,63
2327	Einrichtung, gebrochener Oberarmknochen	473	27,57	2383	Vollhauttransplantation	1000	58,29	2444	Implantation eines Magnetkörpers in ein Augenlid	300	17,49
2328	Einrichtung, gebrochener Unterarmknochen	341	19,88	2384	Knorpeltransplantation	739	43,07	2450	Operation des Rhinophyms	600	34,97
2329	Einrichtung, gebrochenes Becken	473	27,57	2385	Transplantation, haartragendes Hautimplantat	1200	69,94	2451	Wiederherstellungsoperation bei Fazialislähmung	2500	145,72
2330	Einrichtung, gebrochener Oberschenkelknochen	757	44,12	2386	Schleimhauttransplantation	688	40,10	2452	Exstirpation einer Fettschürze	1400	81,60
2331	Einrichtung, gebrochener Knochen Handwurzel/Mittelhand/Fußwurzel/Mittelfuß	227	13,23	2390	Deckung eines großen Hautdefektes mit Hauttransplantaten	1330	77,52	2453	Operation, Lymphödem einer Extremität	2000	116,57
2332	Operative Aufrichtung/Einrenkung, gebrochener/luxiertes Wirbelkörper/Wirbelgelenk	2500	145,72	2391	Freie Verpflanzung eines Hautlappens, in mehreren Sitzungen	1500	87,43	2454	Operative Entfernung, überstehendes Fettgewebe einer Extremität	924	53,86
2333	Operative Aufrichtung/Einrenkung, zwei oder mehr gebrochene/luxierte Wirbelkörper/Wirbelgelenke	3700	215,66	2392	Anlage eines Rundstiellappens	900	52,46		VIII. Neurochirurgie		
2334	Operative Stabilisierung, eine Brustwandseite	2800	163,20	2392a	Exzision einer großen Narbe	1000	58,29	2500	Hebung, gedeckte Impressionsfraktur, Schädel	1850	107,83
2335	Einrichtung, gebrochene Knie- scheinbe/Unterschenkelknochen	473	27,57	2393	Implantation eines Rundstiellappens	739	43,07	2501	Operation, offene Impressions-/ Splitterfraktur, Schädel	3100	180,69
2336	Operative Einrichtung, gebrochene Knie- scheinbe	650	37,89	2394	Implantation eines Rundstiellappens, mit Modellierung	2200	128,23	2502	Operation, epidurales Hämatom	2750	160,29
2337	Einrichtung, gebrochene Fingerend-/Zehenknochen	76	4,43	2395	Gekreuzte Beinlappenplastik	2500	145,72	2503	Operation, frische Hirnverletzung mit subduralem/intrazerebralem Hämatom	5250	306,01
2338	Einrichtung, gebrochene Fingergrund-/Fingermittel-/Großzehenknochen	152	8,86	2396	Implantation eines Hautexpanders	900	52,46	2504	Operation, offene Hirnverletzung, mit Dura-/Kopfschwartenplastik	4500	262,29
2338a	Operative Einrichtung, gebrochener Finger-Endgliedknochen, mit Fixation durch Osteosynthese	185	10,78	2397	Operative Ausräumung, ausgedehntes Hämatom	600	34,97	2505	Operation, subdurales Hygrom/Hämatom beim Kleinkind	3000	174,86
2339	Einrichtung, gebrochene Fingergrund-/Fingermittel-/Großzehenknochen, mit Osteosynthese	379	22,09	2400	Öffnung eines Körperkanalverschlusses	111	6,47	2506	Exstirpation, chronisches subdurales Hämatom, mit Kapselentfernung	3750	218,58
2340	Olekranonverschraubung/			2401	Probeexzision aus oberflächlichem Körpergewebe	133	7,75	2507	Entleerung/Bohrlochtrepanation, chronisches subdurales Hämatoms	1800	104,92
				2402	Probeexzision aus tief liegendem Körpergewebe	370	21,57	2508	Operative Versorgung, frontobasale Schädelhirnverletzung	4500	262,29
				2403	Exzision, kleine Geschwulst, Haut/Schleimhaut	133	7,75	2509	Totalexstirpation, Hirnabszess	3750	218,58
				2404	Exzision, großes Geschwulst	554	32,29	2510	Operation, intrazerebrales Hämatom	4000	233,15
				2405	Entfernung, Schleimbeutel	370	21,57	2515	Bohrlochtrepanation, Schädel	1000	58,29
				2407	Exzision, ausgedehnte/blutreiche Geschwulst, mit Ausräumung des Lymphstromgebietes	2310	134,64	2516	Osteoklastische Trepanation, Schädel	1500	87,43
				2408	Ausräumung, Lymphstromgebiet einer Axilla	1100	64,12	2517	Osteoklastische Trepanation, Schädel, mit Wiedereinpassung des Knochendeckels	2250	131,15
				2410	Operation, Mammatumor	739	43,07	2518	Eröffnung, hintere Schädelgrube	2700	157,38
								2519	Trepanation bei Kraniosinose	2250	131,15
								2525	Operation der prämaternen Schädel-		

Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro
	nahtsynostose, mit Einfassung der Knochenränder/Duraschichtresektion, beim Kleinkind	4000	233,15	2580	intra-/extraspinaler Prozess Freilegung/Durchtrennung/Exhairese, Nerv	4000	233,15	2658	dehnte Kieferzyste Operation/Zystostomie, ausge dehnte Kieferzyste, mit Entfernung von Zähnen/Wurzelspitzenresektion	760	44,33
2526	Exstirpation, Konvexitätstumor des Großhirns	3750	218,58	2581	Freilegung/Exhairese, peripherer Trigeminasus	554	32,29	2660	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich	500	29,14
2527	Exstirpation, Großhirntumor, mit Hirnlappenresektion	5250	306,01	2582	Freilegung/Entnahme, autologer peripherer Nerv, zwecks Transplantation	924	53,86	2670	Operative Entfernung, Schlotterkamm/Fibromatose, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	400	23,31
2528	Exstirpation, Tumor der Mittellinie/Schädelbasistumor	7500	437,15	2583	Neurolyse	1800	104,92	2671	Operative Entfernung, Schlotterkamm/Fibromatose, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	500	29,14
2529	Operation, intrakranielle Gefäßmissbildung	8000	466,30	2584	Neurolyse mit Nervenverlagerung/Neueinbettung	924	53,86	2680	Operative Entfernung, Schlotterkamm/Fibromatose, je Kieferhälfte/Frontzahnbereich, in Verbindung mit den Nrn. 2675 oder 2676	500	29,14
2530	Intrakranielle Embolektomie	7500	437,15	2585	Nervenersatzplastik durch Implantation, peripherer Nerv, Hand/Arm	2600	151,55	2681	Einrenkung, Luxation Unterkiefer	100	5,83
2531	Intrakranielle Gefäßtransplantation	7500	437,15	2586	End-zu-End-Naht, Nerv, bei einer frischen Verletzung	2600	151,55	2682	Einrenkung, alte Luxation Unterkiefer	400	23,31
2535	Resektion, Gehirnhemisphäre	6000	349,72	2587	Frühe Sekundärnaht, peripherer Nerv	1350	78,69	2685	Operative Einrenkung, Luxation Kiefergelenk	1400	81,60
2536	Resektion, Gehirnlappen	4500	262,29	2588	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nerven naht	1850	107,83	2686	Reposition, Zahn	200	11,66
2537	Durchschneidung von Nervenbahnen, Gehirn/Medula oblongata	6250	364,30	2589	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nerven naht	2100	122,40	2687	Reposition, zahntragendes Bruchstück des Alveolarfortsatzes	300	17,49
2538	Operation, Enzephalozele der Konvexität	3750	218,58	2590	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nerven naht, mit Defektüberbrückung durch autologes Transplantat	2400	139,89	2688	Allmähliche Reposition, gebrochener Ober-/Unterkiefer/Bruchstück des Alveolarfortsatzes	1300	75,77
2539	Operation, frontobasal gelegene Enzephalozele	6250	364,30	2591	Naht eines Nervenplexus	3000	174,86	2689	Fixation/Osteosynthese/Aufhängung, Kieferfraktur	750	43,72
2540	Ventrikuläre intrakorporale Liquorableitung mittels Ventilsystem	4500	262,29	2592	Interfaszikuläre Defektüberbrückung eines Nervenplexus	6000	349,72	2690	Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Unterkieferbruch, je Kieferhälfte	1000	58,29
2541	Ventrikulozisterostomie	4500	262,29	2593	Mikrochirurgische Interfaszikuläre Neurolyse	1800	104,92	2691	Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Oberkiefer-Aussprengung	3600	209,83
2542	Ventrikuläre extrakorporale Liquorableitung	1800	104,92	2594	Mikrochirurgische Interfaszikuläre Neurolyse, mit Nervenverlagerung/Neueinbettung	2770	161,46	2692	Operative Reposition/Fixation/Osteosynthese, Kieferbruch im Mittelgesichtsbereich, je Kieferhälfte	1500	87,43
2550	Exstirpation, Kleinhirntumor	5000	291,44	2595	Transposition eines Nerven, mit interfaszikulärer mikrochirurgischer Nerven naht	3000	174,86	2693	Operative Reposition/Fixation, Orbitaboden-/Jochbein-/Jochbogenfraktur	1200	69,94
2551	Exstirpation, Kleinhirnbrückenwinkel-/Stammhirntumor	7500	437,15	2596	Nervenpfropfung	1600	93,26	2694	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial, Kiefer-/Gesichtsknochen, je Fraktur	450	26,23
2552	Exstirpation, retrobulbärer Tumor	6250	364,30	2597	Hirnnervenersatzplastik durch Implantation	2400	139,89	2695	Einrichtung/Fixation/Schiennenverbände/Stützapparate, gebrochener Kiefer	2700	157,38
2553	Intrakranielle Operation, basale Liquoristel, mit plastischem Verschluss	6000	349,72	2598	Verödung/Verkochung des Ganglion Gasserii	700	40,80	2696	Drahtumschlingung des Unterkiefers/oro-faziale Drahtaufhängung, auch beidseitig	500	29,14
2554	Plastischer Verschluss, Knochen defekt des Hirnschädels	1800	104,92	2599	Stereotaktische Thermokoagulation des Ganglion Gasserii	1400	81,60	2697	Anlegen von Drahtligaturen/Drahthäkchen, je Kieferhälfte	350	20,14
2555	Eröffnung, Spinalkanal, durch einseitige Hemilaminektomie	1480	86,27	2600	Blockade eines Nerven, Schädelbasis	225	13,11	2698	Anlegen/Fixation einer Schiene, unverletzter Ober-/Unterkiefer	1500	87,43
2556	Eröffnung, Spinalkanal, durch Laminektomie	1850	107,83	2601	Exstirpation eines Ganglions, Schädelbasis	1500	87,43	2699	Anlegen/Fixation einer Schiene, gebrochener Ober-/Unterkiefer	2200	128,23
2557	Eröffnung, Spinalkanal, durch Laminektomie, mit Wieder einpflanzung von Knochenteilen	2400	139,89	2602	Grenzstrangresektion, zervikal	1000	58,29	2700	Anlegen, Vorrichtung, Ober-/Unterkiefer	350	20,40
2560	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem	3750	218,58	2603	Grenzstrangresektion, abdominolumbal	1480	86,27	2701	Anlegen, extraorale Vorrichtung/Platte/Pelotte, bei Narbenkontrakturen	1800	104,92
2561	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem/ Implantation von Reizelektroden	4620	269,29	2604	Grenzstrangresektion, thorakolumbal	3000	174,86	2702	Wiederanbringung/Änderung/Entfernung, Schiene/Stützapparat, je Kiefer	300	17,49
2562	Anatomische Vorausberechnungen zu den Nrn. 2560 und 2561, mit Ultraschallmessungen	2250	131,15		Splanchnikusdurchtrennung, peritoneal/retroperitoneal	1480	86,27	2705	Osteotomie/Osteosynthese, disloziert verheilte Fraktur, Mittelgesicht	1700	99,09
2563	Durchschneidung/Zerstörung, Nerv, an Schädelbasis	2310	134,64					2706	Osteotomie/Osteosynthese, disloziert verheilte Fraktur, Unterkiefer	1300	75,77
2564	Offene Durchtrennung, Nerven, am Rückenmark	4800	279,78					2710	Partielle Resektion/Segmentosteotomie, Ober-/Unterkiefer	1100	64,12
2565	Operativer Eingriff zur Dekompression, Nervenwurzel(n), im Zervikalbereich, mit Foraminotomie/Nr. 2282/Nr. 2283	4100	238,98					2711	Partielle Resektion/Segmentosteotomie, Ober-/Unterkiefer, in Verbindung mit den Nrn. 2640 oder 2642	750	43,72
2566	Operativer Eingriff zur Dekompression, Nervenwurzel(n), im thorakaler/lumbaler Bereich, mit Foraminotomie/Nr. 2282/Nr. 2283	3000	174,86	2620	Operation, isolierte Lippen spalte	750	43,72	2712	Halbseitenresektion, Ober-/Unterkiefer	3000	174,86
2570	Implantation, Reizelektroden/Empfangsgerät, Rückenmark	4500	262,29	2621	Operation, breite Lippen-Kiefer spalte, mit Naseneingangplastik	1500	87,43	2715	Suprahyoideale Lymphknoten-ausräumung einer Seite	2000	116,57
2571	Operation, Missbildung am Rückenmark/Verschluss einer Myelomeningozele/Meningozele	2650	154,46	2622	Plastisch-chirurgische Behandlung, komplette Gesichtsspalte, mit Osteotomien/Osteoplastiken	9000	524,59	2716	Radikale Halslymphknoten-		
2572	Operation, Missbildung am Rückenmark, mit plastischer Rekonstruktion des Wirbelkanals/Faszienplastik	3230	188,27	2625	Verschluss, Defekte am Gaumen/Vestibulum	1250	72,86				
2573	Verschiebeplastik, zusätzlich zu den Nrn. 2571, 2572 und 2584	500	29,14	2626	Velopharyngoplastik	2500	145,72				
2574	Entfernung, raumbeengender Extraduraler Prozess im Wirbelkanal	2750	160,29	2627	Verschluss, harter/weicher Gaumen	2000	116,57				
2575	Entfernung, raumbeengender intraduraler Prozess im Wirbelkanal	3500	204,01	2630	Operative Rekonstruktion, Mittelgesicht, Osteotomie/Osteoplastik	6000	349,72				
2576	Mikrochirurgische Entfernung, spinale Gefäßmissbildung/Tumor	4500	262,29	2640	Operative Verlagerung, Oberkiefer, je Kieferhälfte	1200	69,94				
2577	Entfernung, raumbeengender			2642	Operative Verlagerung, Unterkiefer, je Kieferhälfte	1850	107,83				
				2650	Entfernung/Osteotomie, verlagertes/relinierter Zahn	740	43,13				
				2651	Fremdkörper-Entfernung/Sequestrotomie/Osteotomie, Kiefer	550	32,06				
				2655	Operation/Zystektomie, ausge dehnte Kieferzyste	950	55,37				
				2656	Operation/Zystektomie, ausge dehnte Kieferzyste, mit Entfernung von Zähnen/Wurzelspitzenresektion	620	36,14				
				2657	Operation/Zystostomie, ausge-						

Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in Euro
2720	ausräumung einer Seite Osteotomie/Osteosynthese, bei Operationen am Mundboden	5000	291,44	2837	abdominalis, bei Aneurysma Rekonstruktive Operation, Viszeralgefäß	5000	291,44	2973	nach operativer Pleura-Freilegung Pleurektomie, einseitig	666	38,82
2730	Operation zur Lagerbildung, beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte	800	46,63	2838	Rekonstruktive Operation, Nierenarterie	5000	291,44	2974	Pleurektomie, mit Resektion am Perikard/Zwerchfell	3140	183,02
2732	Operation zur Lagerbildung, bei ausgedehnten Kieferdefekten	500	29,14	2839	Rekonstruktive Operation, Beckenarterien, einseitig	4300	250,64	2975	Dekortikation, Lunge	4800	279,78
		2000	116,57	2840	Rekonstruktive Operation, Oberschenkelarterien	3000	174,86	2976	Ausräumung, Hämatothorax	2000	116,57
	X. Halschirurgie			2841	Rekonstruktive Operation, Kniekehlenarterie	3000	174,86	2977	Thorakokaustik, bei Spontanpneumothorax	739	43,07
2750	Eröffnung des Schlundes durch Schnitt	1110	64,70	2842	Rekonstruktive Operation, Unterschenkelarterien, einseitig	2000	116,57	2979	Operative Entfernung, Pleuraempyem	1110	64,70
2751	Tracheotomie	554	32,29	2843	Rekonstruktive Operation, arteriovenöse Fistel, Extremitäten/Hals	3700	215,66	2985	Thorakaler Eingriff am Zwerchfell	2220	129,40
2752	Exstirpation, Ductus thyroglossus/ mediale Halszyste, mit Teilresektion Zungenbein	1350	78,69	2844	Rekonstruktive Operation, arteriovenöse Fistel, Brust-/ Bauchraum	3700	215,66	2990	Thorakotomie zu diagnostischen Zwecken	1110	64,70
2753	Divertikelresektion, Hals	1660	96,76					2991	Thorakotomie mit Herzmassage	1480	86,27
2754	Operation, Kiemengangfistel	1660	96,76					2992	Thorakotomie, mit Gewebesen- nahme für histologische/bakte- riologische Untersuchung	1290	75,19
2755	Entfernung, Kropfgeschwulst/ Teilresektion, Schilddrüse	1850	107,83		3. Venenchirurgie			2993	Thorakotomie, mit Gewebesen- nahme/intrathorakale Präparationen	1480	86,27
2756	Ausschälung, Nebenschilddrüse	2200	128,23	2880	Inzision, Varixknoten	148	8,63	2994	Operative Eingriffe, Lunge	2770	161,46
2757	Radikaloperation, bösartige Schilddrüsen- geschwulst, mit Ausräumung Lymphstromge- biete/Nachbarorgane	3700	215,66	2881	Varizenexhairese, einseitig	1110	64,70	2995	Lob-/Pneumonektomie	3140	183,02
2760	Ausräumung, Lymphstromgebiet einer Halsseite	1200	69,94	2882	Varizenexhairese/ Unterbrechung der Vv. perforantes, einseitig	1850	107,83	2996	Lungensegmentresektion(en)	4000	233,15
				2883	Crossektomie, Vena saphena magna/parva, mit Seitenäste- Exstirpation	1200	69,94	2997	Lobektomie/Lungensegment- resektion(en)	5100	297,27
	XI. Gefäßchirurgie			2885	Entfernung, kleine Blutaderge- schwulst	1110	64,70	2998	Bilobektomie	4800	279,78
	1. Allgemeine Verrichtungen			2886	Entfernung, große Blutaderge- schwulst	2770	161,46	2999	Pneumonektomie, mit intraperikar- dialer Gefäßversorgung/Ausräu- mung mediastinaler Lymphknoten	5600	326,41
2800	Venaesection	275	16,03	2887	Thrombektomie	2000	116,57	3000	Bronchotomie	2770	161,46
2801	Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, an den Gliedmaßen	463	26,99	2888	Veno-venöse Umleitung	3140	183,02	3001	Thorakale Eingriffe am Tracheobronchialsystem	5800	338,07
2802	Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, Brust-/Bauchhöhle	2220	129,40	2889	Veno-venöse Umleitung, mit arteriovenösem Shunt	3700	215,66	3002	Operative Kavernen-/ Lungenabszesseröffnung	4800	279,78
2803	Freilegung/Unterbindung, Blutgefäß, Hals	1480	86,27	2890	Isolierte Seitenastextirpation/ Perforansdissektion/Perforans- ligatur	350	20,4	3010	Sternotomie	1110	64,70
2804	Druckmessung, am freigelegten Blutgefäß	253	14,75	2891	Rekonstruktive Operation, Körpervenen	3000	174,86	3011	Entfernung, Mediastinaltumor	4000	233,15
2805	Flußmessung, am freigelegten Blutgefäß	350	20,40	2895	Anlage, arteriovenöser Shunt zur Hämodialyse	1480	86,27	3012	Drainage, Mediastinum	554	32,29
2807	Operative Entnahme, Arterie, zum Gefäßersatz	739	43,07	2896	Anlage, arteriovenöser Shunt zur Hämodialyse, mit freiem Trans- plantat	2100	122,40	3013	Intrathorakaler Eingriff am Lymphgefäßsystem	4000	233,15
2808	Operative Entnahme, Vene, zum Gefäßersatz	400	23,31	2897	Beseitigung, arteriovenöser Shunt	1200	69,94		XIII. Herzchirurgie		
2809	Naht, verletztes Blutgefäß, an den Gliedmaßen	740	43,13	2898	Unterbrechung/Filterimplantation, Vena cava caudalis	1500	87,43	3050	Operative Maßnahmen in Verbin- dung mit Herz-Lungen-Maschine	1850	107,83
2810	Rekonstruktiver Eingriff, Vena cava	5000	291,44	2899	Unterbrechung/Freilegung, Vena cava caudalis	2220	129,40	3051	Perfusion, Hirnarterien, zusätzlich zur Nr. 3050	1290	75,19
				2900	Operation/Dissektion, bei portalem Hochdruck	3140	183,02	3052	Perfusion, Koronararterien, zusätzlich zur Nr. 3050	1110	64,70
	2. Arterienchirurgie			2901	Operation/venöse Anastomose, bei portalem Hochdruck	3700	215,66	3053	Perfusion, Arterien eines anderen Organs, zusätzlich zur Nr. 3050	1110	64,70
2820	Rekonstruktive Operation, extrakranielle Hirnarterie	3140	183,02	2902	Operation/venöse Anastomose/ Arterialisierung, bei portalem Hochdruck	4620	269,29	3054	Operative extrathorakale Anlage einer assistierenden Zirkulation	1850	107,83
2821	Rekonstruktive Operation, extrakranielle Hirnarterie, mit Shunt	4200	244,81					3055	Überwachung einer assistierenden Zirkulation, je angefangene Stunde	554	32,29
2822	Rekonstruktive Operation, Armarterie	2300	134,06		4. Sympathikuschirurgie				<i>Die Leistung nach Nr. 3055 ist nur während einer Operation berech- nungsfähig.</i>		
2823	Rekonstruktive Operation, Finger-/Zehenarterie	1850	107,83	2920	Thorakale Sympathektomie	2000	116,57	3060	Intraoperative Funktionsmes- sungen, Herz	554	32,29
2824	Operativer Verschluss, offener Ductus Botalli/ Gefäßmißbildung im Thorax	3000	174,86	2921	Lumbale Sympathektomie	1480	86,27	3065	Operation, Perikard	2000	116,57
2825	Rekonstruktive Operation, Gefäßmißbildung im Thorax	6500	378,87					3066	Operation, Pericarditis constrictiva	3140	183,02
2826	Rekonstruktive Operation, erworbene Stenose/Verschluss, großes Thoraxgefäß	6500	378,87		XII. Thoraxchirurgie			3067	Myokardbiopsie, nach Freilegung des Herzens	1480	86,27
2827	Operation, Aneurysma, großes Thoraxgefäß	7500	437,15	2950	Resektion, eine Rippe	739	43,07	3068	Anlage, künstliche Pulmonalis- stammstenose	3140	183,02
2828	Direkte Naht, intrathorakale Gefäßverletzung	3000	174,86	2951	Resektion, mehrere Rippen	1110	64,70	3069	Shuntoperation, herznahe Gefäße	3000	174,86
2829	Gefäßersatz, intrathorakale Gefäßverletzung	5200	303,09	2952	Resektion, Halsrippe/1. Rippe	1110	64,70	3070	Operative Anlage eines Vorhofseptumdefektes	3000	174,86
2834	Operation, Nierengefäß	1480	86,27	2953	Thorakoplastik	3140	183,02	3071	Naht einer Myokardverletzung	3000	174,86
2835	Rekonstruktive Operation, Aorta abdominalis, bei Stenose/Verschluss	4500	262,29	2954	Thorakoplastik, mit Höhleneröff- nung	4620	269,29	3072	Operativer Verschluss, Vorhof- septumdefekt vom Sekundum-Typ	3000	174,86
2836	Rekonstruktive Operation, Aorta			2955	Thorakoplastik, mit Entschwartung	5000	291,44	3073	Operativer Verschluss, Vorhof- septumdefekt anderen Typs	4000	233,15
				2956	Brustwandteilresektion	2100	122,40	3074	Komplette intraatriale Blutum- leitung	6500	378,87
				2957	Brustwandteilresektion, mit plastischer Deckung	3000	174,86	3075	Thromb-/Embolektomie/ Fremdkörperentfernung, Herz/ herznahes Gefäß	3000	174,86
				2959	Korrekturthorakoplastik, mit Entschwartung	5100	297,27	3076	Operative Entfernung, Herztumor/ Herzwandaneurysma/Herzdiver- tikel	4800	279,78
				2960	Operation, Brustkorbdeformität	3000	174,86	3077	Operativer Verschluss, Herzkam-		
				2970	Anlage, Pleuradrainage	554	32,29				
				2971	Spülung, Pleuraraum	148	8,63				
				2972	Pleuragewebe-Entnahme,						

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro				
3078	merscheidewanddefekt, mittels direkter Naht	3000	174,86	3172	Lageanomalien Magen-Darmtrakt/ Volvulus/Darminvagination	2500	145,72	3235	Kombinierte Rektumexstirpation, mit Laparotomie	5000	291,44				
3079	Operativer Verschluss, Herzkammer- scheidewanddefekt, mittels Prothese	4000	233,15	3173	Operative Darmmobilisation bei Verwachsungen	1600	93,26	3236	Unblutige Erweiterung, Mastdarmschließmuskel	111	6,47				
3084	Resektion intrakardial stenosie- render Muskulatur	3000	174,86	3174	Operative Entfernung, Meckel'sches Divertikel	1480	86,27	3237	Blutige Erweiterung, Mastdarmschließmuskel	370	21,57				
3085	Valvuloplastik, Herzklappe	3300	192,35	3175	Operative Beseitigung, Darmduplikatur	2700	157,38	3238	Fremdkörper-Entfernung, Mastdarm	185	10,78				
3086	Operative Korrektur, Herzklappe	5600	326,41	3176	Operation, Mekoniumileus	2700	157,38	<i>Eine neben der Leistung nach Nr. 3238 erforderliche Rektoskopie ist nach Nr. 690 zusätzlich berech- nungsfähig.</i>							
3087	Operative Korrektur/Ersatz, mehrere Herzklappen	7500	437,15	3177	Transposition, Darmteil, innerhalb des Abdomens	3500	204,01	3239	Muskelplastik, Mastdarm	1800	104,92				
3088	Operation zur direkten myokar- dialen Revaskularisation, ein Versorgungsabschnitt	5600	326,41	3179	Transposition, Darmteil/Magen, aus dem Abdomen heraus	5000	291,44	3240	Operation, Hämorrhoidalknoten	554	32,29				
3089	Operation zur direkten myokar- dialen Revaskularisation, mehrere Versorgungsabschnitte	7500	437,15	3181	Faltung sämtlicher Dünndarmschlingen	4000	233,15	3241	Hohe intraanale Exzision/Anal- plastik, Hämorrhoidalknoten	924	53,86				
3090	Operation, Anomalien der Koronararterien	4000	233,15	3183	Langstreckige Resektion/ Kombinierte Entfernung, Dick-/ Mastdarm	6500	378,87	XV. Hernienchirurgie							
3091	Operation, Reizleitungssystem	4500	262,29	3184	Lebertransplantation	7500	437,15								
3095	Schrittmacher-Erstimplantation	2770	161,46	3185	Operation an der Leber	3000	174,86								
3096	Schrittmacher-Aggregatwechsel	1110	64,70	3186	Exstirpation, Gallenblase	2500	145,72								
3097	Schrittmacher-Korrektureingriff	2770	161,46	3187	Operation an den Gallengängen, mit Exstirpation der Gallenblase	3250	189,43								
XIV. Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie				3188	Biliodigestive Anastomose mit Interposition eines Darmabschnittes	4200	244,81					3280	Operation, Diaphragmahernie	2770	161,46
3120	Diagnostische Peritonealspülung	300	17,49	3189	Operative Beseitigung, Atresien/ Stenosen der Gallengänge, beim Kleinkind	4000	233,15					3281	Operation, Zwerchfellrelaxation	2250	131,15
3121	Choledochoskopie, bei intraabdominaler Operation	500	29,14	3190	Papillenexstirpation/-spaltung, mit Eröffnung des Duodenums	2700	157,38					3282	Zurückbringen eines einge- klemmten Bruches	222	12,94
3122	Intraoperative Manometrie an den Gallenwegen	375	21,86	3192	Milzrevision	2000	116,57					3283	Operation, Nabel-/Mittellinien-/ Bauchnarbenbruch	1110	64,70
3125	Eröffnung des Ösophagus, vom Hals aus	1110	64,70	3194	Präparation/Drainage, Pankreas- zyste, mit Interposition eines Darmabschnittes	3700	215,66					3284	Operation, Nabel-/Mittellinien-/ Bauchnarbenbruch, mit Muskel-/ Faszienverschiebeplastik/ Darmresektion	2500	145,72
3126	Intrathorakaler Eingriff am Öso- phagus	4000	233,15	3195	Resektion, Pankreaskopf	4620	296,29	3285	Operation, Leisten-/Schenkelbruch	1290	75,19				
3127	Operation der Ösophagusatresie, beim Kleinkind	5000	291,44	3196	Resektion, Pankreasschwanz	2220	129,40	3286	Operation, eingeklemmter Leisten-/ Schenkelbruch	2000	116,57				
3128	Operative Beseitigung, angeborene ösophagotracheale Fistel	3000	174,86	3197	Resektion, ganzer Pankreas	4620	269,29	3287	Operation, Omphalozele/ Gastroschisis, beim Kleinkind	2500	145,72				
3129	Operativer Eingriff, terminaler Ösophagus, bei abdominalem Zugang	3000	174,86	3198	Pankreoduodenektomie	5000	291,44	3288	Operative Beseitigung, Ductus omphaloentericus persistens/ Urachusfistel	2250	131,15				
3130	Operativer Eingriff, Ösophagus, bei abdominalthorakalem Zugang	5000	291,44	3199	Milzexstirpation	2220	129,40	XVI. Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen							
3135	Eröffnung, Bauchhöhle, zu diagnostischen Zwecken	1110	64,70	3200	Appendektomie	1480	86,27					3300	Arthroskopie, mit Probeexzision- Modellierendes Redressement, Hand-/Fußverbildung	500	29,14
3136	Eröffnung, subphrenischer Abszess	1110	64,70	3202	Operation, persistierende Fistel am Magen-Darmtrakt	3000	174,86					3301	Stellungsänderung/ Folge-Redressement, im Verlaufe der Behandlung nach Nr. 3301	473	27,57
3137	Eröffnung, Abszess im Bauchraum	1110	64,70	3205	Anlage, Endodrainage, bei intraabdominalen Operationen	2250	131,15					3302	Chiropraktische Wirbelsäulenmobilisierung	37	2,16
3138	Anlage einer Magenfistel	1600	93,26	3206	Anlage, Endodrainage, bei intraabdominalen Operationen	2250	131,15					3303	Chirotherapeutischer Eingriff, Wirbelsäule	148	8,63
3139	Eröffnung/Revision/Spülung, Bauchraum, bei Peritonitis	2770	161,46	3207	Enterostomie	1480	86,27					3304	Abdrücke/Modellherstellung für Hand/Fuß	76	4,43
3144	Naht, Magen-/Darmwand, nach Perforation/Verletzung	1900	110,75	3208	Anlegen, Anus praeter	1480	86,27					3305	Abdrücke/Modellherstellung für Unterarm/Hand oder Unter- schenkel/Fuß	152	8,86
3145	Teilresektion, Magen	2770	161,46	3209	Verschlussoperation für Anus praeter	1250	72,86					3306	Abdrücke/Modellherstellung für Oberschenkelstumpf	189	11,02
3146	Kardiaresektion	4000	233,15	3210	Verschlussoperation für Anus praeter, mit Darmresektion	1750	102,00					3307	Abdrücke/Modellherstellung für Arm/Bein	303	17,66
3147	Totale Magenentfernung	4800	279,78	3211	Anlegen, Anus praeter duplex transversalis	2000	116,57					3308	Abdrücke/Modellherstellung für Arm/Schulter	379	22,09
3148	Resektion, Ulcus pepticum	4000	233,15	3212	Unterweisung eines Anus-praeter- Patienten	120	6,99	3309	Abdrücke/Modellherstellung für Bein/Becken	473	27,57				
3149	Umwandlungsoperation, Magen	5250	306,01	3215	Eröffnung, kongenitaler Afterver- schluss	150	8,74	3310	Abdrücke/Modellherstellung für Rumpf	757	44,12				
3150	Gastrotomie	1600	93,26	3216	Operation, kongenitaler Mastdarmverschluss	1200	69,94	3311	Abdrücke/Modellherstellung für Rumpf/Kopf oder Rumpf/Arm oder Rumpf/Kopf/Arm	946	55,14				
3151	Operative Einbringung eines Tubus, Ösophagus/Magen, als Notope- ration	2700	157,38	3217	Mastdarmverschluss, mit Eröffnung der Bauchhöhle	2700	157,38	3312	Anpassen von Kunstgliedern oder großen orthopädischen Hilfs- mitteln	95	5,54				
3152	Spaltung, Pylorus	1900	110,75	3218	Operation, After-/Mastdarmiss	278	16,20	<i>Unter „Große orthopädische Hilfs- mittel“ sind solche orthopädischen Hilfsmittel zu verstehen, deren Anpassen dem von Kunstgliedern vergleichbar ist. Unter „Anpassen“ ist die durch den Arzt bewirkte Korrektur von bereits vorhandenen, anderweitig angefertigten Kunstgliedern oder</i>							
3153	Pyloroplastik	3000	174,86	3219	Operation, submuköse Mastdarmlisten	300	17,49								
3154	Vagotomie am Magen	3000	174,86	3220	Operation, intramuskuläre Mastdarmlisten	370	21,57								
3155	Vagotomie am Magen, mit Drainage	4500	262,29	3222	Operation, transsphinkterische Mastdarmliste	700	40,80								
3156	Endoskopische Entfernung von Fäden/Fremdkörpern, zusätzlich zur Gastroskopie	450	26,23	3223	Operation, extraspinkterische Fistel	850	49,54								
3157	Magenteilresektion, mit Dickdarmlistenresektion	4620	269,29	3224	Perianale operative Entfernung, Mastdarmpolypen/-geschwülsten	1150	67,03								
3158	Gastroenterostomie	2220	129,40	3226	Perianale operative Entfernung, Mastdarmgeschwulst, mit Durchtrennung der Schließmusku- latur	3500	204,01								
3165	Operative Beseitigung von Atresien/Stenosen/Divertikel, Duodenum	4000	233,15	3230	Manuelles Zurückbringen des Mastdarmvorfalles	120	6,99								
3166	Operative Beseitigung von Atresien/Stenosen/Divertikeln, Jejunum/Ileum	3000	174,86	3231	Operation, Mastdarmvorfall, bei analem/perinealem Zugang	1150	67,03								
3167	Anastomose im Dünndarmgebiet	2220	129,40	3232	Operation, Mastdarmvorfall, bei abdominalem Zugang	2220	129,40								
3168	Jejuno-Zökostomie	2600	151,55	3233	Rektumexstirpation, bei analem Zugang	2800	163,20								
3169	Teilresektion/Anastomose, Kolon	3750	218,58	3234	Rektale Myektomie/Kolostomie	3500	204,01								
3170	Kolektomie/Ileostomie	5250	306,01												
3171	Operative Beseitigung von														

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	<i>großen orthopädischen Hilfsmitteln zu verstehen.</i>								<i>Leistung nach Nr. 3511 ist die Art der Untersuchung in der Rechnung anzugeben.</i>		
3321	Konstruktionsplan für großes orthopädisches Hilfsmittel	152	8,86					Untersuchung, je Messgröße	70	4,08	
M.				Oberbegriff zusammengefasst:				Katalog			
LABORATORIUMSUNTERSUCHUNGEN				Agglutination: Agglutinationsreaktionen (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination, Bakterienagglutination);				3512 Alpha-Amylase			
Allgemeine Bestimmungen				Immundefusion: Immundefusions- (radiale), Elektroimmundefusions-, nephelometrische oder turbidimetrische Untersuchungen;				3513 Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-GT)			
1. Die Gebühren für Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts M umfassen die Eingangsbegutachtung des Probenmaterials, die Probenvorbereitung, die Durchführung der Untersuchung (einschließlich der erforderlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen) sowie die Erstellung des daraus resultierenden ärztlichen Befunds.				Immundefusion: Lichtmikroskopische Untersuchungen mit Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung zum Nachweis von Antigenen oder Antikörpern;				3514 Glukose			
Mit den Gebühren für die berechnungsfähigen Leistungen sind außer den Kosten – mit Ausnahme der Versand- und Portokosten sowie der Kosten für Pharmaka im Zusammenhang mit Funktionstesten – auch die Beurteilung, die obligatorische Befunddokumentation, die Befundmitteilung sowie der einfache Befundbericht abgegolten. Die Verwendung radioaktiven Materials kann nicht gesondert berechnet werden. Kosten für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft sind nicht berechnungsfähig.				Ligandenassay: Enzym-, Chemolumineszenz-, Fluoreszenz-, Radioimmunoassay und ihre Varianten.				3515 Glutaminoxalazetattransaminase (GOT)			
2. Stehen dem Arzt für die Erbringung bestimmter Laboruntersuchungen mehrere in ihrer klinischen Aussagefähigkeit und analytischen Qualität gleichwertige Verfahren zur Verfügung, so kann er nur das niedriger bewertete Verfahren abrechnen.				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.				3516 Glutamylpyruvattransaminase (GPT)			
3. Bei Weiterversand von Untersuchungsmaterial durch einen Arzt an einen anderen Arzt wegen der Durchführung von Laboruntersuchungen der Abschnitte M III und/oder M IV hat die Rechnungsstellung durch den Arzt zu erfolgen, der die Laborleistung selbst erbracht hat.				10. Sofern nicht gesondert gekennzeichnet, handelt es sich bei den aufgeführten Untersuchungen um quantitative oder semiquantitative Bestimmungen.				3517 Hämoglobin			
4. Mehrmalige Blutentnahmen an einem Kalendertag (z. B. im Zusammenhang mit Funktionsprüfungen) sind entsprechend mehrfach berechnungsfähig. Anstelle der Blutentnahme kann die intravenöse Einbringung von Testsubstanzen berechnet werden, wenn beide Leistungen bei liegender Kanüle nacheinander erbracht werden.				11. 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.				3518 Harnsäure			
5. Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus Einzelnen Messgrößen ist nicht berechnungsfähig (z. B. Clearance-Berechnungen, mittlerer korpuskulärer Hämoglobingehalt).				I. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis				3519 Kalium			
6. Die in Abschnitt M enthaltenen Höchstwerte umfassen alle Untersuchungen aus einer Art von Körpermaterial (z. B. Blut einschließlich seiner Bestandteile Serum, Plasma und Blutzellen), das an einem Kalendertag gewonnen wurde, auch wenn dieses an mehreren Tagen untersucht wurde. Sind aus medizinischen Gründen an einem Kalendertag mehrere Untersuchungen einer Messgröße aus einer Materialart zu verschiedenen Tageszeiten erforderlich, so können diese entsprechend mehrfach berechnet werden. Bestehen für diese Bestimmungen Höchstwerte, so gehen sie in den Höchstwert mit ein.				Allgemeine Bestimmungen				3520 Kreatinin			
7. Werden Untersuchungen, die Bestandteil eines Leistungskomplexes sind (z. B. Spermogramm), als selbständige Einzelleistungen durchgeführt, so darf die Summe der Vergütungen für diese Einzelleistungen die für den Leistungskomplex festgelegte Vergütung nicht überschreiten.				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 Probenentnahme bzw. Probenübergabe an den Arzt erfolgt.				3521 Lipase			
8. Für die analoge Abrechnung einer nicht aufgeführten selbständigen Laboruntersuchung ist die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand zutreffendste Gebührennummer aus den Abschnitten M II bis M IV zu verwenden. In der Rechnung ist diese Gebührennummer durch Voranstellen des Buchstabens „A“ als Analogabrechnung zu kennzeichnen.				Die Leistungen nach den Nrn. 3500 bis 3532 sind nicht berechnungsfähig, wenn sie in einem Krankenhaus, einer krankenhaushähnlichen Einrichtung, einer Laborgemeinschaft oder in einer laborärztlichen Praxis erbracht werden.				Untersuchung, je Messgröße			
9. Sofern erforderlich, sind in den Katalogen zu den Messgrößen die zur Untersuchung verwendeten Methoden in Kurzbezeichnung aufgeführt. In den folgenden Fällen werden verschiedene Methoden unter einem gemeinsamen				3500 Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung				100			
10. 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 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.				Katalog			
11. Die erbrachten Einzelleistungen sind auch dann in der Rechnung aufzuführen, wenn für diese ein Höchstwert berechnet wird.				3501 Blutsenkung				60			
12. 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.				3502 Differenzierung, Blutausrich				120			
13. Für die analoge Abrechnung einer nicht aufgeführten selbständigen Laboruntersuchung ist die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand zutreffendste Gebührennummer aus den Abschnitten M II bis M IV zu verwenden. In der Rechnung ist diese Gebührennummer durch Voranstellen des Buchstabens „A“ als Analogabrechnung zu kennzeichnen.				3503 Hamatokrit				70			
14. 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				Mikroskopische Einzelbestimmung, je Messgröße				60			
15. 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.				3504 Erythrozyten				60			
16. Die erbrachten Einzelleistungen sind auch dann in der Rechnung aufzuführen, wenn für diese ein Höchstwert berechnet wird.				3505 Leukozyten				60			
17. 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.				3506 Thrombozyten				60			
18. Für die analoge Abrechnung einer nicht aufgeführten selbständigen Laboruntersuchung ist die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand zutreffendste Gebührennummer aus den Abschnitten M II bis M IV zu verwenden. In der Rechnung ist diese Gebührennummer durch Voranstellen des Buchstabens „A“ als Analogabrechnung zu kennzeichnen.				3508 Mikroskopie, Nativpräparat, je Material				80			
19. 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				3509 Mikroskopie nach einfacher Färbung, je Material				100			
20. 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.				3510 Mikroskopie nach differenzierender Färbung, je Präparat				120			
21. Die erbrachten Einzelleistungen sind auch dann in der Rechnung aufzuführen, wenn für diese ein Höchstwert berechnet wird.				3511 Teststreifenuntersuchung, je Untersuchung				50			
22. 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.				Können mehrere Messgrößen durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers erfasst werden, so ist die Leistung nach Nr. 3511 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn mehrere Einfachreagenzträger verwandt wurden.				Bei mehrfacher Berechnung der			
23. Für die analoge Abrechnung einer nicht aufgeführten selbständigen Laboruntersuchung ist die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand zutreffendste Gebührennummer aus den Abschnitten M II bis M IV zu verwenden. In der Rechnung ist diese Gebührennummer durch Voranstellen des Buchstabens „A“ als Analogabrechnung zu kennzeichnen.				3555 Calcium				40			
24. 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				3556 Chlorid				30			
25. 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.				3557 Kalium				30			
26. Die erbrachten Einzelleistungen sind auch dann in der Rechnung aufzuführen, wenn für diese ein Höchstwert berechnet wird.				II. Basislabor				Allgemeine Bestimmungen			
27. 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.				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			
28. Für die analoge Abrechnung einer nicht aufgeführten selbständigen Laboruntersuchung ist die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand zutreffendste Gebührennummer aus den Abschnitten M II bis M IV zu verwenden. In der Rechnung ist diese Gebührennummer durch Voranstellen des Buchstabens „A“ als Analogabrechnung zu kennzeichnen.				3541.H Höchstwert für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen des Abschnitts M II				480			
29. 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				1. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen				3550 Blutbild/Blutbildbestandteile			
30. 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 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.				60			
31. Die erbrachten Einzelleistungen sind auch dann in der Rechnung aufzuführen, wenn für diese ein Höchstwert berechnet wird.				3551 Leukozyten-Differenzierung, zusätzlich zu Nr. 3550				20			
32. 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.				3552 Retikulozytenzahl				70			
33. Für die analoge Abrechnung einer nicht aufgeführten selbständigen Laboruntersuchung ist die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand zutreffendste Gebührennummer aus den Abschnitten M II bis M IV zu verwenden. In der Rechnung ist diese Gebührennummer durch Voranstellen des Buchstabens „A“ als Analogabrechnung zu kennzeichnen.				2. Elektrolyte, Wasserhaushalt				3555 Calcium			
34. 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				3556 Chlorid				30			
35. 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.				3557 Kalium				30			

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
3558	Natrium	30	1,75	3611	Blutzuckertagesprofil	160	9,33		strich	570	33,22
3. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel				3612	Glukosetoleranztest, intravenös	280	16,32	3682	Eisenfärbung, Blut-/Knochenmark- ausstrich	120	6,99
Allgemeine Bestimmung				3613	Glukosetoleranztest, oral	160	9,33	3683	Färbung, Blut-/Knochenmarkaus- strich, je Färbung	250	14,57
Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.				3615	Kreatinin-Clearance	60	3,50	3686	Eosinophilenzahl	70	4,08
3560	Glukose	40	2,33	8. Spurenlemente				3688	Osmotische Resistenz, Erythrozyten	90	5,25
3561	Glykierte Hämoglobine (HbA1c), HbA1c)	200	11,66	3620	Eisen	40	2,33	3689	Fetales Hämoglobin (HbF)	160	9,33
3562.H1	Cholesterin	40	2,33	3621	Magnesium	40	2,33	3690	Freies Hämoglobin	180	10,49
3563.H1	HDL-Cholesterin	40	2,33	III. Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen				3691	Hämoglobinelektrophorese	570	33,22
3564.H1	LDL-Cholesterin	40	2,33	Allgemeine Bestimmung				3692	Methämoglobin/Carboxyhämo- globin/Sauerstoffsättigung	60	3,50
3565.H1	Triglyzeride	40	2,33	Für die mit H2, H3 und H4 gekennzeichneten Untersuchungen sind die Höchstwerte nach den Nrn. 3630.H, 3631.H und 3633.H zu beachten.				3693	Granulozytenfunktionstest, je Funktionstest	570	33,22
4. Proteine, Elektrophoreseverfahren				Höchstwerte				3694	Lymphozytentransformationstest	570	33,22
Allgemeine Bestimmung				3630.H Höchstwert für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 8				3695	Phagozytäre Funktion, Granulo- zyten	120	6,99
Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.				3631.H Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 10				3696	Phänotypisierung/Rezeptornach- weis, Zellen, Durchflusszytometrie, je Antiserum	570	33,22
3570.H1	Albumin, photometrisch	30	1,75	3633.H Höchstwert für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 14				3697	Phänotypisierung/Rezeptornach- weis, Zellen, Durchflusszytometrie, weitere Antiseren, je Antiserum	250	14,57
3571	Immunglobulin A/G/M, je Immunglobulin	150	8,74	1. Ausscheidungen (Urin, Stuhl)				<i>Die Leistung nach Nr. 3697 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 3696 berechnet werden.</i>			
3572	Immunglobulin E (IgE)	250	14,57	3650	Blut im Stuhl, dreimalige Untersu- chung	60	3,50	<i>Die Leistung nach Nr. 3699 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 3698 berechnet werden.</i>			
3573.H1	Gesamt-Protein Serum/Plasma	30	1,75	<i>Die Kosten für ausgegebenes Test- material sind anstelle der Leistung nach Nr. 3650 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Grün- den unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.</i>				3698	Phänotypisierung/Rezeptornachweis, Zellen, Immunfluoreszenz	450	26,23
3574	Proteinelektrophorese Serum	200	11,66	2. Sekrete, Liquor, Konkremente				3699	Phänotypisierung/Rezeptornachweis, Zellen, Immunfluoreszenz, weitere Antiseren, je Antiserum	360	20,98
3575	Transferrin	100	5,83	3651	Mikroskopie, Urinsediment	70	4,08	<i>Die Leistung nach Nr. 3699 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 3698 berechnet werden.</i>			
5. Substrate, Metabolite, Enzyme				3652	Streifentest im Urin, je Untersuchung	35	2,04	4. Elektrolyte, Wasserhaushalt, physikalische Eigenschaften von Körperflüssigkeiten			
Allgemeine Bestimmung				3653	Urinsediment	50	2,91	3710	Blutgasanalyse	90	5,25
Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nr. 3541.H zu beachten.				3654	Zellzählung im Urin (Addis-Count)	80	4,66	3711	Blutsenkung	40	2,33
3580.H1	Anorganisches Phosphat	40	2,33	3. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen				3712	Viskosität	250	14,57
3581.H1	Bilirubin, gesamt	40	2,33	3660	Mikroskopie, Sekret	40	2,33	3714	pH-Wert (nicht Blut/Urin)	40	2,33
3582	Bilirubin, direkt	70	4,08	3661	Gallensediment	40	2,33	3715	Bikarbonat	60	3,50
3583.H1	Harnsäure	40	2,33	3662	HCl	70	4,08	3716	Osmolalität	50	2,91
3584.H1	Harnstoff	40	2,33	3663	Differenzierung, Sperma	160	9,33	5. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel			
3585.H1	Kreatinin	40	2,33	3664	Spermienagglutination	120	6,99	3721	Glykierte Proteine	250	14,57
3587.H1	Alkalische Phosphatase	40	2,33	3665	Spermien-Mucus-Penetrationstest, je Ansatz	150	8,74	3722	Fructosamin	70	4,08
3588.H1	Alpha-Amylase	50	2,91	3667	Spermienzahl und Motilitätsbeur- teilung	70	4,08	3723	Fruktose	200	11,66
3589.H1	Cholinesterase	40	2,33	3668	Physikalisch-morphologische Untersuchung, Sperma	400	23,31	3724	D-Xylose	200	11,66
3590.H1	Creatinkinase (CK)	40	2,33	<i>Neben der Leistung nach Nr. 3668 sind die Leistungen nach den Nrn. 3663, 3664 und/oder 3667 nicht berechnungsfähig.</i>				3725	Apolipoprotein, je Bestimmung	200	11,66
3591.H1	Creatinkinase MB (CK-MB)	50	2,91	3669	Erythrozytenzahl (Liquor)	60	3,50	3726	Fettsäuren	410	23,90
3592.H1	Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-GT)	40	2,33	3670	Leukozytenzahl (Liquor)	60	3,50	3727	Fraktionierung, Lipoproteine	680	39,64
3593.H1	Glutamaldehydogenase (GLDH)	50	2,91	3671	Differenzierung, Liquorzellausstrich	160	9,33	3728	Lipidelektrophorese, qualitativ	180	10,49
3594.H1	Glutaminoxalazetattransaminase (GOT)	40	2,33	3672	Steinanalyse, Infrarotspektrometrie/ Mikroskopie	250	14,57	3729	Lipidelektrophorese, quantitativ	300	17,49
3595.H1	Glutamalpyruvattransaminase (GPT)	40	2,33	3673	Steinanalyse, Röntgendiffraktion	570	33,22	3730	Lipoprotein (a)	300	17,49
3596.H1	Hydroxybutyraldehydogenase (HDBH)	40	2,33	6. Proteine, Aminosäuren, Elektrophoreseverfahren				Allgemeine Bestimmung			
3597.H1	Laktatdehydrogenase (LDH)	40	2,33	Für die mit H4 gekennzeichnete Untersuchung ist der Höchstwert nach Nr. 3633.H zu beachten.				Für die mit H4 gekennzeichnete Untersuchung ist der Höchstwert nach Nr. 3633.H zu beachten.			
3598.H1	Lipase	50	2,91	3735				Albumin	150	8,74	
3599	Saure Phosphatase (SP)	70	4,08	3736				Albumin (vorgefertigte Reagenzträger)	120	6,99	
6. Gerinnungssystem				3737				Aminosäuren	570	33,22	
3605	Partielle Thromboplastinzeit (PTT)	50	2,91	3738				Aminosäuren, qualitativ	250	14,57	
3606	Plasmathrombinzeit (PTZ)	70	4,08	3739				Alpha1-Antitrypsin	180	10,49	
3607	Thromboplastinzeit (Quickwert)	50	2,91	3740				Coeruloplasmin	180	10,49	
7. Funktionsteste				3741				Creaktives Protein (CRP)	200	11,66	
Allgemeine Bestimmungen				3742				Ferritin	250	14,57	
Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abweichende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berech- nungsfähig.				3743				Alpha-Fetoprotein (AFP)	250	14,57	
Sind aus medizinischen Gründen über den jeweils genannten Lei- stungsumfang hinaus weitere Bestimmungen einzelner Messgrö- ßen erforderlich, so können diese mit entsprechender Begrün- dung als Einzelleistungen gesondert berechnet werden.				3680				Differenzierung, Blutaussstrich	90	5,25	
3610	Amylase-Clearance	100	5,83	3681				Differenzierung, Knochenmarkaus-			

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
3926	fragmente, Elektrophorese Identifizierung humaner Nukleinsäurefragmente durch Sequenzermittlung	600	34,97						Hormonbestimmung, Ligandenassay	250	14,57
		2000	116,57	3988	tigene (zwei Test-Präparationen), indirekter Coombstest	140	8,16		<i>Katalog</i>		
					Antikörper gegen Erythrozyten- antigene (drei und mehr Test-Prä- parationen), indirekter Coombstest	200	11,66		4020 Cortisol		
				3989	Antikörper gegen Erythrozytenanti- gene (acht bis zwölf Test-Präparati- onen), indirekter Coombstest, nach Nr. 3987/3988, je Test-Präparation	60	3,50		4021 Folitropin (FSH)		
				3990	Antikörper gegen Erythrozytenan- tigene (zwei Test-Präparationen), NaCl-/Enzymmilieu	70	4,08		4022.H4 Freies Trijodthyronin (fT3)		
				3991	Antikörper gegen Erythrozytenan- tigene (drei und mehr Test-Präpa- rationen), NaCl-/Enzymmilieu	100	5,83		4023.H4 Freies Thyroxin (fT4)		
				3992	Antikörper gegen Erythrozytenan- tigene, (acht bis zwölf Test-Präpara- tionen), NaCl-/Enzymmilieu, nach Nr. 3990/3991, je Test-Präparation	30	1,75		4024 Humanes Choriongonadotropin (HCG)		
				3993	Bestimmung des Antikörpertiters, nach Nr. 3989/3992	400	23,31		4025 Insulin		
				3994	Quantitative Antikörper-Bestimmung gegen Erythrozytenantigene	140	8,16		4026 Luteotropin (LH)		
				3995	Qualitativer Antikörper-Nachweis gegen Leukozyten-/Thrombozyten- antigene (bis zu zwei Titerstufen)	350	20,40		4027 Östriol		
				3996	Quantitative Antikörper-Bestim- mung gegen Leukozyten-/Throm- bozytenantigene (mehr als zwei Titerstufen)	600	34,97		4028 Plazentalaktogen (HPL)		
				3997	Direkter Coombstest, mindestens zwei Antiseren	120	6,99		4029.H4 T3-Uptake-Test		
				3998	Ermittlung der Antikörperklasse, nach Nr. 3989/3997, je Antiserum	90	5,25		4030 Thyreoida stimulierendes Hormon (TSH)		
				3999	Antikörper-Elution/-Absorption, je Untersuchung	360	20,98		4031.H4 Thyroxin		
					<i>Die Art der Untersuchung ist in der Rechnung anzugeben.</i>			4032.H4 Trijodthyronin			
				4000	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe)	200	11,66		4033 Ähnliche Untersuchungen		
				4001	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe)/Identitätssicherung im ABO-System	300	17,49		<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
					<i>Die Leistung nach Nr. 4001 ist für die Identitätssicherung im ABO- System am Krankenbett (bedside- test) nicht berechnungsfähig.</i>				Hormonbestimmung, Ligandenassay	350	20,40
				4002	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) als Kalteinsatz	100	5,83		<i>Katalog</i>		
				4003	Dichtegradientenisolierung von Zellen/Organellen/Proteinen, je Isolierung	400	23,31		4035 17-Alpha-Hydroxyprogesteron		
				4004	HLA-Antigen der Klasse I	750	43,72		4036 Androstendion		
				4005	Höchstwert für Nr. 4004	3000	174,86		4037 Dehydroepiandrosteron (DHEA)		
				4006	Gesamttypisierung, HLA-Antigene Klasse I (mindestens 60 Antiseren), je Antiserum	30	1,75		4038 Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS)		
				4007	Höchstwert für Nr. 4006	3600	209,83		4039 Östradiol		
				4008	Gesamttypisierung, HLA-Antigene Klasse II (bis zu 15 Sonden), insgesamt	2500	145,72		4040 Progesteron		
				4009	Subtypisierung, HLA-Antigene Klasse II (bis zu 40 Sonden), insgesamt	2700	157,38		4041 Prolaktin		
				4010	HLA-Isoantikörpernachweis	800	46,63		4042 Testosteron		
				4011	Spezifizierung der HLA-Isoanti- körper, insgesamt	1600	93,26		4043 Wachstumshormon (HGH)		
				4012	Serologische Verträglichkeitsprobe im Gewebe-HLA-System	750	43,72		4044 Ähnliche Untersuchungen		
				4013	Lymphozytenmischkultur (MLC)	4600	268,12		<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
				4014	Lymphozytenmischkultur (MLC), jede weitere Testperson	2300	134,06				
					14. Hormone und ihre Metabolite, biogene Amine, Rezeptoren						
					Allgemeine Bestimmung				Hormonbestimmung, Ligandenassay	750	43,72
					Für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchst- wert nach Nr. 3633.H zu beachten.				<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		
									<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
									4070 Thyreoglobulin, Ligandenassay	900	52,46
									Hormonbestimmung, Chromatographie/ Photometrie	570	33,22
									<i>Katalog</i>		
									4071 5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES)		
									4072 Adrenalin/Noradrenalin/Dopamin		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	
4073	Homovanillinsäure im Urin (HVA)				(Sechsmalige Bestimmung Glukose/ Wachstumshormon/Cortisol)	3840	223,82	4158	Cocainmetabolite			
4074	Metanephrine							4160	Desipramin			
4075	Serotonin			4107	Laktat-Ischämietest			4161	Digitoxin			
4076	Steroidprofil				(Fünfmalige Bestimmung Laktat)	900	52,46	4162	Digoxin			
4077	Vanillinmandelsäure (VMA)			4108	Laktose-Toleranztest			4163	Disopyramid			
4078	Ähnliche Untersuchungen				(Fünfmalige Bestimmung Glukose)	200	11,66	4164	Ethosuximid			
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4109	LH-RH-Test			4165	Flecainid			
					(Zweimalige Bestimmung LH/FSH)	1000	58,29	4166	Gentamicin			
4079	Zuschlag zu Nrn. 4071 bis 4078 bei Anwendung der Gaschromato- graphie-Massenspektrometrie	350	20,40	4110	MEGX-Test (Monoethylglycinylidid)			4167	Lidocain			
4080	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES)	120	6,99		(Zweimalige Bestimmung MEGX)	500	29,14	4168	Methadon			
4081	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 500 U/l)	120	6,99	4111	Metoclopramidtest			4169	Methotrexat			
4082	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze kleiner als 50 U/l)	140	8,16		(Zweimalige Bestimmung Prolaktin)	700	40,80	4170	N-Azetylprocainamid			
4083	Luteotropin (LH) im Urin, je Bestimmung	570	33,22	4112	Pentagastrintest			4171	Netilmicin			
4084	Gesamt-Östrogene im Urin	570	33,22		(Sechsmalige Bestimmung Calcitonin)	2880	167,87	4172	Opiate			
4085	Vanillinmandelsäure im Urin (VMA)	250	14,57	4113	Renin-Aldosteron-Stimulationstest			4173	Phenobarbital			
4086	Östrogenrezeptoren	1200	69,94		(Zweimalige Bestimmung Renin/Aldosteron)	1920	111,91	4174	Phenytoin			
4087	Progesteronrezeptoren	1200	69,94	4114	Renin-Aldosteron-Suppressionstest			4175	Primidon			
4088	Andere Hormonrezeptoren	1200	69,94		(Zweimalige Bestimmung Renin/Aldosteron)	1920	111,91	4176	Propaphenon			
4089	Tumornekrosefaktorrezeptor (p55)	450	26,23	4115	Seitengetrennte Reninbestimmung			4177	Salizylat			
					(Viermalige Bestimmung Renin)	1920	111,91	4178	Streptomycin			
				4116	Sekretin-Pankreozymin-Evokations- test (Dreimalige Bestimmung Amy- lase/Lipase/Trypsin/Bikarbonat)	1080	62,95	4179	Theophyllin			
				4117	TRH-Test			4180	Tobramicin			
					(Zweimalige Bestimmung TSH)	500	29,14	4181	Valproinsäure			
				4118	Vitamin A-Resorptionstest			4182	Ähnliche Untersuchungen			
					(Zweimalige Bestimmung Vitamin A)	720	41,97		<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
								4185	Cyclosporin	300	17,49	
									Untersuchung, Ligandenassay	700	40,80	
									<i>Katalog</i>			
									4186	Amitriptylin		
									4187	Imipramin		
									4188	Nortriptylin		
									Untersuchung, Atomabsorption	410	23,90	
									<i>Katalog</i>			
									4190	Aluminium		
									4191	Arsen		
									4192	Blei		
									4193	Cadmium		
									4194	Chrom		
									4195	Gold		
									4196	Quecksilber		
									4197	Thallium		
									4198	Ähnliche Untersuchungen		
									<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
									Untersuchung, Hochdruckflüssigkeits- chromatographie, je Untersuchung	360	20,98	
									<i>Katalog</i>			
									4199	Amiodarone		
									4200	Antiepileptika		
									4201	Chinidin		
									4202	Ähnliche Untersuchungen		
									<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
									Untersuchung, Hochdruckflüssigkeits- chromatographie, je Untersuchung	450	26,23	
									<i>Katalog</i>			
									4203	Antibiotika		
									4204	Antimykotika		
									Untersuchung, Gaschromatographie, je Untersuchung	410	23,90	
									<i>Katalog</i>			
									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-Massen- spektrometrie, je Untersuchung	900	52,46
									4211	Ethanol	150	8,74

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	Cortisolagesprofil (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 Magensekretions- analyse (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		

16. Porphyrine und ihre Vorläufer

4120	Delta-Aminolävulinsäure	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	Porphyrinprofil, Hochdruckflüssig- keitschromatographie, je Material	570	33,22
4126	Porphyrinprofil, Dünnschicht- chromatographie, je Material	460	26,81

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, Hochdruckflüssigkeitschromato- graphie	360	20,98
	<i>Katalog</i>		
	4141 Vitamin A		
	4142 Vitamin E		
	Vitamine, Hochdruckflüssigkeitschromato- graphie	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		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
4212	Exogene Gifte, Screening	250	14,57		<i>in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4213	Identifikation von exogenen Giften, Dünnschichtchromatographie, je Untersuchung	360	20,98		Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz	510	29,73		Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinationsreaktion	240	13,99
4214	Lithium	60	3,50		<i>Katalog Antikörper gegen</i>				<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
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	90	5,25		<i>Katalog Antikörper gegen</i>				<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
	4220 Borrelia burgdorferi				4263 Bordetella pertussis				4305 Epstein-Barr-Virus (Paul-Bunnell-Test)		
	4221 Brucellen				4264 Borrelia burgdorferi				4306 Röteln-Virus		
	4222 Campylobacter				4265 Chlamydia trachomatis				4307 Ähnliche Untersuchungen		
	4223 Francisellen				4266 Coxiella burnetii				<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	4224 Legionella pneumophila bis zu fünf Typen, je Typ				4267 Legionella pneumophila				Qualitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz	290	16,90
	4225 Leptospiren				4268 Mycoplasma pneumoniae				<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
	4226 Listerien, je Typ				4269 Rickettsien				4310 Adenoviren		
	4227 Rickettsien (Weil-Felix-Reaktion)				4270 Treponema pallidum (FTA-Abs-Test)				4311 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)		
	4228 Salmonellen-H-Antigene				4271 Treponema pallidum (Igm-FTA-Abs-Test)				4312 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)		
	4229 Salmonellen-O-Antigene				4272 Ähnliche Untersuchungen				4313 Epstein-Barr-Virus Capsid (Igm)		
	4230 Staphylolysin				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4314 Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus		
	4231 Streptolysin				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz	800	46,63		4315 Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted		
	4232 Treponema pallidum (TPHA, VDRL-Test)				<i>Katalog Antikörper gegen</i>				4316 Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)		
	4233 Yersinien bis zu zwei Typen, je Typ				4273 Treponema pallidum (19S-Igm-FTA-Abs-Test)				4317 FSME-Virus		
	4234 Ähnliche Untersuchungen				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Komplementbindungsreaktion (KBR)	250	14,57		4318 Herpes simplex-Virus 1 (IgG)		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Katalog Antikörper gegen</i>				4319 Herpes simplex-Virus 1 (Igm)		
	Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion	230	13,41		4275 Campylobacter				4320 Herpes simplex-Virus 2 (IgG)		
	<i>Katalog Antikörper gegen</i>				4276 Chlamydia psittaci				4321 Herpes simplex-Virus 2 (Igm)		
	4235 Agglutinierende Antikörper (WIDAL-Reaktion)				4277 Chlamydia trachomatis				4322 HIV 1		
	4236 Borrelia burgdorferi				4278 Coxiella burnetii				4323 HIV 2		
	4237 Brucellen				4279 Gonokokken				4324 Influenza A-Virus		
	4238 Campylobacter				4280 Leptospiren				4325 Influenza B-Virus		
	4239 Francisellen				4281 Listerien				4327 Masern-Virus		
	4240 Legionellen bis zu zwei Typen, je Typ				4282 Mycoplasma pneumoniae				4328 Mumps-Virus		
	4241 Leptospiren				4283 Treponema pallidum				4329 Parainfluenza-Virus 1		
	4242 Listerien, je Typ				4284 Yersinien				4330 Parainfluenza-Virus 2		
	4243 Rickettsien				4285 Ähnliche Untersuchungen				4331 Parainfluenza-Virus 3		
	4244 Salmonellen-H-Antigene, bis zu zwei Antigenen, je Antigen				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4332 Respiratory syncytial virus		
	4245 Salmonellen-O-Antigene, bis zu vier Antigenen, je Antigen				Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay	350	20,40		4333 Tollwut-Virus		
	4246 Staphylolysin				<i>Katalog Antikörper gegen</i>				4334 Varizella-Zoster-Virus		
	4247 Streptolysin				4286 Borrelia burgdorferi				4335 Ähnliche Untersuchungen		
	4248 Treponema pallidum (TPHA, VDRL-Test)				4287 Campylobacter				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	4249 Yersinien, bis zu zwei Typen, je Typ				4288 Coxiella burnetii				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz	510	29,73
	4250 Ähnliche Untersuchungen				4289 Leptospiren				<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4290 Mycoplasma pneumoniae				4337 Adenoviren		
	Qualitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz	290	16,90		4291 Ähnliche Untersuchungen				4338 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)		
	<i>Katalog Antikörper gegen</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4339 Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)		
	4251 Bordetella pertussis				Antikörper-Bestimmung, sonstige Methoden				4340 Epstein-Barr-Virus Capsid (Igm)		
	4252 Borrelia burgdorferi				<i>Katalog</i>				4341 Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus		
	4253 Chlamydia trachomatis				4293 Streptolysin, Immundiffusion	180	10,49		4342 Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted		
	4254 Coxiella burnetii				4294 Streptolysin, Hämolysehemmung	230	13,41		4343 Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)		
	4255 Legionella pneumophila				4295 Streptokokken-Desoxyribonuklease, Immundiffusion	180	10,49		4344 FSME-Virus		
	4256 Leptospiren (IgA/IgG/IgM)				4296 Streptokokken-Desoxyribonuklease, Farbreaktion/visuell	120	6,99		4345 Herpes simplex-Virus 1 (IgG)		
	4257 Mycoplasma pneumoniae				4297 Hyaluronidase, Farbreaktion/visuell	120	6,99		4346 Herpes simplex-Virus 1 (Igm)		
	4258 Rickettsien				20. Antikörper gegen Virusantigene				4347 Herpes simplex-Virus 2 (IgG)		
	4259 Treponema pallidum (FTA-Abs-Test)				Allgemeine Bestimmung				4348 Herpes simplex-Virus 2 (Igm)		
	4260 Treponema pallidum (Igm-FTA-Abs-Test)				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.				4349 HIV 1		
	4261 Ähnliche Untersuchungen				Qualitativer Antikörper-Nachweis, Agglutinationsreaktion	90	5,25		4350 HIV 2		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Katalog Antikörper gegen</i>				4351 Influenza A-Virus		
					4300 Epstein-Barr-Virus (Paul-Bunnell-Test)				4352 Influenza B-Virus		
					4301 Röteln-Virus				4353 Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus		
					4302 Ähnliche Untersuchungen				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,		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	Komplementbindungsreaktion (KBR) <i>Katalog Antikörper gegen</i>	250	14,57		chungsmethode ist nicht zulässig.				<i>in der Rechnung anzugeben.</i>		
4365	Adenoviren				Qualitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz	290	16,90		Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz	510	29,73
4366	Coronaviren				<i>Katalog Antikörper gegen</i>				<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
4367	Influenza A-Virus			4415	Candida albicans			4448	Entamoeba histolytica		
4368	Influenza B-Virus			4416	Ähnliche Untersuchungen			4449	Leishmanien		
4369	Influenza C-Virus				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4450	Pneumocystis carinii		
4370	Lymphozytäres Choriomenin- gitis-Virus				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Immunfluoreszenz	510	29,73	4451	Plasmodien		
4371	Parainfluenza-Virus 1				<i>Katalog Antikörper gegen</i>			4452	Schistosomen		
4371a	Parainfluenza-Virus 2			4418	Candida albicans			4453	Toxoplasma gondii		
4372	Parainfluenza-Virus 3			4419	Ähnliche Untersuchungen			4454	Trypanosoma cruzi		
4373	Polyomaviren				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4455	Ähnliche Untersuchungen		
4374	Reoviren				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion	240	7,58		Quantitative Antikörper-Bestimmung, Komplementbindungsreaktion (KBR)	250	14,57
4375	Respiratory syncytial virus				<i>Katalog Antikörper gegen</i>				<i>Katalog Antikörper gegen</i>		
4376	Ähnliche Untersuchungen			4421	Aspergillus			4456	Echinokokken		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4422	Candida albicans			4457	Entamoeba histolytica		
	Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay <i>Katalog Antikörper gegen</i>	240	13,99	4423	Ähnliche Untersuchungen			4458	Leishmanien		
4378	Cytomegalie-Virus				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4459	Toxoplasma gondii		
4379	FSME-Virus				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion	240	7,58	4460	Ähnliche Untersuchungen		
4380	HBe-Antigen				<i>Katalog Antikörper gegen</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4381	HBs-Antigen			4425	Aspergillus				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay	230	13,41
4382	Hepatitis A-Virus (IgG und IgM)			4426	Candida albicans			4461	Toxoplasma gondii		
4383	Hepatitis A-Virus (IgM)			4427	Ähnliche Untersuchungen			4462	Ähnliche Untersuchungen		
4384	Herpes simplex-Virus				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4385	Masern-Virus				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion	240	7,58		Quantitative Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay	350	20,40
4386	Mumps-Virus				<i>Katalog Antikörper gegen</i>			4465	Entamoeba histolytica		
4387	Röteln-Virus			4430	Echinokokken			4466	Leishmanien		
4388	Varizella-Zoster-Virus			4431	Schistosomen			4467	Schistosomen		
4389	Ähnliche Untersuchungen			4432	Ähnliche Untersuchungen			4468	Toxoplasma gondii		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4469	Ähnliche Untersuchungen		
	Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay <i>Katalog Antikörper gegen</i>	300	17,49		22. Antikörper gegen Parasitenantigene				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4390	Cytomegalie-Virus				Allgemeine Bestimmung				IV. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern		
4391	Epstein-Barr-Virus				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 Agglutina- tions- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Unters- uchungsmethode ist nicht zulässig.				Allgemeine Bestimmung		
4392	FSME-Virus				Qualitativer Antikörper-Nachweis, Agglutinations-/Fällungsreaktion	90	5,25		Werden Untersuchungen berechnet, die im methodischen Auf- wand mit im Leistungstext konkret benannten Untersuchungen vergleichbar sind, so muss die Art der berechneten Untersuchun- gen genau bezeichnet werden.		
4393	HBe-Antigen				<i>Katalog Antikörper gegen</i>				1. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Bakterien		
4394	Herpes simplex-Virus				4430	Echinokokken			<i>a. Untersuchungen im Nativmaterial</i>		
4395	HIV				4431	Schistosomen			Bakterien-Nachweis im Nativmaterial, Agglutination, je Antiserum	130	7,58
4396	Masern-Virus				4432	Ähnliche Untersuchungen			<i>Katalog</i>		
4397	Mumps-Virus				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4500	Betahämolyisierende Streptokokken Typ B		
4398	Röteln-Virus				Quantitative Antikörper-Bestimmung, Agglutinations-/Fällungsreaktion	240	13,99	4501	Hämophilus influenzae Kapseltyp b		
4399	Varizella-Zoster-Virus				<i>Katalog Antikörper gegen</i>			4502	Neisseria meningitidis Typen A und B		
4400	Ähnliche Untersuchungen			4435	Echinokokken			4503	Streptococcus pneumoniae		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4436	Schistosomen			4504	Ähnliche Untersuchungen		
	Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay <i>Katalog Antikörper gegen</i>	350	20,40	4437	Ähnliche Untersuchungen				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4402	HBe-Antigen				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				Mikroskop. Bakterien-Nachweis, nach einfacher Anfärbung, je Untersuchung	90	5,25
4403	HBe-Antigen				Quantitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz	290	16,90		<i>Katalog</i>		
4404	Ähnliche Untersuchungen			4440	Entamoeba histolytica			4506	Methylenblaufärbung		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4441	Leishmanien			4508	Ähnliche Untersuchungen		
	Antikörper-Bestimmung, Ligandenassay <i>Katalog Antikörper gegen</i>	800	46,63	4442	Plasmodien						
4405	Delta-Antigen	400	23,31	4443	Pneumocystis carinii						
4406	Hepatitis C-Virus			4444	Schistosomen						
	Antikörper-Bestimmung, andere Methoden <i>Katalog Antikörper gegen</i>	800	46,63	4445	Toxoplasma gondii						
4408	Hepatitis C-Virus, Immunoblot			4446	Trypanosoma cruzi						
4409	HIV, Immunoblot			4447	Ähnliche Untersuchungen						
	21. Antikörper gegen Pilzantigene				<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>						
	Allgemeine Bestimmung				Quantitativer Antikörper-Nachweis, Immunfluoreszenz	290	16,90				
	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 Agglutina- tions- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Unters-			4440	Entamoeba histolytica						
				4441	Leishmanien						
				4442	Plasmodien						
				4443	Pneumocystis carinii						
				4444	Schistosomen						
				4445	Toxoplasma gondii						
				4446	Trypanosoma cruzi						
				4447	Ähnliche Untersuchungen						
					<i>Die untersuchten Parameter sind</i>						

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				Züchtung auf Selektiv-/Anreicherungsmedien, je Nährmedium	120	6,99	4565	Ähnliche Untersuchungen		
	Mikroskop. Bakterien-Nachweis nach aufwendigerer Anfärbung, je Untersuchung	110	6,41		<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4538 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>				<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	<i>Katalog</i>								Bakterienuntersuchung über Metabolitprofil, Gaschromatographie, je Untersuchung	410	23,90
	4510 Giemsa-Färbung								<i>Katalog</i>		
	4511 Gramfärbung								4567 Anaerobier		
	4512 Ziehl-Neelsen-Färbung								4568 Ähnliche Untersuchungen		
	4513 Ähnliche Untersuchungen			4539	Bakterien-Nachweis, aufwendige Züchtung auf Selektiv-/Anreicherungsmedien, je Nährmedium	250	14,57		<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4539 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>						
	Mikroskop. Bakterien-Nachweis nach Anfärbung mit Fluorochromen, je Untersuchung	160	9,33					4570	Bakterienuntersuchung über Metabolitprofil, Gaschromatographie nach aufwendiger Probenvorbereitung/Derivatisierungsreaktion, je Untersuchung	570	33,22
	<i>Katalog</i>								4571 Bakterienuntersuchung, chromatographische Analyse struktureller Komponenten, je Untersuchung	570	33,22
	4515 Auraminfärbung			4540	Anzüchtung von Mykobakterien, je Untersuchungsmaterial	400	23,31				
	4516 Ähnliche Untersuchungen			4541	Nachweis von Chlamydien auf Gewebekultur, je Ansatz	350	20,40				
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4542	Nachweis von bakteriellen Toxinen auf Gewebekultur, je Untersuchung	250	14,57				
4518	Mikroskop./immunolog. Bakterien-Nachweis nach Markierung, je Antiserum	250	14,57	4543	Nachweis von bakteriellen Toxinen auf Gewebekultur, mit Spezifitätsprüfung, je Untersuchung	500	29,14		Bakterienuntersuchung, Agglutination (bis zu 15 Antisera je Keim), je Antiserum	120	6,99
	<i>Eine mehr als Fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4518 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>				<i>c. Identifizierung/Typisierung</i>				<i>Katalog</i>		
	Nachweis von Bakterienantigenen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57	4545	Orientierende Bakterien-Identifizierung, je Test und Keim	60	3,50		4572 Beta-hämolyisierende Streptokokken		
	<i>Katalog</i>			4546	Bakterien-Identifizierung, aufwendigere Verfahren, je Test und Keim	120	6,99		4573 Escherichia coli		
	4520 Beta-hämolyisierende Streptokokken der Gruppe B			4547	Bakterien-Identifizierung, Mehrtestverfahren, je Keim	120	6,99		4574 Salmonellen		
	4521 Enteropathogene Escherichia coli-Stämme			4548	Bakterien-Identifizierung, bunte Reihe, je Keim	160	9,33		4575 Shigellen		
	4522 Legionellen			4549	Bakterien-Identifizierung, erweiterte bunte Reihe, je Keim	240	13,99		4576 Ähnliche Untersuchungen		
	4523 Neisseria meningitidis			4550	Bakterien-Identifizierung, erweiterte bunte Reihe in anaerober Atmosphäre, je Keim	330	19,23		<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	4524 Neisseria gonorrhoeae			4551	Identifizierung von Mykobakterium tuberculosis-Komplex mittels biochemischer Reaktionen	300	17,49				
	4525 Ähnliche Untersuchungen				<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4551 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>				Bakterienuntersuchung, Phagentypisierung, je Untersuchung	250	14,57
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>b. Züchtung/Gewebekultur</i>				<i>Katalog</i>		
				4530	Bakterien-Nachweis, aerobe Züchtung, je Nährmedium	80	4,66		4578 Brucellen		
	<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4530 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>								4579 Pseudomonaden		
	Mikroskop. Bakterienuntersuchung nach Anfärbung, je Untersuchung			4531	Bakterien-Nachweis, Züchtung bei besonderer Temperatur, je Nährmedium	100	5,83		4580 Staphylokokken		
	<i>Katalog</i>				<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4531 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>				4581 Salmonellen		
	4553 Gramfärbung								4582 Ähnliche Untersuchungen		
	4554 Neisser-Färbung				<i>Die durchgeführten Färbungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>				<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	4555 Ziehl-Neelsen-Färbung			4560	Mikroskop./immunolog. Bakterienuntersuchung nach Markierung, je Antiserum	290	16,90				
	4556 Ähnliche Untersuchungen				Nachweis von Bakterienantigenen, Ligandenassay, qualitativ, je Untersuchung	250	14,57				
	<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4533 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>				<i>Katalog</i>				Nachweis von Bakterientoxinen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57
	Mikroskop. Bakterien-Nachweis, aerobe			4561	Beta-hämolyisierende Streptokokken				<i>Katalog</i>		
				4562	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme				4590 Clostridium difficile/tetani/botulinum		
				4563	Legionellen				4591 Enteropathogene Escherichia coli-Stämme		
				4564	Neisseria meningitidis				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	250	14,57
									<i>Katalog</i>		
									4596 Clostridium botulinum		
									4597 Corynebacterium diphtheriae		
									4598 Staphylokokkentoxin		
									4599 Ähnliche Untersuchungen		
									<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
									4601 Nachweis von Bakterientoxinen,		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	
	Inokulation in Versuchstiere, je Untersuchung	500	29,14		je Untersuchung	250	14,57		nach Präparation/Anfärbung, je Material	120	6,99	
	<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4601 im Behandlungsfall ist nicht zulässig. Kosten für Versuchstiere sind nicht gesondert berechnungsfähig.</i>			<i>Katalog</i>				4712	Mikroskop./immunolog. Pilz-Nachweis, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90	
	<i>e. Keimzahl, Hemmstoffe</i>			4641	Adeno-Viren			4713	Nachweis von Pilzantigenen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57	
4605	Keimzahlbestimmung mittels Eintauchobjektträgerkultur, je Urinuntersuchung	60	3,5	4642	Hepatitis A-Viren				<i>b. Züchtung</i>			
4606	Keimzahlbestimmung mittels Oberflächenkulturen/Plattenguss- verfahren, je Untersuchungsmaterial	250	14,57	4643	Hepatitis B-Viren (HBs-Antigen)			4715	Pilz-Nachweis, Züchtung auf einfachen Nährmedien, je Nährmedium	100	5,83	
4607	Nachweis von Hemmstoffen, je Material	60	3,50	4644	Influenza-Viren				<i>Eine mehr als Fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4715 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>			
	<i>f. Empfindlichkeitstestung</i>			4645	Parainfluenza-Viren	450	26,23	4716	Pilz-Nachweis, Züchtung auf aufwändigeren Nährmedien, je Nährmedium	120	6,99	
				4646	Rota-Viren				<i>Eine mehr als Fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4716 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>			
4610	Antibiotika-Empfindlichkeit von Bakterien, Agardiffusionstest/ Plättchentest, je geprüfter Substanz	20	1,17	4647	Respiratory syncytial virus			4717	Züchtung von Pilzen auf Differenzierungsmedien, je Nährmedium	120	6,99	
	<i>Eine mehr als sechzehnmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4610 ist in der Rechnung zu begründen.</i>			4648	Ähnliche Untersuchungen				<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nr. 4717 je Pilz ist nicht zulässig.</i>			
4611	Antibiotika-Empfindlichkeit von Bakterien, Break-Point-Methode, bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	30	1,75		<i>c. Identifizierung, Charakterisierung</i>				<i>c. Identifizierung/Charakterisierung</i>			
4612	Antibiotika-Empfindlichkeit von Bakterien, Antibiotikadilutionstest, bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	50	2,91		Allgemeine Bestimmungen			4720	Pilz-Identifizierung, Röhrchen- /Mehrkammerverfahren, bis zu fünf Reaktionen, je Pilz	120	6,99	
4613	Antibiotika-Empfindlichkeit von Bakterien, minimale mikrobizide Antibiotikakonzentration, bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	75	4,37		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 Cha- rakterisierung 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.			4721	Pilz-Identifizierung, Röhrchen- /Mehrkammerverfahren, min- destens sechs Reaktionen, je Pilz	250	14,57	
4614	Antibiotika-Empfindlichkeit von Bakterien, Anzüchtung in Flüssigmedien/mechanisierte Messung, je Untersuchung	250	14,57	4665	Charakterisierung von Viren, einfache Verfahren, je Ansatz	250	14,57	4722	Mikroskop. Pilz-Identifizierung, mit Anfärbung, je Untersuchung	120	6,99	
				4666	Identifizierung von Viren, aufwändigere Verfahren, je Ansatz	250	14,57	4723	Mikroskop./immunolog. Pilz-Identifizierung, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90	
				4667	Identifizierung von Viren, Neutralisationstest, je Unter- suchung	250	14,57	4724	Identifizierung von Pilz-Antigenen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57	
				4668	Identifizierung von Virus-Antige- nen, Immunoblotting, je Untersuchung	330	19,23		<i>d. Empfindlichkeitstestung</i>			
				4670	Mikroskop./immunolog. Identifizierung von Viren, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90	4727	Antimykotika-Empfindlichkeits- prüfung, trägergebundene Testsubstanzen, je Pilz	120	6,99	
				4671	Elektronenmikroskop. Nachweis von Viren, nach Anzüchtung, je Untersuchung	3180	185,35	4728	Antimykotika-Empfindlichkeits- prüfung, Reihenverdünnungstest, je Test	250	14,57	
					Virus-Antigen-Nachweis angezüchteter Viren, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57		4. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Parasiten			
					<i>Katalog</i>				<i>a. Untersuchungen im Nativmaterial oder nach Anreicherung</i>			
				4675	Adeno-Viren				Mikroskop. Parasiten-Nachweis, je Untersuchung	120	6,99	
				4676	Influenza-Viren				<i>Katalog</i>			
				4677	Parainfluenza-Viren				4740	Amöben		
				4678	Rota-Viren				4741	Lamblien		
				4679	Respiratory syncytial virus				4742	Sarcoptes scabiei (Krätzmilbe)		
				4680	Ähnliche Untersuchungen				4743	Trichomonaden		
					<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>				4744	Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier		
					3. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen				4745	Ähnliche Untersuchungen		
					<i>a. Untersuchungen im Nativmaterial</i>					<i>Die untersuchten Parasiten sind in</i>		
					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,							

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	
	<i>der Rechnung anzugeben.</i>				Identifizierung von Bakterien, Viren, Pilzen und Parasiten				O. STRAHLENDIAGNOSTIK, NUKLEARMEDIZIN, MAGNETRESONANZTOMOGRAPHIE UND STRAHLENTHERAPIE			
	Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach einfacher Anfärbung, je Untersuchung <i>Katalog</i>	160	9,33		Allgemeine Bestimmung				I. Strahlendiagnostik			
4747	Amöben				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.				Allgemeine Bestimmungen			
4748	Lamblien			4780	Isolierung mikrobieller Nucleinsäuren	900	52,46		1. Mit den Gebühren sind alle Kosten (auch für Dokumentation und Aufbewahrung der Datenträger) abgegolten.			
4749	Trichomonaden			4781	Spaltung mikrobieller Nucleinsäuren, je Enzym	150	8,74		2. Die Leistungen für Strahlendiagnostik mit Ausnahme der Durchleuchtung(en) (Nr. 5295) sind nur bei Bilddokumentation auf einem Röntgenfilm oder einem anderen Langzeitdatenträger berechnungsfähig.			
4750	Würmer/Wurmeier			4782	Enzymatische Transkription von RNA	500	29,14		3. Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose ist Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.			
4751	Ähnliche Untersuchungen			4783	Polymerasekettenreaktion (PCR)	500	529,14		4. Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen (auch Fremdaufnahmen) als selbständige Leistung ist nicht berechnungsfähig.			
	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4784	Geschachtelte Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	58,29		5. Die nach der Strahlenschutzverordnung bzw. Röntgenverordnung notwendige ärztliche Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfanges ist auch im Überweisungsfall Bestandteil der Leistungen des Abschnitts O und mit den Gebühren abgegolten.			
	Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach aufwendiger Anfärbung, je Untersuchung <i>Katalog</i>	250	14,57	4785	Identifizierung mikrobieller Nucleinsäuren, je Sonde	300	17,49		6. 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.			
4753	Giemsafärbung			4786	Trennung mikrobieller Nucleinsäuren, Elektrophorese	600	34,97		7. Die Kosten für Kontrastmittel auf Bariumbasis und etwaige Zusatzmittel für die Doppelkontrastuntersuchung sind in den abrechnungsfähigen Leistungen enthalten.			
4754	Ähnliche Untersuchungen			4787	Identifizierung mikrobieller Nucleinsäuren, durch Sequenzermittlung	2000	116,57					
	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>				N. HISTOLOGIE, ZYTOLOGIE UND ZYTOGENETIK				1. Skelett			
4756	Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach aufwendiger Anreicherung/Vorbereitung, je Untersuchung	200	11,66		I. Histologie				Allgemeine Bestimmung			
4757	Mikroskop. Parasiten-Nachweis, nach aufwendiger Anreicherung/Vorbereitung, quantitativ, je Untersuchung	250	14,57	4800	Histologische Untersuchung	217	12,65		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.			
4758	Mikroskop./immunolog. Parasiten-Nachweis, mit Markierung, je Antiserum	290	16,90	4801	Histologische Untersuchung, Magen-/Darmschleimhaut	289	16,85		Zähne			
4759	Nachweis von Parasitenantigenen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57	4802	Histologische Untersuchung, nach schwieriger Aufbereitung	289	16,85		5000	Röntgen, Zähne, je Projektion	50	2,91
	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4810	Histologische/zytologische Untersuchung, zur Krebsdiagnostik	289	16,85		<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>			
	b. Züchtung			4811	Histologische Untersuchung, mit Schnittserien	289	16,85		5002	Panoramaaufnahme, Kiefer	250	14,57
	Parasiten-Nachweis durch Züchtung, je Untersuchung <i>Katalog</i>	250	14,57	4815	Histologische Untersuchung, histochemische/optische Sondervverfahren	350	20,40		5004	Panoramaschichtaufnahme, Kiefer	400	23,31
4760	Amöben			4816	Histologische Sofortuntersuchung (Schnellschnitt)	250	14,57		Röntgen, Finger/Zehen			
4761	Lamblien				II. Zytologie				5010	jeweils zwei Ebenen	180	10,49
4762	Trichomonaden			4850	Zytologische Untersuchung zur Zyklus-Phasenbestimmung	87	5,07		5011	ergänzende Ebene(n)	60	3,50
4763	Ähnliche Untersuchungen				<i>Neben der Leistung nach Nr. 4850 ist die Leistung nach Nr. 297 nicht berechnungsfähig.</i>				<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>			
	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4851	Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik	130	7,58		Röntgen, Hand-/Fußteile, Kniescheibe			
	c. Identifizierung				<i>Neben der Leistung nach Nr. 4851 ist die Leistung nach Nr. 4850 bei Untersuchungen aus demselben Material nicht berechnungsfähig.</i>			5020	jeweils zwei Ebenen	220	12,82	
	Mikroskop. Identifizierung von Parasiten, nach Anzüchtung, je Untersuchung <i>Katalog</i>	120	6,99	4852	Zytologische Untersuchung, nach besonderen Aufbereitungsverfahren, je Untersuchungsmaterial	174	10,14		5021	ergänzende Ebene(n)	80	4,66
4765	Trichomonaden			4860	Trichogramm, auch mehrere Präparate	160	9,33		<i>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.</i>			
4766	Ähnliche Untersuchungen				III. Zytogenetik							
	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>			4870	Kerngeschlechtsbestimmung, auf X-Chromosomen	273	15,91					
4768	Nachweis von Parasitenantigenen, Ligandenassay, je Untersuchung	250	14,57	4871	Kerngeschlechtsbestimmung, auf Y-Chromosomen	289	16,85					
	d. Xenodiagnostische Untersuchungen			4872	Chromosomenanalyse	1950	113,66					
	Xenodiagnostischer Parasiten-Nachweis, je Untersuchung <i>Katalog</i>	250	14,57	4873	Chromosomenanalyse an Fibroblasten/Epithelien, nach Kultivierung	3030	176,61					
4770	Trypanosoma cruzi											
4771	Ähnliche Untersuchungen											
	<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>											
5. Untersuchungen zur molekularbiologischen												

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	Röntgen, Arm-/Bein-/Becken-Teile, ganze(r) Hand/Fuß, Kreuzbein				<i>Die Berechnung der Leistung nach Nr. 5139 neben den Leistungen nach den Nrn. 5135, 5137 und/oder 5140 ist in der Rech- nung zu begründen.</i>				<i>Der Zuschlag nach Nr. 5298 beträgt 25 v.H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.</i>		
5030	jeweils zwei Ebenen	360	20,98								
5031	ergänzende Ebene(n)	100	5,83								
	<i>Werden mehrere der in der Lei- stungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgen- aufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nrn. 5030 und 5031 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil be- rechnet werden.</i>			5140	Röntgen, Brustorgane im Mittelformat	100	5,83				
					3. Bauch- und Verdauungsorgane				5. Angiographie		
5035	Röntgen, Skelett-Teile, je Teil	160	9,33						Allgemeine Bestimmungen		
	<i>Die Leistung nach Nr. 5035 ist je Skeletteil und Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Das unter- suchte Skeletteil ist in der Rech- nung anzugeben. Die Leistung nach Nr. 5035 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 nicht berechnungsfähig.</i>			5150	Kontrastuntersuchung, Speiseröhre, als selbständige Leistung	550	32,06		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.		
5037	Bestimmung des Skeletalters	300	17,49	5157	Monokontrastuntersuchung, oberer Verdauungstrakt	700	40,80	5300	Serienangiographie, Schädel/ Brust/Bauch, eine Serie	2000	116,57
5040	Beckenübersicht	300	17,49	5158	Doppelkontrastdarstellung, oberer Verdauungstrakt, einschließlich der Nr. 5150	1200	69,94	5301	Zweite bis dritte Serie im Anschluss an Nr. 5300, je Serie	400	23,31
5041	Beckenübersicht beim Kind, bis zum 14. Lebensjahr	200	11,66	5159	Zuschlag zu Nrn. 5157 und 5158 bei Untersuchung bis zum Ileozökalgabiet	300	17,49		<i>Bei der angiographischen Darstel- lung von hirnversorgenden Arte- rien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nr. 5301 berechnungsfähig.</i>		
5050	Kontrastuntersuchung, Hüfte/ Knie/Schulter	950	55,37	5163	Dünndarmkontrastuntersuchung	1300	75,77	5302	Weitere Serien im Anschluss an Nrn. 5300 und 5301, insgesamt	600	34,97
5060	Kontrastuntersuchung, Kiefer	500	29,14	5165	Monokontrastuntersuchung, Dickdarm	700	40,80	5303	Serienangiographie, Schädel/ Brust/Bauch, bei Nrn. 5315 bis 5327, eine Serie	1000	58,29
5070	Kontrastuntersuchung, übrige Gelenke, je Gelenk	400	23,31	5166	Doppelkontrastuntersuchung, Dickdarm	1400	81,60	5304	Zweite bis dritte Serie im Anschluss an Nr. 5303, je Serie	200	11,66
5090	Röntgen, Schädel	400	23,31	5167	Defäkographie	1000	58,29		<i>Bei der angiographischen Darstel- lung von hirnversorgenden Arte- rien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nr. 5304 berechnungsfähig.</i>		
5095	Röntgen, Schädelteile	200	11,66	5168	Pharyngographie,	800	46,63				
5098	Röntgen, Nasennebenhöhlen	260	15,15	5169	einschließlich Speiseröhre	1100	64,12				
5100	Röntgen, HWS, zwei Ebenen	300	17,49	5170	Kontrastuntersuchung, Gallen- blase/Gallenwege/Pankreas- gänge	400	23,31				
5101	ergänzende Ebene(n)	160	9,33	5190	Röntgen, Bauchübersicht, eine Ebene	300	17,49				
5105	Röntgen, BWS/LWS, zwei Ebenen, je Teil	400	23,31		<i>Die Leistung nach Nr. 5190 ist je Sitzung nur einmal berechnungs- fähig.</i>						
5106	ergänzende Ebene(n)	180	10,49	5191	Röntgen, Bauchübersicht, zwei oder mehr Ebenen	500	29,14	5305	Weitere Serien im Anschluss an Nrn. 5303 und 5304, insgesamt	300	17,49
5110	Röntgen-Ganzaufnahme, Wirbelsäule/Extremität	500	29,14	5192	Röntgen, Bauchteilaufnahme	200	11,66	5306	Serienangiographie, Becken/ beide Beine, eine Serie	2000	116,57
5111	ergänzende Ebene(n)	200	11,66	5200	Kontrastuntersuchung, Harntrakt	600	34,97	5307	Zweite Serie im Anschluss an Nr. 5306	600	34,97
	<i>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 berech- nungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nrn. 5100, 5105 und 5110 bedarf einer besonderen Begrün- dung.</i>			5201	Ergänzende Ebene zur Nr. 5200	200	11,66	5308	Weitere Serien im Anschluss an Nrn. 5306 und 5307, insgesamt	800	46,63
				5220	Kontrastuntersuchung, Harntrakt retrograd, je Seite	300	17,49		<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 5306 bis 5308 sind die Lei- stungen nach den Nrn. 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig. 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 berech- nungsfähig.</i>		
				5230	Urethrozystographie, retrograd	300	17,49				
				5235	Refluxzystographie, retrograd, als selbständige Leistung	500	29,14				
				5250	Kontrastuntersuchung, Gebä- rmutter/Eileiter	400	23,31				
					4. Spezialuntersuchungen						
				5260	Röntgen, Gänge/Hohlräume/ Fisteln	400	23,31				
					<i>Die Leistung nach Nr. 5260 ist nicht berechnungsfähig für Unter- suchungen des Harntrakts, der Gebärmutter und Eileiter sowie der Gallenblase.</i>						
5115	Röntgen, mit Feinstfokus-/Xero- radiographietechnik, Hand/ Fuß, je Teil	400	23,31	5265	Mammographie einer Seite, eine Ebene	300	17,49	5309	Serienangiographie, eine Extremität, eine Serie	1800	104,92
5120	Röntgen, Rippen/Schulterblatt/ Brustbein, eine Ebene	260	15,15		<i>Die Leistung nach Nr. 5265 ist je Seite und Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>			5310	Weitere Serien im Anschluss an Nr. 5309, insgesamt	600	34,97
5121	ergänzende Ebene(n)	140	8,16					5311	Serienangiographie, weitere Extremität, bei Nr. 5309, eine Serie	1000	58,29
	2. Hals- und Brustorgane			5266	Mammographie einer Seite, zwei Ebenen	450	26,23	5312	Weitere Serien im Anschluss an Nr. 5311, insgesamt	600	34,97
5130	Röntgen, Hals/Mundboden	280	16,32	5267	Ergänzende Ebene zur Nr. 5266	150	8,74	5313	Angiographie mit Großkassetten, Becken/Bein, je Sitzung	800	46,63
5135	Röntgen, Brustorgane-Übersicht, eine Ebene	280	16,32	5280	Myelographie	750	43,72		<i>Die Leistung nach Nr. 5313 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5312 sowie 5315 bis 5339 nicht berechnungsfähig.</i>		
	<i>Die Leistung nach Nr. 5135 ist je Sitzung nur einmal berechnungs- fähig.</i>			5285	Bronchographie	450	26,23				
5137	Röntgen, Brustorgane-Übersicht, mehrere Ebenen	450	26,23	5290	Tomographie, bis zu fünf Strahlenrichtungen, je Strahlen- richtung	650	37,89				
5139	Röntgen, Teil der Brustorgane	180	10,49	5295	Durchleuchtung, als selbständige Leistung	240	13,99				
				5298	Zuschlag zu Nrn. 5010 bis 5290, digitale Radiographie			5315	Angiokardiographie einseitig, eine Serie	2200	128,23

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	
5316	Die Leistung nach Nr. 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Angiokardiographie beidseitig, eine Serie	3000	174,86		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.			5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.				
5317	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. Zweite bis dritte Serie im Anschluss an Nrn. 5315 oder 5316, je Serie	400	23,31					5355	Gefäßstützen/Angioplastie, bei Dilatation von Arterien	2000	116,57	
5318	Weitere Serien im Anschluss an Nr. 5317, insgesamt	600	34,97					5356	Gefäßstützen/Angioplastie, bei Dilatation einer Koronararterie	2500	145,72	
5324	Die Leistungen nach den Nrn. 5315 bis 5318 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5302 sowie 5324 bis 5327 nicht berechnungsfähig. Koronarangiographie, ein Herzkranzgefäß, eine Serie	2400	139,89	5346	Zuschlag zu Nr. 5345, Dilatation mehr als zwei Arterien, insgesamt	600	34,97		Neben der Leistung nach Nr. 5356 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361, 5295 sowie 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.			
5325	Die Leistungen nach den Nrn. 5324 und 5325 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig. Koronarangiographie, alle Herzkranzgefäße, eine Serie	3000	174,86		Neben der Leistung nach Nr. 5346 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.			5357	Embolisation von Arterien, je Gefäßgebiet	3500	204,01	
5326	Koronarangiographie im Anschluss an Nrn. 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie	400	23,31	5348	Dilatation, Koronararterien	3800	221,49		Neben der Leistung nach Nr. 5357 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5312 nicht berechnungsfähig.			
5327	Linksventrikulographie bei Koronarangiographie	1000	58,29		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 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.			5358	Embolisation von Arterien, Kopf/Hals/Spinalkanal, je Gefäßgebiet	4500	262,29	
5328	Die Leistungen nach den Nrn. 5324 bis 5327 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 5300 bis 5302 und 5315 bis 5318 nicht berechnungsfähig. Zuschlag zu Nrn. 5300 bis 5327, simultane Zwei-Ebenen-Technik	1200	69,94	5349	Zuschlag zu Nr. 5348, Dilatation mehr als eine Koronararterie, insgesamt	1000	58,29		Neben der Leistung nach Nr. 5358 sind die Leistungen nach den Nrn. 350, 351, 5295 sowie 5300 bis 5305 nicht berechnungsfähig.			
5329	Der Zuschlag nach Nr. 5328 ist je Sitzung nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Venographie, Brust/Bauch	1600	93,26		Neben der Leistung nach Nr. 5349 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.			5359	Embolisation der Vena spermatica	2500	145,72	
5330	Venographie, Extremität	750	43,72						Neben der Leistung nach Nr. 5359 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.			
5331	Ergänzende Projektion im Anschluss an Nr. 5330, insgesamt	200	11,66	5351	Lysebehandlung, mehr als einer Stunde, Einzelbehandlung oder ergänzend zu Nrn. 2826, 5345 oder 5348	500	29,14		5360	Embolisation von Venen	2000	116,57
5335	Zuschlag zu Nrn. 5300 bis 5331, Computer-Analyse/Abbildung	800	46,63		Neben der Leistung nach Nr. 5351 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.				Neben der Leistung nach Nr. 5360 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.			
5338	Der Zuschlag nach Nr. 5335 kann je Untersuchungstag unabhängig von der Anzahl der Einzeluntersuchungen nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnet werden. Lymphographie, je Extremität	1000	58,29	5352	Zuschlag zu Nr. 5351, Lysebehandlung Hirnarterien	1000	58,29		5361	Transhepatische Drainage/Dilatation von Gallengängen	2600	151,55
5339	Ergänzende Projektion im Anschluss an Nr. 5338, insgesamt	250	14,57		Neben der Leistung nach Nr. 5352 sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.				Neben der Leistung nach Nr. 5361 sind die Leistungen nach den Nrn. 370, 5170 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.			
6. Interventionelle Maßnahmen				5353	Dilatation, Venen	2000	116,57	7. Computertomographie				
Allgemeine Bestimmung					Neben der Leistung nach Nr. 5353 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.			Allgemeine Bestimmungen				
Die Leistungen nach den Nrn. 5345 bis 5356 können je Sitzung nur einmal berechnet werden.				5354	Zuschlag zu Nr. 5353, Dilatation mehr als zwei Venen, insgesamt	200	11,66	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.				
5345	Dilatation, Arterien	2800	163,20		Neben der Leistung nach Nr. 5354 sind die Leistungen nach den Nrn. 344 bis 347, 5295 sowie			5369	Höchstwert für Nrn. 5370 bis 5374	3000	174,86	
								Die im Einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.				

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
5370	CT, Kopf	2000	116,57	7.	Rechnungsbestimmungen				<i>e. Knochen- und Knochenmarkszintigraphie</i>		
5371	CT, Hals/Thorax	2300	134,06	a)	Der Arzt darf nur die für den Patienten verbrauchte Menge an radioaktiven Stoffen berechnen.			5425	Ganzkörperskelettszintigraphie	2250	131,15
5372	CT, Abdomen	2600	151,55	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.			5426	Teilkörperskelettszintigraphie	1260	73,44
5373	CT, Skelett	1900	110,75					5427	Zwei-Phasenszintigraphie des Blutpools	400	23,31
5374	CT, Zwischenwirbelräume	1900	110,75					5428	Ganzkörperknochenmarkszintigraphie	2250	131,15
5375	CT, Aorta	2000	116,57						<i>f. Tumorszintigraphie</i>		
	<i>Die Leistung nach Nr. 5375 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5371 und 5372 nicht berechnungsfähig.</i>								Tumorszintigraphie		
5376	Ergänzende CT, Xenon/High-Resolution-Technik/Zusatz-Kontrastmittelgabe, zusätzlich zu Nrn. 5370 bis 5375	500	29,14	1. Diagnostische Leistungen (In-vivo-Untersuchungen)							
5377	Zuschlag, computergesteuerte Analyse	800	46,63	<i>a. Schilddrüse</i>							
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5377 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			5400	Szintigraphie, Schilddrüse	350	20,40				
5378	CT zur Bestrahlungsplanung/interventionellen Maßnahmen	1000	58,29	5401	Szintigraphie, Schilddrüse, mit Bestimmung der Radionuklid-aufnahme/Jodidclearance-Aquivalent	1300	75,77				
	<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>			5402	Radiojodkurzttest, Schilddrüse, bis zu 24 Stunden	1000	58,29				
5380	Osteodensitometrie, mit CT/digitaler Röntgentechnik	300	17,49		<i>Die Leistungen nach den Nrn. 5400 bis 5402 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>						
	II. Nuklearmedizin			5403	Radiojodtest, Schilddrüse, vor Radiojodtherapie	1200	69,94				
	Allgemeine Bestimmungen				<i>Die Leistungen nach den Nrn. 5402 und 5403 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>						
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.			<i>b. Gehirn</i>							
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.			5410	Szintigraphie, Gehirn	1200	69,94				
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.			5411	Szintigraphie, Liquorraum	900	52,46				
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.			<i>Für die Leistung nach Nr. 5411 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung(en) des radioaktiven Stoffes.</i>							
5.	Die Einbringung von zur Diagnostik erforderlichen Stoffen in den Körper – mit Ausnahme der Einbringung durch Herzkatheter, Arterienkatheter, Subkoxipalpunktion 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.			<i>c. Lunge</i>							
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.			5415	Szintigraphie, Lungenperfusion, insgesamt	1300	75,77				
				5416	Szintigraphie, Lungenbelüftung mit Inhalation	1300	75,77				
				<i>d. Herz</i>							
				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>							
					<i>e. Knochen- und Knochenmarkszintigraphie</i>						
					<i>f. Tumorszintigraphie</i>						
					<i>g. Nieren</i>						
					<i>h. Endokrine Organe</i>						
					<i>i. Gastrointestinaltrakt</i>						
					<i>j. Hämatologie, Angiologie</i>						
				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>							
				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>							
				5455	Szintigraphie, Gastrointestinaltrakt	1300	75,77				
				5456	Szintigraphie, Leber/Milz	1300	75,77				
				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	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	
5461	Szintigraphie, Lymphabflussgebiete	2200	128,23	5605	Tumorbehandlung mit radioaktiven Substanzen	2250	131,15		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.			
5462	Lebenszeit/Kinetik, Blutzellen	2200	128,23	5606	Bestimmung der Therapieradioaktivität	900	52,46		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.			
5463	Zuschlag zu Nr. 5462, bei Bestimmung des Abbauorts	500	29,14		<i>Die Leistung nach Nr. 5606 ist nur bei Zugrunde liegen einer Leistung nach den Nrn. 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.</i>							
	Szintigraphische Suche Entzündungsherde/Thromben											
5465	eine Region	1260	73,44									
5466	Ganzkörper	2250	131,15	5607	Posttherapeutische Bestimmung von Herddosen	1620	94,43					
	<i>Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nr. 5465 nicht mehrfach berechnungsfähig.</i>				<i>Die Leistung nach Nr. 5607 ist nur bei Zugrunde liegen einer Leistung nach den Nrn. 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.</i>							
	<i>Für die Leistungen nach den Nrn. 5462 bis 5466 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en).</i>											
	<i>k. Resorptions- und Exkretionsteste</i>											
5470	Szintigraphie, Metabolismus von körpereigenen Stoffen	950	55,37		III. Magnetresonanztomographie							
	<i>i. Sonstige</i>				Allgemeine Bestimmungen							
5472	Szintigraphie/Funktionsmessung ohne Gruppenzuordnung	950	55,37		Die Leistungen nach den Nrn. 5700 bis 5733 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.							
5473	Funktionsszintigraphie	900	52,46		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.							
	<i>Die Leistung nach Nr. 5473 ist neben den Leistungen nach den Nrn. 5460 und 5481 nicht berechnungsfähig.</i>			5700	MRT, Kopf/Hals	4400	256,46					
5474	Nachweis inkorporierter Radionuklide	1350	78,69	5705	MRT, Wirbelsäule	4200	244,81					
	<i>m. Mineralgehalt</i>			5715	MRT, Thorax/Hals/Aorta	4300	250,64					
5475	Osteodensitometrie, Dual-Photonen-Absorptionstechnik	300	17,49	5720	MRT, Abdomen/Becken	4400	256,46					
	<i>n. Ergänzungsleistungen</i>			5721	MRT, Mamma(e)	4000	233,15					
	Allgemeine Bestimmung			5729	MRT, Gelenk(e)/Extremitäten-Abschnitte	2400	139,89					
	Die Ergänzungsleistungen nach den Nrn. 5480 bis 5485 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.			5730	MRT, Extremität(en)	4000	233,15					
5480	Bestimmung von Impulsen mittels Gammakamera	750	43,72		<i>Neben der Leistung nach Nr. 5730 ist die Leistung nach Nr. 5729 nicht berechnungsfähig.</i>							
5481	Sequenzszintigraphie	680	39,64	5731	Ergänzende Serie(n) zu Nrn. 5700 bis 5730	1000	58,29					
5483	Subtraktionsszintigraphie	680	39,64	5732	Zuschlag zu Nrn. 5700 bis 5730 für Positions-/Spulenwechsel	1000	58,29					
5484	In-vitro-Markierung von Blutzellen	1300	75,77		<i>Der Zuschlag nach Nr. 5732 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>							
5485	Messung mit dem Ganzkörperzähler	980	57,12	5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse	800	46,63					
	<i>o. Emissions-Computer-Tomographie</i>				<i>Der Zuschlag nach Nr. 5733 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>							
5486	SPECT	1200	69,94	5735	Höchstwert für Nrn. 5700 bis 5730	6000	349,72					
5487	SPECT, mit regionaler Quantifizierung	2000	116,57		<i>Die im Einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>							
5488	PET	6000	349,72		IV. Strahlentherapie							
5489	PET, mit quantifizierender Auswertung	7500	437,15		Allgemeine Bestimmungen							
	2. Therapeutische Leistungen (Anwendung offener Radionuklide)				1. Eine Bestrahlungsserie umfasst grundsätzlich sämtliche Bestrahlungsfractionen bei der Behandlung desselben Krankheitsfalls, auch wenn mehrere Zielvolumina bestrahlt werden.							
5600	Radiojodtherapie, Schilddrüse	2480	144,55		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.							
5602	Radiophosphortherapie, blutbildende Organe	1350	78,69		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							
5603	Radiopharmazeutika-Behandlung, Knochenmetastasen	1080	62,95									
5604	Radiopharmazeutika-Instillation in Körperhöhlen	2700	157,38									
									1. Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen			
									5800	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5802 bis 5806, je Bestrahlungsserie	250	14,57
										<i>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.</i>		
										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
										<i>Der Zuschlag nach Nr. 5803 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>		
										<i>Die Leistungen nach den Nrn. 5802 und 5803 sind für die Bestrahlung flächenhafter Dermatosen jeweils nur einmal berechnungsfähig.</i>		
									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 Bestrahlungsserie	200	11,66
										<i>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.</i>		
									5812	Orthovolt-/Hochvoltstrahlenbehandlung, je Fraktion	190	11,07
										<i>Bei Bestrahlung mit einem Telecaesiumgerät wegen einer bösartigen Erkrankung ist die Leistung nach Nr. 5812 je Fraktion zweimal berechnungsfähig.</i>		
									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 Mindestdosis von 1,5 Gy im Zielvolumen berech-		

Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro	Nr.	Leistung	Punkt- zahl	Gebühr in Euro
	nungsfähig. 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.			5837	Zuschlag zu Nr. 5836, Großfeld/ mehr als zwei Strahleneintritts- felder, je Fraktion	120	6,99		<i>Die Leistung nach Nr. 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.</i>		
				4. Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden				5852	Oberflächen-Hyperthermie, je Fraktion	1000	58,29
				Allgemeine Bestimmungen				5853	Halbtiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2000	116,57
				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.				5854	Tiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2490	145,14
5831	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5834 bis 5837, je Bestrahlungsserie	1500	87,43	5840	Bestrahlungsplan zu Nrn. 5844 und/oder 5846, je Bestrahlungs- serie	1500	87,43		<i>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.</i>		
	<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>				<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>			5855	Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen	6900	402,18
5832	Zuschlag zu Nr. 5831, Simulator/Körperquerschnitts- zeichnung, je Bestrahlungsserie	500	29,14	5841	Zuschlag zu Nr. 5840, Prozess- rechner, je Bestrahlungsserie	2000	116,57	P. SEKTIONSLEISTUNGEN			
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5832 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>				<i>Der Zuschlag nach Nr. 5841 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			6000	Vollständige innere Leichenschau	1710	99,67
5833	Zuschlag zu Nr. 5831, Prozess- rechner, je Bestrahlungsserie	2000	116,57	5842	Brachytherapie, Körperoberfläche, je Fraktion	300	17,49	6001	Vollständige innere Leichenschau, besonders zeitaufwendig/ umfangreich	2300	134,06
	<i>Der Zuschlag nach Nr. 5833 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			5844	Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion	1000	58,29	6002	Vollständige innere Leichenschau, am Ort der Exhumierung	3200	186,52
5834	Bestrahlung mittels Telekobalt- gerät, je Fraktion	720	41,97	5846	Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion	2100	122,40	6003	Teilweise innere Leichenschau	739	43,07
5835	Zuschlag zu Nr. 5834, Großfeld/ mehr als zwei Strahleneintritts- felder, je Fraktion	120	6,99	5. Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken				6010	Makroskopische Untersuchung des Zentralnervensystems einer Leiche	400	32,31
5836	Bestrahlung mittels Beschleuniger, je Fraktion	1000	58,29	5851	Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarktransplantation	6900	402,18	6015	Mikroskopische Untersuchung von Organen nach innerer Leichenschau	242	14,11
								6016	Mikroskopische Untersuchung eines Knochens nach innerer Leichen- schau, 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

